Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Санкт-Петербург)
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Нижний Новгород)

ВРАЧЕБНЫЙ ДОЛГ: ИСТОРИЧЕСКИЕ, ФИЛОСОФСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Сборник статей Международной научной конференции

Санкт-Петербург 2026

УДК — 614.253 : 61(091)
ББК — 5г
В81

Редактор: А.Ю. Соломеин

Рецензент: Л.В. Шабанов — профессор кафедры Общей и прикладной психологии научно-исследовательского центра Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии РФ, доктор философских наук.

Сборник утвержден на заседании ЦМК по психолого-педагогическим дисциплинам. Протокол № 4 от 15.05.2026 года.

Врачебный долг: исторические, философские и биоэтические вопросы. Сборник статей Международной научной конференции / Ред. А.Ю. Соломеин. — СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2026. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, Adobe Reader 7.0. — ISBN 978-5-00259-179-4

В сборнике статей Международной научной конференции Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова и Приволжского исследовательского медицинского университета, при участии Общероссийской общественной организации «Российское общество историков медицины», освещаются исторические, философские и биоэтические аспекты понятия и проблемы врачебного долга: разнообразия и взаимосвязи культурно-исторических моделей врачебного долга, врачебный долг в историческом и современном контекстах, сюжеты долга врача в условиях исторических и военных кризисов, острые вопросы профессиональной этики и долженствования в контексте вызовов современности.
Ответственность за аутентичность и точность цитат, имен, названий и иных сведений, а также за соблюдение законодательства об интеллектуальной собственности несут авторы публикуемых материалов.

ISBN 978-5-00259-179-4 © РИЦ ПСПбГМУ, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

ИСТОРИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ПОНИМАНИЯ ВРАЧЕБНОГО ДОЛГА

Зимин И.В. Восстанавливая утраченное… Неприкосновенные капиталы в истории ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова (1872-1917 гг.). …….……8
Изуткин Д.А. Врачебный долг в историческом и современном контекстах: от Гиппократа - к цифровой медицине. ……..……...…….24
Серебряный Р.С., Худоногов И.Ю. Цикличность мировой истории как основной фактор трансформации приоритетов врачебной деятельности. ……..……..…30
Козеевская Н.А., Глотов С.И. Исторические аспекты врачебного долга в светском и духовном понимании. ……40
Мустафина Л.Э., Хмелевская Е.С. Эволюция медико-психотерапевтической помощи пациентам с психическими (ментальными) расстройствами: историко-этический анализ. ……..……48
Соломеин А.Ю., Федорова Е.С. Традиция Гиппократа в медицинской этике ар-Рази. …….……..…..57
Касимов И.Р., Суботялов М.А. Исторические формы медицины Древней Руси на примере костоправства. ……..…….…...63
Новожилов Н.С. Иностранные врачи при дворе Ивана Грозного. …….. ...70
Шер С.А., Альбицкий В.Ю. Профессиональный и социальный долг врача-педиатра в истории системы охраны здоровья детей России XVIII-XIX-начала XX столетий. ……...…75
Гаффаров И.З. Образование и деятельность отечественных медицинских обществ XIX в. ……...……83
Орлова А.П. «Светя другим, сгораю сам, … или… свети, не сгорая!» ……...91
Кежутин А.Н. Казус стипендиата М.Н. Максимова: практика привлечения землянским уездным земством будущих врачей во второй половине XIX в. …..98
Кульпанович О.А. Вклад врачей в общечеловеческое благо. Социальные нормы и цивилизационные ценности. …….....…104
Морозов А.В. Медицинская помощь рабочим Казани в конце XIX – начале XX века: инициативы и практика казанских врачей. ……..112
Андриянова Д.В. Врачебный долг как служебное долженствование в практике медицинского управления Западной Сибири конца XIX – начала XX века. ….120
Сутула Ю.В. Вклад А.Д. Соколова в развитие санитарно-гигиенической экспертизы пищевых продуктов в конце XIX в. ……...127
Белова Т.А., Брицкая А.Л. Антон Павлович Чехов: врач и публицист. ...…….135
Волошенко К.В. Исторические аспекты врачебного долга в трудах А.П Чехова и М.Я. Мудрова. ……..141

Корнева В.А. Мотивация выбора профессии врача у слушательниц Женского медицинского института. ……....144
Журавлёв А.А. Директор Петербургского Женского медицинского института Б.В. Верховский в общественной жизни столицы и России в начале XX столетия. ……..……..153
Старкус А.А. А.Н. Куняев – нижегородский врач и общественный деятель. ……..…...160
Миронова Н.А. Русские врачи эпохи сыпного тифа: врачебный долг в катастрофе. ……..……..165
Левина Т.А., Садретдинов Р.А. Профессор-большевик: к 145-летию со дня рождения Александра Павловича Сергеева. ……..……173
Петрова М.Н. Сибирские периоды в жизни Н.С. Короткова: между врачебным долгом и борьбой за жизнь. …….177
Кондрашкина Л.Г. Н.А. Добровольская-Завадская (врач, ученый-генетик – доктор медицины) – научная деятельность и мировое признание. ……181
Сосонкина В.Ф. Белорусские женщины-фармацевты XX века: профессиональная деятельность и гражданская позиция. ……..….186
Короткова М.Н. Институт совместительства как фактор, влияющий на реализацию врачебного долга в Пермском округе в 1920-е гг. ……..……194
Ващенко Д.А. Врачебный долг и поиск бессмертия: этические трансформации в советской медицине (1920-1940-е гг.). …….201
Левина Т.А., Садретдинов Р.А. Первая! К 125-летию со дня рождения профессора Каршиной Лидии Евстафьевны (1901-1975). ……....209
Сокту ев Б.С. Профессор Ф.Г. Углов – ученый, врач, педагог, писатель и общественный деятель. ……....212

ЦЕЛИТЕЛЬ И ВОИН: ПОДВИГ ВРАЧА В ВОЕННОЙ ИСТОРИИ

Токарь А.А. Вклад К.В. Караффа-Корбутта в изучение вопроса очищения питьевой воды от холерного вибриона в условиях военного времени на фронтах Первой мировой войны. ……217
Щетинина Н.А., Маркосян З.С., Черных Е.А. Долг врача сквозь испытания: от фронтовых госпиталей к организации здравоохранения в мирное время. …..225
Станкович С.Т. Полковник медицинской службы доктор Виктор Дьяков, награжденный донской казак, югославский нейропсихиатр. ……..…….229
Теремов Д.Д, Нагорная С.В. Юность, опаленная войной: боевой и трудовой путь заслуженного врача РСФСР К.А. Гришиной. ……..…..234
Карташев И.В. Оказание медико-санитарной помощи населению сотрудниками военно-медицинской службы Красной Армии в период битвы за Кавказ (1942–1943 гг.). ……....238

Газиева Л.Л. Деятельность медицинских научных обществ в Ленинграде в годы Великой Отечественной войны. ……..244
Власова Н.Л. Подвиг ленинградских педиатров в годы Великой Отечественной войны (1941–1945). ……..……253
Акимова Л.Д. Вклад выдающихся ученых в развитие скорой помощи в период блокады Ленинграда (М.В. Черноруцкий и М.Д. Тушинский). ……..257
Черных Е.А., Щетинина Н.А., Маркосян З.С. Профессия военного медика – это всегда риск для жизни. ……..263
Тюре Т.С. Применение EMDR при военной и комплексной психотравме: промежуточные результаты полевого исследования. ……267
Ермилова Ю.Н. Посттравматический рост и самоэффективность ветеранов боевых действий: предпринимательство как фактор трудовой реадаптации. ……....274

НРАВСТВЕННЫЕ ОСНОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОССИЙСКОГО ВРАЧА: МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ, ЭТИЧЕСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Кутыкова И.В. Врачебный долг: понятие и проблема. ……...284
Кузьмин А.А. Понятие долга как антропологическая проблема. ……291
Грехов А.В. Феномен долженствования в аспекте дихотомии «обязательство/обязанность». ……....297
Владимиров А.А. Человек в плюрализме ценностных ориентаций медицины. ……..…….306
Морозова И.М. Культурно-исторический анализ профессиональной этики врача: между долговыми обязательствами и индивидуальной свободой. ……..……311
Золотарев А.В. Основание нравственного долга: автономия субъекта или энтелехия соборности? ……....318
Кетова Т.Н. Благо и долг в деонтологической этической традиции: от Канта к биоэтике. ……326
Уржумцева Н.А. Переосмысление этических вопросов взаимоотношений врача и пациента: философский аспект. ……..……333
Тихоньких В.П. Этика Гиппократа – основа нравственного ориентира современной медицинской практики. ……....339
Ерегина Н.Т. «От благочестия к деонтологии»: этическое учение М.Я. Мудрова в контексте современной медицины. ……..…347
Варванин А.В., Никишина Н.А. От физиологического принципа к вершинам духа: учение академика А.А. Ухтомского о доминанте мозга и высшей доминанте человека. ……355

Познанский К.Э. Антропологически-биологическое мировоззрение (новая метафизика). ……..362
Кулыгин С.В. Не кормите тролля: метафизический анализ «проблемы вагонетки». …….368
Катунова В.В. Личность врача с позиции теории пассионарности Л.Н. Гумилева. ……..……..…385
Игаева К.В. Доверие и социальные добродетели: компаративный анализ концепций П. Штомпки и Ф. Фукуямы. ……....393
Мордвинов А.А. «Логика» принятия решения врача в многомерных реалиях современности. ……..400
Лобова Т.Г., Мироненко Т.В. Кодекс или протокол: современный вызов *этосу* медицины. ……..407
Давыдова Т.В. Правовое регулирование основ медицинской этики в международном и российском законодательстве. ……....414
Серова И.А., Ягодина А.Ю. Этическая оценка парадигмы ригоризма в организации медицинской помощи населению. …….…...424
Смирнова Е.А., Светличная Т.Г. Этика добродетели как парадигма формирования доверительных отношений в практике современной медицины. …….....432
Сергеева М.С. «Долг» и «благо» в контексте взаимоотношений врача, пациента и донора крови. …….436

НОВЕЙШАЯ ИСТОРИЯ БИОЭТИКИ В РОССИИ: ТРАНСФОРМАЦИЯ В МЕНЯЮЩЕМСЯ СОЦИОКУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ ИЛИ ВОЗВРАТ К МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ?[1]

Тарабрин Р.Е., Шок Н.П. Трансформация биоэтического дискурса в условиях переосмысления роли традиционных ценностей и истории медицины в России. …….....441
Часовских Г.А. Обязанность достойно умереть: некоторые проблемы неолиберальной логики внедрения эвтаназии. ……..449
Шадрина Е.Н. Долг и достоинство как вечные измерения профессиональной врачебной этики. ……...452
Демьянов Г.В. Биоэтические аспекты деятельности русской православной церкви (на примере пастырского попечения при оказании паллиативной помощи детям). ……...…….....459

[1] Раздел представляет материалы, выполненные в рамках работы по гранту РНФ «Российский дискурс биоэтики в социокультурной трансформации общества» №25-28-02272.

Карпич Ю.В. Между врачебным долгом и собственными ценностями: факторы, ассоциированные с моральным дистрессом работников медицинской сферы. ……....467
Асафайло М.П. Врачебный долг и противоречивое положение врача в древнеиндийском обществе. ……474
Тихонов В.В. «Дело» профессора С.С. Брюхоненко и этические вопросы медицинских экспериментов над людьми в СССР второй половины 1930-х годов. ……....482

УДК 93/94

ВОССТАНАВЛИВАЯ УТРАЧЕННОЕ… НЕПРИКОСНОВЕННЫЕ КАПИТАЛЫ В ИСТОРИИ ПСПБГМУ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА (1872-1917 гг.)

Зимин Игорь Викторович

Доктор исторических наук, профессор, заведующий кафедрой истории Отечества, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8). Email: 30maler@mail.ru

***С**татья посвящена истории формирования неприкосновенных капиталов в С.-Петербургском Женском медицинском институте (далее ЖМИ) за период с 1872 по 1917 г. Хронологические рамки статьи связаны с созданием «Курсов ученых акушерок» (1872-1886) открытых при С.-Петербургской Медико-Хирургической академии, где начали готовить первых женщин-врачей России. Часть неприкосновенных капиталов, сформированных при «Курсах ученых акушерок», после 1895 г. передали ЖМИ. После 1917 г. неприкосновенные капиталы в ЖМИ были аннулированы советской властью. Статья основана на архивных материалах (Российский государственный исторический архив, Ф.733 Министерство народного просвещения) впервые вводимых в научный оборот. Эти материалы свидетельствуют, что в ЖМИ неприкосновенные капиталы в основном предназначались либо на выплату стипендий беднейшим слушательницам, либо на оплату их обучения.*

***Ключевые слова:** неприкосновенный капитал, Женский медицинский институт, слушательницы, стипендии*

RESTORATING THE LOST... UNTOUCHABLE CAPITAL IN THE HISTORY OF THE I.P. PAVLOV PASMU (1872-1917)

Zimin Igor Viktorovich

Doctor of Historical Sciences, Professor, Head of the Department of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (197022 Russian Federation, St. Petersburg, Lev Tolstoy str., 6/8). Email: 30maler@mail.ru

***Abstract:** This article is devoted to the history of the formation of emergency funds at the St. Petersburg Women's Medical Institute (hereinafter referred to as WMI) from 1872 to 1917. The chronological framework of the article is related to the establishment of the "Courses for Academic Midwives" (1872-1886) opened at the St. Petersburg Medical-Surgical Academy, where the first female doctors in Russia began to be trained. Part of the emergency funds formed during the "Courses for Academic Midwives" were transferred to WMI after 1895. After 1917, the emergency funds at WMI were annulled by the Soviet government. The article is based on archival materials (Russian State Historical Archive, F. 733, Ministry of Public Education) introduced into scientific*

circulation for the first time. These materials indicate that at WMI, emergency funds were primarily intended either to pay stipends to the poorest students or to cover their tuition.

Key words: *emergency capital, Women's Medical Institute, students, scholarships*

До недавнего времени понятия «эндаумент» в России практически не знали. Хотя деятельность самого известного эндаумента – Нобелевского фонда – у всех на слуху. В современной России возрождение практики формирования целевых капиталов, началось после принятия 30 декабря 2006 г. закона «О порядке формирования и использования целевого капитала некоммерческих организаций». В декабре 2023 г. Ученый совет ПСПбГМУ им. И.П. Павлова принял решение об учреждении Фонда Целевого Капитала (Эндаумента) Университета.

25 февраля 2026 г. в ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова «впервые в России прошел круглый стол, посвященный созданию и управлению целевыми капиталами (эндаументами) в медицинских университетах. Тема, еще недавно казавшаяся уделом столичных бизнес-школ и классических университетов, сегодня уверенно входит в повестку медицинского образования. В мероприятии приняли участие не только петербуржцы, но и коллеги из Волгограда, Казани, Уфы. К дискуссии в онлайн-формате подключились представители медицинских вузов Астрахани, Тюмени, Самары и Архангельска» [19]. Восстанавливаем утраченное…

Говоря о начале истории ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, напомним, что его открытие в сентябре 1897 г. стало результатом многолетних усилий представителей самых разных социальных слоев, поскольку идея возможности получения женщинами высшего медицинского образования была популярна в Российской империи. Поэтому идея открытия Женского медицинского института была реализована за счет самой широкой и многолетней благотворительности. К 1914 г. из различных благотворительных источников на развитие Института было потрачено более 2 млн. руб. Именно на средства благотворителей были построены первые корпуса и клиники нашего университета.

Но при этом, на специальном счете ЖМИ имелись и *неприкосновенные капиталы*, которые мы сегодня называем эндаументом. Их история началась в 1872 г., с открытием «курсов ученых акушерок», продолжилась с 1797 г. с учреждением ЖМИ и прервалась после 1917 г. Сегодня, создав университетский эндаумент, мы фактически восстанавливаем утраченное…

Непосредственным предшественником ЖМИ стали «Курсы ученых акушерок», открытые в 1872 г. в С.-Петербурге при Медико-хирургической академии. Уже в рамках этих курсов формируются первые неприкосновенные капиталы о которых упоминается в «Отчёте Общества для пособия

слушательницам врачебных и педагогических курсов за 1884 г.»: «В кассе Общества за 10-й год существования, с 23 ноября 1874 г., к 1 января 1885 г. состояло слишком 20 тыс. руб. Источниками дохода в отчетном году были: 1). Членские взносы от 238 лиц на сумму 1.534 руб. (менее против 1883 г. на 524 руб.); 2). Пожертвования на сумму около 12 тыс. руб.; 3). Сбор с концерта в Москве, устроенного госпожою А.П. Боткиной в размере 1.600 руб. Остальные поступления состояли из возврата слушательницами врачебных курсов взятых заимообразно ссуд (125 руб.) и *процентов с неприкосновенного капитала на сумму 1.205 руб*. По просьбам слушательниц выдано было в 1884 г.: на врачебные курсы 181 лицу на сумму около 5 тыс. руб.» [5]. Таким образом, с 1872 по 1886 гг. курсы фактически существовали на пожертвования, ежегодные взносы курсисток и, отчасти, *на проценты с неприкосновенного капитала*.

Источники финансирования Женских врачебных курсов [1, с. 96]

Источники финансирования	
Плата за обучение	14%
Бюджетное финансирование	5%
Процент с капитала	*13%*
От губернского земства	7%
Из разных источников	30%
Частные лица и общества	31%
	100%

Говоря о соотношении средств, поступающих в 1870-х годах из различных источников *на медицинское образование женщин*, можно привести следующие данные: содержание *всех медицинских учебных заведений*, включая и «Курсы учёных акушерок», в основном существовавших на частные средства, обходилось «в 170.385 руб. Из них от частных лиц и обществ получалось 53.472 руб., из разных источников 50.962 руб., платы за обучение 23.597 руб., *проценты с капиталов 22.588 руб.*, от губернского земства 11.202 руб. Доля государства составила 8.558 руб.» [16, С. 81]. Таким образом, основным источником финансирования женских врачебных курсов являлись частные средства, *включая проценты с неприкосновенных капиталов*.

В 1878 г. «Курсы ученых акушерок» переименовали в «Женские врачебные курсах при Николаевском военном госпитале», тогда же появился *первый неприкосновенный капитал* для выплаты стипендии имени тайного советника Н.И. Козлова[2]. В «Объяснительной записке на проект устава стипендии имени Тайного Советника Н.И. Козлова» упоминается, что «В феврале 1878 г.

[2] Козлов Николай Илларионович (1814-1889) – начальник Императорской Медико-хирургической академии (1869-1871), активно поддержавший идею открытия женских медицинских курсов при академии. Во время русско-турецкой войны 1877-1878 гг. поддержал идею направления в действующую армию женщин-врачей

окончившие полное медицинское образование слушательницы Женских врачебных курсов впервые вступили на поприще общественной деятельности. Учреждение этих курсов в 1872 г. было тепло приветствовано всеми истинно просвещенными людьми в России. Желая ознаменовать день выпуска первых женщин-врачей в России добрым и полезным делом преподаватели женских врачебных курсов решили *основать стипендию* при женских врачебных курсах *для одной из слушательниц* окончивших с лучшим успехом курс учения с целью дальнейшего научного усовершенствования ея в клиниках и учебных кабинетах женского врачебного курса *двухлетним занятием по избранной специальности*, под личным руководством избранного самою слушательницею профессора приготовляли бы удостоенное стипендию лицо к дальнейшей врачебной и учебной деятельности» [10, л. 10].

В результате 5 ноября 1879 г. состоялось «высочайше утвержденное мнение Государственного совета о причислении *к специальным средствам* Главного Военно-Медицинского управления капитала, внесенного преподавателями женского врачебного курса на учреждение стипендии имени Тайного Советника Николая Илларионовича Козлова» [3]. *Сумма неприкосновенного капитала составила 8 600 руб. проценты с которой шли на упомянутую стипендию*.

Отметим, что алгоритм формирования подобных неприкосновенных капиталов в конце 1870-х гг. был довольно сложен: сбор средств на стипендию – ходатайство к Военному министру – обсуждение в Государственном совете – высочайшее решение об учреждении стипендии. Судя по датам, процесс занял около полутора лет.

После закрытия в 1886 г. «Женских врачебных курсов при Николаевском военном госпитале» неприкосновенный капитал имени Н.И. Козлова в 1895 г. передали в распоряжение ЖМИ «как учреждения заменившего курсы, *на усиление специальных его средств*, т.е. на предмет расходования его *вообще на нужды института* с сохранением лишь за капиталом прежнего названия, т.е. капитала имени Тайного Советника Козлова» [10, л. 11].

В 1904 г., когда у руля ЖМИ находился лейб-акушер Д.О. Отт, правовое поле неприкосновенного капитала (в 1879 г. – 8 600 руб.; в 1903 г. – 17 900 руб.) попытались изменить, поскольку директор считал, что «одной из наиболее безотлагательных нужд является окончательное устройство возводимых при вверенном ему учебном заведении клиник, на каковой предмет в распоряжении института не имеется никаких средств». Поэтому Д.О. Отт ходатайствовал «о разрешении обратить капитал имени тайного советника Козлова, состоящий из 17 900 руб. % бумагами и 699 руб. 58 коп. наличными деньгами на эту последнюю надобность» [10, л. 80]. В результате Министерство народного

просвещения, сохранив неприкосновенный статус капитала, разрешило использовать проценты, в том числе и «на всякие свои нужды».

С учетом того, что ЖМИ нуждался в стипендиях («В прошлом 1902 г. слушательницами только 5 и 4 курсов Женского медицинского института подано было 60 прошений, институт же располагал всего 11 стипендиями» [10, л. 81]) приняли решение составить новое Положение о неприкосновенном капитале, увеличив количество стипендий. Директор Института Д.О. Отт «полагал бы справедливым хотя небольшую часть указанного капитала, в размере по усмотрению Министерства, обратить на выдачу пособия наиболее нуждающимся слушательницам» [10, Л. 12]. В итоге в новое «Положение о стипендии тайного советника Н.И. Козлова» включили следующие типовые нормы: 1. На основании высочайшего повеления 5 декабря 1881 г. и 26 мая 1897 г. [2] на проценты с капитала в 17 900 руб. <…> учреждается при Женском медицинском институте *три стипендии* тайного советника Козлова по 200 руб. каждая; 2. Стипендиальный капитал, заключающийся в свидетельствах Государственной 4% ренты на сумму 17 900 руб. *хранится в числе специальных средств Института, оставаясь навсегда неприкосновенным*. В случае выхода процентных бумаг в тираж погашения они обмениваются начальством Женского медицинского института на другие правительственные процентные бумаги; 3. Процент с означенного капитала за удержанием государственного сбора по закону 20 мая 1885 г. выдаются избранным стипендиатам; 4. Право выбора стипендиатов принадлежит Правлению Института; 5. Стипендиатки пользуются стипендиями до окончания курса или выхода по каким либо причинам из Института. Они могут быть лишены стипендии в случае малоуспешной учебы или неодобрительного поведения; 6. Пользование стипендией не налагает никаких обязательств; 7. Могущие образоваться по каким либо причинам остатки от не замещения стипендии, равно как и от излишка процентов, против сумм, назначенной на стипендию, выдается единовременное пособие беднейшим из слушательниц не получающих никакой стипендии, по усмотрению Правления института» [10, л. 85].

Это «Положение» стало типовым при назначении последующих стипендий, утверждаемых Советом профессоров ЖМИ. Отметим, что стипендии, базирующиеся на неприкосновенных капиталах, стали поступать в институт еще до его официального открытия в сентябре 1897 г.

В июле 1895 г., когда под контролем Строительной комиссии начали возводить первые корпуса ЖМИ, из Главного военно-медицинского управления передали процентные бумаги и наличные деньги: 7 948 руб. передал ЖМИ тайный советник Менде *на содержание стипендиатки его имени* (восемь 5½% закладных листов Банка Херсонской губернии и 4% облигации внутреннего

займа) [13, л. 2]; 3 216 руб. пожертвовал потомственный почётный гражданин М.А. Кайдалов *на платежи из процентов с капитала за слушание лекций неимущими студентками института* (4% облигации внутреннего займа; 4% облигации Государственный ренты) [14, л. 2]; 3 337 руб. пожертвовала дочь коллежского секретаря, девица Бервальд, *на содержание стипендиатки её имени* (4% облигации внутреннего займа; 4% облигации Государственной ренты; 5% облигации С.-Петербургского Кредитного общества) [14, л. 1].

Стипендии, выплачивавшиеся слушательницам *с неприкосновенных капиталов,* были разными по сумме и обставлялись разными условиями, сформулированными жертвователями. Чаще всего это были *именные стипендии*, учреждаемые как частными лицами, так и общественными структурами. Как правило, для учреждения одной именной стипендии необходимо было направить в банк порядка 3 000 – 6 000 руб. в «Государственных бумагах». Под «Государственными бумагами» в данном контексте имеются в виду процентные бумаги, выпускавшиеся Государственным казначейством. Проценты с этих бумаг и формировали стипендии для слушательниц. Доходность «Государственных бумаг» в этот период составляла 5%. В дальнейшем для образования именных частных стипендий приходилось направлять больше средств в связи с тем, что выплаты по государственным бумагам сократили до 4,5%.

Позже, после открытия ЖМИ в 1897 г. пожертвования накапливались и к 1910 г. институт располагал 23 стипендиями, которые выплачивались с процентов с неприкосновенных капиталов.

Список капиталов, пожертвованных Институту, %% с коих назначены на выдачу стипендий слушательницам [11, Л. 9]

Наименование капиталов	Количество стипендий	Размер стипендий на год	Сумма капитала рубли
А.М. Барановского	1	90	2 400
А.С. Безобразовой	1	300	8 300
Л. Бервальд	1	140	3 700
М.П. Вагнер	1	114	3 000
О.В. Гортынской	1	250	6 700
И.Д. Делянова	1	300	8 000
А.В. Евреиновой	1	90	2 600
В.Ф. Кащенко	1	200	6 300
В.А. Лапшина	1	300	6 000
А.Г. Леоновой	1	200	6 400

С.С. Львовой	1	200	5 000
К.И. Менде	1	300	9 000
А.С. Пушкина	1	100	2 900
П.А. Соколова	2	240	6 700
М.С. Скребицкой	2	380	12 000
И.Н. Таирова	2	600	16 200
П.П. Титова	1	200	4 000
С.Ф. Фрейлих	2	400	11 200
Н.Н. Чаликова	1	300	12 800
В.С. Некрасовой	-	-	3 000
Итого	23		136 200

Таким образом, в 1910 г. ЖМИ наряду с 23 стипендиями, выплачиваемых с неприкосновенных капиталов (общий капитал 136 200 руб.), располагал еще 216 стипендиями, выдаваемых различными учреждениями и лицами. С учетом того, что на 1 января 1910 г. в институте обучалось 1 618 слушательниц, при ежегодном приеме 250 слушательниц, стипендий всего имелось 239, т.е. стипендиальный фонд покрывал 14.8% слушательниц.

При этом, фонд стипендий основанных на неприкосновенных капиталах постепенно увеличивался и в документах ЖМИ на 1913 г. упоминается о 74 стипендиях, выплачиваемых с капитала в 494 700 руб. Следовательно, с января 1910 г. по январь 1913 г. число стипендий, выплачиваемых с неприкосновенных капиталов, увеличилось с 23 до 74, т.е. более чем в три раза. Объем капиталов увеличился с 136 200 руб. до 494 700 руб., т.е. тоже более чем в три раза.

Список капиталов, пожертвованных Институту, %% с коих назначены на выдачу стипендий слушательницам (на 1913 г.) [12, л. 6]

Наименование капиталов	Количество стипендий	Размер стипендий на год	Сумма капитала руб.
Лапотникова	31	300	197 900
Лапшина	1	300	6 000
Гортынской	1	200	6 700
Безобразовой	1	300	8 300
Скребицкой	2	190	12 000
Пушкина	1	100	2 900
Фрейлих	2	200	11 200
Таирова	2	300	16 200
Бобровниковой	1	100	13 900
Чаликовой	1	300	13 900
Некрасовой	1	100	3 200

Титова	1	200	3 900
Соколова	1	140	6 700
Леоновой	1	200	6 400
Бервальд	1	140	3 700
Жеребцовой	2	275	
Барановского	1	90	2 400
Кайдалова	1	100	3 500
Львовой	1	200	5 000
Вагнер	1	100	3 000
Менде	1	300	9 000
Губиной-Дмитриевой	1	100	2 100
Делянова	1	300	8 000
Кащенко	1	200	6 300
Федорова	7	500	69 250
Силиной	1	500	12 300
Евреиновой	1	90	2 600
Федорова	6	1 500	69 250
Итого	74		494 700

Среди жертвователей встречаются достаточно известные лица. Например, граф Иван Давыдович Делянов занимавший пост Министра народного просвещения с 1882 по 1897 гг., при котором и был открыт Женский медицинский институт.

Одну стипендию своего имени учредила известная общественная деятельница, издательница общественно-политического журнала «Северный вестник», жена статского советника *Антонина Васильевна Евреинова* (урожденная Сабашникова). В документах указывалось, что капитал заключающийся в Государственной 4% ренте на сумму 2 400 руб. хранится в числе специальных средств Института и *является неприкосновенным*. Проценты, получаемые с капитала формируют стипендию имени А.В. Евреиновой и выдаются стипендиатке. В «Положении о стипендии имени жены статского советского Антонины Васильевны Евреиновой, рожденной Сабашниковой», указывается, что пользование стипендией «не налагает никаких обязательств». Накопившиеся со временем, «остатки стипендии выдаются как единовременное пособие беднейшим слушательницам не получающих никакой стипендии по усмотрению Правления института» [10, л. 113].

Статский советник *Александр Иванович Барановский* [10, л. 113] передал Женскому медицинскому институту капитал в 2 200 руб. *учредив одну стипендию*

своего имени, формирующуюся «за счет процентов с пожертвованного капитала». В Положении о стипендии оговаривалось, что право выбора стипендиаток принадлежит пожизненно детям завещателя А.И. Барановского - Василию и Серафиме Александровне Барановским. Стипендия не налагала на стипендиатку никаких обязательств [10, л. 110].

История, связанная с учреждением *стипендии имени А.С. Пушкина* началась в январе 1903 г., когда в адрес Дирекции ЖМИ пришло письмо бывшего издателя газеты «Петербургский листок» Александра Алексеевича Соколова. Он сообщал, что в 1899 г., к 100-летию со дня рождения А.С. Пушкина, стал инициатором сбора пожертвований на учреждение стипендии им. Пушкина. Тогда им был собран «пожертвованный многими лицами капитал в сумме 2 787 руб. 52 коп. Из них 2 600 руб. процентными бумагами и 187 руб. 52 коп. наличными» [10, л. 69–70], выразив желание передать этот капитал в ЖМИ. В результате, после всех согласований с Министерством народного просвещения, Совет профессоров ЖМИ утвердил «Положение о стипендии имени А.С. Пушкина». В Положении указывалось, что учреждается одна стипендия; что «Стипендиальный капитал, заключающийся в свидетельствах Государственной 4% ренты на суммы 2 600 руб. <…> остается навсегда неприкосновенным»; что стипендиата избирает Правление Института; что стипендия не налагает на стипендиата никаких обязательств.

В феврале 1904 г. учреждается *стипендия имени фон М.П. Вагнер*. В «Положении о стипендии Марии Петровны Вагнер (рожденной Балабиной)», указывается, что одна именная стипендия образованная «*на счет процентов с капитала* в 3 000 руб., пожертвованного дочерью статского советника Павлой Александровной фон-Вагнер, в память ее матери». Указанные деньги «оставаясь навсегда неприкосновенными» поступили на счет спецсредств института в виде 4% Государственной ренты. Проценты с неприкосновенного капитала шли «избранной стипендиатке на взнос платы за слушание лекций в институте». Право выбора стипендиатки «пожизненно принадлежало жертвовательнице Павле Александровне фон-Вагнер». Стипендиатка избиралась жертвовательницей «из числа беднейших христианского вероисповедания слушательниц, отличающихся хорошим поведением успехами в науках», получение стипендии не налагало никаких обязательств [10, л. 182].

В списке за 1913 г. упоминаются стипендии, *учрежденные Мартой Людвиговной Нобель-Алейниковой*, с капитала Вспомогательной кассы Московского купеческого собрания. Отметим, что выпускница ЖМИ М.Л. Нобель-Олейникова построила и оснастила для alma mater факультетскую хирургическую клинику. Также она перечисляла деньги для его слушательниц в «Общество для усиления средств Женского медицинского института». Так, М.Л.

Нобель-Олейникова пожертвовала 3 700 руб. на две стипендии нуждающимся слушательницам в своём «выпускном» 1909 г. Также она пожертвовала в 1910 г. *капитал на учреждение стипендий* для «недостаточных слушательниц» *с выплатой с процентов* на 10 человек по 350 руб. в год. Видимо были и разовые пожертвования, которые не отложились в документах. Об этом свидетельствует письмо Марты Людвиговны, направленное директору института Б.В. Верховскому в 1912 г. В этом письме она просила «выдать слушательнице 4 курса Г. Меликовой 1 050 руб. из присланных мною 3 500 руб. в октябре 1911 г.» [18, л. 59].

В списке стипендий за 1913 г. упоминается 31 стипендия *имени М.И. Лапотникова* (по 300 руб. на капитал 197 900 руб.). Это был самый крупный капитал, пожертвованный на стипендии в ЖМИ. Вокруг таких денег просто не бывает. Этот крупный капитал в 1907 г. ЖМИ завещал отставной поручик Михаил Ивановича Лапотников: «Остались капиталы по биржевой цене в 375 000 руб. и нотариальное завещание, коим весь этот капитал завещается ответчикам – первым двум по 1\3 каждому, последним по 1\6 каждому». Одна треть капитала передавалась Российскому Обществу Красного Креста, друга завещалась «Женскому медицинскому институту в С.-Петербурге *для выдачи из процентов оного стипендий бедным воспитанницам института. Капитал же должен оставаться в неприкосновенности на вечные времена*» [15, л. 15]. Однако немедленно началась длительная тяжба с наследниками М.И. Лапотникова, закончившаяся буквально накануне Первой мировой войны. Завещание было «утверждено к исполнению» с наследством в 397 110 руб. 21 коп. которые пошли на выплату 31 стипендии по 300 руб.

В архивных делах РГИА встречаются упоминания о выплатах стипендий с неприкосновенных капиталов, которые не были включены в список 1910 и 1913 гг. Видимо судебные дела вокруг этих капиталов не были решены в пользу ЖМИ. Приведем несколько примеров.

Завещание об учреждении стипендии имени Е.П. Огранович. Непростая история связана с духовным завещанием Е.П. Огранович, которое было утверждено в 1907 г. В нём определялся следующий порядок: «недвижимое имущество моё, какое в день смерти моей окажется мне принадлежащим, в чём бы таковое ни заключалось и где бы таковое не находилось, я завещаю продать *и вырученные суммы обратить в неприкосновенный капитал*, из коих 25 000 руб. передать Лубенской мужской гимназии. Остальную же часть вышеупомянутого неприкосновенного капитала внести в Государственный банк *для выдачи процентов с этой суммы стипендий беднейшим слушательницам Женского медицинского института в Санкт-Петербурге*, преимущественно уроженок Киевской и Полтавской губернии с присвоением этим стипендиям моего имени»

[17, л. 2]. Директора ЖМИ о завещании информировал директор Лубенской мужской гимназии, которой также должна была достаться часть средств Е.П. Огранович. В своём письме от 9 октября 1907 г. он писал: «завещанная часть имения состоит почти из 450 десятин земли, и при самой скромной оценке за неё можно выручить 150 000 руб. Если из этой суммы исключить 30 000 руб. долга Киевскому дворянскому банку, то на учреждение стипендий останется около 120 000 руб.» [17, л. 9]. Для института это была колоссальная сумма, равная стоимости хорошей клиники. За эти деньги стоило побороться.

Для разрешения всех споров Совет института принял решение передать ведение дела юрисконсультскому отделу Министерства народного просвещения. Директор института сумел договориться с присяжным поверенным Е.И. Сияльским о ведении дел в интересах института. В апреле 1909 г. адвокат сообщил директору Института о сложностях, связанных с разделом имущества, в результате чего имелась возможность получения институтом только 25 000 руб. [17, л. 54–57] Кроме этого, С.С. Салазкин получил приглашение от директора Крестьянского банка для обсуждения вопроса о покупке земли крестьянами. Подобный ответ поверенного и складывающая ситуация с наследством явно не устроила Правление института, и С.С. Салазкин обратился с письмом к известному писателю В.Г. Короленко. У него С.С. Салазкин просил помощи и возможности связаться с адвокатом Е.И. Сияльским, в конце письма указывая, что «если господин Сияльский и дальше будет игнорировать всякие запросы, то я буду вынужден отстранить его, если я вижу, что интересы института страдают» [17, л. 68–71].

В.Г. Короленко связался с адвокатом и дал ему положительную характеристику, оценив его, «как человека серьёзного и знающего адвоката, честность которого не подлежит ни малейшему сомнению». Но даже вмешательство В.Г. Короленко не помогло разрешить проблему. Тяжба продолжалась в течение 5 лет. За это время не только сменились поверенные, но и сменилось руководство института. Вместо С.С. Салазкина директором стал Б.В. Верховский. Институт планировал получить от этой сделки сумму порядка 55 000 – 70 000 руб., но в итоге желания не оправдались. В мае 1912 г. права на имение были проданы за 60 000 руб., и институт получил наличными только 35 000 руб. [17, л. 216], то есть в два раза меньше, чем рассчитывал.

Стипендия имени А.П. Черепановой. В «Положении о капитале имени умершей жены генерал-майора Александры Павловны Череповой при С.-Петербургском Женском медицинском институте» указывается что «На основании Высочайшего повеления 26 мая 1897 г. при Женском медицинском институте *учреждается капитал имени умершей жены генерал-майора А. Черепановой»*. В 1901 г. душеприказчик перевел в Институт 6 175 руб. 22 коп.

для «учреждения при Женском медицинском институте капитала имени завещательницы». Этот капитал «по обращению его в государственные или гарантированные правительством процентные бумаги» хранился в числе специальных средств Института.

Капитал имени М.А. Гилль. В архивном документе упоминается, что в мае 1900 г. дирекция ЖМИ сообщала «в Министерство народного просвещения, что московская купеческая вдова Магдалина Александровна Гилль» пожертвовала «в пользу Института 15 000 руб.» [10, л. 1]. Поскольку документ находится в деле названном «Стипендии и стипендиальные капиталы», можно предположить, что часть завещанного капитала была направлена на формирование стипендиального капитала.

Стипендия имени А.Н. Борисовой. В 1904 г. в Институте составили проект «Положения» о двух стипендиях имени Анастасии Николаевны Борисовой. Учительница А.Н. Борисова завещала Самарскому обществу поощрения образования капитал в сумме 20 100 руб. на формирование двух стипендий своего имени. Стипендии для двух слушательниц ЖМИ в сумме 6 050 руб. каждая формировались *за счет процентов с неприкосновенного капитала*. В «Положении» имелось условие, что выплата стипендии прекращается «при неудачном исходе годичных испытаний» и «в случае дурного поведения, с выбытием из Женского медицинского института» или «с получением средств достаточных к продолжению образования». Стипендия не накладывала никаких обязательств.

Стипендия имени А.В. Марковой. В 1904 г. в ЖМИ учредили стипендию «имени умершей Александры Васильевны Марковой *на счет с процентов с капитала* в 5 000 руб., пожертвованного Самарскому обществу поощрения образования мужем покойной, почетным гражданином Федором Григорьевичем Марковым» [10, л. 12]. Стипендиатка избиралась общим собранием членов Самарского Общества поощрения образования, поэтому в списках 1910 и 1913 гг. она не указана.

Памятный капитал Л.А. Шанявской. К числу неосуществлённых проектов относится капитал Л.А. Шанявской. Буквально накануне Февральской революции – 2 января 1917 г. – Лидия Алексеевна Шанявская передала Петроградскому Женскому медицинскому институту облигации Московского Городского Кредитного общества на 20 000 руб. «в капитал в память генерал-майора А.Л. Шанявского». Совет института, в лице директора ординарного профессора Б.В. Верховского, поблагодарил её в письме от 25 января 1917 г. Но никаких процентов с памятного капитала Институт уже не получил, поскольку спустя месяц в Петрограде началась Февральская, затем Октябрьская революция 1917 и Гражданская война.

Капитал по завещанию А.В. Кокорева. В 1908 г. умер купец 1 гильдии Александр Васильевич Кокорев (1848-1908), который в своем завещании, утвержденном 22 ноября 1908 г., оставил значительную сумму – 300 000 руб. в пользу ЖМИ для строительства «Клинической больницей имени Василия Кокорева».

Следует пояснить, что отец завещателя – купец 1 гильдии Василий Александрович Кокорев (1817-1889) был известен не только как «миллионщик», прошедший путь от конторщика до миллионера, но и как коллекционер живописи и общественный деятель. Поэтому сын, завещая деньги на строительство больницы, желал увековечить имя своего отца.

После смерти Александра Кокорева его душеприказчики только в 1911 г. обратились «в Правление Женского медицинского института с предложением оказать содействие к учреждению клинической больницы имени В. Кокорева, каковая должна быть факультетской терапевтической клиникой». Больница должна была вмещать «приблизительно на 80 кроватей, из коих 20 должны быть бесплатно предоставлены для лечения служащих Волжско-Камского Коммерческого банка и их семействам» [8, л. 5].

После переговоров с директором Института проф. Б.В. Верховским была создана «Особая комиссии на частное пожертвование факультетской терапевтической клиники С.-Петербургского Женского медицинского института». Капитал для строительства больницы складывался после реализации двух роскошных особняков А.В. Кокорева в Царском Селе, а «остальная часть капитала должна быть *обращена в государственные процентные бумаги и положена как неприкосновенный капитал этой больницы в Государственный банк*, при чем проценты с этого капитала должны расходоваться на содержание больницы» [8, л. 27].

В документах особо подчеркивалось, что «неприкосновенный капитал, назначаемый на улучшение содержания клинической больницы и расширение ее деятельности принадлежит к числу специальных средств С.-Петербургского Женского медицинского института ни на какой другой предмет кроме прямого его назначения, не должен быть употребляем» [8, л. 52].

Для института это был роскошный подарок, поскольку «в настоящее время институт в качестве факультетской клиники внутренних болезней пользуется так называемыми Степановскими бараками городской Петропавловской больницы» [8, л. 27]. В результате осенью 1911 г. при Женском медицинском институте учредили «Комитет по учреждению и сооружению больницы» в состав которого вошли: директор института ординарный профессор, статский советник Б.В. Верховский, помощник директора, ординарный профессор действительный статский советник А.А. Кадьян, представитель кафедры факультетской

терапевтической клиники ординарный профессор действительный статский советник М.М. Волков, представитель кафедры факультетской хирургической клиники, экстраординарный профессор, статский советник Г.Ф. Цейдлер и главный врач городской Петропавловской больницы ординарный профессор женского медицинского института, статский советник Г.А. Смирнов.

В январе товарищ Министра народного просвещения доложил Николаю II о планах по строительству больницы и на всеподданейшем докладе появилась резолюция: «"Согласен". В Царском Селе января 10 дня 1912 г.».

Казалось бы, царской визой все проблемы решены. Однако больницу построить так и не удалось. Главной причиной было то, что продать два особняка А.В. Кокорева в Царском Селе не получилось[3]. Дело в том, что А.В. Кокорев был болен лепрой (проказой), которая тогда считалась крайне заразной и неизлечимой, поэтому особняк называли «обителью прокаженного».

В газете «Петербургский листок» писали: «После смерти известного миллионера Кокорева осталось огромное наследство, в числе которого находится в Царском селе роскошный дворец необыкновенной ценности, как по оригинальности постройки, так и по внутренней обстановке. Так как содержание дома обходится очень дорого, а покупателя на него найти положительно невозможно, то наследники Кокорева решили разыграть дом этот дом со всею обстановкой в лотерею, устроив три миллиона билетов, ценою каждый билет по рублю» [20]. В результате к началу Первой мировой войны особняки так и не были проданы и проект по строительству «Клинической больницей имени Василия Кокорева» на территории ЖМИ был закрыт.

Таким образом, можно констатировать, что к началу XX столетия в России сложилась гибкая система оказания материальной помощи студентам в самых различных формах, как-то: казённые стипендии Министерства народного просвещения; стипендии различных других государственных ведомств; полное или частичное освобождение от платы за обучение; стипендии земств; именные стипендии частных лиц; *стипендии выплачиваемые с неприкосновенного капитала*; стипендии в честь памятных событий; стипендии в память тех или иных медиков; стипендии общественных организаций; стипендии самих университетов и институтов.

Привлечение финансовых средств из различных источников, включая неприкосновенные капиталы, для материальной поддержки студентов-медиков стало важной частью государственной университетской политики на протяжении длительного времени, которая совпала, по своей направленности, с

[3] Один из особняков (усадебный дом) А.В. Кокорева был построен в 1859 г. архитектором А.М. Болотовым для князя Дондукова-Корсакова. В 1901 г. здание и участок купил А.В. Кокорев, которые его перестроил в 1901-1904 гг. по проекту архитектора С. Данини

устремлениями либеральной и демократической интеллигенции. Вместе с тем, в финансовой помощи студенчеству превалировало именно государственное финансирование, которое сыграло решающую роль в процессе формирования медицинских кадров в России, существенно облегчив студентам-медикам получение высшего образования. Приведённые данные свидетельствуют о постоянстве государственной и общественной материальной поддержке студенчества, что заставляет пересмотреть бытовавшие взгляды о том, что до 1917 г. «Путь к образованию этой части студенчества был очень труден, ибо правительство материально не помогало учащимся» [4, с. 10].

Список литературы

1. *Зимин, И.В. Журавлев, А.А.* СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова: этапы большого пути. Возникновение женского медицинского образования в России и создание Женского медицинского института (XVIII – начало XX вв.). СПб., 2012. С.96
2. О порядке присвоения особых наименований общеполезным установлениям. 26 мая 1897 г. // ПСЗ-III. Т.17. № 14152
3. О причислении к специальным средствам Главного Военно-Медицинского Управления капитала, внесенного преподавателями женского врачебного курса на учреждение стипендии имени Тайного Советника Николая Илларионовича Козлова. 5 ноября 1879 г. // ПСЗ-II. Т.54. Ч.2. №60145
4. *Оськина, Е.Д.* Московский университет в годы столыпинской реакции и революционного подъема. 1907-1914. М., 1953.С.10
5. Отчёт Общества для пособия слушательницам врачебных и педагогических курсов за 1884 г. // Медицинское обозрение. – 1886, Т. 26, № 24
6. РГИА. Ф. 733. Оп. 213. Д. 67. Л. 1 // О капитале на стипендию при Женском медицинском институте имени дочери коллежского секретаря Бервальд. 1895
7. РГИА. Ф.733. Оп.155. Д.250. Л.27 // О пожертвовании душеприказчиками покойного А.В. Кокорева 300.000 р. на постройку больницы имени Василия Кокорева при С.-Петербургском Женском медицинском институте
8. РГИА. Ф.733. Оп.155. Д.250. Л.5 // О пожертвовании душеприказчиками покойного А.В. Кокорева 300.000 р. на постройку больницы имени Василия Кокорева при С.-Петербургском Женском медицинском институте
9. РГИА. Ф.733. Оп.191. Д.1454. Л.12 // Стипендии, денежные фонды, капиталы, пожертвования
10. РГИА. Ф.733. Оп.191. Д.1642 Л.110 // Стипендии и стипендиальные капиталы
11. РГИА. Ф.733. Оп.205. Д.234. Л.9 // Отчет о состоянии и деятельности Женского Медицинского Института за 1910 г.
12. РГИА. Ф.733. Оп.205. Д.237. Л.6 // Отчет Петроградского Женского Медицинского Института за 1913 г.
13. РГИА. Ф.733. Оп.213. Д.68. Л.2 // О капитале на стипендию при Санкт-Петербургском Женском медицинском институте имени тайного советника Менде. 1895
14. РГИА. Ф.733. Оп.213. Д.70. Л.2 // О капитале на уплату за слушание лекций неимущими студентками С. Петербургского Женского медицинского института имени М.А. Кайдалова. 1895
15. РГИА. Ф.740. Оп.44. Д.531.Л.15. // По завещанию Лапотникова в пользу Женского медицинского института
16. Специальные учебные заведения мужские и женские по переписи 20-го марта 1880 г. СПб., 1890. С.81

17. ЦГИА СПб. Ф.436. Оп.1. Д.14805. Л. 216
18. ЦГИА СПБ. Ф.436. Оп.1. Д.14917. Л.59
19. https://www.1spbgmu.ru/universitet/media/novosti/10719-25-fevralya-proshel-kruglyj-stol-posvyashchennyj-sozdaniyu-i-upravleniyu-celevymi-kapitalami)
20. https://www.gov.spb.ru/gov/otrasl/c_govcontrol/news/131583/

УДК 61.174.004

ВРАЧЕБНЫЙ ДОЛГ В ИСТОРИЧЕСКОМ И СОВРЕМЕННОМ КОНТЕКСТАХ: ОТ ГИППОКРАТА - К ЦИФРОВОЙ МЕДИЦИНЕ

Изуткин Дмитрий Анатольевич

Доктор философских наук, профессор кафедры социально-гуманитарных наук, Приволжский исследовательский медицинский университет (603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д.10/1). E-mail: dan55@mail.ru

Приводятся основные историко-этические концепции понимания врачебного долга (этика Гиппократа, Парацельса, Персиваля, Канта). В эпоху современных биотехнологий и цифровизации медицины, в частности, использования искусственного интеллекта, отмечается переход от патерналистской модели взаимоотношения врача и больного к технической и коллегиальной моделям. В этих условиях понятие «врачебный долг» во многом опосредуется технократическими тенденциями в медицине и неизбежно наполняется новыми качественными характеристиками. Делается вывод о вероятности формирования новой парадигмы в медицине и трансформации основных биоэтических принципов, традиционно лежавших в основе врачебного долга.

***Ключевые слова**: врачебный долг, медицинская этика, патернализм, цифровизация, искусственный интеллект, принципы биоэтики.*

PHYSICIAN DUTY IN HISTORICAL AND MODERN CONTEXTS: FROM HIPPOCRATES – TO DIGITAL MEDICINE

Izutkin Dmitri Anatol'evch

PhD in Philosophy, Professor of the Social Science and Humanities Department, Privolzhsky Research Medical University, 10/1, Minin Sq., Nizhny Novgorod, 603005, RUSSIA

The article presents the main historical and ethical concepts of understanding medical duty (the ethics of Hippocrates, Paracelsus, Percival, and Kant). In the era of modern biotechnology and digitalization of medicine, particularly the use of artificial intelligence, there has been a shift from a paternalistic model of doctor-patient relationships to a technical and collegial model. In this context, the concept of "medical duty" is heavily influenced by technocratic trends in medicine and is inevitably filled with new qualitative characteristics. The article concludes that a new paradigm in medicine is likely to emerge, and that the basic bioethical principles that have traditionally underpinned medical practice are likely to be transformed.

Key words: physician duty, medical ethics, paternalism, digitalization, artificial intelligence, principals of bioethics.

Понятие «врачебный долг» в историческом аспекте всегда оставалось одним из главных концептов в медицинской этике. С формальной точки зрения долг понимается как «специфическая, обязывающая форма представления нравственного требования (должное)» [6, с.146]. Также отмечается, что «основания должного поведения можно рассматривать в двух аспектах: а. со стороны принципов, на которые опирается содержание общественных требований для должного поведения; б. с точки зрения причин, побуждающих человека выполнять эти требования» [6, с.147]. В данной статье врачебный долг сопрягается с постулатами этического характера, сформулированными в различные исторические периоды и рассматривается их соотношение с современным характером медицины, в частности, цифровизацией медицинской отрасли.

В древних цивилизациях уже существовали Кодексы врачей, затрагивающие моральные и нравственные вопросы отношения врача к больному с точки зрения их прав и обязанностей. Например, в древнеиндийском трактате «Сутра-стханы» в разделе «О четырех столпах лечения», в частности, говорится: «Дружелюбие и сострадательность к больному, симпатия к выздоравливающему, спокойствие перед лицом того, кто близок к концу, - таких правил должен придерживаться врач» [7, с.25].

Тем не менее, именно в Древней Греции сформировался «*метод Гиппократа*», основные положения которого оказали влияние на последующие этические традиции в медицине и имеющие непосредственное отношение к врачебному долгу [1]. Центральный постулат этики Гиппократа – «Не навреди больному» - в настоящее время по-прежнему является ведущим, имеет широкое толкование и включает различные аспекты врачебной деятельности (вербальный и психоэмоциональный контакт врача и больного, диагностика заболеваний, процесс лечения, использование медицинских технологий и др.). Все это с точки зрения негативных последствий для больного акцентирует внимание на вероятности тех или иных врачебных ошибок и проблеме ятрогенных заболеваний. Другим этическим постулатом метода Гиппократа также акцентирующему внимание на взаимоотношении врача и больного является принцип «Лечить больного, а не болезнь», что отражает важность индивидуального подхода к больному с учетом личностных биологических и психосоматических характеристик, а также его образа жизни. Следует также отметить этическое значение таких положений, как «Исследуй весь организм» и «Честно оценивай состояние больного».

Другой этической традицией в медицине, начиная с эпохи Позднего талаи больного формулируется как «Делай добро больному». Она исходит из представлений и враче не только как исцеляющем болезни, но и носителе гуманных ценностей, таких как благо, эмпатия, сострадание. В этике Парацельса особое внимание уделяется необходимости принимать во внимание *психоэмоциональные* особенности больного и их учет в процессе лечения. Отсюда, помощь больному стала восприниматься не только исключительно в медицинских рамках, но и в контексте его повседневной деятельности, что, в итоге, сформировало такое направление в медицине, как *патернализм*. В одном лице врач обрел статус и целителя, и наставника. С этих позиций медицина стала рассматривается как наиболее гуманная отрасль человеческой деятельности, а профессия врача – как воплощение человеческих ценностей высшего порядка.

В эпоху Просвещения и в дальнейшее время определенное развитие получила *этика Персиваля*. Она, в частности, поставила вопрос об обязанностях и *долге* врача не только перед больным, но и *обществом*, таким образом, возложив на врача дополнительную ответственность *социального* характера. Врач (помимо индивидуального здоровья) оказался вовлеченным в систему *общественного* здоровья и в своей деятельности (как предполагалось) был обязан также выстраивать свои медицинские рефлексии на уровне здоровья тех или иных групп населения.

С этических и методологических позиций понятие «долг» получило наиболее полное обоснование в *этике И. Канта*, что в дальнейшем конкретизировалось в понятии «*деонтология*». Согласно деонтологическим подходам, к оценке наших действий и поступков, независимо от блага, которое они могут порождать, применимо понятие «долг». В частности, он отмечал, что «…в понятии долга содержится понятие пассивного принуждения (меня обязывают)» [3, с.353]. «Любое понятие долга содержит объективное принуждение через закон (через моральный, ограничивающий нашу свободу императив) и принадлежит практическому рассудку, дающему правила» [3, с. 376]. Императив по И. Канту – объективный принцип, который будучи велением разума, принудителен для воли.

В контексте вышесказанного правомерно кратко рассмотреть взаимоотношение врача и больного в рамках конкретных *моделей*: патерналистской, технической и коллегиальной, предложенными R.M. Veatch [11]. Их определенная условность, тем не менее, формирует определенный вектор развития данной проблематики.

В результате многовековых этических традиций в медицине сложилось понятие «*патернализм*», что легло в основу одноименной модели взаимоотношения врача и больного, в которой фигура врача, выступающего

одновременно в роли *наставника* и *проповедника* является ведущей. В этом случае функции врача неизбежно стали выходить за рамки чисто медицинских рекомендаций, а врачебный долг в максимальной степени «привязывался» к ценностям *морального* характера и морального *долга* со стороны врача по отношению к больному, что, в целом, согласовалось с этическими положениями И. Канта.

Тем не менее, в современных условиях использования новейших биомедицинских и цифровых технологий главное значение стали играть *коллегиальная* и *техническая* модели взаимоотношений врача и больного. Это, в частности, определяется базовыми принципами биоэтики [9], в которых *автономия пациента* выступает на первый план. В этом плане *коллегиальная* модель предусматривает *диалог* врача и больного в обсуждении вопросов диагностики и лечения, интерактивный обмен мнениями и определение стратегии в решении этих вопросов. Соответственно, данная модель предполагает максимальное информирование пациента по всем аспектам медицинского процесса. «Достоинство коллегиальной модели выражается в обеспечении нравственной коллегиальности врача и пациента, когда каждый из них несет свою долю нравственных определений в рамках принципа информированного решения: врач – долю объективной информированности, пациент – автономности принятия решения» [5, с.47].

Техническая модель, в свою очередь, позволяет реализовать менталитет врача с акцентом на современные научные достижения в медицине. В данном случае приоритет «высоких медицинских технологий» в значительной степени редуцирует психологический компонент в общении врача и больного, сужает рамки непосредственного диалога и увеличивает вероятность его виртуального формата. Таким образом, техническая и коллегиальная модели наиболее оптимально вписываются в процесс цифровизации, в частности, использования ИИ в медицинской отрасли и в значительной степени актуализируют вопрос о врачебном долге, как с точки зрения принципов «Не навреди больному» и «Делай благо», так и с позиций приоритетности ролей в общении с больным: *ИИ* или *врач*.

В этих условиях долг врача в процессе цифровизации и использования ИИ во многом определяется соотношением ценностей *антропологического* и *технократического* характера.

В этом плане *антропоцентризм* выступает в качестве доктрины, когда: 1. больной рассматривается как *индивид* с присущей ему уникальностью и неповторимостью; 2. долг врача по отношению к больному неизбежно сопрягается с нравственным долгом врача по отношению к *самому себе*. По мнению И. Канта «уничтожить в своем лице субъект нравственности – это то же,

что искоренить в этом мире нравственность в самом её существовании» [3, с.360]. 3. гуманистический подход, когда интересы конкретного больного *превалируют* над интересами врача, общества и социума. Исходя из этого, врач на уровне своей компетентности, профессионализма и клинического мышления принимает, аккумулирует и имплицирует эти представления в своей деятельности на основе базовых биоэтических принципов. В этом плане справедливо отмечается, что «основы биоэтики и моральная позиция врача при применении ИИ не должны находится в конфликте с базовым принципом «не навреди больному» [8, с.134].

Техноцентризм ставит во главу угла развитие и совершенствование *техногенной* сферы. При рассмотрении техноцентризма как *доктрины* в медицине делается акцент на ведущую роль технической вещно-предметной среды как ведущего *актора* в системе «врач-больной». Это может вступать в противоречие с этическим содержанием деятельности врача по отношению к больному, в результате чего их взаимоотношения существенным образом трансформируются: 1. возрастает вероятность депривации больного как *личности* и утраты индивидуализации каждого случая болезни; 2. возрастает вероятность взаимного отчуждения врача и больного; 3. больной воспринимается как *материальный субстрат* для научно-медицинских целей; 4. социальные и научно-технические интересы превалируют над интересами больного.

Рассматривая использование ИИ как одного из главных концептов цифровизации в медицине, следует также отметить возможное влияние на биоэтические принципы взаимоотношения врача и больного идей *трансгуманизма*. Надо признать, что успехи биомедицины, особенно в конце XX-XXI вв. открывают перспективы *искусственного реконструирования* человеческого тела. По выражению проф. В.А. Кутырева по сути имеет место «биотехническое конструирование *трансчеловека*» – выделено нами – Д.И.) [4]. Реализация подобных технократических «проектов» в медицине неизбежно приведет к качественной трансформации базовых принципов биоэтики, что, в свою очередь, заставит переосмыслить смысл и содержание врачебного долга.

Следует отметить, что с точки зрения медицинской этики и принципов медицинского профессионализма медицина имеет (все-таки!) *нравственную* основу, которая изначально должна быть определяющей в деятельности врача. В этом плане нравственная позиция и долг врача в условиях цифровизации заключаются (еще раз подчеркнем) в признании *инакости* и *самости* больного. Только при этом условии больной будет восприниматься врачом как *личность*. Оставляя за пациентом решающее право выбора и формирования собственной позиции, методологическая стратегия врача как необходимый компонент его

долга проявляется в умении использовать в общении с больным различные субъектно-объектные отношения еще на доклинической стадии. «Это отнюдь не так безумно, как кажется. Отношения всегда могут быть нравственными еще до того, как они стали познаваемыми» [2, с.123]. Во всяком случае, следование этому положению существенно снизит вероятность взаимных претензий и возможных конфликтов в общении между врачом и больным. В данном случае «…*совесть* (выделено нами – Д.И.) врача является основой принятия необходимых этических решений» [10, с.5].

В заключение следует отметить, что дальнейшее осмысление врачебного долга в период цифровизации медицинской отрасли будет во многом зависеть от соотношения антропоцентрических и технократических тенденций. В этих условиях существует высокая вероятность формирования биоэтической парадигмы, когда вышеназванные принципы биоэтики будут наполняться новым качественным содержанием. Остается надеяться, что «*пациентоориентированность*», все же, останется главной прерогативой и ценностью в понятии «врачебный долг».

Список литературы

1. *Гиппократ.* Этика и общая медицина / Гиппократ. – СПб.: Азбука, 2001. – 350 с.
2. *Дёрнер, К.* Хороший врач / К. Дернер. – М.: Алтейя, 2005. - 541 с.
3. *Кант, И.* Сочинения в 6-ти томах. Том 4(2) / И. Кант. – М.: Мысль, 1965. - 478 с.
4. *Кутырев, В.А.* Последнее целование. Человек как традиция / В.А. Кутырев. – С-Пб, Алтейя, 2015. - 311 с.
5. *Моисеев, В.И., Моисеева, О.Н.* Биоэтика. Учебник. Т. 2 / В.И. Моисеев, О.Н. Моисеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 362 с.
6. Словарь философских терминов / М.: ИНФРА, 2004. - 730 с.
7. Хрестоматия по истории медицины / Составители Е.Е. Бергер, М.С. Туторская / под ред. Д.А. Балалыкина. – М.: Литерра, 2012. - 617с.
8. *Arnold, M.* Teasing out artificial intelligence in medicine: An ethical critique of artificial intelligence and machine learning in medicine / M. Arnold // J. Bioethical Inquiry. - 2021. - 18. - p. 121-139.
9. *Beauchamp, L., Childress, J.F.* Principles of biomedical ethics / L. Beauchamp, J.F. Childress. - Oxford University Press, 2001. - 454 p.
10. Medical Ethics Manual / World Medical Association, 2005. - 134p.
11. *Veatch, R.* Models for ethics: Practice in a revolutionary age / R. Veatch // – astings Center Report, June, 1972. – vol. 2. – 3. – p. 5-7.

УДК 614.253

ЦИКЛИЧНОСТЬ МИРОВОЙ ИСТОРИИ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ТРАНСФОРМАЦИИ ПРИОРИТЕТОВ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Серебряный Роман Сергеевич

Доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» Минобрнауки России, (105064, Российская Федерация; г. Москва, ул. Воронцово поле, д. 12, строение 1). E-mail: niiimramn@mail.ru

Худоногов Игорь Юрьевич

Кандидат медицинских наук, старший преподаватель, кафедра истории, Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, (344022, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, д. 29). E-mail: fux1@ya.ru

Исследована динамика социальных отношений «врач-больной» в различных типах общества. Показана неизменность высоты статуса врача и изменения когнитивного наполнения его социальной роли, находящейся в жесткой связи с доминирующими социальными отношениями, иногда приносящими вред. Новая информационно-когнитивная концепция здоровья на фоне жесткой стандартизации, регламентации, аттестации и субординации работы врача призвана обеспечить его автономию и сориентировать на укрепление социального капитала.

Ключевые слова: *врач, социальный статус, социальная роль, социальные отношения, социальный капитал.*

THE CYCLICITY OF WORLD HISTORY AS A KEY FACTOR IN THE TRANSFORMATION OF MEDICAL PRIORITIES

Serebryany Roman Sergeevich

MD, PhD, Professor, Leading Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Ministry of Education and Science of the Russian Federation, (12 Vorontsovo Pole St., Bldg. 1, Moscow, 105064, Russian Federation).

Khudonogov Igor Yuryevich

MD, PhD, Senior Lecturer, Department of History, Rostov State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, (29 Nakhichevansky Lane, Rostov-on-Don, Russian Federation, 344022).

The dynamics of doctor-patient social relations have been studied in various types of societies. This demonstrates the constancy of physician status and the changing cognitive content of their social role, which is tightly linked to dominant social relations, sometimes causing harm. A new informational-cognitive concept of health, against the backdrop of strict standardization, regulation, certification, and subordination of physician work, is designed to ensure physician autonomy and focus on strengthening social capital.

Keywords*: physician, social status, social role, social relations, social capital.*

Общественное здоровье в современном российском социуме демонстрирует негативные тенденции. Перманентный рост общей и первичной заболеваемости на фоне ухудшения демографических показателей приводят к полномасштабной депопуляции народов РФ. В имеющихся обстоятельствах многие наблюдатели склонны винить во всем отечественную медицину. На самом деле, действительно невозможно отрицать имеющийся дефицит медицинских кадров, снижение качества и доступности медицинской помощи, потерю престижа врачебной деятельности и т.д. Однако наше исследование посвящено критическому осмыслению значимости происходящего. Согласно рабочей гипотезе, профессия врача и современное российское общество рассматриваются нами как сообщающиеся сосуды, как единое целое, находящееся в атмосфере единых социальных отношений. Иными словами, до тех пор, пока мы не дадим объективную оценку всем характеристикам нашей социальной среды, невозможно будет получить комплексную оценку значимости профессии врача в современном социуме, его роль в наращивании социального капитала. Также невозможно будет выявить ключевые факторы, влияющие на престиж и привлекательность медицинской деятельности.

При этом необходимо отметить, что в настоящее время всё больше внимания в научных трудах, посвящённых охране здоровья, придаётся медицинскому гуманизму, т.е. личности врача, который как во времена Гиппократа, так и сегодня остается безусловным актором-инфлюенсером доминирующих социальных отношений. Осмысленно или бессознательно врач формирует вокруг себя информационную среду, погружает в неё пациентов и получает от них соответствующий социальный ответ – самосохранительную, экономическую и иную рефлексию. Исследования данной тематики показывают необходимость обращать особое внимание на хронологически значительные трансформации социальных отношений в зависимости от изменения общественно-экономической формации и влияние этих изменений на здравоохранение, общественное здоровье и параметры социальной роли врача.

В первобытном обществе, где царили социальные отношения, напоминающие коммунизм, древние врачеватели сочетали умения лечить раны и болезни с культовыми ритуалами, исполняя роль посредников между миром живых и таинственными потусторонними силами, что делало их важными фигурами в сетевой социальной структуре племени [7]. Именно в этот период зародился альтруизм как профессиональная идеология врачевателя, учителя и священника в одном лице.

Новое классовое общество сохранило основные ипостаси врачевателей. Уважение к ним выражалось в строительстве величественных храмов, в богатых жертвоприношениях со стороны рабовладельцев, ибо священнослужители оставались сосредоточием медицинских, научных и духовных знаний [11].

Именно они обеспечивали новое проявление альтруизма, раздавая жертвенное мясо рабам в дни религиозных праздников. Именно их, на примере Имхотепа, в прямом смысле слова боготворили. Отец западной медицины Гиппократ оттачивал свой профессионализм в храме своего пра…пра…пра…дедушки – в асклепионе острова Кос, а после основания частной медицинской школы в непосредственной близости от асклепиона преподавал своим ученикам морально-этический кодекс как базовую дисциплину врачевания. Статусность медиков сохранялась и с приходом Иисуса Христа – лучшего целителя своего времени, который по-прежнему олицетворял триединство врачевания, учительства и священнодействия, граница между которыми всегда была весьма условна, но сегодня почему-то тщательно укрепляется. Средневековые монастыри Западной Европы стали колыбелью современной культуры. Там зарождались университеты, наука и искусство во всех своих проявлениях, там творили лучшие художники и музыканты. Именно там удалось воплотить в жизнь то, к чему мы сегодня так стремимся, но никак не можем достичь. Речь идет о ЗОЖ – здоровом образе жизни. Строгое соблюдение догматов-заповедей Иисуса Христа обеспечило высочайший уровень общественного здоровья европейцев практически на 1000 лет. Отсутствие болезней, безусловно, сыграло отрицательную роль в развитии медицины, но называть период всеобщего благоденствия и строгое следование канонам «темными веками» как-то не поворачивается язык.

Там же, в монастырях зародилось то, что тогда называли словом «ересь» (от греческого слова αἵρεσις – аура, сияние вокруг главного светила), что сегодня принято называть гордым словом «гуманизм», где сияние стало заменять источник себя, стало вытеснять своего Прародителя-Творца, т.е. обеспечило когнитивное затмение – в котором мы (прогрессивное человечество) до сих пор и находимся. Не признавая существование Бога мы пытаемся пропагандировать Его ценности, и потом искренне удивляемся – а почему это не работает?

С наступлением эпохи Возрождения победа гуманизма над религией стала очевидной. Новые капиталистические отношения возродили рабство в колониальных странах и сбросили тяжелые цепи морали и нравственности с большей части европейцев. Войны превратились в повседневность, эпидемии захлёстывали весь мир, резко вырос уровень преступности, проституции и педофилии. Окончательно отделившись от церкви, врачи потеряли свою сакральность, но стали чрезвычайно востребованными, а значит богатыми, как знаменитая семья Медичи (итал. Mèdici – медики) во Флоренции. В рыночной экономике каждый сам выживает, как может. И для лучшего выживания помимо врачевания на врачей была возложена новая социальная миссия и новая моральная ответственность – разрушать религиозное мировоззрение. Это подчеркивает, что врач всегда был и всегда будет не просто техническим

специалистом, а личностью, связанной с доминирующей социальной реальностью.

Наша родина за достаточно короткий по историческим меркам период прошла как минимум три этапа своего развития. При этом каждый переход в новое общество сопровождался катастрофическими последствиями, которые в значительной степени трансформировали понятие «медицинский гуманизм». В зависимости от этого постоянно менялось сущностное наполнение этической основы медицины, её мораль. Новые традиции определяли вектор нравственного развития личности медицинского работника. В условиях меняющегося мира уважение к личности пациента через милосердие и сострадание, помощь населению ради защиты человеческой жизни как высшей социальной ценности стали пропускаться через фильтр новых социальных отношений.

1861 год – год отмены крепостного права в России. Крестьянская реформа была проведена императором России, королем Польши и великим герцогом Финляндским Александром II для ускорения процесса перехода нашей страны в новую капиталистическую формацию. 19 февраля (3 марта) 1861 года император подписал Манифест «О всемилостивейшем даровании крепостным людям прав состояния свободных сельских обывателей» и «Положение о крестьянах, выходящих из крепостной зависимости».

Вместе с европейскими правами и свободами в Россию пришла западная капиталистическая идеология. Понятия «грех» и «стыд» нивелировались. Мораль претерпела изменение. Совесть и справедливость перестали в обществе иметь какое-либо значение. «Просвещённые» люди (элита) перестали бояться Бога. Его «наместники» на Земле хотели казаться всё более демократичными, что привело к падению нравов в обществе, особенно в духовно-нравственной сфере. За деньги теперь можно было купить и продать всё. Однако здоровье общества в условиях сплошной прагматизации, когда все стремились урвать что-либо и обогатиться, стало также стремительно ухудшаться. Более 50 лет господства свободных рыночных отношений привели к деградации всех социальных институтов Российской Империи, начиная с армии и заканчивая здравоохранением.

Понимание пагубности происходящего было очевидным для всех здравомыслящих профессионалов. Успешная деятельность медицинских работников в таких условиях оказалась неосуществима. «…Вряд ли когда-либо медицина в своих отношениях к обществу переживала столь тяжелые времена, как в последние десятилетия: стремление подорвать доверие к медицине, … недружелюбное отношение к врачам – всё это нельзя замолчать…» писал в 1909 году Н.В. Парийский – председатель Общества Врачей городов Ростова и Нахичевани на Дону [10].

Видные общественные деятели отмечали, что молодые врачи, заканчивающие вузы, обуреваемые вначале высокими идеалами, попадая в

существующую реальность, превращались в стяжателей, думающих только о личной выгоде [9].

Такие же по мировоззрению люди составляли интендантскую службу российской армии. Многочисленные инспекции выявляли недостатки, требующие реформирования системы медицинского и иного обеспечения армии. Анализируя причины фиаско Русско-Японской войны, Император Николай II четко осознавал, что в преддверии новой войны надо предпринимать действия, направленные на повышении ответственности работников во всех сферах жизни страны. В частности, попытки исправить ситуацию предпринимались в медицинской сфере. Яркий пример инициативы «сверху» – это проект комиссии Г.Е. Рейна, который предлагал создать организационную структуру с вертикальной формой управления здравоохранением, с установлением жесткого контроля над земской и городской медициной. Однако преодолеть устоявшиеся за годы капиталистических отношений порядки не удалось из-за сопротивления подавляющей части медицинского чиновничества и врачей, не желающих терять теневые доходы, нажитые безнравственным образом богатства. Иными словами, социальный институт здравоохранения Российской империи перестал работать в интересах общества и сосредоточился на самосохранении. Система перестала выполнять свои функции должным образом, что свидетельствовало о полной её деградации. Единственным эффективным способом реформирования оказался полный её слом. Все попытки решить проблему, реорганизовать здравоохранение постепенно, оказались неудачными. При том, что ученые-медики-государственники дореволюционной России разработали весьма плодотворные идеи.

Пришедшие к власти в России большевики во главе с В.И. Лениным доверили Н.А. Семашко решение этой насущной проблемы. Совместными усилиями они сумели изменить положение дел в здравоохранении. Действия команды Н.А. Семашко были направлены на борьбу с нечестным медицинским чиновничеством. Добросовестное служение людям, бескорыстность при получении медицинской помощи, доступность её для широких масс стали главными приоритетами в работе органов управления здравоохранением.

Заслуги первого наркома здравоохранения РСФСР в создании нового Советского здравоохранения были отмечены присвоением имени Н.А. Семашко Национальному НИИ общественного здоровья.

Одним из таких же ученых-патриотов, сподвижников Н.А. Семашко, был военный врач Николай Густавович Фрейберг – государственный деятель Российской империи и Советского Союза. Он занимался систематизацией и модернизацией врачебно-санитарного законодательства, консультировал руководство Наркомздрава по разнообразным вопросам управления здравоохранением и принимал активное участие в обеспечении преемственности в подходах к планированию и поддержании нравственной чистоты в профессии.

Отметим, что он начинал свою трудовую деятельность под руководством Георгия Ермолаевича Рейна. В дореволюционной России Г.Е. Рейн был общественным деятелем и политиком, доктором медицины, заслуженным ординарным профессором и академиком Императорской Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге, почётным лейб-хирургом Императорского двора, действительным тайным советником Его Императорского Величества – истинно русским врачом немецкого происхождения. Именно ему Николай II доверил формирование комиссии, призванной обеспечить реформирование здравоохранения Российской Империи. Ко всем сотрудникам комиссии предъявлялись не только самые высокие профессиональные, но и морально-этические требования. Однако, если в комиссию Г.Е. Рейна, работавшую с 1912 по 1916 годы, входило около 100 человек, которым «за Державу было обидно», то противостояла им более чем 29 тысячная армия безнравственных и равнодушных профессионалов, значительная часть которых предпочитала теневую экономику, думала о личной выгоде любой ценой – взятках, казнокрадстве, воровстве, приписках и прочих криминальных схемах, столь свойственных всем социальным институтам умирающих империй.

В 1917 году, после Великой Октябрьской социалистической революции, большая часть из них эмигрировала, не разделяя новые подходы к врачеванию как к служению, а те 14 тыс., которые остались, были воспитаны в прежней коммерческой парадигме и с трудом могли перестроить стереотипы своего профессионального поведения. К 1928 году доля старорежимных врачей составляла лишь 22% от всего состава старшего медперсонала, но их тлетворное влияние на молодых врачей давало себя знать.

Проблема начинавшейся коррозии внутри юного советского здравоохранения стала в полный рост и требовала неотложного решения. Первые отечественные учебники по социальной гигиене копировали опыт иностранных авторов и касались лишь пациентов, на которых социальная среда буржуазного общества влияла негативным образом. Однако тот факт, что эта атмосфера в обществе не менее пагубно отражается на формировании мировоззрения врача, оставался в тени. С учетом вышесказанного понятно, почему первые советские учебники по социальной гигиене сохраняли инерцию капиталистического миропонимания, т.е. не имели позитивного действия на профессиональное поведение советского врача.

Типичным примером успешной работы с сознанием будущей медицинской элиты стали занятия в Ростовском медицинском институте. С 1928 года на кафедре социальной гигиены института преподавалась дисциплина «История здравоохранения». В 1932 году кафедру социальной гигиены возглавил профессор, доктор медицинских наук М. А. Дыхно (1882-1966). Создание нового учебника, ориентированного на внедрение принципов Советского здравоохранения, разработанных Н.А. Семашко, стало главным в работе.

Разделы "История медицинских идей" и "История медицины", появившиеся в учебнике, раскрывали прошлые достижения отечественной медицины, результаты труда, самоотверженность лучших его представителей в борьбе с эпидемиями. Приводились примеры самопожертвования при оказании медицинской помощи, альтруизма. Воспитание врачей на положительных образах привело к появлению нового поколения врачей, очищенного от догматизма, всеми силами оказывающего медицинскую помощь нуждающимся в ней людям.

Одним из важнейших показателей общественного здоровья является физическое развитие, в частности молодежи, подлежащей призыву в армию. Подготовка новобранцев царской армии на протяжении длительного промежутка времени непрерывно ухудшалась, что ясно видно из процента лиц, забракованных воинскими присутствиями. Этот процент в России последовательно возрастал от 13,1 в 1874 году, до 23,5 в 1910 году. За этот период дважды понижались требования, предъявляемые при призыве, и все же процент отсеянных рос. В 1913 году до 45% освидетельствованных новобранцев было признано непригодными для немедленного приема на военную службу. Подобное положение наблюдалось и в ряде капиталистических стран, где из года в год возрастал процент забракованных при приеме на военную службу. Так, например, в Польше 22,5% призывников рождения 1909 года были признаны слабыми по физическому развитию. Из числа лиц, принятых на военную службу в армию США, уволено по несоответствию благодаря дефектам или заболеваниям, существовавшим до поступления на военную службу, в 1922 году 25,0%, а в 1931 году – 59,8% военнослужащих. Советская социальная реальность напротив – способствовала улучшению здоровья призывников. Так, например, призывные контингенты города Ростова-на-Дону 1931-1935 годов по своему физическому развитию стояли значительно выше как новобранцев в капиталистических странах, так и призывников царской российской армии. Данные полученные при изучении здоровья ростовских юношей, идущих исполнять свой воинский долг, а также призывных контингентов по отдельным территориям Союза ССР (материалы В.В. Треймана и В.А. Толстовой по Татарской республике (призыв 1929 г.), Г.Ф. Ершова по Пермскому округу (призыв 1925-1926 г.) и др.), являлись иллюстрацией общего для всего СССР повышения материально-бытового и культурного уровня жизни трудящихся. Высокий уровень физического развития будущих военнослужащих РККА подтверждает целесообразность декрета «О понижении призывного возраста на действительную военную службу» от 11 августа 1936 года до 19 лет вместо 21 года [6].

Через 3 года начнется Вторая мировая война, через 5 лет – Великая отечественная. Подготовка к ним шла полным ходом, и советские врачи, воспитанные на лучших примерах медицинских предшественников, внесли свою

лепту в эту подготовку и в окончательную победу нашего народа над немецким фашизмом и японским милитаризмом [3]. Ни одна медицинская служба какой-либо другой страны мира не может сравниться по своей результативности с советскими военными медиками [1].

Реформирование СССР в 80-90-е годы прошлого столетия в направлении западной демократии, внедрение новых капиталистических социальных отношений обеспечили сдвиг от интересов общества к интересам личности [8], внесли в нашу жизнь постоянные войны, эпидемии, рост преступности, проституции и педофилии. Врачи снова стали востребованы. По данным ВЦИОМ (2023 год) в России наряду с учёными и учителями профессия врача занимает 2-3 место в рейтинге престижных профессий (около 25% упоминаний). При этом она также входит в топ 5 профессий, которые родители хотели бы для своих детей. Однако медицина, как и все российские общественные институты, оказалась поражена социальными язвами коррупции и казнокрадства. В рейтингах доверия к общественным институтам (Левада-Центр) "система здравоохранения" опускается всё ниже – ей не доверяют 50-60% населения. Как показал опрос, проведённый кампанией "Ипсос Комкон" в более ста городах России, доверие пациентов к врачам снизилось с 56% в 2024 году до 53% в первом квартале 2025 года.

В рамках нашего исследования была сформирована фокус-группа студентов РостГМУ, состоящая из 20 обучающихся 1-5 курсов педиатрического факультета в возрасте от 17 до 22 лет. На вопрос "Что бы Вы хотели изменить в поведении врачей?" большинство ответивших (40%) выбрало вариант "Быть вежливее и терпеливее", т.е. глядя в зеркало молодые врачи видят там грубость и нетерпимость своих коллег к пациентам. 25% ответили "Давать больше информации о лечении", т.е. имеет место сворачивание коммуникативной активности в системе «врач-пациент». 20% выбрали "Уделять больше внимания пациентам", т.е. признают наличие когнитивной депривации (профессионального равнодушия). Не менее важной проблемой при обращении к врачам участки эксперимента считают высокую стоимость услуг, их низкую доступностью и долгое ожидание приёма. Наряду с благодарностью (55%), они отметили возникающее порой разочарование своим визитом к врачу (40%). На вопрос "Что бы Вам хотелось изменить в работе медицинских учреждений?" большинство (80%) отметило "Необходимость улучшения доступности медицинского обслуживания". 95% опрошенных отмечают важность и необходимость повышения престижа профессии врача, поскольку он среди современной молодёжи практически отсутствует. Тем не менее, подавляющее большинство опрошенных (90%) не жалеют о своём выборе стать врачом и повторили бы свой выбор в другой жизни.

Итак, врач эпохи реформ Александра II [2] и врач эпохи построения социализма Иосифа Сталина – это два совершенно разных врача. В первом

случае это полное забвение строгих этических норм, закреплённых в Клятве Гиппократа, и игнорирование законодательных актов, регулирующих профессиональную ответственность ради личной выгоды, а во втором – это представитель новой небывалой формации, работающий в условиях формирования альтруистических общественных отношений, готовый не просто к труду и обороне, а к совершению подвига [12], смотрящий на мир с позиции социальной справедливости, при которой человек человеку был друг, товарищ и брат, обманывать которого было недопустимо, тем более призирать за то, что он занимается тяжелым физическим трудом [5].

Необходимость актуализации гуманистической миссии отечественного врача тесно связана с необходимостью возобновления социальной профилактической работы среди всего общества. Вопрос о постановке новых мировоззренческих задач перед профильными НИИ и кафедрами вновь приобретает свою актуальность [4].

Настало время вернуться к разделу работы организаторов здравоохранения, который был связан с детализацией управленческого цикла, когда перед исполнителями (рядовыми врачами) ставилась конкретная основополагающая задача – снижение заболеваемости населения. Естественно, они вооружались соответствующими методиками. Главное, был бы решён вопрос их мотивации – альтруизм функционировал бы, как единственная профессиональная идеология российского врача.

Поскольку в настоящее время переход в новый экономический уклад, новое информационное общество уже начался, позитивизация мировоззрения медицинских работников в сегодняшних реалиях становится не формальной пропагандистской компанией, а основным сущностным условием дальнейшего существования населения России и мира в целом в новой социально-экономической реальности.

Список литературы

1. *Тришкин Д.В., Крайнюков П.Е., Серебряный Р.С., Яковлев А.Е.* Золотой опыт отечественной военной медицины. Военно-медицинский журнал. 2023; 344(9): 93-6. DOI 10.52424/00269050_2023_344_9_93.
2. *Крамская, С.В.* Исторический путь: от Варшавского университета до Ростовского государственного медицинского университета / С. В. Крамская, С. В. Шлык // Южно-Российский журнал терапевтической практики. – 2020. – Т. 1, № 2. – С. 10-21. – DOI 10.21886/2712-8156-2020-1-2-10-21. – EDN VWKLOS.
3. *Крамская, С.В.* К 75-летию выпуска врачей 1941 года Ростовского медицинского института / С.В. Крамская, И.Е. Абрамова // Scientific Discoveries : Proceedings of articles II International Scientific Conference, Karlovy Vary - Moscow, 28–29 января 2017 года. – Karlovy Vary - Moscow: Международный центр научно-исследовательских проектов, 2017. – С. 84-90. – EDN YGLVED.
4. *Крамская, С.В.* Учет регионального компонента образования при планировании просветительской работы по защите правды о событиях Второй мировой войны / С. В.

Крамская // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2015. – № 3(82). – С. 68-71. – EDN TVUALX.
5. *Крамская, С.В.* «Третий трудовой семестр - на «отлично»! История патриотического трудового движения студенческих строительных отрядов Ростовского-на-Дону государственного медицинского института в первой половине 1970-х гг / С. В. Крамская, И. Е. Абрамова, Д. К. Ремизов // Гуманитарные и социально-экономические науки. – 2024 – № 2(135). – С. 65-74. – DOI 10.18522/1997-2377-2024-135-2-65-74. – EDN FBIMBM.
6. *Менихес, М.А., Лютович, Л.А.* Физическое развитие призывных контингентов г. Ростова-на-Дону за 5 лет (с 1931 по 1935 гг.). В кн.: Труды Ростовского на Дону государственного медицинского института. Сборник III. Ростов-на-Дону: Азово-Черноморское краевое книгоиздательство; 1937:176-89.
7. *Синдянкина, И.В., Исакова, Э.А.* Врачевание в первобытном обществе и древнем мире. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014; 4(5): 470.
8. Современная правящая элита России в условиях глобализации / И.Е. Абрамова, Е.К. Склярова, С.В. Крамская, Е.В. Магомедова // Российская элитология: инновационные ответы на вызовы современного мира: Материалы Третьего Всероссийского элитологического конгресса с международным участием, Ростов-на-Дону, 15–16 февраля 2019 года. Том 2. – Ростов-на-Дону: Южно-Российский институт управления - филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (ЮРИУФ РАНХиГС), 2019. – С. 122-126. – EDN YVQNKH.
9. Сочинения А.П. Чехова. Том IX. Рассказы. Санкт-Петербург: Изд-во А.Ф. Маркса; 1901.
10. Труды и Протоколы Заседаний Общества Врачей городов Ростова и Нахичевани на Дону. Выпуск 6. За 1907, 1908 и 1909 гг. Ростов-на-Дону: Электро-печатня А.И. Тер-Абрамяна; 1910.
11. *Худоногов, И.Ю.* Взгляд современного врача на папирусы «Главы о выходе к свету дня» как на социогуманитарный базис профилактической медицины / И.Ю. Худоногов, Т.Ю. Быковская // Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения. – 2024. – Т. 2, № 1. – С. 44-49. – EDN QZDHVQ.
12. *Якименко, Л.А.* Поэтапное формирование духовного конструкта советского патриотизма (ретроспективный анализ) / Л.А. Якименко, С.С. Елизарова // Патриотическое воспитание молодежи: проблемы истории и современности: Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Ростов-на-Дону, 25–26 ноября 2022 года / Сост. А.И. Абрамова. – Ростов-на-Дону: Ростовский государственный медицинский университет, 2023. – С. 542-547.

УДК 614.253.83(091)

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОГО ДОЛГА В СВЕТСКОМ И ДУХОВНОМ ПОНИМАНИИ

Козеевская Надежда Александровна

Заведующая информационно-библиографическим сектором Библиоцентра РязГМУ им. акад. И.П. Павлова (Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная,9). E-mail: kozeevskaya@yandex.ru

Глотов Сергей Иванович

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии имени профессора В.Я. Гармаша РязГМУ им. акад. И.П. Павлова (Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 390026,г. Рязань, ул. Высоковольтная,9). E-mail: sergeyglot@mail.ru

В статье рассматривается категория профессионального долга врача в ретроспективе и поднимается вопрос о внутренней мотивации врача следовать профессиональному долгу, исходя из внутренней ориентации личности.

***Ключевые слова**: врач, врачевание, этические нормы, религия.*

HISTORICAL ASPECTS OF MEDICAL DUTY IN SECULAR AND SPIRITUAL UNDERSTANDINGS

Nadezhda Aleksandrovna Kozeevskaya

Head of the Information and Bibliographic Sector, Bibliocenter, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov (Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, 390026, Ryazan, Vysokovoltnaya St., 9). E-mail: kozeevskaya@yandex.ru

Sergey Ivanovich Glotov

MD, PhD, Associate Professor, Department of Faculty Therapy named after Professor V.Ya. Garmash, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlova (Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, 9 Vysokovoltnaya Street, Ryazan, 390026). E-mail: sergeyglot@mail.ru

This article examines the category of physician professional duty in retrospect and raises the question of physicians' intrinsic motivation to pursue professional duty, based on their inner orientation.

***Keywords**: physician, healing, ethical standards, religion.*

Исторические аспекты врачебного долга включают представления о должном поведении врача, которые зародились в разные эпохи и были связаны с укладом жизни, обусловленном национальными, религиозными, культурными и другими особенностями, то есть, со светскими и духовными аспектами [12].

О поисках, размышлениях врачей различных стран и народов свидетельствуют многие рукописные памятники старины (вавилонские,

египетские, китайские, русские и др.), которые содержат важные мысли и высказывания о многих качествах, необходимых каждому врачу.

Начальный этап формирования морального кодекса людей, избравших врачевание видом профессиональной деятельности, и первые законы «Оказания помощи больному – добро, неоказание (без каких-либо весомых причин) зло», «Не навреди», «Не убий», а также фундаментальные принципы справедливости, благодеяния, непричинения зла были сформированы на начальном этапе развития медицинской этики. Особый вклад внесли **Сократ** (469-399 гг. до н.э.), **Гиппократ Великий Косский** (460-377 гг. до н.э.), **Аристотель** (384-322 гг. до н. э.).

Великий древнегреческий философ **Сократ (469-399 до н.э.)** сказал: «Все профессии – от людей, и только три – от Бога: педагог, судья и врач». **Сократ внёс вклад в развитие врачебной этики** на первом этапе формирования морального кодекса людей, избравших врачевание видом профессиональной деятельности. Философ полагал, что человек добр (нравственен) по своей природе, а тот, кто поступает безнравственно, поступает так по причине «недостатка этического знания». **«Нельзя врачевать тело, не врачуя души»** – слова, которые означают, что доктор должен организовывать процесс лечения, учитывая индивидуальные психологические особенности пациента [3].

Одним из самых древних медико-этическихυ документов является «Клятва Гиппократа», которую давали выпускники знаменитой школы асклепиадов, родоначальником которой считался бог медицины Асклепий. Самым известным ее выпускником был знаменитый **Гиппократ Великий Косский** (460-377 гг. до н.э.). Главный ее принцип «не навреди» – необходимость избегать вреда, который врач может нанести пациенту. Причины вреда: бездействие и неоказание помощи тому, кто в ней нуждается, небрежность и злой умысел, случайные ошибки и необдуманные или неквалифицированные действия врача [4].

В то время уже появились врачебные школы, объединения (корпорации) врачей. Вступая во врачебную корпорацию, врач должен вести себя соответствующим образом: воздерживаться от всяких предосудительных действий и не ронять своего достоинства. Появление клятвы Гиппократа было вызвано необходимостью отмежеваться от врачей одиночек, шарлатанов и обеспечить доверие общества врачам определенной школы.

Аристотель (384-322 гг. до н. э.) относил к медицине все положения этики. **Основа медицинской этики** по Аристотелю – идея блага, которую обосновывают этические нормы. **Мудрость врача** заключается, прежде всего, в знании закономерностей бытия метафизической реальности, которая включает в себя не только осмысление причин болезней, но и этические ценности.

Медицинская этика становится динамичной наукой, так как деяния врача должны всегда соответствовать идее блага, а формирование этических норм –

всегда процессом развития и совершенствования человека. Аристотель не был практикующим врачом, но его идеи о врачебной этике связаны с тем, что он был сыном врача (Никомаха) и получил медицинское образование [3].

Клавдий Гален (129-210/217 гг. н.э.), выдающийся врач-философ римского происхождения, внёс вклад в разработку проблем врачебной этики, предложив идеи, которые легли в основу первой в истории медицины господствующей теоретико-практической системы – галенизма. Гален был последователем Гиппократа, твёрдо придерживался нравственных начал врача и высокой врачебной этики. Овладение основами этических учений Галена – общечеловеческое воспитание и образование, в основе которых лежат гуманизм, высокая нравственность, честность, – является необходимостью в моральном и духовном развитии современного врача, истинного врача, который не вправе забывать, что на больничной койке не просто организм, а человек [12].

Начало следующего этапа формирования медицинской этики связывают с утверждением монотеистических религий: буддизма, христианства, ислама. Стержнем каждой религии являются нравственно-этические нормы, поскольку именно они призваны приводить человека к осознанию необходимости строить жизнь на прочном фундаменте духовных ценностей [3,12,13].

Этический принцип **буддизма** – стремление делать добро. «Братья у вас нет ни отца, ни матери и заботиться о вас некому. Если вы не позаботьтесь друг о друге, то кто другой это сделает? Братья кто почитает меня да почтит больного» – обращение Будды к монахам. Легенда гласит, что предписание было дано после того, как Будда, обходя кельи монахов, обнаружил одного из них жестоко страдающего от дизентерии, ослабевшего от болезни, лежавшего в собственных испражнениях. Он поднял его, обмыл с головы до ног и удобно уложил в постель, а потом объявил, что сострадание и помощь больному являются важнейшими правилами поведения членов общины. С тех пор монахи стали изучать медицину, чтобы лечить друг друга и мирян.

Заметный след в истории медицинской этики оставили труды исповедующих **ислам** арабских ученых медиков эпохи Среднеазиатского Возрождения.

Огромное влияние на развитие медицинской этики и деонтологии оказали врачи Востока. **Ибн-Сина (Авиценна) (IX-X вв.),** создатель «Канона врачебной науки», рассматривая различные стороны врачебной деятельности, подчеркивал неповторимость и индивидуальность обращающегося за помощью. Ему принадлежит изречение «Врач должен».

Авиценна требовал особого подхода к больному: «Ты должен знать, что каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично. Редко бывает или совсем невозможно, чтобы кто-нибудь имел одинаковую с ним натуру» [5].

В истории православной церкви найдется немало примеров, когда священники и даже епископы занимались врачеванием не только духовных, но и телесных недугов. По мере утверждения **Христианства** как государственной, господствующей религии в Европе, христианская церковь взяла на себя уход и заботу за немощными и больными. Эта обязанность лежала на дьяконах. С утверждением рыцарских орденов некоторые из них посвящали себя уходу за больными. Например, члены ордена св. Лазаря в Иерусалиме ухаживали за прокаженными. От названия ордена св. Лазаря произошло слово лазарет. В древнерусском государстве после принятия христианства при монастырях стали создаваться больничные палаты.

Множество замечательных русских врачей всем своим служением воплотили в жизнь эти принципы. Это и представители терапевтических и хирургических школ (Боткин С.П., Захарьин Г.А., Яновский Ф.Г., Василенко В.Х., архиепископ Лука Крымский (Войно-Ясенецкий В.Ф.), Пирогов Н.И. и др.) и многочисленная плеяда земских врачей.

Ключевые вопросы врачебной этики с позиций Русской Православной Церкви сформулировал **Святитель Лука Крымский** (в миру **Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий**) (1877-1961): м**илосердие и сострадание** к больному; врач должен любить человека и оказать ему помощь независимо от личных симпатий или антипатий; м**оральная ответственность** врача за жизнь пациента; о**бязанность позаботиться не только о телесном, но и о душевном или психическом состоянии** человека; ч**увство сострадания** к больному, например, святитель переживал смерть пациента как потерю близкого человека.

Святитель Лука обогатил **клятву Гиппократа** высокими принципами православно-христианской морали и выстраданными принципами своей работы врача-хирурга. В монографиях «Очерки гнойной хирургии», «Регионарная анестезия» и в проповедях можно встретить формулировки важнейших нравственных принципов врача [11].

И.А. Ильин (1883-1954) внёс вклад в медицину через свои философские идеи. Ильин напоминал о существовании «прочной и сознательной русской традиции» практической медицины. Призвание врача и этические вопросы медицины он объяснял с позиций христианского экзистенциализма, где пациент должен рассматриваться как высочайшая ценность, к которой применим исключительно индивидуальный подход.

Ознакомление студентов-медиков с философским наследием И.А. Ильина способствует осознанию особенностей своей будущей профессии и развитию значимых в профессиональном и общечеловеческом плане личностных качеств [6].

Для современного врача особое значение сегодня имеет убеждение **Евгения Сергеевича Боткина** (1865-1918), лечащего врача семьи императора Николая II и разделившего участь царской семьи, в том, что русский врач

отличается высокой степенью человечного отношения к больным : отношение к делу как к служению с полной отдачей своих сил, оказание помощи, несмотря на неблагоприятные условия, без оправдания бездействия и ссылки на те, или иные обстоятельства, уважение к коллегам, справедливость, бескорыстие и безвозмездное служение. Но главным принципом для Евгения Сергеевича стал принцип верности врачебному долгу служения или доминанты интересов пациента во взаимоотношении врач-пациент. «Больница – для больных», – утверждает Боткин, – и этот девиз должен лечь в основу нашего отношения к ним». Больные должны чувствовать свое право «обо всем попросить, со всем обратиться. Они должны быть уверены, что вы не отнесетесь без внимания ни к одной из мельчайших жалоб их; они должны видеть, что…. пока вы около него, вы всецело заняты им одним, как бы легко он ни был болен» [12].

Следующий этап развития характеризуется созданием медицинских факультетов при университетах и объединением врачей в корпорации. В X в. начала формироваться медицинская школа в Салерно, достигшая расцвета в XI в., занимавшаяся переводами медицинских книг с арабского на латынь. Это была не церковная школа, а светская. Ее главная заслуга – создание новой медицинской литературы.

Маймонид (1135-1204) – иудейский богослов, философ и врач. **Внёс вклад в медицину,** оставив после себя труды по лечению болезней, диетологии и гигиене. В «Молитве врача» М. Маймонида среди важных добродетелей врача – равное отношение к пациентам, не зависящее от их социального статуса, терпение к капризным пациентам и умеренность во всём, кроме жажды познать врачебное искусство [10].

Одной из исторических форм врачебной этики стало понимание взаимоотношения врача и пациента, сложившееся в Средние века. Особенно четко ее удалось выразить **Парацельсу** (1493-1541). «Модель Парацельса» («делай добро») – это форма врачебной этики, в рамках которой нравственное отношение с пациентом понимается как составляющая стратегии терапевтического поведения врача. Если в модели Гиппократа медицинской этики завоевывается социальное доверие личности пациента, то «модель Парацельса» – это учет эмоционально-психических особенностей личности, признание глубины ее душевных и духовных контактов с врачом и включения этих контактов в лечебный процесс [8].

М.Я. Мудров (1772–1831) – крупнейший терапевт, профессор патологии и терапии, основатель терапевтической школы, выдвинул принцип медицинской деятельности «лечить не болезнь, а больного», который до настоящего времени признается, как принцип признания больного человека во всей полноте его душевных, психологических, социальных и телесных качеств. М.Я. Мудров посвятил одну из своих работ проблеме врачебного долга и анализу качеств личности врача, соответствующих нравственным требованиям Клятвы

Гиппократа – «Слово о благочестии и нравственных качествах гиппократова врача». В начале XIX в. М.Я. Мудров перевел на русский язык «Клятву Гиппократа», которая в адаптированном для российской действительности виде («Факультетское обещание») стала даваться выпускниками медицинских факультетов российских университетов [9].

В XVIII веке английский философ **Иеремей Бентам** (1748-1832) сформулировал понятие «деонтология», употребляя его для обозначения учения о нравственности в целом. «Поступай так, чтоб максима своей воли в любое время могла стать принципом всеобщего законодательства». В таком самопринуждении личность находит подлинную свободу и обретает подлинное человеческое достоинство (как осознание в своем лице достоинстве всего человечества) [12].

В начале XIX в. английский врач из Манчестера **Томас Персиваль** (1740-1804), первым предложивший создать Этический кодекс для врачей и хирургов, в книге «Медицинская этика» изложил «свод установленных правил и наставлений применительно к поведению врачей и хирургов в госпиталях и частной практики, в отношении к аптекарям, в случае, которые требуют знания законов»(1803) [13].

Иммануил Кант (1724-1804) озвучил в своем категорическом императиве «золотое правило», общепризнанное в этике название библейской заповеди: «Во всем, как хотите, чтобы другие поступали с вами, поступайте и вы с ними» [7].

С 70-х годов XX столетия начался новый этап развития медицинской этики – биоэтика. Очевидно, что важнейший принцип современной биомедицинской этики – уважения моральной автономии пациента – восходит именно к Кантовским представлениям о нравственной свободе, ответственности и достоинстве личности.

Биоэтика – систематические исследования поведения человека (не только врача) в области наук о жизни и здравоохранении в той мере, в какой это поведение рассматривается в свете моральных ценностей и принципов. Биоэтика занимается этическими проблемами в медицине, связанными с жизнью и смертью. Наиболее активно обсуждаемые проблемы: эвтаназия, аборт, контрацепция и стерилизация, новые технологии зачатия и вынашивания ребенка (суррогатное материнство), проблема трансплантации [13].

Принципы поведения врача вытекают из сущности его гуманной деятельности. Поэтому, основным, высшим принципом профессионального долга врача является принцип гуманизма. Наиболее отчетливо он должен проявляется в обязанностях врача по отношению к больному. Будучи всегда быть готовым внимательно и заботливо оказать медицинскую помощь, врач обязан индивидуально подходить к каждому больному, исходя из последних достижений медицинской науки и норм профессиональной морали.

Фёдор Петрович Гааз (1780–1853) считал, что **врачебный долг связан с высокими и священными обязанностями,** которые требуют полного самоотвержения и возвышения духа над мирскими расчётами [1].

Ф.П. Гааз писал: «Врач должен жертвовать не только спокойствием, выгодами, удобностями и приятностями жизни, но и собственным здоровьем и жизнью, даже, что выше всего, своей честью и славой, если он хочет достигнуть высочайшей цели своей – сохранения жизни и здоровья других».

Здоровье больных должно быть первой целью врача, – утверждал Гааз. Он осуждал тех медиков, которые в угоду своего честолюбия и любви к деньгам нарушали свой долг и жертвовали здоровьем больных ради своих низких целей. **Принцип «Спешите делать добро»** стал формулой жизни Гааза, отражая его духовно-нравственную позицию: вся профессиональная деятельность врача должна быть направлена только во благо больных.

Выдающейся психотерапевт академик **В.М. Бехтерев** (1857-1927) подчеркивал, что если больному после разговора с врачом не становится легче, это – не врач. Он должен тактично и умело мобилизовать физические и душевные силы больного на борьбу с его болезнью, побудить веру в выздоровление чутким отношением, словами успокоения, утешения и ободрения [12].

Выдающийся хирург XIX века **Н.И. Пирогов** (1810-1881) считал, что «под термином медицинская деонтология должны разуметь учение о принципах поведения медицинского персонала» [13].

Несмотря на то, что Клятва была написана приблизительно в 460-370 гг. до н.э., современные врачи также соблюдают перечисленные выше принципы и обязательства. Клятва наглядно показывает, что профессия врача предъявляет к личности особые требования.

Врач – это не профессия, это не человек, владеющий знаниями в области медицины, это, прежде всего, образ жизни. Стать врачом – значит посвятить себя этой профессии полностью, ценить здоровье и жизнь больного превыше всего, быть самоотверженным человеком, который не жалеет своих сил на повседневный и тяжелый труд врачевания [3,12,13]. Совокупность всех этих аспектов врачебной жизни и есть врачебный долг.

Список литературы

1. *Блохина, Н.Н.* Профессионально-этические воззрения врача-гуманиста Ф. П. Гааза / Н.Н. Блохина // Клиническая медицина. – 2012. - № 4. – С.73-77.
2. *Вагнер, Е.А.* Раздумья о врачебном долге / Е.А. Вагнер. – Пермь: Пермское книжное издательство, 1986.
3. Врачи-философы. – М.: Медицина, 1990.
4. *Гиппократ.* Избранные произведения : в 3 т. / Гиппократ. – М.: Медгиз, 1936.- Т. 1.- 736 с.
5. *Ибн Сина, А.А.* Канон врачебной науки / А.А. Ибн Сина. – Ташкент : Фан, 1981.- 738 с.

6. *Ильин, И.А.* О призвании врача / И.А. Ильин // Путь к очевидности. – М.: Алгоритм, 2007.- С.120–126.
7. *Кант, И.* Критика практического разума / И. Кант // Собр. соч. : в 8 т. – М.: Чоро, 1994.- Т. 4.- С. 311–501.
8. *Корженьянц, Б.* Парацельс / Б. Корженьянц // Мир огненный. – 1994. - № 5.- С. 86–87.
9. *Мудров, М.Я.* Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных / М.Я. Мудров // Избранные произведения. – М.: Изд-во Акад. мед. наук СССР, 1949.- С. 101–129.
10. *Юлиш, Е.И.* Моисей Маймонид и его «Молитва врача» // Неси свой крест… Очерки о великих, которым мы благодарны. – Донецк: Заславский А. Ю., 2010.- 75 с.
11. *Святитель Лука Крымский* (Войно-Ясенецкий). Я полюбил страдание. – М., 2004. 123 с.
12. *Сорокина, Т.С.* История медицины: в 2 т. / Т.С. Сорокина. – М., 2018.
13. *Федотов, В.П.* Об этике и долге врача, врачебной деонтологии и врачевании / В.П. Федотов // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2010. - № 1–2.- С. 88–113.

УДК 1; 61

ЭВОЛЮЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ (МЕНТАЛЬНЫМИ) РАССТРОЙСТВАМИ: ИСТОРИКО-ЭТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Мустафина Лаура Элгуджаевна

Врач-психиатр, руководитель филиала клиники доказательной психотерапии ALVI, (191014, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Парадная дом 3 корпус 2, Лит А, помещ. 358-Н). E-mail: laura.mustafina@alvi-clinic.ru

Хмелевская Екатерина Сергеевна

Клинический психолог клиники доказательной психотерапии ALVI, преподаватель-практик факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. (199034, Российская Федерация, Санкт-Петербург, набережная Макарова, дом 6). E-mail: chmelevskaya_@mail.ru

В статье представлен историко-этический анализ эволюции медико-психотерапевтической помощи. Потребность во «врачевании души» была всегда присуща человеку. Авторы рассматривают путь трансформации методов помощи: от магических практик к научно-доказательной области. Особое внимание уделено изменению стигматизации: от сакрализации безумия до социальной изоляции и современной дестигматизации и валидации.

Ключевые слова: *история психиатрии, психотерапия, ментальные расстройства, стигматизация, этика, доказательная медицина, эволюция помощи, дестигматизация.*

THE EVOLUTION OF MEDICAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC CARE FOR PATIENTS WITH PSYCHIATRIC (MENTAL) DISORDERS: A HISTORICAL AND ETHICAL ANALYSIS

Laura E. Mustafina

Psychiatrist, Head of the Branch of the Evidence-Based Psychotherapy Clinic ALVI. (3 Paradanaya Street, Building 2, Lit. A, Saint Petersburg, 191014, RUSSIA).

Ekaterina S. Khmelevskaya

Clinical Psychologist at the Evidence-Based Psychotherapy Clinic ALVI, Practitioner Lecturer at the Faculty of Psychology in Saint Petersburg State University, (6 Makarova Embankment, Saint Petersburg, 199034, RUSSIA).

This article presents a historical and ethical analysis of the evolution of medical and psychotherapeutic care. The fundamental need for the 'healing of the soul' has always been inherent

to human beings. This article examines the transformation of methods of care, from magical practices to an evidence-based field. Particular emphasis is placed on the evolution of stigmatization: from the sacralization of madness to social isolation, and ultimately to contemporary processes of destigmatization and validation.

Keywords: *history of psychiatry, psychotherapy, mental disorders, stigmatization, ethics, evidence-based medicine, evolution of care, destigmatization.*

Эволюцию истории медико-психотерапевтической помощи важно рассматривать не только с позиции хронологии создания нозологических единиц и открытия методов лечения, но и как отражение этических изменений общества, трансформации восприятия человеческой психики от выраженной стигмы и демонизации к гуманизации, принятию и расширению возможностей для качественной помощи [4, с. 15-18; 14, с. 7-9]. Мы предлагаем проследить исторический путь трансформации медико-психотерапевтической помощи через ключевые периоды, анализируя не только изменение подходов к диагностике и лечению, но и трансформацию этических принципов: от полного отсутствия автономии пациента до партнерской биопсихосоциальной модели.

Сам термин «психотерапия» имеет греческое происхождение: ψυχή (psyche) – душа и θεραπεία (therapeia) – лечение, уход, врачевание. Дословный перевод - «лечение душой» или «врачевание души», что подчеркивает основной инструмент воздействия. Впервые термин был введен в научный обиход в 1872 году английским врачом-психиатром Дэниэлом Хаком Тьюком. В книге «Иллюстрации влияния разума на тело» термин «психотерапия» служил для обозначения терапевтического действия, которое дух (психика) пациента может оказывать на его же тело благодаря влиянию врача [16, с. 5-8]. Этот момент не был случайным, он венчал долгий путь, на котором слово, транс и беседа постепенно освобождались от мистических смыслов, превращаясь в стройный метод лечения.

Донаучный период в истории психиатрии ознаменован отсутствием медицинской помощи в современном понимании. Причинами патологических состояний считались божье наказание или одержимость злыми духами [4,с.23-25]. В первобытных культурах жрецы и шаманы стали первыми «психотерапевтами», интуитивно нащупав механизмы, которые наука впоследствии назовет внушением и катарсисом. В Месопотамии еще в 2000 г. до н.э. ассирийские заклинатели ритмичной речью и боем барабанов «изгоняли демонов меланхолии», вызывая у пациентов эмоциональный подъем. В Древнем Египте папирус Эберса, датируемый 1550 г. до н.э. предписывал лечить деменцию, погружая больного в транс под звуки гонгов [17, с. 78-80]. Психозы и меланхолия связывались с «горячей болезнью сердца», сочетая заклинания с примитивными соматическими методами, такими как клизмы и рвота. [4, с. 27-

29]. Китайский трактат «Хуанди Нэйцзин» примерно в 300 г. до н.э. и задолго до открытий психосоматики учил врачей видеть связь эмоций и органов, предлагая визуализации для уравновешивания энергии ци [18, с. 112-115]. Индийская аюрведа около 1500 г. до н.э. и йога Вьясы в IV в. до н.э. добавили к этому глубину самонаблюдения, а буддийский Восьмеричный путь в 500 г. до н.э. предлагал анализировать страдания как иллюзию, что отдаленно напоминает современный метод когнитивной реструктуризации [19, с. 215-220].

Несмотря на накопление эмпирических наблюдений, данный период характеризуется полным отсутствием автономии пациента. Принуждение к ритуалам без согласия закладывало основы стигмы, где больной воспринимается скорее как объект. Эти практики, отражая теологическое мировоззрение, порождали дискриминацию, хотя и были вписаны в контекст общинной солидарности [4, с. 30-32].

Эллинская медицина (медицина Древней Греции) ознаменовала первый важный поворот. Гиппократ в собрании древнегреческих медицинских трудов «Корпус Гиппократа» отверг демонизм, объясняя психозы и меланхолию дисбалансом четырех жидкостей (гуморов). А их лечение включало кровопускание, диету, прогулки и музыку [1, с. 245-250]. Римские авторы углубили это наследие. Древнеримский ученый, врач Авл Корнелий Цельс дал первую классификацию психозов, а древнеримский врач, хирург и философ Клавдий Гален, основываясь на наблюдении больной, развил теорию «истерии», предполагая, что истерия у женщин является следствием конкретных соматических изменений в матке, тогда как истерические симптомы у мужчин объяснялись отсутствием половой жизни [2, с. 312-315].

Параллельно развивалось «врачевание души» как искусство. Пифагор в VI в. до н.э. предложил «очищать душу» гармониями лиры [20, с. 88-90]. Эпикур в IV-III вв. до н.э. вел беседы, освобождающие людей от страха смерти [21, с. 403]. В Асклепионах (древнегреческих храмах, посвященных богу медицины Асклепию) практиковали инкубацию (целительный сон), во время которого жрецы внушали пациенту идею исцеления [22, с. 145-147]. К. Гален в трактате «О страстях души» учил коллег: «Спроси тайны, и душа исцелится» [2, с. 318]. Гиппократов принцип «не навреди» ввел врачебную ответственность, но автономия пациента по-прежнему отсутствовала. Лечение диктовалось авторитетом врача. Зарождающаяся стигма («меланхолик» не «одержимый», но все же «дисбалансный») сохранялась.

В Средневековой Европе психические болезни интерпретировались, как одержимость демонами или наказание за грехи. Трактат «Молот ведьм», написанный в 1486-1487 годах приором Генрихом Крамером, стал манифестом инквизиции, оправдывая массовые казни [5, с. 125-130]. Монастырские приюты в

России в XV в. Обеспечивали больным минимальный уход, но лечение сводилось к паломничеству и экзорцизму [15, с.5-6]. Библейская традиция закрепила роковую связь сумасшествия как позора и опасности. Стигма, таким образом, превращалась во «вторую болезнь», зачастую тяжелее самой патологии.

Исключением стал арабский Золотой век (IX-XI вв.). Ар-Рази (Разес), персидский ученый, врач, алхимик и философ классифицировал меланхолию и манию, основав в Багдаде бимаристаны, больницы с гуманным уходом и музыкотерапией [6, с. 79-80]. Он же практиковал аль-иладж ан-нафс - лечение души через диалог [6, с. 81]. Врач и философ Авиценна первым связал психические расстройства с нарушениями мозга, различая психогенные (страх, горе) и соматические причины, предвосхищая биопсихосоциальную модель [7, с. 450-455]. Его лечение включало музыкотерапию, ароматерапию, диету и «гигиену души» (прогулки, чтение, общение). В Европе стигма достигла пика, где «одержимый» подлежал изоляции или уничтожению. На Востоке, напротив, сохранялся гуманный уход, но автономия пациента оставалась ограниченной рамками религиозной традиции.

XVIII век стал поворотным этапом. Немецкий врач Франц Месмер в 1774г. полагал, что исцеляет «животным магнетизмом» - флюидами или «психическим током», излучаемым некоторыми людьми, но на деле его сеансы активировали силу внушения [23, p. 34-38]. Аббат Фариа, португальский католический монах, изучая «животный магнетизм», в 1813 г. первым заявил: «Дело не во флюидах, а в убеждении пациента» [24, p. 101-105]. Джеймс Брейд, шотландский хирург, в 1843 г. дал этому явлению имя «гипноз».

Подлинную революцию совершил Филипп Пинель, французский врач, основоположник психиатрии во Франции. В 1793 году в парижской больнице Бисетр он снял цепи с душевнобольных, заменив их принципами «морального лечения»: чистота, трудотерапия, прогулки и доверительные беседы [8, с. 45-50]. Ф. Пинель писал: «Безумие - это прерванная логика, а не утраченный разум». Его ученик Жан Эскироль создал классификацию психозов и организовал отделения для «лечения убеждением» - прототип психотерапии [8, с. 112-115; 9, с. 210-215]. В в 1796г. в Англии Уильям Тук, английский писатель и историк, основал Йоркский Ретрит, психиатрическую больницу, где реализовывалась модель «семейного лечения», т.е. создавалась такая социальная среда, в которой жители воспринимались как часть большой семьи, построенной на доброте, умеренности, порядке и доверии. [9, с. 220-225].

В России реформы начались гораздо позже. В 1828 году Василий Федорович Саблер, психиатр, невролог и психолог, возглавив Преображенскую больницу, ввел «скорбные листы», так назывались истории болезни, которые заводились на каждого пациента, пытаясь вникнуть в жизнь пациента, и заменил

цепи доверительной беседой, а пациенты стали расцениваться не как опасные безумцы, а как «неразумные дети», требующие правильного присмотра и занятий [15, с. 6-7]. В 1834 году психиатр, профессор Петр Александрович Бутковский выпустил первый российский учебник «Душевные болезни», вводя понятие психосоматики [25, с. 67-70]. Иустин Евдокимович Дядьковский, врач-терапевт в 1830–1840-е впервые обратил внимание и экспериментально обосновал связь нервной системы и тела [26, с. 134-138]. А Иван Михайлович Балинский, врач-психиатр, основоположник петербургской научной психиатрической школы и психиатрии в России, будучи университетским преподавателем, учил студентов «щадящей терапии» - лечить искусством общения и эмпатией [27, с. 23-25].

Ф. Пинель и его последователи снимали не только цепи, но и тысячелетнее клеймо позора. Наконец прозвучало: «душевнобольной - не зверь и не грешник, а больной человек. «Моральное лечение» стало первым системным воплощением гуманизма. В России земские врачи 1860–1870-х, работая без мощных лекарств, были обречены на диалог, что закаляло традицию «врачевания словом». К концу XIX века Европа переходит к организованной системе. Немецкий психиатр Эмиль Крепелин в 1899 г. ввел нозологическую классификацию, основанную на долгосрочном течении и исходе, применив статистику и сделав психиатрию экспериментальной дисциплиной [10, с. 34-38; 4, с. 312-315].

На рубеже веков Зигмунд Фрейд совершил фундаментальный сдвиг, создав первую системную вербальную терапию. В сотрудничестве с Йозефом Брейером он разработал «метод катарсиса» на примере «Анны О.» [11, с. 45-52]. Метод свободных ассоциаций стал первым строгим алгоритмом вербальной терапии. В 1900 году вышел труд «Толкования сновидений» [28, с. 78-85]. З.Фрейд создал профессиональную систему (Венский кружок, 1902), положив начало междисциплинарности: психиатр диагностировал, психолог проводил анализ [4, с. 398-402].

В России в это время Владимир Михайлович Бехтерев создал рефлексологическую школу, рассматривая слово, как условный раздражитель [29, с. 156-160]. Иван Петрович Павлов экспериментально доказал, что слово может замещать физический стимул, дав психотерапии физиологическое обоснование [30, с. 215-220]. Сергей Сергеевич Корсаков развил принцип «нестеснения», т.е. свободный поток беседы без давления на личность [31, с. 88-92]. Зигмунд Фрейд, в свою очередь, дал психиатрии диалог, как инструмент, сделав автономию пациента одной из центральных ценностей после веков принуждения. К 1920-м годам психотерапия стала стандартом для неврозов в Европе. XX век стал эпохой кардинальных изменений. Психофармакологическая революция в 1952 году впервые эффективно купировала психозы, сократив госпитализацию на 80% и способствуя развитию амбулаторной помощи [13, с.

45-50; 15, с. 8-9]. Параллельно бурно развивалась психотерапия. В 1940–1950-х годах в ответ на тяжеловесность психоанализа родились новые направления. Американский психолог Беррес Скиннер и психиатр Джозеф Вольпе создали поведенческую терапию, рассматривая невроз как выученное поведение [32, с. 112-115; 33, с. 67-70].

Американский психолог Карл Рэнсом Роджерс в 1951г. опубликовал книгу «Клиентоцентрированная терапия», утверждая, что исцеление дает не интерпретация, а встреча, и сформулировав три условия исцеляющего диалога: безоценочное принятие, эмпатия и конгруэнтность [34, с.7 8-85]. Немецко-американский психиатр Фредерик Перлз выдвигает идею гештальт-терапии, перенося фокус на «здесь и сейчас» [35, с. 120-125]. Австрийский психиатр, психолог, философ и невролог, бывший узник нацистского концентрационного лагеря Виктор Франкл, основываясь на опыте выживания в концлагере, основал логотерапию или лечение смыслом [36, p. 98-105]. В 1960-1970-е годы Аарон Темкин Бек, американский психотерапевт, профессор психиатрии Пенсильванского университета, заметив разрушительную силу «автоматических мыслей», разрабатывает когнитивную терапию [12, с. 34-42]. Почти одновременно психолог Альберт Эллис создает рационально-эмотивную терапию (РЕТ) [37, с. 56-62].

Начало XXI века – это время синтеза и интегративной психотерапии. Появляются подходы третьей волны когнитивно-поведенческой терапии: терапия принятия и ответственности (ACT) Стивена Хайеса [39, с. 45-52], диалектическая поведенческая терапия (DBT) Марши Линехан [40, с. 112-118]. А далее, технологии врываются в кабинет психотерапевта. Пандемия 2020-х легализовала терапию в онлайн формате, сделав помощь еще доступнее.

Однако история развития помощи пациентам с ментальными расстройствами это не только история методов. Все это время, параллельно общество училось принимать тех, кто нуждается в лечении. В 1963 году социолог Ирвинг Гоффман показал, что стигма – это не свойство болезни, а социальный процесс, порождающий у пациентов самостигматизацию [41, с. 22-25]. Эдвин Лемерт. американский социолог и криминолог, известный вкладом в теорию навешивания ярлыков (labelling theory) и изучение социальных девиаций, описал механизм «вторичной девиации», замыкающий круг [42, с. 55-60].

В конце XX века Всемирная психиатрическая ассоциация запустила программы борьбы со стигмой. В МКБ-10 исчезли пугающие термины «болезнь» и «психопатия». Настоящий прорыв случился в 2010-е г., когда знаменитости перестали скрывать визиты к психотерапевтам. В России, по данным ВЦИОМ, к 2024 году 13% взрослых хотя бы раз обращались к психологу, среди молодежи 18% [43, с. 1].

Сегодня мы живем в достаточно противоречивое время. Стигма не исчезла совсем, и 40% россиян живут с симптомами расстройств, но из восьми нуждающихся до врача доходит лишь один [44, с. 34-35]. Люди боятся «учета», осуждения, проблем на работе, таким образом от первых симптомов до правильного диагноза проходит не один год. С другой стороны, возникает определенная мода на пситерапию и самодиагностику по интернету, породив инфляцию диагнозов. Но главное мы впервые учимся говорить о душевной боли открыто и с принятием.

Современная же медико-психотерапевтическая помощь базируется на биопсихосоциальной модели. Для многих расстройств мы имеем двоединый стандарт: психофармакотерапия (биологическое лечение) и психотерапия (психологическое) [3, с. 212-215]. И. так же, возможности социальной реабилитации для людей с ментальными расстройствами разной степени тяжети.

От гонгов Древнего Египта до сеансов онлайн-терапии, от цепей Ф. Пинеля до принципов К. Роджерса, эволюция помощи отражает движение общества к признанию ценности и автономии человеческой личности. ВОЗ считает ментальное здоровье одним из приоритетных направлений, и задача профессионалов продолжать этот путь, делая помощь доказательной, доступной и свободной от стигмы.

Список литературы

1. *Ар-Рази, Абу Бакр.* Душевные болезни / Пер. с араб. З. М. Буниятова // Клиническая психиатрия. -1973. № 4. С. 78–82.
2. *Балинский, И.М.* Лекции по психиатрии (литографированное издание). – СПб., 1858. - 210 с.
3. *Бек, А., Раш, А., Шоу, Б., Эмери, Г.* Когнитивная терапия депрессии. – М.: Вильямс, 2003.- 400 с.
4. *Бехтерев, В.М*. Объективная психология. – СПб.: Изд-во журнала «Вестник знания», 1907. - 456 с.
5. *Бутковский, П.А.* Душевные болезни. – Харьков: Университетская типография, 1834. - 450 с.
6. *Ван, С.* Трактат Желтого императора о внутреннем (Хуанди Нэйцзин) / Пер. Б.Б. Виногродского. – М.: Профит Стайл, 2016. - 576 с.
7. *Василюк, Ф.Е.* Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Изд-во Московского университета, 1984. - 200 с.
8. ВОЗ. Отчет о психическом здоровье в Европейском регионе. – Женева: ВОЗ, 2025. - 120с.
9. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2030 гг. – Женева: ВОЗ, 2021. - 48 с.
10. ВЦИОМ. Каждый седьмой обращался к психологу: результаты опроса. - 2024. - URL: https://wciom.ru (дата обращения: 18.03.2026).

11. *Гален, К.* О назначении частей человеческого тела / Пер. С.П. Кондратьева. – М.: Медицина, 1971. - 555 с.
12. *Гиппократ.* Избранные книги / Пер. с греч. В.И. Руднева. – М.: Биомедгиз, 1936. - 736 с.
13. *Дядьковский, И.Е.* Общая терапия. – М.: Университетская типография, 1836. - 355 с.
14. Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки. Том 2 / Пер. с араб. – Ташкент: Фан, 1980.- 832 с.
15. *Каннабих, Ю.В.* История психиатрии. – М.: АСТ, 2022. - 560 с.
16. *Корсаков, С.С.* Курс психиатрии. – М.: Изд-во Московского университета, 1901. - 542 с.
17. *Крепелин, Э.* Введение в психиатрическую клинику / Пер. с нем. – М.: Практическая медицина, 1923. - 208 с.
18. *Лисицын, Ю.П.* История медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с.
19. *Мосолов, С.Н.* Основы психофармакотерапии. – М.: Восток, 1996. - 288 с.
20. *Павлов, И.П.* Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. – М.: Наука, 1973. - 660 с.
21. *Пинель, Ф.* Медико-философское учение о душевных болезнях / Пер. с фр. – СПб.: Тип. Медицинского департамента, 1829. - 312 с.
22. *Радхакришнан, С.* Индийская философия. Том 1 / Пер. с англ. – М.: Издательство иностранной литературы, 1956. - 624 с.
23. *Спринц, А.М., Ерышев, О.Ф.* Психиатрия: Учебник для медицинских вузов. – СПб.: СпецЛит, 2018. - 480 с.
24. *Финзен, А*. Психоз и стигма / Пер. с нем. – М.: Алетейя, 2001. - 216 с.
25. *Фрейд, З.* Исследования истерии (совместно с Й. Брейером) // Собрание сочинений в 26 т. Т. 1. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2005. - 464 с.
26. *Фрейд, З.* Толкование сновидений / Пер. с нем. – М.: АСТ, 2020. - 704 с.
27. *Фуко, М.* История безумия в классическую эпоху / Пер. с фр. И. К. Стаф. – М.: АСТ, 2010 - 704 с.
28. *Шпренгер, Я., Институрис, Г.* Молот ведьм / Пер. с лат. Н. Цветкова. – М.: Просвещение, 1990. - 352 с.
29. *Эпикур.* Письмо к Менекею // Диоген Лаэртский. О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов. – М.: Мысль, 1986. - С. 402- 406.
30. *Ямвлих*. Жизнь Пифагора / Пер. И.Ю. Мельниковой. – М.: Алетейя, 1998. - 248 с.
31. *Ястребов, В.С.* Организация психиатрической помощи: исторический очерк и современность // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2015. -Т. 115, № 4. С. 4-11.
32. *Ebers Papyrus.* The Papyrus Ebers / Trans. by B. Ebbell. Copenhagen: Levin & Munksgaard, 1937. -135 p.
33. *Ellis, A*. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart, 1962. - 442 p.
34. *Faria, J.C.* De la cause du sommeil lucide. Paris: Mme Horiac, 1819. - 320 p.
35. *Frankl, V.E.* Man's Search for Meaning. Boston: Beacon Press, 1959. - 200 p.
36. *Goffman, E*. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963. - 147 p.
37. *Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G.* Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. New York: Guilford Press, 1999. - 304 p.
38. *Lemert, E.M.* Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior. New York: McGraw-Hill, 1951. - 459 p.

39. *Linehan, M.M.* Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press, 1993. - 558 p.
40. *Mesmer, F.A.* Mémoire sur la découverte du magnétisme animal. Genève: P.F. Didot le jeune, 1779. - 86 p.
41. *Perls, F.S., Hefferline, R.F., Goodman, P.* Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. New York: Julian Press, 1951. - 466 p.
42. *Rogers, C.R.* Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin, 1951. - 560 p.
43. *Skinner, B.F.* Science and Human Behavior. New York: Macmillan, 1953. - 461 p.
44. *Tuke, D.H.* Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body in Health and Disease, Designed to Elucidate the Action of the Imagination. London: J. & A. Churchill, 1872. - 416 p.

УДК 179.9

ТРАДИЦИЯ ГИППОКРАТА В МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКЕ АР-РАЗИ

Соломеин Аркадий Юрьевич

Кандидат исторических наук, доцент, кафедра истории Отечества, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8). Email: solomein.ark@yandex.ru

Федорова Екатерина Сергеевна

Кандидат культурологии, хранитель фондов музея, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (191015, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41). Email: kate.fedorova@gmail.com

В статье рассматривается преемственность взглядов Гиппократа на профессиональные этические нормы в медицине и выдающегося персидского врача Абу Бакра ар-Рази. В своих работах «Всеобъемлющая книга по медицине» и «Этика врача» ар-Рази непосредственно опирается на врачебную этику Гиппократа и призывает придерживаться следующих ее положений: сохранение врачебной тайны, чистота и опрятность, порядочность, участливость и тактичность в обращении с пациентом, благотворительность в вопросах оплаты, необходимость прибегать к советам коллег.

Ключевые слова: *врачебная этика, арабская медицина, ар-Рази, Гиппократ.*

Solomein Arkadiy Yurievich

Candidate of Historical Sciences**,** Associate **Professor, Department of History of the Fatherland, First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (197022, Russian Federation, St. Petersburg, Lev Tolstoy str., 6/8).**

Fedorova Ekaterina Sergeevna

PhD in Cultural Studies, Museum Conservator, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov (191015, Russia, Saint Petersburg, Kirochnaya Str., 41).

The article examines the continuity of Hippocrates' views on professional ethical standards in medicine and the prominent Persian physician Abu Bakr Mohammad ibn Zakaria Razi. In his works "Al-Ḥāwī fi-ṭ-ṭibb" and "Akhlaq al-Tabib" ar-Razi directly relies on the medical ethics of Hippocrates and urges adherence to its following provisions: preservation of medical secrecy, cleanliness and neatness, decency, compassion and tact in dealing with patients, charity in matters of payment, the need to resort to the advice of colleagues.

Keywords: *medical ethics, Arabic medicine, Razi, Hippocrates.*

Знаменитый персидский врач Абу Бакр Мухаммад ибн Закария ибн Йахья ар-Рази (865 – 925 гг.), получивший почетное прозвище «арабского Галена», признан величайшим медиком средневекового мусульманского Востока наряду с великим Ибн Синой. Ар-Рази родился 28 августа 865 г. в иранском городе Рее. В детстве и юности он изучал филологию, математику, философию, логику, химию и музыку, однако свою молодость он посвятил прежде всего алхимии. Только в

возрасте 30 лет ар-Рази оставил свои занятия ей и обратился к медицине [1, с. 28; 2, с. 53; 6, с. 28]. Ар-Рази изучал медицину в Багдаде у знаменитого врача и философа Али ибн Сахля ат-Табари. По окончании обучения ар-Рази вернулся в родной Рей, где некоторое время заведовал больницей, но затем его призвали в Багдад возглавить одну из столичных больниц. Здесь ар-Рази становится уважаемым врачом и учителем, возглавляя городскую больницу и медицинскую школу. Имея репутацию выдающегося врача, ар-Рази нередко лечил высокопоставленных пациентов – вельмож и правителей. Последние годы жизни он провел в родном городе Рее, практически полностью ослепнув.

Врачебная слава пришла к ар-Рази за обширные знания и, даже в большей степени, за его успехи как клинициста – наблюдательного диагноста и терапевта. По словам Г.Э. фон Грюнебаума: «… в отличие от теоретизирующих мыслителей того периода он был эмпириком. Безошибочность его диагнозов, холодная точность описания болезней навеки прославили арабскую медицину, хотя мало кто был в состоянии сохранить заданный им высокий уровень» [4, с. 125]. Среди медицинских открытий и нововведений ар-Рази – внедрение в клиническую практику ведения истории болезни, клиническое описание оспы и кори (сочинение «Ал-Джударӣ ва-л-ҳаṣба» – «Об оспе и кори»), описание большого корпуса детских заболеваний (книга «Рисāла фи амрāḍ ал-аṭфāл ва-л-‘инāйа бихим» – «Трактат о болезнях детей и уходе за ними»), аллергического ринита и связи появления его симптомов с цветением роз. В хирургии он первым описал операцию по удалению катаракты, предложил использование ваты, лигатуры и кетгута, опиума для анестезии, неметаллических катетеров. В анатомии и физиологии ему принадлежит первенство в описании гортанной ветви возвратного гортанного нерва и реакции зрачка.

Ар-Рази – классическому средневековому интеллектуалу исламского Востока – был присущ энциклопедический охват интересов и знаний. Разносторонний и плодовитый мыслитель своего времени, он оставил множество сочинений по философии, астрономии, физике, химии и медицине. Современные исследователи насчитывают упоминания около 260 трудов, однако, увы, только четверть из них сохранилась до наших дней [10, с. 256]. Среди собственно медицинских сочинений следует, в первую очередь, назвать его главный труд - «Всеобъемлющую книгу по медицине» («Китāб ал-ҳāвӣ фи-ṭ-ṭибб»), «Медицинскую книгу, посвященную Мансуру», вышеупомянутые труды «Об оспе и кори», «Трактат о болезнях детей и уходе за ними», а также «Типы болезней», «Введение в медицину» и др. [5, с. 28]

Вопросы профессиональной этики были освещены ар-Рази в таких трудах, как «Всеобъемлющая книга по медицине», «Истории и рассказы о больных», «Сомнение относительно взглядов Галена», «Духовная медицина» и др. Наконец, вопросам врачебной этики посвящен отдельный труд «Этика врача» («Аҳлāḳ аṭ-ṭабӣб») [12], адресованный ученику ар-Рази – Абу Бакру ибн Каребу. Обращение

ар-Рази к этическим вопросам в области врачебной деятельности было продолжением одновременно двух традиций: античной, берущей начало от Гиппократа, и исламской, где ответственность врача перед пациентом утверждается в хадисах [14]. Разумеется, учитывая философское вольнодумство ар-Рази, его антипрофетизм [7, с. 140], приоритет философских учений как источников истины перед Кораном [11, с. 57], отрицание тезиса о божественном сотворении материального мира [9, с. 15–16] и т.п., вторая традиция более задавала общий моральный контекст, нежели непосредственно служила концептуально-теоретической основой для его профессионально-этических взглядов. Эту роль вне всякого сомнения исполняла античная, гиппократовская традиция, берущая свое начало в клятве Гиппократа и послужившая образцом для многих других аналогичных текстов в средневековой европейской, арабской, иудейских культурах [3, с. 303].

Прямая опора на врачебную этику Гиппократа прослеживается у ар-Рази в следующих принципах, декларируемых им. В своем трактате «Этика врача» знаменитый персидский врач говорит о необходимости сохранения врачебной тайны: «Врач знает секреты людей и должен быть очень скрытным. Возможно, пациент скрывает секрет от своих ближайших родственников, но рассказывает его врачу» [16, p. 2]. Здесь врачебная тайна выступает не только как моральное обязательство врача, но и в качестве важного фактора, облегчающего процесс лечения больного, так как ар-Рази рекомендует прямое общение с пациентом, отмечая, что пациенту лучше говорить с врачом без посредника, чтобы легко сообщить врачу о своих жалобах. Также порой врачу приходится назначать пациенту лекарства, которые пациент отказывается принимать от других людей. Ссылаясь на Галена – продолжателя и апологета учения Гиппократа, ар-Рази настаивал, чтобы врач не допускал возникновения интимной тяги к пациентам, избегал проявлений чувственности в общении с ними: «Мудрый врач должен выполнять свою работу только ради удовлетворения Бога и закрывать глаза, глядя на половые органы пациента. Если осмотр половых органов пациента необходим, врач должен смотреть только на место осмотра и избегать разглядывания» [16, p. 2].

Еще один аспект врачебной этики ар-Рази касается личных качеств врача. В главе под названием «Об испытании врача», которая входит в двадцать вторую часть его фундаментального труда «Всеобъемлющая книга по медицине» [13, p. 3832 – 3834], ар-Рази повторяет положения Гиппократа о том, что врач должен соблюдать чистоту и внешнюю красоту, содержать лицо, волосы и другие части тела в чистоте, а также содержать одежду в опрятном и аккуратном состоянии [17, p. 70]. Также вслед за Гиппократом ар-Рази запрещает врачу употреблять алкоголь, что соответствует нормам мусульманской этики. Однако здесь, помимо

религиозно-этической, а также репутационной составляющей (в состоянии опьянения врач будет унижен в глазах пациента), персидский врач делает акцент на причинах профессиональных – вероятность ошибки в лечении у нетрезвого врача значительно возрастет [16, p. 3]. В общении с пациентом, подобно Гиппократу, советовавшему врачу «иметь некоторую вежливость» [3, с. 46], ар-Рази рекомендовал быть открытым, красноречивым и избегать грубости [17, p. 70]. При работе с больным, как и Гиппократ, призывавший «ничего не делать со взволнованным духом» [3, с, 47], ар-Рази предостерегал от поспешности и безрассудства [17, p. 70].

Гиппократовский призыв в его «Наставлениях» обращать «внимание на обилие средств (у больного) и на их умеренность», а также к готовности лечить даром, «считая благодарную память выше минутной славы» [3, с. 52], у ар-Рази воплощается в тезисе «не быть жадным до мирских благ» [17, p. 70] и подкрепляется его цитатой из Галена: «Достоин врач поступать одинаково, леча и богатых, и бедных» [16, p. 2]. Обязуя врача к бесплатным приемам и оказанию финансовой помощи бедным, ар-Рази отталкивается от идеи благотворительности, которая составляет важную часть мусульманской религиозной практики. Более того, требование беспристрастного отношения ко всем пациентам усиливается для врача необходимостью подниматься и над личной враждой. По утверждению ар-Рази долг врача заключается в лечении врагов даже в большей степени, чем друзей [15, p. 264].

Помимо отношений с пациентами, особое место у ар-Рази занимают вопросы отношений с коллегами. Вслед за Гиппократом, призывавшего в трудных случаях консультироваться с другими врачами [3, с. 53], персидский медик утверждает, что врач должен максимально использовать знания опытных врачей, и для него нет ничего более приятного, чем приобретение опыта и успешная работа. Тем более, в сложных и запутанных случаях он должен обращаться за советом к коллегам, имеющим больший опыт в данной области, а, при необходимости, консультироваться и с несколькими специалистами. Посоветовавшись и обсудив, врач может затем принять необходимое решение [17, p. 71].

В ведении пациентов ар-Рази отдавал приоритет гиппократовскому принципу «не навреди», избегая непроверенных лекарств, вредных вмешательств или необоснованных обещаний исцеления. Известно, что ар-Рази относится к пионерам, проводившим клинические испытания лекарств у двух групп пациентов для сравнения результатов [8, с. 76]. Также он настаивал, что врачи должны оставаться доступными для последующих контактов с пациентом, лично контролировать процедуры и заниматься непрерывным обучением на протяжении всей жизни, чтобы поддерживать свою компетентность, рассматривая медицину как благородный, божественно санкционированный долг, требующий постоянной бдительности в избегании ошибок.

Как мы видим, медицинская этика ар-Рази непосредственно опирается на врачебную этику Гиппократа и содержит следующие ее положения: сохранение врачебной тайны; чистота и опрятность, порядочность, участливость и тактичность в обращении с пациентом; умеренность и даже благотворительность в вопросах оплаты; запрет на употребление алкоголя; необходимость прибегать к советам коллег. Таким образом, врачебная этика ар-Рази является примером тесного переплетения античного наследия с положениями исламской этики, что в достаточной степени характерно для средневековой арабо-мусульманской культуры.

Список литературы

1. *Багирова, С.Г.* Сочинение «Татимма Сиван ал-Хикма» ал-Байхаки как образец средневекового энциклопедического справочника. – Ташкент: Изд-во «Фан» Узбекской ССР, 1987. 140 с.
2. *Браун, Э.Г.* Мусульманская медицина. Фицпатриковские лекции, прочитанные в Королевском медицинском колледже в 1919 – 1920 гг. – СПб.: «Издательство ДИЛЯ», 2009. С. 53;
3. *Гиппократ*. Этика и общая медицина; Письма. – М., 2007. 334 с.
4. *Грюнебаум, Г.Э. фон*. Классический ислам. Очерк истории (600-1258). – М.: Главная редакция восточной литературы издательства «Наука», 1988. 215 с.
5. *Кадыров, А.А., Саипов, У.Т.* Великие ученые-медики средневековья: [Об Абу Бакре ар-Рази, Абу Али ибн Сине]. – Ташкент: Медицина УзССР, 1988. 42 с.
6. *Каримов, У.И.* Неизвестное сочинение ар-Рази «Книга тайны тайн»: [Исследование, текст, перевод и коммент.]. – Ташкент: Изд-во Акад. наук УзССР, 1957. 192 с.
7. *Корбен, А.* История исламской философии. М.: Прогресс-Традиция, 2010. 359 с.
8. *Котеров, А.Н., Тихонова, О.А., Ушенкова, Л.Н., Бирюков, А.П.* История контролируемых испытаний в медицине: реальные приоритеты малоизвестны. Сообщение 1. Основные понятия, термины и дисциплины, использующие медицинский эксперимент: исторические и философские истоки // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2021. №1. – С. 72 – 98.
9. *Усманов, М.* Философские взгляды Абу Бакра Мухаммеда Закарийя ар-Рази. Автореферат на соискание ученой степени кандидата философских наук. – Ташкент, 1969. 25 с.
10. *Халидов, А.Б.* Очерк четвертый. Книжная культура. // Очерки истории арабской культуры (V – XV вв.). – М.: Главная редакция восточной литературы издательства «Наука», 1982. С. 215 – 310.
11. *Якупов, М.Т., Акбашева Д.Х.* К истокам генезиса арабо-исламской философии (на примере творчества ар-Рази) // Интеллект. Инновации. Инвестиции. 2017. №10. С. 55 – 59.
12. *Al-Rāzī.* Akhlāq al-ṭabīb risāla li Abī Bakr Muhammad ben Zakariyya al-Rāzī ilā ba‘d talāmīdhihi. Al-Qāhira: Maktaba dār al-turāth, 1977. (In Arabic)
13. *Al-Rāzī, Abū Bakr Muḥammad b. Zakariyya*. Al-Ḥāwī fi-ṭ-ṭibb. Beirut: Dār al-Kutub al-‘ilmiyya, 2000. (In Arabic)
14. *Ghafari, F.* A prospect of medical ethics and respect for patient rights in some traditional Iran and Islam medicine texts. J Med Hist. 2010; 2(4):11-45.
15. *Ghaffari, F., Naseri, M., Hajati, R.J., Zargaran, A.* Rhazes, a pioneer in contribution to trials in medical practice // Acta medico-historica adriatica: AMHA 15 (2), 261-270.

16. *Kenari, H.M., Kordafshari, G., Moghimi, M., Mahroozade, S., Eghbalian, F.* Rhazes' concepts on medical ethics // History and Philosophy of Medicine. 2022; 4(3): 21.
17. *Shahverdi, H., Nasiri, E., Jokar, A., Darabinia, M.* Examining the Principles of Medical Ethics of Rhazes and Qutb al-Din Shirazi. Religion and Health, Autumn & Winter 2023; 11(2): 65-78 (In Persian).

УДК 61(091)

ИСТОРИЧЕСКИЕ ФОРМЫ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕЙ РУСИ НА ПРИМЕРЕ КОСТОПРАВСТВА

Касимов Искандер Растамович

Кандидат сельскохозяйственных наук, Центр восстановления организма, руководитель (432051, Российская Федерация, г. Ульяновск, п. Ленинский, 4й Янтарный пер, д.6). E-mail: kasimoviskander@gmail.com

Суботялов Михаил Альбертович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры анатомии, физиологии и безопасности жизнедеятельности, директор НИИ Здоровья и безопасности, Новосибирский государственный педагогический университет, (630126, Российская Федерация, Новосибирск, ул. Вилюйская, д. 28); профессор кафедры фундаментальной медицины, Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, (630090, Российская Федерация, Новосибирск,1). E-mail: subotyalov@yandex.ru

В статье рассмотрена эволюция костоправства в древней Руси, которое было неотъемлемой частью народной медицины. В XVI веке государство начало регулировать медицинскую сферу, что привело к постепенной институционализации костоправства. Последующие реформы не смогли решить проблему доступности медицинской помощи, поэтому спрос на народных врачевателей, включая костоправов, оставался высоким.

***Ключевые слова**: Древняя Русь, народная медицина, целительство, лекарь, костоправство.*

HISTORICAL FORMS OF MEDICINE IN ANCIENT RUSSIA: BONE-SETTING AS AN EXAMPLE

Kasimov Iskander Rastamovich

Candidate of Agricultural Sciences, Center for Body Restoration, Director (432051, Russian Federation, Ulyanovsk, Leninsky Settlement, 4th Yantarny Lane, Bldg. 6).

Subotyalov Mikhail Albertovich

Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Anatomy, Physiology, and Life Safety, Director of the Research Institute of Health and Safety, Novosibirsk State Pedagogical University, (28 Vilyuyskaya Street, Novosibirsk, 630126, Russian Federation); Professor of the Department of Fundamental Medicine, Novosibirsk National Research State University, (1 Pirogova Street, Akademgorodok Microdistrict, Sovetsky District, Novosibirsk, 630090, Russian Federation).

This article examines the evolution of bone-setting in ancient Rus', which was an integral part of folk medicine. In the 16th century, the state began to regulate the medical field, which led to the gradual institutionalization of bone-setting. Subsequent reforms failed to address the issue of access to medical care, so the demand for traditional healers, including bone-setters, remained high.

Keywords: *Ancient Rus', folk medicine, healing, physician, bone-setting.*

Медицина древней Руси делилась на три направления: языческую народную, монастырскую и светскую. Языческая медицина включала знахарство и волхвование, монастырская возникла после Крещения Руси, а светская медицина, появившаяся при Ярославе Мудром, испытала влияние византийской, европейской и арабской традиций.

Корни народной медицины уходят в «доисторическую, языческую пору» [5; с. 6]. Как и у многих других народов, на Руси первые методы лечения были тесно связаны с языческими верованиями в силы природы. Приготовление лечебных снадобий всегда сопровождалось магическими заклинаниями, а первые попытки мануального воздействия часто сопровождались заговорами.

После принятия христианства на Руси произошла институционализация медицины, которая отделилась от языческих верований и практик. Этот процесс сопровождался репрессивными мерами, включая публичные казни, что способствовало формированию негативного отношения к народной медицине. В результате информация о народных методах лечения не фиксировалась в письменной форме, а передавалась исключительно изустно, что существенно замедлило процесс аккумуляции медицинских знаний и опыта.

Врачевание стало заботой Русской православной церкви, которая рассматривала исцеление тела как вторичное по отношению к исцелению души. Это подтверждено в «Уставе о церковных судах» святого князя Владимира (996 г.). В этом же Уставе такое направление «народной медицины» как «зелейничество» сравнивается с преступлением ведовства и, разумеется, осуждается и преследуется и со стороны государства, и со стороны церкви [5; с. 10]. Врачи считались богоугодными людьми, подчиненными епископам, а больницы стали церковными учреждениями.

Первые русские лечебницы появились в XI-XII веках в Переяславле, Киеве, Новгороде и Смоленске. Они поддерживались государством и церковью, выполняя функции приютов и лечебниц, включая бани. Летописец Нестор сообщает, что в 1091 году митрополит и епископ Ефрем организовали «строения банные и больницы», предоставляя бесплатное лечение. Лечебницы занимались профилактикой и лечением различных заболеваний: кровопусканием, массажем, родовспоможением, «наложение горшков», вправлением вывихов, устранением защемлений. Костоправство являлось неотъемлемой частью народной и монастырской медицинской практики. Целители, оказывавшие помощь безвозмездно, пользовались значительным уважением в обществе, а их деятельность рассматривалась как призвание и служение. В отличие от этого,

светская медицина, особенно в городских условиях, зависела от получения вознаграждения за свои услуги.

Древнерусское общество достигло успехов в лечении и профилактике благодаря русскому менталитету и стремлению к чистоте. В Европе эти достижения были редки. Были распространены знания о гигиене, а врачи часто выходили из народной медицины. Широкая популярность бань способствовала развитию лечебных процедур, накоплению опыта и их совершенствованию. Все это в полной мере касается и костоправства, как неотъемлемо части лечебно-оздоровительного комплекса медицинских способов, применяемых в Древней Руси.

Русская баня с лечебными процедурами оставалась важной медицинской практикой. Мануальные техники, массаж и костоправство были ведущими в отечественной медицине. В конце XVIII века врач Н. М. Максимович-Амбодик отмечал, что баня — незаменимое средство от многих болезней, сильнее любого лекарства [7; с. 35]. Для вправления применялась и «снасть костоправная с верёвками» [15; с. 152]; переломы иммобилизировали берестяными лубками.

После монголо-татарского нашествия, организованного ханом Батыем, церковь стала единственной институцией, где можно было получить медицинскую помощь. «Влияние монастырей на развитие русской культуры и медицины было огромным. Ведь в отличие от западноевропейского городского типа культуры, русская культура сложилась как культура монастырская» [17; с. 278].

Под влиянием Орды поток новых медицинских знаний на Руси практически прекратился вследствие разрушительных последствий разорения, междоусобных конфликтов и культурной изоляции. Застой охватил все области медицины, включая народную практику. Сохранение медицинских знаний осуществлялось в монастырях, таких как Кирилло-Белозерский, и происходило за счет изучения переводной литературы, поступавшей из стран, с которыми Киевская Русь активно взаимодействовала до середины XII века.

Таким образом, последующее развитие отечественной медицины в целом и костоправства в частности находилось в прямой зависимости от политических и экономических процессов.

Народная медицина передавалась изустно и фиксировалась в травниках и лечебниках, где содержались также сведения по хирургии. Стоматологи (зубоволоки), гематологи (кровопуски) и костоправы считались резальниками. Также было развито изготовление протезов, например, для нижних конечностей. «Иностранцы «видели на рынках русских…костоправов, которые тут же, на месте, производили желающим мелкие операции (по рассказам Эрколи, 1672 год)» [4; с. 201].

Развитие медицины на Руси всегда было тесно связано с эволюцией государственности. Процесс интенсификации медицинской практики начался в XV веке после завершения процесса консолидации русских земель вокруг Москвы и освобождения от вассальной зависимости Золотой Орды. Брак великого князя Ивана III с Софьей Палеолог в 1472 году и падение Константинополя в 1453 году способствовали притоку византийских специалистов и учёных на Русь, что, в свою очередь, укрепило культурные и научные связи с европейскими государствами. С этого времени на территории Руси стали приглашать европейских медиков, преимущественно для обслуживания великокняжеской семьи и высших слоёв общества. Так, в 1490 году великий князь, отправляя послов к австрийскому императору, просил в том числе и «прислать опытного и искусного врача» [5; с. 20]. Иностранцы в России сталкивались с многочисленными препятствиями, включая действия соседних стран, таких как Польша и Ливония, которые мешали их въезду. В 1547 году в Любеке задержали 120 специалистов, направлявшихся на службу в Москву [14; с. 267].

Появление Аптекарского приказа в России связано с приездом англичан. В 1557 году в Москву прибыл английский лекарь Ральф Стендиш (ок. 1522–1559) с аптекарем Ричардом Элмесом [6].

Прибывшие специалисты обладали профессиональными навыками в области хирургии, что являлось необычным явлением, поскольку в Европе того времени хирургическая практика рассматривалась как ремесло. Иностранные специалисты принимались на русскую службу с условием проведения обучения для русских врачей.

Учреждение Ивана Грозного сначала имело функции только государевой аптеки [3; с. 185-187]. В дальнейшем Аптекарский приказ стал прообразом министерства здравоохранения. Его возглавлял ближний боярин, что являлось почетной и ответственной должностью. Зачастую эту позицию совмещали с руководством Стрелецким приказом. М.Б. Мирский указывал на то, что назначение знатных чиновников препятствовало развитию медицины. Тем не менее, несмотря на это обстоятельство, руководители внимательно прислушивались к мнению лекарей, что способствовало рациональной организации деятельности учреждения [13; с. 15].

С момента восхождения на престол династии Романовых аптекарская служба при дворе начала оказывать медицинскую помощь населению, что способствовало повышению значимости государственной медицины. В период правления Михаила Фёдоровича возобновилась практика привлечения иностранных специалистов. После Смутного времени и иностранной интервенции Россия столкнулась с необходимостью восстановления и

централизации своих территорий, а также поддержания постоянной боеготовности. В связи с этим Михаил Фёдорович уделил особое внимание обеспечению медицинского обслуживания военнослужащих. В начале XVII века была введена система штатных военных медиков. «В первый раз полковой лекарь упоминается в 1615 г. в Разрядном приказе… Затем полковой лекарь встречается в штате иноземного полка, набранного в 1631 г. Полковником Даммом в Германии» [1; с. 320].

В 1630 году создаются «полки иноземного ратного строя», что увеличивает число полковых лекарей, постоянно находящихся в войсках, а не временно командируемых. Лечение раненых теперь полностью ответственность государства. Так раненый Фёдор Баранов сообщил царю и просил назначить ему лекаря – царь «велел ему дати лекаря» [8; с. 37].

В XVII веке при Алексее Михайловиче медицинская служба в войсках была хорошо организована. К концу столетия обязательным был сформирован медико-санитарного обоз. Растущее число приглашенных лекарей также способствовало развитию медицины в войсках. Михаил Федорович доверял английским лекарям, как его дядя Иван Васильевич. Пример доктора Артемия (Артура) Ди показывает его квалификацию, обязанности и судьбу в России. В России Ди выполнял обязанности хирурга и экзаменовал новых лекарей.

По прибытии в Россию иностранные специалисты были обязаны пройти экзамен, обязательным условием было владение методиками костоправства. Доктор Ди интересовался, «какие болезни и раны лекарю доводится знать и лечить?» Экзаменуемый отвечал, что «всякие раны, удары и всякие раны гнилья и костной перелом, и суставы вправливать и все измятые места и все что к тому делу доведется [12; с. 10–107].

В период правления Алексея Михайловича была организована расширенная аптека, предназначенная для реализации лекарственных средств среди различных социальных групп. В 1654 году, в рамках деятельности Аптекарского приказа, были учреждены два специализированные образовательные учреждения: лекарская школа и школа костоправного искусства. Обе школы имели годичный срок обучения и готовили специалистов для нужд армии. Набор учащихся осуществлялся из семей стрельцов, и первый набор составил 30 человек [12; с. 10–107]. Лекари-костоправы, были неким средним, связующим звеном между книжной медицинской наукой и почти безкнижной практикой, бывшей в ходу у представителей народной медицины издревле. «Характерно, что преподавателями в Московской школе были не только доктора и лекари, но и специалисты-практики» [11; с. 89].

В 1655 году царским указом из-под Смоленска в Москву был отозван известный костоправ Первой Петров. Под его руководством учились

костоправской науке, «кости ломаны правили» [10; с. 644–645]. Продолжалось пополнение войск лекарями, учениками и цирюльниками, которые проходили обучение и сразу отправлялись на фронт [9; с. 632–633, 633-634, 635-636]. Так, в центре страны и регионах Среднего Поволжья в XVII веке в полку должно было иметь двух лекарей, двух подлекарей, двух учеников. «В середине XVII века, например, в Казанском гарнизоне служили лекари Андрей Иванов, бывший служивый Аптекарского приказа, Микола Бартик, в Симбирске – Елизарий Ремит, Иван Захаров» [2; с. 50]. Стране требовалось много лекарей, которые после обучения могли бы начать практику в полках за невысокое жалование или продолжить учебу у других лекарей. Также специалисту нужно было сдать экзамен и получить инструменты, чтобы стать самостоятельным лекарем. Среди таких инструментов была «снасть костоправная с веревками» [15; с. 152].

По завершении обучения предоставлялась возможность осуществления частной лекарской практики. Это означало, что манипуляции могли проводиться не только в отношении служащих, но и обычного населения. Подобные услуги оказывались на основании предварительной договоренности, при этом стоимость лечения оговаривалась заранее и была весьма значительной.

В 1631 году в Аптекарском приказе было два доктора, пять лекарей, аптекарь, окулист, два толмача и подьячий. К 1681 году штат насчитывал более ста человек, из которых 82 были медиками, 38 – учениками лекарского и костоправного дела [16; с. 320].

При царе Фёдоре Алексеевиче (1682–1696 гг.) был основан первый гражданский госпиталь у Никитских ворот. До этого существовали больничные палаты, учрежденные боярами Ртищевым, Черкасским, Матвеевым и Апраксиным. В этих лечебницах работали иностранные и русские специалисты, проводилось обучение будущих врачей. Государство активно развивало систему помощи и врачевания, не полагаясь только на церковные ресурсы.

С древности до конца XVII века отечественная медицина, включая костоправство и мануальные практики, прошла значительный путь. Из-за внутренних и внешних факторов в русских землях не сложилась средневековая книжная и университетская медицина. Однако практические методики постоянно совершенствовались. Зародившись в народной медицине и благодаря наблюдениям за природой и человеком, к XVIII веку медицина стала важной частью системы здравоохранения. Крещение Руси, восприняв византийские медицинские знания и христианскую мораль, сформировало основу отечественной медицины. Устройство больниц, отношение к больному как к страждущему и помощь как христианский долг сложились из народной медицины и византийских методик.

Костоправство было частью всех трех ветвей медицины: языческой народной, монастырской и светскую и широко применялось. С течением времени мануальные практики были интегрированы в систему государственной медицинской помощи. Первоначально они охватывали высшие социальные слои и военнослужащих, а впоследствии были распространены на всё население.

Список литературы:

1. Акты исторические, собранные и изданные Археографическою комиссиею. Т. III. СПб., 1841. № 176.
2. *Алексеев, Г.А.* // Советское здравоохранение. 1984. № 9.
3. Аптекарский приказ. // Энциклопедический словарь, составленный русскими учеными. СПБ, 1892.
4. *Богоявленский, Н.А.* Древнерусское врачевание. М, 1960.
5. *Загоскин, Н.П.* Врачи и врачебное дело в Старинной России. Казань. Тип. Императорского университета, 1891.
6. *Зимин, И.В.* Деятельность аптекарского приказа при первых Романовых/ И.В. Зимин [электронный ресурс] //URL: https://www.permgaspi.ru/deyatelnost/doklady-romanovskie-chteniya-2024-2/istoriya-imperatorskogo-doma-romanovyh-k-410-letiyu-doma-romanovyh-i-300-letiyu-goroda-permi/zimin-i-v-deyatelnost-aptekarskogo-prikaza-pri-pervyh-romanovyh.html - дата обращения: 08.03.2026.
7. *Максимович-Амбодик, Н.* Врачебное веществословие. – СПб, 1783.
8. Материалы для истории медицины в России. Вып. I. СПб., 1881.
9. Материалы для истории медицины в России. Вып. III. 1884. № 646.
10. Материалы для истории медицины в России. Вып. III. 1884. № 678.
11. *Мирский, М. Б., Богоявленский, Н.А.* Медицина древней Руси. М., ООО “Издательство Родина “, 2018.
12. *Мирский, М.Б.* Медицина России X-XX веков : очерки истории / М. Б. Мирский. – М.: РОССПЭН, 2005.
13. *Мирский, М.Б.* Очерки истории медицины в России XVI – XVIII вв. Владикавказ, 1995.
14. Новый журнал. 1956. № 45.
15. РГАДА. Ф. 143. Оп. 2. Д. 1366; Естественно-научные знания в Древней Руси. М., 1980.
16. *Сорокина, Т.С.* История медицины. М., издательский центр “Академия”, 2008.
17. *Чумакова, Т.В.* Медицина в средневековой Руси // Диалог со временем. Альманах интеллектуальной истории. Вып. 13. М., Едиториал УРСС, 2004.

УДК 94(47).043

ИНОСТРАННЫЕ ВРАЧИ ПРИ ДВОРЕ ИВАНА ГРОЗНОГО

Новожилов Николай Сергеевич

Преподаватель, Приволжский исследовательский медицинский университет (603000, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, ул. Площадь Минина и Пожарского, 10/1). E-mail: novozhilovnickolai@yandex.ru

Данная статья посвящена деятельности иностранных врачей при дворе Ивана Грозного; проведен анализ их роли и влияния на политику царя, а также становление аптекарского дела в России.

Ключевые слова: *Московская Русь, Иван Грозный, придворные врачи, Елизавета I.*

FOREIGN DOCTORS AT THE COURT OF IVAN THE TERRIBLE

Novozhilov Nikolai Sergeevich

Lecturer, Volga Region Research Medical University (10/1 Minin and Pozharsky Square, Nizhny Novgorod, 603000, Russian Federation).

This article is devoted to the activities of foreign doctors at the court of Ivan the Terrible; an analysis of their role and influence on the policy of the tsar, as well as the formation of pharmacy in Russia, is carried out.

Key words: *Moscow Russia, Ivan IV, court doctors, Elizabeth I.*

Придворная медицина Московской России XVI века в отечественной историографии изучена довольно слабо. Помимо общих работ по истории медицины, специальных исследований, посвященных придворным врачам московских правителей этого периода не так уж много. Это обусловлено рядом причин. Во-первых, интерес к придворной медицине в России стал возрастать только в последнее десятилетие. Во-вторых, в основном внимание историков было сосредоточено на деятельности лейб-медиков XVIII-XIX вв.[9], когда медицинские знания были научно обоснованы, а не находились в состоянии становления, как это было в XVI веке. В-третьих, взгляды исследователей были больше обращены на политическую и социально-экономическую сторону развития Московского государства XVI века, а не на развитие медицины этого периода.

Среди современных работ, посвященных придворным врачам Ивана Грозного, стоит выделить несколько исследований: статью Т.В. Черниковой «Западные служилые иноземцы и придворные врачи во времена Ивана Грозного», в которой автор анализирует особенности использования иностранных специалистов на русской службе, в том числе и врачей; автор подробно рассматривает деятельность иноземных докторов и их влияние на ряд политических решений

царя; статью американского историка Л.Ю. Таймасовой «Дело Бомелиуса», где автор исследует деятельность в России наиболее известного придворного врача Ивана IV Элизеуса Бомелиуса (Елисея Бомелия) и причины его «падения»; статью А.Л. Воронцова и Е.В. Воронцовой «Развитие медицинской деятельности во второй половине XVI – начале XVII века: о роли иностранных медиков в становлении государственной медицины в России». В этой работе авторы обращают внимание на ведущую роль врачей из Англии при дворе Ивана Грозного.

Дополнительная сложность при изучении данной темы заключается в том, что перечень исторических источников довольно небольшой. Об иноземных врачах и их деятельности можно найти лишь отрывочные сведения в русских произведениях и в произведениях зарубежных авторов. Однако, несмотря на отрывочность сведений, эти сведения являются достаточно информативными и очень ценными.

Традиция приглашения иностранных врачей ко двору великого князя Московского известна еще со времен Ивана III. При нем были врачи из Германии и Италии, в том числе, печально известный венецианец Леон, которого казнили после смерти царевича Ивана Ивановича Молодого в 1490 году [18, с. 246]. В правление Василия III при дворе преимущественно были доктора из Германии. Одним из них был, широко известный врач и публицист Николай Булев из Любека, который перевел на русский язык известную в Европе книгу Стефана Арнда «Цветник Здоровья» [6, с. 82].

О врачах-иностранцах при дворе Ивана Грозного до 1557 года сведений нет. Доподлинно известно, что первым придворным врачом Ивана Грозного с 1557 по 1559 год был англичанин Стендиш Ральф. Он был пожалован щедрыми подарками, а также денежной суммой в 70 рублей, что по тем временам, было очень солидной суммой [3, с. 16]. Появление английских врачей при дворе русского царя было обусловлено в первую очередь тем, что в начале 1550-х гг. происходит тесное торговое сближение России и Англии; англичане основывают Московскую торговую компанию, которая на протяжении долгого времени являлась одним из основных каналов поставки медицинских препаратов в Россию. Именно через посредничество Московской компании и английских дипломатов, особенно через Дженкинсона А. при дворе Ивана IV будет большое количество зарубежных врачей. По всей видимости, успешный опыт врачевания Стендишом Ральфом царя и его семьи способствовал тому, что Иван Грозный предпочитал приглашать врача именно из Англии.

Тем не менее, несмотря на это, на протяжении почти десяти лет с 1559 по 1567 год сведения об иностранных врачах, их именах и деятельности при дворе московского царя отсутствуют. В 1567 году в Россию прибыл доктор Ричард Рейнольдс, хирург Хэмфри Локк и аптекарь Томас Карвер, которые были взяты на царское жалование [3, 16]. В этот же период при дворе появляется доктор Арнульф Линдсей, который прибыл в Россию после обращения Ивана IV к королеве

Елизавете Тюдор в письме от 1567 года [8, с. 7]. Линдсей выполнял царские поручения, в том числе и по оказанию медицинской помощи приближенным царя, например, князю Гвоздеву, которого царь ранил ножом [4, с. 38]. Известно, что придворные врачи могли лечить только членов царской семьи, а оказывать медицинскую помощь другим могли только с разрешения царя [12, с. 25]. Есть основания полагать, что доктор Линдсей и аптекарь Карвер могли погибнуть в пожаре Москвы во время вторжения крымского хана Девлет-Гирея в 1570 году [8, с. 7].

Среди всех иностранных врачей, находившихся при дворе Ивана Грозного, наиболее известен был Элисей Бомелий. Известно, что он был родом из Вестфалии, учился в Кембриджском университете, имел медицинскую практику в Лондоне. Бомелий был дважды арестован английскими властями за занятие медицинской практикой без лицензии. Однако, по мнению Исабель де Мадариага, Бомелий мог быть арестован за применение в своей практике идей Парацельса [7, с. 349]. В Европе середины XVI века, учение этого медика получило широкое распространение. Как известно, в его основе лежала теория, основанная на изучении природы и лечебной материи, в которую входили ртуть, сера, соль, цинк и спирт. Идеи Парацельса нашли отклик многих студентов по всей Европе, однако университеты и власть эти идеи не приняли. Более того, университеты могли отказывать студентам в приеме за то, что они разделяли взгляды Парацельса. Учение Парацельса больше всего распространилось в Германии и Англии. Если Бомелий, действительно, использовал в своей практике методы Парацельса, тогда остается понятным наличие высокого содержания ртути в костях Ивана Грозного. Бомелий покинул Англию в 1571 году во время эпидемии чумы [20, с. 251]. По всей видимости, Иван IV после гибели доктора Линдсея, дал поручение главе русского посольства в Англии Андрею Григорьевичу Совину найти и доставить в Россию хорошего врача. По мнению Таймасовой Л.Ю., Бомелий мог переправлять сведения о положении дел в России в Англию лорду Сесилу через Московскую компанию и Везель, где у него могли остаться родственники [16, с. 141].

В России при дворе Ивана IV Бомелий смог добиться высокого положения. Он не только выполнял царские поручения, но и сам влиял на решения царя, став, таким образом, его доверенным лицом. Причина такого возвышения кроется в использовании не только методов Парацельса, но и широкое применение астрологии [1, с. 23]. Скрынников считает, что именно Бомелий был первым, кто познакомил Ивана Грозного с этой наукой [14, с. 484]. Все, без исключения, исторические источники сообщают о том, что Бомелий с помощью астрологии влиял на царя и его решения. Третья Псковская летопись прямо называет его «лютым волхвом»[13, с. 262], Андрей Курбский сообщал, что царь окружил себя «чаровниками» и «волхвами»; о влиянии на царя и участии в «терроре» периода Опричнины писал Горсей [5, с. 74]. В круг обязанностей Бомелия входило изготовление ядов, как в лечебных целях, так и для устранения неугодных царю [11,

с. 159]. Кроме того, в 1571 году Бомелий проводил осмотр девушек, которые претендовали на роль жены царя. Он осматривал не только внешний вид кандидаток, но и осматривал цвет мочи, чтобы определить состояние здоровья и способность к деторождению.

Бомелий был придворным врачом довольно длительный срок, с 1571 по 1579 год. За этот период он накопил большое состояние. Однако он нажил себе немало врагов среди бояр. По свидетельству Горсея, бояре его опасались, так «он много знал про них» [5, с. 74]. «Падение» Бомелия совпало с падением с т.н. «ближнего двора» и постепенной расправой с опричниками. В 1579 году, Бомелий пытался бежать из России, но был пойман, доставлен в Москву, где был обвинен в тайных переговорах со Стефаном Баторием. После применения пыток, Бомелий был казнен.

Несмотря на казнь Бомелия, Иван Грозный не изменил своего отношения к английским врачам. Уже в 1581 году он снова обратился к Елизавете I с просьбой прислать в Москву хороших докторов. Елизавета ответила положительно на просьбу Ивана IV. В Ответном послании королева писала, что послала ему доктора «искуснейшего в лечении болезней», с припиской «Можешь смело вверить ему свое здоровье» [3, с. 17] Этим врачом оказался Роберт Якоби. Его Антонио Поссевино ошибочно называет «итальянцем» [12, с. 25], вероятно, из-за того, что в России, он был известен как Роман Елизарьев. По крайней мере, в «Описях царского архива XVI века» он упоминается под этим именем [10, с. 116]. Вместе с Якоби в Россию приехал и аптекарь Джеймс Фрейгам, который вместе с Якоби составили т.н. «лекарский штат» при дворе московского царя.

Кроме непосредственно врачей, в «лекарском штате» состояли специалисты по заготовлению лекарственных средств и специалисты по изготовлению лекарств. В 1581 году напротив Чудова монастыря была учреждена Государева аптека при активном содействии Фрейгама; аптека готовила лекарства только для царской семьи [15, с. 323]. Кроме того, Фрейгам начал организовывать в Москве аптекарские огороды, где выращивались лекарственные растения. Это позволило увеличить объем лекарственного сырья и не зависеть от английских поставок. За деятельностью аптеки и изготовлением лекарств следил, глава Аптекарского приказа, которым был Богдан Бельский.

Одновременно с доктором Якоби в Россию приехал и доктор Иоганн Эйлоф. По сообщению Горсея, Эйлоф также занимался астрологией и посвящал в нее царя [5]. По свидетельству все того же Горсея, царь очень увлекался астрологией и при его дворе жило много колдунов и колдуний, которые делали ему предсказания [5, с. 84-85]. Как и предыдущие придворные врачи, Эйлоф занимался лечением только членов царской семьи и оказывал медицинскую помощь другим только с разрешения царя. Так, Поссевино пишет, что Эйлоф выполнял поручения царя по лечению членов его дипломатической миссии [12, с. 198]. По всей видимости, Эйлоф, как и Бомелий, имел большое влияние на Ивана Грозного, о чем может говорить тот факт, что он преуспел в торговых связях и имел большое состояние.

Этот подтверждает и царская грамота 1582 года датскому королю Фредерику III, где отмечалось, что корабли датских пиратов захватили судна, принадлежавшие Эйлофу [19, с. 39]. Вероятно, именно Эйлоф выехал в Александровскую слободу оказать медицинскую помощь царевичу Ивану Ивановичу в 1581 году [17, с. 375].

Эйлоф был врачом Ивана Грозного до кончины царя в 1584 году. Некоторые зарубежные авторы (Исаак Масса, Станислав Жолкевский) писали о причастности Эйлофа к смерти царя, в результате отравления ядом. Однако об этом ничего не пишет Горсей, который в это время находился в Москве. Как верно подметил Володихин Д.М., слишком мало доказательств, чтобы принять версию об отравлении Ивана Грозного [2, с. 304]. Тем не менее, Эйлоф покинул Россию в том же 1584 году. Что касается доктора Якоби, то он также уехал из России в том же году, но вернулся через два года, став придворным врачом при Федоре Ивановиче.

Список литературы

1. *Бадеев, Д.Ю.* Взгляды на астрологию в Московской Руси XVI в. // Вестник МГУС № 2 (2). – М., 2007
2. *Володихин, Д.М.* Иван Грозный. – М.: ЖЗЛ. 2018
3. *Воронцов, А.Л., Воронцова, Е.В.* Развитие медицинской деятельности во второй половине XVI-начала XVII века: о роли иностранных медиков в становлении государственной медицины в России // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия история и право. 2014, №4
4. *Герман, Ф.Л.* Как лечились московские цари. – Киев, 1895
5. *Горсей, Дж.* Записки о России XVI-начала XVII в. / под ред. В.Л. Янина. – М., 1990.
6. *Зимин, А.А.* Исследования и материалы по древнерусской литературе. М., 1961.
7. *Мадариага, И.* Иван Грозный. Первый русский царь. – М.: Омега, 2007. – 608 с.
8. *Мирский, М.Б.* Очерки истории медицины в России XVI-XVIII вв.- Владикавказ: Госкомиздат РСД-А, 1995. — 172 с.
9. *Морохин, А.В.* Придворная медицина в России в петровскую эпоху. 1682 – 1733 гг. - М.: Издательство «Кучково поле», 2024. – 592 с.: ил.
10. Описи царского архива XVI века и архивы Посольского приказа 1614 г. под ред. С.О. Шмидта. – М.: Издательство Восточной литературы, 1960
11. Послание Иоганна Таубе и Элерта Крузе / Пер. М.Г. Рогинского // Русский исторический журнал. Кн. 8. Пг., 1922.
12. *Поссевино, А.* Исторические сочинения о России XVI в. – М., 1983
13. Псковские летописи. Вып. 2 под ред. А.Н. Насонова. М.: Издательство Академии наук СССР, 1955
14. *Скрынников, Р.Г.* Царство террора. – СПб.: Наука, 1992
15. *Сорокина, Т.С.* История медицины. – М.: Академия, 2008
16. *Таймасова, Л.Ю.* Дело Бомелиуса //
17. *Флоря, Б.* Иван Грозный. – М.: Молодая гвардия, 2002
18. *Хорошкевич, А.Л.* Русское государство в системе международных отношений. – М., 1980
19. *Черникова, Т.В.* Западные служилые иноземцы и придворные врачи во времена Ивана Грозного //
20. *Штаден, Г.* Записки о Московии. Т.1. — М.: Древлехранилище, 2008. — 587 с.

УДК 61

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ ДОЛГ ВРАЧА-ПЕДИАТРА В ИСТОРИИ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РОССИИ XVIII-XIX-НАЧАЛА XX СТОЛЕТИЙ

Шер Стелла Абельевна

Доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, отдел социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения детей, НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» (119333, Российская Федерация, г. Москва, ул. Фотиевой, 10, стр. 1.). E-mail: anastel@mail.ru

Альбицкий Валерий Юрьевич

Доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ и Республики Татарстан, главный научный сотрудник, отдел социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения детей, НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» (119333, Российская Федерация, г. Москва, ул. Фотиевой, 10, стр. 1.). E-mail: albicky1941@yandex.ru

В публикации даётся представление об особенностях профессионального и социального долга врача-педиатра. Высокий уровень ранней детской смертности в Российской империи в XVIII-XIX и начале XX столетий, беспокоил детских врачей передовых взглядов, осознававших, что для решения злободневных проблем охраны здоровья детей необходимо осуществление целого ряда социальных вопросов.

Ключевые слова: *профессиональный и социальный долг врача-педиатра.*

THE PROFESSIONAL AND SOCIAL RESPONSIBILITY OF THE PEDIATRICIAN IN THE HISTORY OF THE RUSSIAN CHILDREN'S HEALTHCARE SYSTEM OF XVIII-XIX-EARLY XX CENTURIES

Sher Stella Abelievna

Doctor of Medical Sciences, Head Research Worker of the Department of Social Pediatrics and multidisciplinary support, Research Institute of Pediatrics and Children's Health in Scientific Clinical Center # 2 of "Russian Scientific Center for Surgery named after academician B.V. Petrovsky", (Moscow, Russian Federation 10 Ulitsa Fotiyevoy, bulding 1, Moscow, 119333 RUSSIA).

Albitskiy Valeriy Yuryevich

Doctor of Medical Sciences, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation and the Republic of Tatarstan, Head Research Worker of the Department of Social Pediatrics and multidisciplinary support, Research Institute of Pediatrics and Children's Health in Scientific Clinical Center # 2 of "Russian Scientific Center for Surgery named after academician B.V. Petrovsky", (Moscow, Russian Federation 10 Ulitsa Fotiyevoy, bulding 1, Moscow, 119333 RUSSIA).

This publication provides insight into the specifics of the professional and social responsibilities of pediatricians. The high rate of early infant mortality in the Russian Empire in the XVIII-XIX and early XX centuries was a concern for pediatricians of progressive views who recognized that for solving pressing problems of child healthcare required realization a range of social issues.

Keywords: professional and social responsibilities of pediatricians.

Понятие врачебного долга представляет собой важнейший и определяющий фактор реализации нравственно-профессиональных обязанностей врача. Врачебный долг является высшей нравственной обязанностью, основанной на принципах гуманизма, милосердия и профессиональной ответственности. Он включает честное выполнение профессиональных обязанностей, соблюдение этических норм, готовность прийти на помощь и ответственность перед пациентами и медицинским сообществом. Понимание долга основано на внутренней ориентации личности «быть», а не «иметь», что требует самоотверженности и высоких этических принципов в профессиональной деятельности [10].

Профессиональный долг врача неразрывно связан с социальным. Врачебный долг, сострадание, внимание к пациенту, облегчение страданий, спасение жизни нередко становятся стимулом бескорыстного труда на благо общества. Социальная роль врача связана с бескорыстным служением обществу, поддержанием здоровья населения, пропагандой здорового образа жизни, оказанием моральной поддержки [9].

Особенности работы детского врача заключаются в том, что предметом изучения педиатрии является как больной, так и здоровый ребёнок, в связи с чем педиатрия представляет собой не только клиническую лечебную дисциплину, но и в равной степени профилактическую. Видные отечественные педиатры-учёные, кроме своих непосредственно профессиональных обязанностей, большое внимание уделяли общественным, организационным и гигиеническим направлениям охраны здоровья детей [5].

Высокий уровень ранней детской смертности в Российской империи в XVIII-XIX и начале XX столетий, беспокоил детских врачей передовых взглядов, осознававших, что для решения наиболее злободневных проблем охраны здоровья детей, лечения, профилактики детских болезней и укрепления здоровья, необходимо осуществление целого ряда социальных вопросов.

С целью преодоления наиболее трудных и насущных задач, и прежде всего для борьбы с высокой ранней детской смертностью, во второй половине XIX столетия педиатры начали объединяться в профессиональные научные сообщества. Первое в России общество детских врачей возникло в Санкт-

Петербурге в 1885 г. по инициативе профессора кафедры педиатрии Военно-медицинской академии Н.И. Быстрова, второе образовалось в Москве в 1892 г. по предложению профессора детской клиники медицинского факультета Московского университета Н.Ф. Филатова. В дальнейшем Общества детских врачей были организованы в других университетских городах. Научные общества детских врачей создавали педиатрические, а также смешанные комиссии, разрабатывавшие меры по сокращению детской смертности в России. В 1894-1897 гг. Петербургское Общество детских врачей совместно с Обществом Русских врачей образовали комиссию, которую возглавили такие видные российские доктора, как К.А. Раухфус, С.С. Боткин, В.Ф. Фельдт. В 1900 г. Московское Общество организовало комиссию в составе детского врача А.Э. Гиппиуса, врачей Московского воспитательного дома Н.Ф. Миллера, А.Н. Устинова, директора Софийской детской больницы Н.В. Яблокова, видного ученого-микробиолога Г.Н. Габричевского и других известных докторов. Обе комиссии успешно занимались вопросами профилактики дифтерии, применением в России противодифтерийной сыворотки. В том же 1900 г. работала комиссия по организации приютов для «детей без попечения» в составе Н.Ф. Филатова, Н.В. Яблокова и А.Н. Устинова, высказывавшихся «за необходимость организации призрения незаконных детей на началах явного приёма с документами матери и метрикой ребёнка...» [1].

Важнейшим медико-социальным событием в истории России стало открытие 21 апреля 1764 г. в Москве Императорского Воспитательного дома с госпиталем. Манифест об учреждении Дома, предложенный крупным государственным деятелем И.И. Бецким, был подписан императрицей Екатериной II 1 сентября 1763 г. В Петербурге аналогичный Воспитательный дом открыли в 1770 г. Императорские воспитательные дома, объявленные государственными учреждениями, предназначались «для сохранения жизни и воспитания в пользу общества в бедности рожденных младенцев», значительная часть которых являлись тяжелобольными или недоношенными и нуждались в оказании срочной медицинской помощи. С первых дней в Московском воспитательном доме функционировали Грудные отделения, представлявшие собой лазареты-стационары для больных и здоровых младенцев. В 1799 г. в состав Московского воспитательного дома вошла вновь построенная Окружная больница для изоляции и лечения воспитанников с инфекционными заболеваниями [2; 4].

Образцами исполнения врачебного и социального долга может служить деятельность докторов Императорских Московского и Петербургского воспитательных домов: К. Мертенса, Н.Ф. Миллера, А.Н. Устинова, Н.В. Яблокова, К.А. Раухфуса.

Карл Мертенс (1738-1788) был первым главным врачом Императорского Московского воспитательного дома. Закончив Брюссельский университет в 1758 г. и получив диплом доктора медицины, он уехал работать в Россию по вызову правительства, как многие немецкие врачи во второй половине XVIII в. По именному Указу медицинской коллегии, подписанному самой Екатериной II, Карл Мертенс был назначен главным врачом Московского воспитательного дома. Выполняя свой врачебный и социальный долг, он внес значительный вклад в становление и развитие медицинского обеспечения воспитанников учреждения. Доказательством тому является, во-первых, создание К. Мертенсом в Московском воспитательном доме в 1767 г. аптеки с доктором и аптекарем, которые, согласно договору, «обязаны всем неимущим и бедным людям, какого бы звания и пола они ни были, давать наставления и рецепты безденежно» [3]. Во-вторых, заслугой доктора К. Мертенса стало его непосредственное участие в оспопрививании, которое он начал проводить с 1779 г. в виде вариоляций по способу итальянского доктора Гатти, применявшемуся до введения вакцинации коровьей оспой по методу Э. Дженнера [11]. В-третьих, и это главное благодеяние, К. Мертенс проявил высокий профессионализм и самоотверженность во время свирепствовавшей в Москве эпидемии чумы 1771-1772 гг. В те черные для города дни Воспитательный дом не прекращал свою деятельность и продолжал принимать детей, многие из которых оставались сиротами после умерших от чумы родителей. Всё это стало возможным только благодаря установленному в Доме строгому карантину и разработанным К. Мертенсом противочумным инструкциям. Во время чумного бунта, когда доктор находился на службе в Воспитательном доме, организовывал мероприятия по борьбе с моровой язвой, оставаясь преданным воспитанниками и персоналу учреждения, бунтовщики из-за своего невежества разграбили его дом [8].

Опыт борьбы с особо опасной инфекцией К. Мертенс изложил в своем «Трактате об эпидемии чумы в Москве в 1771 г.», изданном в Париже в 1784 г. на латинском и французском языках и впоследствии переизданном 35 раз в странах Европы и Америки на пяти языках. Кроме лечебно-профилактических мероприятий, предпринятых К. Мертенсом, в книге содержались письма-отзывы главного опекуна Ивана Бецкого и пяти других опекунов (Андрея Лопухина, Александра Павлова, князя Михаила Долгорукого, Петра Нащёкина и Сергея Насонова), а также опекуна князя Д.М. Голицына из Вены о работе К. Мертенса во время эпидемии чумы. Все они единогласно отзывались о К. Мертенсе как о знающем враче и достойном человеке, который в тяжёлое для города время, когда свирепствовала эпидемия чумы, совершил подвиг. Несмотря на опасность, грозившую его собственной жизни, он выполнил профессиональный долг, продемонстрировал свой опыт, умение, оставаясь в Воспитательном доме всегда,

как часовой на посту. Выражая своими добрыми словами сострадание больным, он четко давал правильные рекомендации и указания и смог предотвратить бедствие в Московском воспитательном доме [14].

Другим образцом высокого профессионализма, милосердия и бескорыстной преданности своему делу является деятельность главного врача Императорского Московского воспитательного дома Николая Фёдоровича Миллера (1847-1897 гг.), проработавшего в учреждении более 27 лет. Он пользовался большим авторитетом как среди коллег, так и «со стороны публики, оставаясь всегда доступным, всегда готовым по первому зову явиться к больному ребёнку... с одинаковой сердечностью как в лачуге, так и во дворце» [12]. Как консультант он был незаменим в области диагностики и лечения болезней новорожденных, выхаживания недоношенных детей. По предложению Н.Ф. Миллера Опекунский Совет приобрел в Париже инкубаторы профессора Tarnier, более совершенные, чем использовавшиеся до этого металлические люльки доктора Рюле, что позволяло снизить смертность недоношенных до 33%. Для кормления глубоко недоношенных младенцев с отсутствующим сосательным и глотательным рефлексом Н.Ф. Миллер применял эластичные назальные зонды. Он также указывал на важную роль поздней перевязки пуповины, способствовавшей тому, что преждевременно рождённый младенец мог «получить значительно большее количество крови, что повышало уровень эритроцитов и гемоглобина» [7].

Н.Ф. Миллер являлся автором таких широко известных в педиатрических кругах книг, как «Анатомические и физиологические особенности детского организма», фактически, ставшей для коллег-современников энциклопедией по анатомии и физиологии детей раннего возраста, «Дети-недоноски и особенности их болезней», «Пневмония у маленьких детей», «Искусственное вскармливание» по диететике детей грудного возраста и других. Перечисленные печатные труды дают основание высказать мысль о том, что Н.Ф. Миллер стоял у истоков отечественной неонатологии. Заслуживает внимания его книга «Оспопрививание», удостоенная в 1896 г. премии имени Эдварда Дженнера на 100-летнем юбилее со дня открытия вакцинации. Помимо научной и практической работы Н.Ф. Миллер занимался общественной деятельностью, являясь одним из редакторов «Московской медицинской газеты». Будучи председателем Общества Русских врачей, по его предложению была учреждена стипендия для врачей и их семей, нуждавшихся в материальной помощи [2; 12].

Безгранично преданным своему профессиональному и социальному долгу был доктор Александр Николаевич Устинов (1863-?). После преподавания демонстративного курса болезней новорожденных и грудных детей на медицинском факультете Императорского Московского университета в 1896 г.

он был определён старшим врачом Грудных отделений Императорского Московского воспитательного дома. В 1897 г. А.Н. Устинова назначили главным врачом данного учреждения. На этой должности он трудился до 1915 г. и всегда активно занимался лечебно-профилактическими и организационными медицинскими вопросами как в стенах Воспитательного дома, так и в масштабах всей страны. Будучи членом «Комиссии по вопросам призрения покинутых и бесприютных детей», организованной «Обществом русских врачей в память Н.И. Пирогова», он в 1902 г. посетил Австро-Венгрию, Италию и другие европейские страны, где познакомился с работой Воспитательных домов. По возвращении из поездки А.Н. Устинов выступил с докладом на тему «Краткая характеристика некоторых заграничных воспитательных домов по личным впечатлениям», в котором он рассказал о постановке призрения детей в странах Западной Европы в сравнении с Россией, а также о мерах по улучшению ситуации в отечественных воспитательных домах, и прежде всего, по изменению принципов вскармливания детей [2; 3].

Ещё одним примером беззаветного служения охране здоровья детей является деятельность доктора Николая Викентьевича Яблокова (1845-1904 гг.), проработавшего с 1874 по 1891 гг. в грудных отделениях Императорского Московского воспитательного дома. После защиты диссертации и получения степени доктора медицины в 1896 г. был назначен главным врачом Софийской детской больницы (ныне Филатовской). Наряду с профессиональными врачебными обязанностями он проводил большую общественную работу. С 1902 г. занимал пост товарища председателя Общества детских врачей, состоял членом нескольких комиссий, разрабатывавших различные актуальные проблемы, связанные с вопросами охраны здоровья детей и их социальной защитой в обществе. Н.В. Яблоков был также председателем Общества Русских врачей, где организовал курсы сестёр милосердия, заведовал медицинской частью Елизаветинского благотворительного общества. В своих печатных трудах он поднимал актуальные для того времени проблемы призрения незаконнорожденных младенцев, проводил глубокий исторический анализ основания и развития Воспитательных домов в разных странах мира и объективно оценил преимущества и недостатки тайного и явного приёма детей [3; 13].

Примером безупречного исполнения врачебного и социального долга являлся деятельность врача Петербургского воспитательного дома Карла Андреевича Раухфуса (09.12.1835–27.11.1915), который начал свою профессиональную карьеру в данном учреждении и в дальнейшем стал выдающимся ученым и общественным деятелем дореволюционной России. За талант и добросовестный труд в 1869 г. принц П.Г. Ольденбургский назначил его

главным врачом новой детской больницы для маленьких пациентов всех сословий, где он разработал систему временной изоляции больных детей с подозрением на инфекционное заболевание. Опыт К.А. Раухфуса был успешно использован при строительстве детской больницы Святого Владимира в Москве. В 1913 г. он организовал и возглавил Всероссийское попечительство по охране материнства и младенчества, открывшее приюты и консультации для матерей и детей, молочные кухни, детские лечебницы. К.А. Раухфусу принадлежала идея создания Института охраны материнства и младенчества, включавшего в себя образцовую больницу, детскую консультацию, молочную ферму, научную лабораторию и библиотеку. Предполагалось, что в институте будет проводиться научно-исследовательская работа и обучение студентов, врачей и медсестер, однако его проект остался не реализованным в связи с кончиной учёного [6].

Таким образом, исторически в России врачи-педиатры, будучи защитниками высшей ценности – жизни детей, не только исполняли свой профессиональный долг, основанный на гуманизме и самоотверженности, но и являлись активными общественными деятелями в области детского здравоохранения. Благодаря безупречному выполнению своего профессионального долга и активному участию в общественной деятельности, реализации благотворительных инициатив отечественные детские врачи на протяжении XVIII-XIX столетий и в начале XX в. подготовили фундамент для построения советской системы охраны здоровья детей.

Список литературы

1. *Альбицкий, В.Ю., Баранов, А.А., Намазова-Баранова, Л.С., Шер, С.А.* Союз педиатров России [Исторический очерк, 1927-2022]. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ПедиатрЪ, 2022. – 248 с.
2. *Альбицкий, В.Ю., Баранов, А.А., Шер, С.А.* История Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук. М., 2013. – 468 с.
3. *Альбицкий В.Ю., Шер, С.А., Смирнов, И.Е., Закирова, Л.А., Архипова, Л.В., Бесстрашная, Н.А., Шарков, С.М.* Научный центр здоровья детей 1763-2016 гг. Доктора наук: Биографический словарь. Под ред. профессора В.Ю. Альбицкого. Выпуск VII. – М.: Изд-во «ПедиатрЪ», 2016. – 744 с.
4. *Баранов, А.А., Шер, С.А., Альбицкий, В.Ю. Намазова-Баранова, Л.С.* Истоки, становление, развитие и достижения отечественной педиатрии (историко-медицинский обзор: XVIII–XIX–XX вв.) // Общественное здоровье. 2025. Том 5, № 4. – С. 27-44.
5. *Бородулин, В.И., Альбицкий, В.Ю.* Реквием по медицине Гиппократа, или Клиника XX века как заключительный этап классической медицины в России (на модели терапевтической и педиатрической клиник) // Вопросы современной педиатрии. 2022. Том 21. №3. – С. 315-325.
6. *Маслов, М.*С. К.А. Раухфус. Л.: Медгиз. – 1960 – 117 с.
7. *Миллер, Н.Ф.* Дети-недоноски и особенности их болезней. М.: Издание Типографии А.А. Карцева, 1886. – С. 13-19.
8. *Миллер, Н.Ф.* Из прошлого Московского Воспитательного дома. М., 1893. – 75 с.

9. *Федотов, В.П.* Об этике и долге врача, врачебной деонтологии и врачевании // URL: https://cyberleninka.ru/journal/n/dermatovenerologiya-kosmetologiya-seksopatologiya?i=1069592 (дата обращения 05.03.2026)
10. *Царегородцев, Г.И.* Философия медицины. М.: Современный гуманитарный университет, 2011. 440 с.
11. *Шер, С.А.* История оспопрививания в Императорском Московском воспитательном доме // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. 2011. №4. С. 58-61.
12. *Яблоков, Н.В.* Николай Фёдорович Миллер (некролог) // Детская медицина. Том 3, №1. Москва, 1898. С. 68-71.
13. *Яблоков, Н.В*. Призрение детей в Воспитательных домах. СПб.: Гостипография, 1901. 71 с.
14. *Mertens Ch.* Traité de la Peste, contenant l'histoire de celle qui a régné á Moscou en 1771. Paris, 1784. 142 p.

УДК 93/94

ОБРАЗОВАНИЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННЫХМЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ XIX в.

Гаффаров Ильдар Завдатович

Кандидат исторических наук, старший преподаватель, кафедра алтаистики, тюркских и центральноазиатских исследований, Казанский (Приволжский) Федеральный Университет (420008, Россия, РТ, Казань, ул. Кремлёвская, д.18). E-mail: ildarg67@gmail.com

Приобщение медиков к корпоративному общению и обмену мнениями был достаточно широко представлен в Российской империи. Это позволяло концентрировать общие усилия в том или ином медицинском направлении, порой добиваясь ошеломительных результатов. Важно указать персоналии, которые были двигателями данного процесса. Хотя много было и противников подобной медицинской кооперации. Конкуренция с иностранными медицинскими обществами, которые не хотели терять эксклюзивного права в области медицины в России, бюрократия, которая по неграмотности, недальновидности, а может и специально тормозила всякое развитие, были основным препятствием в продвижении отечественной медицины.

Ключевые слова: *госпиталь, хирургия, наркоз, диагноз, гипсовая иммобилизация, сортировка раненых.*

FOUNDING AND ACTIVITY OF HOMELAND MEDICAL SOCIETIES OF THE NINETEEN CENTURY

Gaffarov Ildar Zavdatovich

PhD in history, Senior lecturer, altai, turk and Central Asia research department, Kazan Federal University (18, Kremlevskaya, Kazan, 420008 RUSSIA).

There was a vast amount medical society in the Russia Empire. Such structures allowed to achieve overwhelming outcomes in any medical direction. It's really important to point the persons who were involved in aforesaid process. Though there were many opponents against that way of medical development. Either foreign medical society did not want to lose the exclusive rights for operating in Russia or bureaucracy that inhibited any inner medical development due to their poor judgment or on purpose. All these aforesaid reasons being hurdles that hampered Russia medical development.

Key words*: hospital, surgery, narcosis, diagnosis, gypsous immobilization, sort out of injured.*

Приобщение медиков к корпоративному общению и обмену мнениями по тем или иным медицинским вопросам было издавна характерно для их профессиональной деятельности. Однако в странах Западной Европы научная медицина возникла и стала развиваться раньше, чем в России и соответственно появление первых научных врачебных обществ было отмечено в Германии, Англии, Голландии и других европейских странах. Касаемо России, то здесь

немалую роль сыграл все нарастающий к XIX в. приток западноевропейских специалистов разного уровня привлечённые достаточно высоким денежным содержанием и разными льготами.

В императорском дворе, в военных госпиталях, городских больницах, а также в медицинских школах и училищах уже к концу XVIII в. Число иностранных лекарей, врачей увеличивалось так же как увеличивалось их влияние. Они могли встречаться, беседовать, обсуждать вопросы профессионального и бытового характера. Естественно, что первые их профессиональные сообщества появились в таких крупных городах, как Санкт-Петербург и Москва в XIX веке. Но глубокое изучение архивных материалов, свидетельствует, что первое медицинское общество в России было создано раньше (около 1763 г.) в Петербурге [1, с. 265]. Вскоре после восшествия на престол Екатерины II несколько хирургов в Петербурге образовали хирургическое общество, состоявшее из директора, председательствовавшего на собраниях, секретаря и казначея, которые в союзе с другими членами разработали устав. Они собирались еженедельно поочередно на квартирах каждого члена, где выступали с докладами по анатомии, медицине или хирургии, с сообщениями и практическими наблюдениями из лечебной науки. Эти сообщения и доклады обсуждались членами общества, по ним высказывались мнения и замечания. Затем эти сообщения заносились в протокол… Предлагалось издавать труды общества. Приходится сожалеть, что это полезное содружество… просуществовал не более четырех лет» [2, с. 160]. Принято считать, что первое в России медицинское общество, объединившее медиков и физиков, было основано в Москве 27 сентября 1804 года и открыло свою деятельность в 1805 году под названием «Общество соревнования врачебных и физических наук» [5, с. 7].

До конца 1832 г. «Общество Санкт- Петербургских практических врачей», оставалось единственным в столице медицинским обществом, состоящим из зарубежных врачей, преимущественно немцев [3, с. 109]. Такое положение, не могло устраивать постоянно растущие национальные медицинские силы Петербурга.

Создание сообщества иноземных врачей побудило к объединению и русских медиков. Такую революционную в то время мысль высказал почетный лейб-медик Семен Федорович Вольский, который стоял у истоков «Санкт-Петербургского общества русских врачей».

Русское и Немецкое медицинские общества конкурировали друг с другом и старались привлечь в свои ряды наиболее ярких, перспективных авторитетов.

Это негласное противостояние усилилось с приездом в Петербург в 1841 г Н.И. Пирогова. Его выбор пал на немецкое медицинское общество, поскольку до этого ему пришлось долгое время общаться с врачами и студентами, для которых

немецкий язык был своим, а Н.И. Пирогов в совершенстве владел им, и многие свои труды писал на немецком языке.

Дальнейшее развитие медицины способствовало организации все новых медицинских обществ. Одним из них был Пироговский кружок, чье первое заседание состоялось 6 декабря 1843 г.

Оно носило имя Н.И. Пирогова. Объединив небольшую группу известных отечественных медиков, всего девять человек, кружок, тем не менее, сыграл заметную роль в развитии медицинской мысли в России. Николай Иванович был активным участником кружка, удачно названного доктором М.С. Белкиным «Медицинской могучей кучкой». Кружок возник через два года после приезда Н.И. Пирогова в Санкт- Петербург и, по- видимому, обязан был своему появлению Н.Ф. Здекауеру, бывшему до 1855 г. секретарём кружка. Об истории кружка известно мало, сохранились лишь отрывки из некоторых протоколов, в частности из протокола от 26 сентября 1849 года становится известно о взаимоотношениях между членами кружка в котором декларировались взаимное уважение, отказ от всякого рода тщеславия, оперирование на основе правдивых фактов, свободное выражение своего мнения и дальнейшее его обсуждение. Особо подчеркивались доброжелательность, демократичность и равноправие. Вот на таких началах и существовал кружок. До 1855 года членами кружка являлись: профессора Н.И. Пирогов, А.П. Загорский и Н.Ф. Здекауер, В.И. Даль.

Темы сообщений были чрезвычайно разнообразны. Это: «Чума 1829 года в Одессе», «Использование вспомогательных наук в терапии», «Смерть от опухоли мозга», «Стрихнин при ишиасе», «Этнографическое описание Сибири». Н.И. Пирогов выступал с хирургической тематикой, наиболее близкой ему. За время с 1849 г. по 1855 г., согласно записи протоколов, он выступил 148 раз, порой несколько сообщений в ходе одного заседания. Вот некоторые из них: «Понятие о белой опухоли», «О прободной язве», «О грыжесечении», «О применении гипсовой повязки», «О прободении опухоли в кишку». И что немаловажно все эти сообщения имели практическую направленность и находили своё подтверждение в госпитальных и даже в военно-полевых условиях. В частности, гипсовая повязка была апробирована в ходе Крымской войны и спасла многих раненных от ампутаций конечностей [6, с. 52]. Очень интересен доклад Н.И. Пирогова на заседании 10 октября 1849 г. «О применении статистики, физики и фармакологии в хирургии», занявший почти весь протокол. 5 декабря 1849 г. Николай Иванович информировал общество о результатах 480 вскрытий умерших от холеры. В 1852 г. он занял критическое отношение к Вирховской теории строения человеческого черепа. В общем, нельзя найти ни одной области медицинских знаний, которая не была бы затронута в докладах и сообщениях членов кружка, профессоров, и полковых, госпитальных врачей.

Особое внимание заслуживает доклад Н.И. Пирогова «Состояние медицины в Крыму» (1855г.). В своём достаточно критическом докладе он

шельмует недостатки организации медицинского дела в госпиталях и лазаретах Крыма, чиновничий произвол и зависимость генерал-штаб-доктора от дежурного генерала по армии. Всё это сподвигло его поехать в столицу 1 июня 1855 года, где он вручил военному министру князю В.А. Долгорукову докладную записку, в которой, излагал свой план организации военно-санитарного дела, и в частности, писал: «Различные представления о важнейших врачебных предметах, различные соображения о врачебных действиях, часто не терпящие отлагательства, не прямо поступают на рассмотрение Главнокомандующего и не тотчас исполняются Генерал-штаб-док-тором, но сначала отдаются на рассмотрение дежурного генерала. Даже сами предписания Военно–медицинского Департамента поступают не прямо в руки Генерал - штаб-доктора, а через дежурного генерала» [2, с. 196]. Параллельно он сделал на эту тему резонансный доклад «В обществе русских врачей Санкт-Петербурга». Говоря по-другому, «Общество» рассматривало реальные, злободневные, насущные вопросы, проблемы медицины, которые как не странно «всплывали» на Крымском военном театре. Парадоксально, но факт «Немецкое врачебное общество Санкт-Петербурга» просуществовало до 1854 года, когда был издан последний том, состоящий в целом из восьми томов. Мы лишь можем предположить, что это был своеобразный политический лейтмотив, связанный с началом Восточной или Крымской войны (1853-1856). Соответственно в связи с этим могли вводиться и другие рестрикции. И это уже тема для другого исследования.

Самоликвидация немецкого врачебного общества Санкт-Петербурга открывало большие возможности для возникновения развития обществ, где действующими лицами в основном были свои отечественные медики, лекари.

Одним из наиболее посещаемых петербургских обществ было «Русское хирургическое общество Пирогова», созданное в 1881 г. и объединившее всех столичных хирургов, практикующих и служащих врачей. «Хирургическое общество Пирогова» — продолжает свою активную и полезную деятельность и сегодня.

Наряду с текущими докладами, на заседаниях общества заслушивались сообщения, посвященные памяти Н.И. Пирогова. В 1883 г. с докладом «К памяти о Пирогове» выступил Н.Ф. Здекауер; по прошествии лет он выступил докладами «К истории анатомических разрезов Пирогова», «О терапевтических приемах Пирогова», «Мои отношения к Пирогову и значение его для нашей Академии». Интересное сообщение «Тяжелые дни Севастопольского военно - временного госпиталя во время осады города в 1854–1855 годах» сделал главный врач вышесказанного госпиталя Ульрихсон. Трогательные воспоминания генерал - штаб-доктора флота В.С. Кудрина о его работе во время Крымской войны под руководством Н.И. Пирогова представили последнего в истинном свете. Н.И. Пирогову, и его коллегам, зачастую приходилось работать под артиллерийским

огнем, которая порой продолжалась по десять дней, а то и больше. Результатом было тысячи спасённых жизней. Использование хлороформа в операциях и гипсовая иммобилизация, медицинская сортировка раненых увеличило число спасённых жизней в разы [6, с. 54]. Наряду с хирургической, Николай Ивановичу приходилось заниматься организационной работой, по сути, бороться с бюрократизмом. Его тезис из Крымской эпопеи: «Вся суть санитарного дела на войне — администрация» подчёркивали важность отладки бюрократического аппарата, за что Н.И. Пирогов боролся до конца своей жизни. Вышесказанные докладная записка военному министру В.А. Долгорукому и последующий доклад в «В обществе русских врачей Санкт-Петербурга» свидетельствуют о его принципиальности по многим вопросам, независимо от рангов и чинов. Его предложения порой носили революционный характер порой опережая время, в котором он жил. Министр В.А. Долгорукий пишет: «…устройство медицинской части в войсках предложенная Н.И. Пироговым без сомнения вовлекло бы оную в совершенное расстройство и анархию» [2, с. 196]. (Содержательные доклады А.В. Якобсона «Из военно - хирургических наблюдений на кавказско - турецкой границе в войну 1877–78 гг.», П.А. Круглевского «О прививке собачьего бешенства по способу Пастера», А.С. Таубера «К вопросу о хирургии мозга», сообщения Н.А. Вельяминова о перевязках общей сонной артерии, И.Я. Фомина о свободной пересадке кожи вызвали большой резонанс в среде общественности.

Как было сказано выше, «Русское хирургическое общество Пирогова», было образовано по инициативе самого Н.И. Пирогова, но с подачей идеи в медицинскую общественность А.Л. Эберманом. Тому были свои причины. Н. И. Пирогов в последние годы жизни болел и жил в своём имении Вишня, находящиеся под Винницей (Украина). В письме к Н.И. Пирогову, жившему в своем имении Вишня, А.Л. Эберман просил его предложить девиз для задуманной медали и проекта устава общества. В своем ответном письме Николай Иванович 21 апреля 1881 г. рекомендовал известный афоризм Гиппократа — «Indicium diffi cile, experienta follex» — «Суждение затруднительно, опыт обманчив». Так он «благословил» новое общество. Но судьба этого человека пережило крутые повороты, подъемы и падения. Несмотря на всё он остался верен России. Его «Дневник старого врача» стало «открытием русской действительности». Ему как практикующему доктору, совершающему чудеса на полях баталий, трезво, критично мыслящему, державшемуся в стороне от всякой крамолы можно и нужно было писать горькую правду о людях, о государстве. Он открыто говорил о том, что сама по себе медицина мало значит, потому что здоровье народа находится в руках государства, администрации, а не врачебной техники [7, с. 78].

Однако вернёмся к деятельности «Общества русских врачей Санкт-Петербурга». Общество было зарегистрировано 12 сентября 1833 г. Первым председателем был избран Ефим Иванович Андреевский, «ум которого,

спокойный, твердый и широкая образованность дали возможность Обществу в продолжение первых шести лет спокойно развиваться и выработать себе доброе имя». Сергей Петрович Боткин, избранный председателем в 1878 г. являлся убежденным патриотом, поддерживавший русских врачей. С.П. Боткин всячески способствовал становлению национального самосознания и расцвету русской медицины, долгое время несправедливо принижаемой зарубежными специалистами. К тому же русская медицина пробивала себе дорогу через многие препятствия, одним из которых была невозможность получить всякое образование на русском языке. Но русский ум был пытлив, оригинален, а главное находчив. В этом плане уникальна судьба Н.И. Пирогова. воспоминаниях о студенческих годах Николай Иванович любил рассказывать о «десятом нумере» корпуса квартир для казеннокоштных (бюджетных студентов), который он посещал в течение нескольких лет. В «нумер» приходили юные свободолюбцы, критиковавшие Александра I за сдерживание так необходимых стране реформ, хвалили Наполеона за «бескомпромиссный вызов» брошенный старым монархиям Европы. Там же декламировались запрещенные стихи. Там Н.И. Пирогов впервые услышал о тайных обществах и масонах, проникся любовью и почитанием профессора М.Я. Мудрова, и критиковал систему, построенную только для монархии, но никак не для подданных. Шеллинг и Гегель открыли ему глаза и расширяли его кругозор. После подавления восстания декабристов, по его словам, всё замерло в одночасье, а мы стали другие, мы поумнели вдруг. С этого периода на первый план для него выходит будущая профессия, с которой он свяжет всю оставшуюся жизнь. Как было отмечено выше, Н.И. Пирогов боролся с пресловутой имперской системой, но не в Бакунинском разрушительном анархическом духе, а в созидательном, критическом духе. Он предлагал, отстаивал свои улучшительные меры в медицине, считая, что слепое «выписывание» медицинских светил Европы могут повлечь самые плачевные последствия в будущем и Крымская война ясно это показала. Он горячо ратовал за подготовку своих отечественных медиков разного профиля и всячески способствовал этому. За что и пострадал и не один раз [7, с. 83].

С.П. Боткин был учеником и последователем Н.И. Пирогова. Также учился в Московском университете на медицинском факультете и уже тогда подавал большие надежды. Правда, его, вернее его поколение обошли стороной постнаполеоновское относительно либеральное для России десятилетие, декабристское восстание. Он формировался уже под влиянием Николаевской реакции. Всё это нашло своё отражение в характере С.П. Боткина, который старался взрастить, воспитать русских врачей, патриотов своей Родины. Выступая на 50-летии общества 16 октября 1883 г., С.П. Боткин говорил: «Не боясь быть пристрастным к своим, я позволю себе сказать, что в настоящее время тип русского врача есть пока один из самых лучших типов, которые я

знаю, и нет сомнения, что известная доля влияния научного и нравственного в этом типе принадлежит, конечно, и нашему Обществу». Крымская война показала, как он был прав ещё задолго до этих событий. П. Боткин был основателем научной медицины. Первым в России стал читать клинические лекции с присутствием больных в аудитории. По его мнению, для правильной постановки диагноза надлежало проводить подробный расспрос больного, иметь данные о его состоянии, руководствуясь при этом анализами крови, мочи, мокроты и только на этом основании поставить предварительный диагноз. Общественная деятельность С.П. Боткина касалась главным образом организации здравоохранения. Он был блестящим организатором больничного дела. Как гласный городской думы он много сделал для улучшения медицинского обслуживания «бедные слоёв» населения столицы. По его инициативе была организована бесплатная врачебная помощь в лице «думских врачей», которые должны были вести амбулаторный приём на своих участках, посещать на дому больных и снабжать их бесплатно лекарствами. Признанием руководящей роли и больших заслуг С.П. Боткина явилось его избрание в 1877 г. председателем старейшего медицинского общества — Общества русских врачей в Петербурге, подняв на небывалую высоту его деятельность. В 1882 г. по предложению С.П. Боткина в Петербурге был введён школьно-санитарный надзор, для чего введено 9 должностей санитарных врачей. В1886 г. он был избран попечителем всех городских больниц Петербурга.

Всякое общество будь медицинское или какое-то иное держится на персоналиях, которые дают импульс для развития коим были Н.И. Пирогов и С.П. Боткин. В истории медицины есть немало забытых имен, которые часто молча, скромно выполняли свой врачебный долг. В этом плане очень интересны заметки знаменитой французской писательницы Жермены де Сталь. Мадам де Сталь осуждает крепостное право, деспотизм в России. Но при этом недвусмысленно подчёркивает, что по сравнению с властью Наполеона Россия кажется ей республикой. Она объясняет это тем, что народ руководствуется простыми понятиями о своей родине и общности, а дух веры и воинственности делает их бескорыстными героями обычных дней [4, с. 160]. С этим нельзя не согласиться. Героями повседневности мы могли бы назвать и наших врачей.

Список литературы

1. *Будко, А.А., Быков, И.Ю., Селиванов, Е.Ф., Чиж, И.М., Шабунин, А.В.* История военной медицины России. XIX – нач. XX в. Т.3. – СПб.: ВМедА, 2006. – 560 с.
2. *Будко, А.А.* История медицины Санкт-Петербурга XIX – начала XX в. – СПб.: Нестор – История, 2010. – 400 с.
3. *Будко, А.А., Шабунин, А.В.* И.Ф. Буш и немецкое врачебное общество // И.Ф. Буш и развитие медицины в XVIII-XIX веках. – СПб., 2002. - С.109-113.
4. *Галечко, И.И., Мочалова, А.С.* Россия первой половины XIX века глазами иностранцев // Международный научный журнал «Вестник науки» №6. Июнь 2024 - С.160.

5. История хирургических обществ России и Советского Союза / Под ред. Б.В. Петровского и В.И. Колесова. – Л.: Медицина. Ленинградское отделение, 1969. – 415 с.
6. *Никонорин, А.* Н.И. Пирогов в Крыму. Симферополь: Крымиздат, 1956 – 193 с.
7. *Сергеева, Т.Б.* Николай Иванович Пирогов // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. - №4. – С. 78-83.

УДК 61(091)

«СВЕТЯ ДРУГИМ, СГОРАЮ САМ, … или… СВЕТИ, НЕ СГОРАЯ!»

Орлова Анна Петровна

Кандидат исторических наук, доцент кафедры истории Отечества, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8. E-mail: vorobieva2025@list.ru

Ценностный подход к призванию в медицине сегодня сталкивается с проблемой коммерциализации сознания в обществе потребления. Поэтому важно обратить внимание на опыт ведущих медиков, которые оказались в XIX в. в схожей ситуации в ходе индустриальной революции и роста капитализма в России, чтобы их выводы и наблюдения помогли и сегодня.

Ключевые слова: *медицина, призвание, мировоззрение, критическое мышление, наука, честность.*

“ALIIS INSERVIENDO CONSUMOR… or… AFLAME, BUT NON-INFLAME!”

Orlova Anna Petrovna

PhD in history, Senior lecturer, Department of history, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University» of the Ministry of Healthcare of Russian Federation (St. Petersburg, Lev Tolstoy str. 6/8, Russia).

The value-based approach to vocation in medicine today faces the challenge of the commercialization of consciousness in a consumer society. Therefore, it is important to consider the experiences of leading physicians who found themselves in a similar situation during the Industrial Revolution and the rise of capitalism in Russia in the 19th century, so that their conclusions and observations can be helpful today.

Keywords: *medicine, vocation, worldview, critical thinking, science, honesty.*

В современном мире для человека, который выбрал медицину как свое призвание и карьеру, предстоит сложная борьба как в поле права, духовных и материальных ценностей и идей, а подчас и с самим собой. Работа с людьми требует крайней напряженности сил и самоотдачи, критической оценки ситуации и индивидуального подхода. Медикам всех времен жизнь и общество ставят проблемы выбора и борьбы, которые тесно связаны с самооценкой, самосознанием и мировоззрением человека. Именно поэтому само понятие долга вызывает у студентов-медиков закономерный вопрос в современном обществе

потребления: «А почему я должен, кому я обязан?» Поэтому вопросы воспитания личности подростка (зачастую эгоиста) на первых курсах медицинского вуза тесно связаны с вниманием к личным примерам как самих преподавателей, так и примерам из истории медицины и мира. Помимо явной необходимости воспитания личности медика через гуманитарные предметы, есть нюанс практики – «практика – критерий истины», - как отметил А.А.Богданов. Для каждого человека его жизненный опыт становится той практикой, которая помогает ему в последующих решениях, и особенно при выборе решений, подходов в медицине.

Рассмотрим на примерах отзывов медиков России XIX – нач. XX в. как формировалась этическая сторона их практики в период войн и роста капитализма, борьбы идей.

Х.Ф. Оппель, дед знаменитого хирурга Первой мировой войны В.А. Оппеля, написал в начале XIX в. по опыту работы первых больниц и госпиталей Человеколюбивого императорского общества, основанного по приказу Александра I в 1802 г., «Руководство, как ходить за больными».

«В 1803 г. императрица Мария Федоровна открывает в Москве больницу для бедных (Мариинскую), куда был приглашен на должность главного доктора Х.Ф. Оппель. Им были составлены правила для управления больницей, одобренные императрицей. В качестве младшего медицинского персонала были привлечены бедные вдовы. Отбору и образованию персонала уделялось особое внимание. Для них главный доктор Х. Ф. Оппель написал в 1822 г. учебник — «Руководства и Правила, как ходить за больными для пользы каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сердобольных вдов, званию сему особенно себя посвятивших...», одно из первых в России учебных пособий по сестринскому делу» [9, с. 232].

Х. Ф. Оппель, прежде всего критикует излишнюю уступчивость, мягкость и отсутствие должной медицинской подготовки «ибо большая часть хожатых, по должности ли, по нужде, или по склонности приняв на себя сие дело, поступают с больными по своему образу мыслей и понятию. Неблагоразумие хожатых, неуместное их мягкосердие, суеверие, привязанность к привычкам и множество предрассудков делают лучшие намерения и предписания врачей тщетными, они отнимают у действительнейших лекарств спасительное их действие. Мнимая таковых хожатых бдительность есть только упущение, и потому попечение их, которое должно было бы споспешествовать к спасению болящего, нередко причиняет ему невозвратное зло и даже самую смерть… родственник, принимая слишком много участия в болящем, не имеет довольно решительности воспретить ему вредное, бывает уступчив и сговорчив…и потому способнее вовремя быть мягкосердым и снисходительным, или непреклонным и стойким»

[3, с. 1-2]. Не случайно в ходе становления медицинского образования и практики был выработан особый подход к клиническому и критическому мышлению как взаимодополняющим друг друга.

Обратим внимание на то, как Н.И. Пирогов в последние годы своей жизни в «Дневнике старого врача» (1879–1881) раскрывает свои поиски и итоги рассуждений, наблюдений в течение жизни и практики. Чтобы подойти к решению в главах дневника, которые Н.И. Пирогов назвал «Вопросы жизни», знаменитый хирург обобщает свои многолетние наблюдения и опыты так: «Все разъясняется, все делается понятно — умей только хорошо обращаться с фактом, умей зорко наблюдать, изощрять чувства, научись правильно наблюдать, тогда исчезнут перед тобой чудеса и мистерии природы, и устройство вселенной сделается таким же обыденным фактом, каким сделалось теперь для нас все то, что прежде считалось недоступным и сокровенным» [5, с. 183]. «Если смысл наш, — писал он, — зависим от наших современных убеждений, а они, в свою очередь, преходящи и не всегда по своей силе и упорству соответствуют нашим знаниям, то ни одна господствующая доктрина, ни одно умственное направление не должны смотреть свысока на другие, им противоречащие доктрины и направления, а умы беспристрастные, не увлекающиеся и не доверчивые, не должны пугаться насмешек, разных кличек и обвинений в отсталости, нерациональности и бессмыслии…Если нам суждено в наших мировоззрениях подвергаться постоянно иллюзиям, то моя иллюзия, по крайней мере, утешительна. Она мне представляет вселенную разумной и деятельность действующих в ней сил целесообразной и осмысленной, а мое «я» — не продуктом химических и гистологических элементов, а олицетворением общего, вселенского разума, который я представляю себе свободно действующим по тем же законам, которые начертаны им и для моего разума, но не стесненным нашей человечески сознательной индивидуальностью» [5, с. 170]. Мужество и самопожертвование, любовь к людям, ясный ум и талант исследователя, высокая нравственность интеллигента, равнодушие к земным благам и почету- Пирогов прошел такую школу в своей профессиональной жизни, которая и не снилась многим его коллегам. Непосредственное участие в трех войнах, операции под огнем противника, борьба за жизнь раненых. В нем счастливо сочетался искусный врач — практик с талантом большого ученого. Подтверждением этому служат многие спасенные им жизни и многотомное собрание его научных трудов. И Н.И.Пирогов делает вывод: «Истину узнаем только за гробом; там узнаем, соответствовала ли наша жизнь ее истинной цели. Органические страсти с их увлечениями и чувственность вещественного бытия, перестав существовать, дадут возможность нам стать к истине лицом к лицу; это не то, что стоять лицом к лицу с нашей совестью здесь, живя вещественно: там придется иметь дело с

самой истиной, которой мы так добиваемся здесь и вместе с тем стараемся ее избегнуть» [5, с. 280]. И далее рассуждает о мере критики и своего рационального восприятия: «Чистоплотность нужна не на показ только. Цинические поступки в жизни лучше оставить, не трогая и не подвергая анализу, — это лучше для самого себя; иначе попадешь в ретирады души и оттуда напустишь вони и в то, что искренно хотелось бы оставить чистым, как оно есть на самом деле. У нас у всех на дне души довольно грязи; если, опустившись на это дно, ее взбаламутишь, то потом сам не отличишь чистого от грязного» [5, с. 283]. И действительно проблема выгорания, ухода в депрессию, разочарования или отказа от медицины как призвания очень часто связана с огромной нагрузкой и внутренними поисками у каждого человека, его целостностью. Именно поэтому воспитание в себе ценностного подхода, умение трансформировать из негатива в позитив, стремление не бросить изначальную цель помощи людям становится сегодня для медика путем внутреннего становления и борьбы, проблемы выбора в период войн, размывания личностной мотивации и духовных ценностей в обществе потребления, коммерциализация сознания.

Еще Ф.И. Иноземцев говорил: «Науки неразлучны с честностью в науке. Тот, кто в науке видит дойную корову для себя, тот промышленник, обращающий светлое имя науки в торговый промысел. Врач в своей практической деятельности должен быть прежде всего другом человечества» [4, с. 18]. Н.И. Пирогов, также как и Ф.И. Иноземцев, был современником индустриальной революции и развития капитализма в России XIX в., и также столкнулся с манипуляцией, игрой идеями и словами у других исследователей и мыслителей: «Мысль моя свободна, — утверждали они, — и я хочу — приму, хочу — нет, какую ни на есть математическую аксиому». Этим лицам и в голову никогда не приходило, что распущенность мысли и воли есть страшный недуг, от развития которого в себе должен беречься каждый из нас, кто не хочет покончить с собою самоубийством или домом умалишенных. Каждый настолько должен быть свободен, чтобы избрать для себя то или другое мировоззрение, но, избрав, должен на нем остановиться по крайней мере до той поры, пока заменит его другим, новым. Установление известного modus vivendi необходимо не только для согласия семейств, обществ и народов, но и для согласия с самим собою; а этого можно достигнуть только известным и более или менее определенным мировоззрением. Да, жизнь — это для меня понятие коллективное. Это я уже сказал; жизнь — это осмысленная, безгранично действующая сила, управляющая всеми свойствами вещества (то есть его силами), стремясь притом непрерывно к достижению известной цели: осуществлению и поддержке бытия. Простое описательное эмпирическое

определение жизни, данное Биша и другими, также довольно верно: по этому определению жизнь сводится на собрание отправлений, — ensemble des fonctions, — противодействующих смерти, — qui resistent a la mort, руководящее их начало, эмпирическое, осмысленное, то есть стремящееся к цели и делающее все функции организма целесообразными, — сила жизни. Главное — сделать для себя ясным свое мировоззрение. Если я только не слукавлю пред Богом и моей собственной совестью, излагая мое мировоззрение, то дела нет — буду ли я материалист или глупец в отношении к другим. Одно из двух: он (наш ум) должен принять — или все существующее вне его одна иллюзия, или существование мира, нашего «не я», так же непреложно, как и собственное бытие…Как бы равнодушно мы ни насиловали чувство другого, никогда не можем быть уверены, чтобы это насилие не отразилось рано или поздно на нашем собственном чувстве. Только однажды в моей практике я так грубо ошибся при исследовании больного, что, сделав литотомию, не нашел камня. Это случилось именно у робкого, богобоязненного старика; раздосадованный на свою оплошность я был так неделикатен, что измученного больного несколько раз послал к черту. «Как это вы Бога не боитесь, — произнес он томным, умоляющим голосом, — и призываете нечистого, злого духа, когда только имя Господне могло бы облегчить мои страдания!» Какой урок в этих словах страдальца! — я их как будто и теперь еще слышу. Как бы много пришлось переделывать себя, если бы можно было спустить с плеч полвека. Да, и мне приходится, вспоминая прошедшее, нередко относиться охая к жизни и повторять слышанное однажды восклицание старого капитана, страдавшего непроходимою стриктурою и свищами мочевого канала; измученный тщетными позывами на мочу, трясясь и всхлипывая, он с расстановкою выкрикивал: «Ох, ох, ты жизнь — матушка!» [5, с. 285].

Проблемы ятрогении в практике врача встречаются каждый день: шум в приемном отделении скорой помощи, в коридоре поликлиники или отделения, радикализм самого пациента с обостренной реакцией подчас и талантливого медика могут заставить повысить голос, резко ответить, что усилит конфликт или ошибки в лечении. «Слово для человека, - учил И.П. Павлов, - есть такой же условный раздражитель, как и все остальные, … и такой всеобъемлющий. И поведение врача, и вся обстановка в лечебных учреждениях, внимательный и любовный уход за раненными и больными, должны побуждать у них «волю к жизни»[7, с. 14]. Только медики с глубоким жизненным опытом, внутренней скромностью и мужеством могут избежать таких проблем и помочь решить их и своим коллегам, ученикам.

Личный пример во все времена оказывается одним из самых сильных инструментов взаимодействия как в медицине, так и в жизни в целом.

С.П. Боткин, характеризуя профессора МГУ И.Т. Глебова, автора диссертации «О страстях», отметил, что «в высшей степени ясное, живое и критическое изложение предмета возбуждало в слушателях тот интерес к науке, ту искреннюю любовь к истине, которые составляют одно из существенных условий развития истинного ученого» [4, с. 16]. Ученики С.П. Боткина прекрасно усвоили и пример настойчивости и трудолюбия, и внимания к больному и умение вовремя признать свою слабость – как сам С.П. Боткин во время помощи раненным на Крымской войне из-за личных проблем со зрением признал свою неспособность к хирургии и выбрал терапию. Среди многочисленных публикаций 1897 г. в Больничной газете выделяется статья С.П. Боткина «Об искусстве в медицине» – в 1887 учебном году во вступительной лекции С.П. Боткин, обращая внимание студентов на талант увидеть ситуацию с первого взгляда, говорит: «Искусство в медицине-то, что не подходит под научные, точные истины…вам нужно будет приобрести еще умение прилагать эти сведения…только путем практики. Нужно и искусство исследовать, искусство наблюдать, искусство анализировать добытые сведения-во всем нужно искусство… Врач, вполне сознавая неточность своего исследования…поставлен в необходимость поставить диагноз, сделать гипотезу, … он не может отложить заключения до более благоприятного времени» [2, с. 1909].

Вновь обращая внимание на взаимопомощь коллег-медиков, необходимо упомянуть о подвиге Д.А. Соколова, который спас в упорной борьбе с депутатами городской Петроградской думы право сохранить доброе имя доктора Раухфуса в названии им созданной детской больницы. Не случайно доктор Соколов назвал свои воспоминания о тяжелом рубеже XIX – XX в. «25 лет борьбы» [8]. Одновременно с клинической практикой Д.А. Соколов успевал и преподавать студенткам Женского медицинского института, о чем он написал в своей книге: «Меня гораздо более интересовало, насколько оставили след мои клинические уроки, насколько у отвечающего развита врачебная логика, необходимая для нас сообразительность и находчивость, насколько нарождающийся врач усвоил цели и намерения тех и других наших воздействий, и в этом направлении приходилось встречать немало сюрпризов и нередко у лиц, обладающих большой начитанностью, и при хорошей памяти знанием большого количества фактов с их деталями» [6, с. 5].

В заключение можно сделать вывод, следуя И. Канту: «И любовь к человеку, и уважение к праву людей есть долг» [1, с. 191], т.е. долг медика - этого его призвание, и оно требует внутреннего воспитания, мужества, искусства постоянной работы над собой, и конечно, взаимопомощи коллег и уважения.

Список литературы

1. *Ахундова, Ш.Д.* Уважение, его основы и типы// Вестник Томского государственного педагогического университета. 2013. Вып. 1 (129). С. 188-192.

2. *Боткин, С.П.* Об искусстве в медицине //Больничная газета Боткина. – 1897. - № 49. - С. 1905-1909.

3. *Оппель, Х.* Руководства и Правила, как ходить за больными. М., 1822.

4. *Петров, Б.Д.* С.П.Боткин: жизнь и деятельность. М., 1982. [https://www.historymed.ru/upload/iblock/71a/71aefe3f482d23c7f8d9cc4de1237404.pdf]

5. *Пирогов, Н.И.* Собрание сочинений. В 8 т. М., 1962. Т. 8.

6. Пульс.- 22.02.2016. - № 1.- С. 5.

7. *Семашко, Н.А.* Об этике советского врача//Гигиена и санитария. № 1-2. С. 9-15. https://cyberleninka.ru/article/n/ob-etike-sovetskogo-vracha/viewer

8. *Соколов, Д.А.* 25 лет борьбы: Воспоминания врача, 1885—1910 г.. — СПб.: тип. А. В. Орлова, 1910.

9. *Строев, Ю.И., Чурилов, Л.П.* Войны и династия врачей Оппелей – истинны патриотов России//Вестник СПбГУ. Сер. 11.–2014.-№ 4.- С. 230-241 [https://cyberleninka.ru/article/n/voyny-i-dinastiya-vrachey-oppeley-istinnyh-patriotov-rossii]

УДК 94(470)

КАЗУС СТИПЕНДИАТА М.Н. МАКСИМОВА: ПРАКТИКА ПРИВЛЕЧЕНИЯ ЗЕМЛЯНСКИМ УЕЗДНЫМ ЗЕМСТВОМ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX в.

Кежутин Андрей Николаевич

Доктор исторических наук, доцент. Доцент кафедры социально-гуманитарных наук, Приволжский исследовательский медицинский университет (603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1. Тел.: 8-831-419-98-20). Профессор кафедры гражданско-правовых дисциплин, Московский Университет им. С.Ю. Витте, Нижегородский филиал (603155, Н. Новгород, ул. Б. Печерская, 51). Профессор кафедры гуманитарно-правовых дисциплин, Дзержинский филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», (606000, Нижегородская область, г. Дзержинск, переулок Жуковского, д. 2). E-mail: kezhutin@rambler.ru

Статья раскрывает особенности реализации стипендиального обеспечения студентов медицинских факультетов российских университетов, заключивших договор с уездными земствами о последующей отработке и компенсации расходов на материальную поддержку во второй половине XIX в. Источниковой базой выступают материалы земских собраний Землянского уезда Воронежской губернии.

***Ключевые слова**: стипендиаты, врачи, студенты дореволюционных университетов, земская медицина.*

THE EXPERIENCE OF THE LAW ON THE FRACTURES OF THE RUSSIAN HISTORY OF THE XX CENTURY: COMPARATIVE ANALYSIS

Kezhutin Andrey Nikolaevich

Doctor of Science in History, Associate professor, Social Science and Humanities Department, Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (10/1, Minin Sq., Nizhny Novgorod 603005 RUSSIA Tel/fax: +7-831-419-98-20). Professor, Department of Civil Law Disciplines, S.Y. Witte Moscow University, Nizhny Novgorod Branch (51 B. Pecherskaya str., Nizhny Novgorod, 603155). Professor, Department of Humanitarian and Legal Disciplines, Dzerzhinsky Branch of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “National Research Nizhny Novgorod State University named after. N.I. Lobachevsky" (606000, Nizhny Novgorod region, Dzerzhinsk, Zhukovsky lane, 2).

This article explores the specifics of scholarship support for medical students at Russian universities who entered into agreements with district zemstvos (district councils) for subsequent reimbursement of financial support costs in the second half of the 19th century. The source material is the records of the zemstvo assemblies of the Zemlyansky District of the Voronezh Governorate..

Key words: *scholarship recipients, physicians, students of pre-revolutionary universities, zemstvo medicine.*

В настоящее время проблема нехватки квалифицированных врачебных кадров в стране, особенно в сельской местности, представляет вопрос государственного значения. С целью решения данной проблемы в конце 2025 г. были приняты поправки в Закон «Об охране здоровья» и в Закон «Об образовании». Они ввели наставничество для выпускников-медиков и новые правила для целевого обучения будущих медицинских работников, в соответствии с которыми выпускники с первичной (в т.ч. специализированной) аккредитацией должны работать под руководством наставника в клинике, которая оказывает помощь по программе государственных гарантий. Выпускники, заключившие договор о целевом обучении, будут трудиться в организации, которая указана в договоре. Изменения должны вступить в силу 1 марта 2026 г. [7].

Как известно, в дореволюционной России уже были предпосылки организации «целевого обучения» будущих врачей для работы в сельской местности (в земствах). Особый интерес в данном отношении представляет механизм регулирования приема новых кандидатов на обучение за счет местных бюджетных средств и их последующее трудоустройство или уклонение от него.

Важнейшим историческим источником для ответа на данный вопрос могут стать материалы уездных земских собраний, среди которых главенствующее место занимают их постановления и журналы заседаний. Они представляют своего рода периодические источники, отличающиеся оперативностью, достоверностью, ориентированностью на повседневные социальные нужды и определенной нормативностью.

В региональном аспекте одним из типичных субъектов центральной России может быть признана Воронежская губерния, представлявшая собой классический образец административной единицы черноземной полосы с развитым сельским хозяйством и средними статистическими показателями благосостояния населения во второй половине XIX в. [3, с. 55–56; 6, с. 787–796].

Для анализа избранного вопроса представляется необходимым обратиться к одному из самых неблагоприятных в медицинском отношении районов Воронежской губернии – Землянскому уезду. Проблемы оказания лечебной помощи населению регулярно поднимались на заседаниях местных органов самоуправления. Так, в докладе землянской земской управы от 17 сентября 1866 г. отмечалось катастрофическое положение дел в общественном здравоохранении, особенно вследствие отсутствия врачебного персонала: «Неудовлетворительное состояние медицинской части уезда, беспомощность в болезнях людей, прибегание по этому случаю, в особенности простого народа, к

разного рода личностям, выдающим себя за людей, сведущих в лечении болезней, между тем, не имеющих в этом никакого понятия и по тому приносящих только вред и гибель…» [8, с. 57].

Данная ситуация была широко известна за пределами Землянского уезда, что предопределяло желание некоторых студентов-медиков получить от уездного земства «целевое направление» на платное обучение с компенсацией расходов за счет уезда с последующей отработкой в нем нескольких лет по распределению. Так, 5 июля 1871 г. письмом № 6274 Воронежская губернская земская управа уведомила местную управу для доклада уездному земскому собранию, о прошении дворянина Воронежской губернии, студента III курса медицинского факультета Московского университета Николая Савостьянова. Последний, не имея материальных средств для продолжения учебы в университете, просил назначить ему стипендию за счет земства Воронежской губернии. По окончании же курса, он обязывался все время, которое определит собрание, прослужить по земству Воронежской губернии, с вычетом из положенного ему жалования назначенной части для уплаты Воронежскому земству. Губернское земство передало данный вопрос на рассмотрение одного из самых неблагополучных в медицинском отношении уездных земств – землянского. Однако от него был получен неожиданный ответ: «Имея в виду, что подобное ходатайство может поступить от местных землянских уроженцев, ходатайство Савостьянова оставить без удовлетворения» [9, с. 75].

И такое ходатайство действительно поступило, но только почти через 10 лет. Заявление подал 27 сентября 1880 г. студент Московского университета М.Н. Максимов. Он указал, что только окончил курс гимназии, был принят в число студентов медицинского факультета Московского университета и просил земское собрание о назначении ему ежегодной стипендии по 300 руб. в год в течение пяти лет. При этом будущий стипендиат брал на себя обязательство прослужить земству пять лет по окончании медицинского образования с тем, что из его жалованья стала бы вычитаться ежегодно полученная им стипендия. Вопрос был решен положительно. Земство постановлено ассигновать стипендию студенту М.Н. Максимову в размере 120 руб. в год, обусловив ее с правилами, существовавшими для казенных стипендий студентов университета. При этим срок обязательной службы М.Н. Максимова земству Землянского уезда был определен в пять лет, согласно его заявлению [1, с. 82].

Размер стипендии, установленный земством, был явно недостаточен для нормального проживания в крупном городе и представлялся достаточно скромным даже по меркам сельской местности. В качестве сравнения имеет смысл привести результаты обследования 278 крестьянских бюджетов, проведенного в 1885–1901 гг., согласно которому их годовой доход по

заниженной оценке в среднем равнялся 595 руб. на двор или около 178 руб. на работника. При этом доля работников в крестьянском хозяйстве в переводе на взрослого мужчину составляла 41 % по Воронежской губернии [6, с. 599, 670].

В назначении такой небольшой суммы стипендии М.Н. Максимову, по всей видимости, сыграла роль изначальная недостаточная правомочность земств в области социального обеспечения. Ситуация изменилась к лучшему только в эпоху нового императора Александра III, при котором полномочия земств по изданию обязательных постановлений касательно вопросов образования, здравоохранения, призрения сирот и помощи бедным были заметно расширены и в значительной степени переложены с государства на земства [5, с. 57–58].

Положительный поворот наметился и в деле стипендиата М.Н. Максимова. Его мать, вдова статского советника Н. Максимова, 9 октября 1882 г. подала прошение об увеличении заимообразно выдаваемой ее сыну стипендии. Принося благодарность земству за назначенную в 1880 г. ее сыну, студенту медицинского факультета Михаилу Максимову, стипендию в размере 120 руб. в год, с условием возврата денег по окончании им курса и по поступлении его на службу, вдова просила об увеличении размера стипендии хотя бы на 80 руб. в год. Свою просьбу она мотивировала тем, что размер получаемой ее сыном стипендии был крайне мал по существовавшим в Москве ценам на содержание. При этом Максимова заявляла, что ее сыну, обучавшемуся в то время на третьем курсе, осталось продолжать образование только три года. Землянское земское собрание постановило согласно ходатайству Максимовой увеличить студенту М.Н. Максимову стипендию на 80 руб. и внести новые данные в смету [2, с. 42].

Как следствие, согласно земским финансовым отчетам за 1883–1885 гг., студент_М.Н. Максимов получал стипендию от землянского земства в размере 200 руб. в год [10, с. 182–183; 11, с. 196–197].

Определенный интерес представляет завершение истории стипендиального обеспечения М.Н. Максимова. Анализ материалов земских собраний Землянского уезда показывает, на протяжении всего периода его обучения в Московском университете вакантных врачебных должностей в родном уезде не было. Можно предполагать, что последующее трудоустройство М.Н. Максимова было неочевидным. В 1886 г. он окончил университет и 8 октября 1886 г. подал заявление, в котором просил сообщить ему, в какой срок и каким образом он должен возвратить выданную ему стипендию. Собрание при вынесении решения учитывало два важных обстоятельства, предшествовавших заключению договора со стипендиатом. Во-первых, согласно правилам о казенных стипендиях, деньги на продолжение образования М.Н. Максимову выдавались не заимообразно. Во-вторых, было принято во внимание, что отец М.Н. Максимова служил в Землянском уезде врачом 20 лет, что также имелось в виду при назначении

М.Н. Максимову стипендии. В итоге, землянское земство постановило сообщить М.Н. Максимову, что уездное земство не требовало возврата выданных ему на продолжение образования денег [12, с. 376–377].

Завершением анализируемого правоотношения стало письмо бывшего стипендиата земства врача М.Н. Максимова от 23 октября 1887 г., в котором он выразил благодарность земству за освобождение его от обязательства уплаты денег, выдававшихся ему в виде стипендии, что и было принято земским собранием к сведению [13, с. 201].

Таким образом, анализ казуса стипендиата М.Н. Максимова показывает, что практика привлечения землянским уездным земством будущих врачей во второй половине XIX в. была социально-ориентированной программой. С одной стороны, при приеме в качестве студентов-стипендиатов приоритет отдавался местным уроженцам. Дворянские привилегии уже не имели особого значения. С другой стороны, безусловным положительным фактором при выдаче стипендий представлялась профессиональная преемственность, так зарождались новые врачебные династии. В то же время стипендиаты могли быть освобождены от выполнения целевого обязательства в случае отсутствия вакантных врачебных мест, и данное обстоятельство не влекло обязательной выплаты со стороны целевиков компенсации за материальную помощь при обучении. Все это позволяет прийти к конечному выводу о том, что подобная практика характеризует дореволюционную Россию не только как «империю законности» (по меткому выражению Штефана Б. Кирмзе [4, с. 377]), но и как государство, стремящееся поставить реализацию социальных программ на основе общеправового принципа справедливости и нравственного долга. Дореволюционный историк права Ф.В. Тарановский в данном отношении справедливо заметил: «Управомоченный будет тогда иметь возможность путем отречения и некоторого самопожертвования исправлять в конкретном случае недостатки права, вызываемые при осуществлении юридической нормы в жизни неизбежным формализмом права и нередким в практике иасилованием жизненных отношений при подведении их под абстрактные нормы права» [14, с. 15].

Список литературы

1. Журналы Землянского уездного земского собрания. 1880 г. – Воронеж: Тип. губернского правления, 1881. – 226 с.
2. Журналы Землянского уездного земского собрания. 1882 г. – Воронеж: Тип. губернского правления, 1883. – 298 с.
3. *Кежутин, А.Н.* Материалы поземельных отношений второй половины XIX – первой трети XX вв. как источник генеалогической информации (на материалах Быковской волости Землянского уезда Воронежской губернии) / А.Н. Кежутин //

Вопросы национальных и федеративных отношений. – № 1 (118). – Т. 15. – 2025. – С. 54–61.
4. *Кирмзе, Ш.Б.* Империя законности. Юридические перемены и культурное разнообразие в позднеимперской России / Ш.Б. Кирмзе. – М.: Новое литературное обозрение, 2023. – 432 с.
5. *Крашенинников, П.В.* Сумерки империи. Российское государство и право на рубеже веков / П.В. Крашенинников. – М.: ЭКСМО, 2023. – 384 с.
6. *Миронов, Б.Н*. Благосостояние населения и революции в имперской России: XVIII – начало XX века / Б.Н. Миронов. – М.: Весь Мир, 2012. – 848 с.
7. Обзор: «Обязательная отработка для медиков и фармацевтов: закон опубликован» (КонсультантПлюс, 2025) // СПС «Консультант плюс». [Электронный ресурс]. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_518647/ (дата обращения: 03.01.26).
8. Постановления Землянского уездного земского собрания, состоявшегося в сентябре месяце 1866 года. – Воронеж: Тип. Воронежского губернского правления, 1867. – 145 с.
9. Постановления Землянского уездного земского собрания 1871 года. – Воронеж: Тип. Воронежского губернского правления, 1872. – 283 с.
10. Постановления Землянского уездного земского собрания. Сессии 1884 г. – Воронеж: Тип.-лит. губернского правления, 1885. – 290 с.
11. Постановления Землянского уездного земского собрания. Чрезвычайной сессии 19 мая 1885 г. и очередной с 5 по 11 октября 1885 г. Со всеми приложениями. – Воронеж: Тип.-лит. губернского правления, 1886. – 319 с.
12. Постановления Землянского уездного земского собрания. Сессии 1886 г. – Воронеж: Тип.-лит. губернского правления, 1887. – 290 с.
13. Постановления Землянского уездного земского собрания. Очередной сессии 1887 г. Со всеми приложениями. – Воронеж: Тип.-лит. губернского правления, 1888. – 233 с.
14. *Тарановский, Ф.В*. Интерес и нравственный долг в праве / Ф.В. Тарановский. – Варшава: Тип. Варшавского учебного округа, 1899. – 20 с.

УДК 614.254(476)

ВКЛАД ВРАЧЕЙ В ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ БЛАГО. СОЦИАЛЬНЫЕ НОРМЫ И ЦИВИЛИЗАЦИОННЫЕ ЦЕННОСТИ

Кульпанович Ольга Александровна

Кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой финансового менеджмента и информатизации здравоохранения, Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», (220013 Республика Беларусь, г. Минск, ул. П. Бровки, д. 3, к. 3). E-mail: olga_k_14@mail.ru

Публикация посвящена врачам Беларуси – общественным деятелям.
Ключевые слова: *врачи, общественная деятельность, Беларусь.*

THE CONTRIBUTION OF DOCTORS TO THE UNIVERSAL WELFARE. SOCIAL NORMS AND CIVILIZATIONAL VALUES

Kulpanovich Volha Alexandrovna

PhD in Medical, Associate Professor, Head of the Department of Financial Management and Healthcare Informatization, Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel, Educational Institution "Belarusian State Medical University", (220013 Republic of Belarus, Minsk, P. Brovki St. 3, bldg. 3).

The publication is dedicated to Belarusian doctors – public figures.
Keywords*: social activities, doctors, Belarus.*

Личность реализуется и обретает самоуважение при условии прогрессивного социально-ответственного поведения, солидаризации с интересами общества. Одной из наиболее активных групп интеллигенции являются врачи. Они занимают особое место в обществе. Мыслители, подвижники продуцировали идеи, активности, задавали тон и в социально-культурной сфере. Врачи не только как профессионалы, но и гуманисты, моральные авторитеты создавали атмосферу человеколюбия, формировали общественное мнение, направляя его для решения проблем, личным примером демонстрируя необходимость проявления гражданской ответственности, верности в служении народу.

Солидаризация с интересами социума выражалась в материальной, просветительской, монетарной помощи и моральной поддержке. Это вклады (как

денежные, так и материальные) на содержание медико-социальных учреждений, отдельных палат или коек для неимущих, бесплатный прием таких пациентов, участие в благотворительных акциях и программах, сбор средств пострадавшим в результате стихийных бедствий, пожаров и другие активности.

Врачи инициировали открытие лечебных учреждений для неимущего населения, нередко за свои средства организовывали лечебницы, больницы, приюты для бедных или осуществляли бесплатные приемы. Это являлось проявлением социальной зрелости.

Врач Э. Булгак (1834, Бобруйский уезд Минской губ. – 1867) на свои средства открыл госпиталь для крестьян м. Душково Минского уезда [5, л. 2].

Акушер врачебной управы, президент Могилевского общества врачей Н.М. Мандельштам (1826, Ковно – 1882, Могилев) стал инициатором создания в Могилеве повивальной школы, 1865. Н.М. Мандельштам являлся директором и одним из ее преподавателей. Он руководил школой безвозмездно. Доктор на частные пожертвования открыл при школе бесплатную лечебницу для приходящих больных, 1875 [4, с. 141]. В 2026 году медицинская общественность отметит 200-летие со времени рождения Н.М. Мандельштама.

Член Общества врачей Могилевской губернии врач В.И. Демидовский подарил в 1892 г. 5000 руб. на строительство лечебницы для приходящих больных. Военным врачом И. Здитовецким было пожертвовано в 1895 г., согласно завещанию, 29000 руб. на содержание бесплатной кровати имени Св. Иосифа в окружной лечебнице Гродно «для оказания медицинской помощи бедным уроженцам губернии христианского вероисповедания». Доктор Ф. Комоцкий внес на строительство больницы Минского благотворительного общества 8000 руб.

Деятельность медиков выходила за рамки профессиональных задач. Врачи являлись проводниками просвещения, науки, культуры. Врач Минска А.Ф. Недзведзкий в 1895 г. открыл в городе на современной улице Кирова метеорологическую станцию и изучал климатические факторы. Данные ее наблюдений публиковались в «Летописях физической обсерватории», а также в газете «Северо-Западный край». Когда Недзведзкий стал Главным санитарным врачом Минска, он подарил эту станцию реальному училищу. На средства врачей Б.Б. Вагнера и С.Н. Малицкого содержалась первая на белорусских землях Пастеровская станция. Она построена в Орше 1 августа 1910 г. «*согласно последним требованиям науки*».

Большинство врачей выражало солидарность со своим народом, старались облегчить его жизнь доступными им способами. Многие доктора на добровольных началах работали в медицинских учреждениях благотворительных обществ, в детских приютах, богадельнях.

Общество пособия бедным больным евреям Минска «Линас-Гацедек» неоднократно выражало благодарность и признательность врачам города, «которые уже столько лет бесплатно оказывают помощь бедным больным». Активно участвовали в организации летней детской колонии данного общества доктора О.Л. Лунц и Л.Я. Поляк.

Профессиональное сообщество организовало работу минского дневного приюта «Ясли», 1905. «Медицинский надзор осуществляли безвозмездно» врачи Я.И. Рубинштейн и И.С. Позняк. Приют материально поддерживали врачи М.Л. Обезерский, Л.А. Поляк и др. Доктор С.М. Поляк снабжал приют тканью, учебниками и книгами, тетрадями, бумагой, карандашами.

Отзывчивость и чуткое отношение к подопечным характеризуют доктора медицины Свидерского Семена Онуфриевича (1850, Слоним–1914), врача виленского благотворительного общества «Доброхотная копейка». Его место работы (там, где он получал заработную плату) – старший врач управления Полесских железных дорог [7, л. 6].

Большой популярностью и известностью пользовался в Минске врач Вильгельм Данилович Гинденбург (1799, Минский уезд – 1877, Минск). После окончания Виленского университета, работал в Ельнинском уезде Смоленской губернии, 1825–33. О нем лестно отзывался его пациент, композитор М.И. Глинка. В.Д. Гинденбург был одним из инициаторов создания Минского общества врачей, 1867. Он возглавлял больницу Минского благотворительного общества. Являлся активным членом Минского евангелическо-лютеранского общества [2, с. 66].

После смерти врача в 1877 г. Ф.М. Достоевский в своем «Дневнике писателя» отметил, что похороны В.Д. Гинденбурга стали в Минске заметным событием. Врач всю жизнь бесплатно лечил бедняков, помогал им деньгами и умер в такой нужде, что семье не на что было похоронить его. Последний приют он обрел на Минском лютеранском кладбище (совр. Лютеранский сквер Минска). В знак признания заслуг В.Д. Гинденбурга, мещане Минска учредили стипендию его имени в местной гимназии.

Преданность медицине Вильгельма Даниловича продолжилось в его сыне – Леопольде (1833–1897, Москва), главном докторе Старо-Екатерининской больницы в Москве (совр. МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского). Он похоронен на Немецком кладбище в Москве. На памятнике надпись «*Его высочество действительный статский советник доктор Леопольд Даниэль фон Гинденбург, умер в 1897 г.*».

Разносторонней была гуманитарная деятельность врача Гродно С.Ф. Галюна (р. 1866), который, наряду с основной работой, безвозмездно обслуживал

местный приют, лечил неимущих больных, участвовал в работе городской санитарной комиссии, был одним из организаторов воскресной школы.

Медики совершали действия, которые не являются их обязанностями, проявляли инициативу, делали неформальные поступки в общественных интересах. К таким относился главный врач Минской губернской земской больницы И. У. Зданович (1864, Минская губерния – 1915, Минск). Он основал школу врачебной и гигиенической гимнастики. Безвозмездно читал курс гигиены в Мариинской женской гимназии Минска, 1899. На базе больницы Приказа общественного призрения И.У. Зданович организовал курсы для подготовки массажистов, слушатели которых бесплатно делали массаж больным в больнице. И.У. Зданович содействовал организации в Минске родильного приюта. Иван Устинович являлся активным членом 2-го Минского благотворительного общества, работая врачом детского приюта этого общества.

Самым крупным его детищем было основание в Минске 28 сентября 1897 г. училища для слепых детей Попечительства императрицы Марии Александровны о слепых. И.У. Зданович являлся директором училища, лично участвовал в строительстве и благоустройстве здания училища и церкви [3, с. 128].

Училище Попечительства императрицы Марии Александровны о слепых выполняло функцию социальной реабилитации детей с нарушением зрения. Осуществлялись мероприятия по обучению, а затем привлечению трудоспособных инвалидов к трудовой деятельности, что означало включение их в общество. Минское училище благодаря усилиям И.У.Здановича и его сподвижников было одним из лучших в России. В настоящее время на месте училища для слепых детей Попечительства императрицы Марии Александровны о слепых находится Дом правительства.

Высокий гуманизм большинства врачей сочетался с бескорыстным трудом, гражданской честностью и особенно ярко проявлялся во время эпидемий, когда врачи порой сами становились жертвами болезней. В 1913 г. от перенесенных болезней и систематического физического переутомления безвременно скончался Главный санитарный врач А.Ф. Недзведзский (1859–1913) – один из самых востребованных и известных врачей Минска, врач бедных, человек «исключительной совести», главным долгом которого было служение «униженным и оскорбленным». Человек как с высокой профессиональной квалификацией, так и нравственной культурой. А.Ф. Недзведзский являлся активным деятелем общественной медицины и пропагандистом санитарно-гигиенического благоустройства Минска на научной основе.

Подтверждением внимания к вопросам деонтологии, врачебной этики, гуманному отношению к людям является памятка для врачей «Десять

противохолерных заповедей», составленная А.Ф. Недзведзским. В ней имелся и такой пункт: *«Не беги от больного, не оставляй его беспомощного! Представь, что болен не он, а ты, и неси ему помощь с усердием таким, какого бы ты желал сам от него! И будет тебе лучшей наградой за труды у постели больного сознание принесенной пользы и исполненного к ближнему долга».*

В эпидемию холеры Антон Фелицианович 4 месяца ежедневно дежурил на минском вокзале, обследуя пассажиров с прибывших поездов и направляя заболевших в больницу. Выплаченные ему за эту работу деньги он отдал в кассу для неимущих студентов Императорского С.-Петербургского университета. После смерти врача учреждена стипендия его имени в Минской мужской гимназии, где А. Ф. Недзведзский учился [1, с. 100].

Члены общества врачей Могилевской губернии добровольно приняли на себя обязанности санитарных врачей-экспертов, организовали курсовую подготовку санитаров по уходу за холерными больными (1892), вели круглосуточное дежурство на временных медицинских пунктах, выступали с лекциями о профилактике болезней, добились от властей в связи с эпидемией переноса пристани на Днепре ниже места городского водозабора.

Врачи, сами не имея достаточного обеспечения, отзывались на призывы о спасении. Много неравнодушных людей России откликнулось на воззвание комитета, «*учрежденного для сбора пожертвований и вспомоществования лицам, пострадавшим от пожара*», случившегося 29 мая 1885 г. в Гродно. Врачи внесли существенн личный вклад в копилку комитета: О. А. Хазанович и Я. В. Судаков (Белосток), Д.Б. Славин (Слоним), А. К. Фурович (Бельск), М. П. Мухин (Кобрин), И.К. Ловчиновский (Пружаны), М. Я. Гершун (Брест), Г.А. Шпилевский (Соколка), А. П. Шурыгин (Рига), коллектив земской больницы Кунгура (Пермская губерния) и многие другие. Собрано пожертвований на сумму 214940 руб. 91 коп.

Врачи личным примером демонстрировали необходимость проявления инициативы в деле помощи пострадавшим. Уездный врач Иван Николаевич Пинковский (р. 1832) вместе с Эдгаром Игнатьевичем Булгаком с целью сбора средств в пользу погорельцев пожара в Бобруйске летом 1881 г. поставили спектакль на польском языке. Собрано 119 руб., которые доктор И.Н.Пинковский отдал полицмейстеру Бобруйска. За данное мероприятие организаторы были оштрафованы. Основание – устройство спектакля на польском языке без соответствующего разрешения. Употребление польского языка в общественных местах и в официальной переписке запрещено в 1866 г. с целью ликвидации польского влияния на западные земли. Тем не менее, Иван Николаевич оставался верен своему культурному коду и гуманистическим ценностям. Являясь действительным членом Бобруйского благотворительного

общества, доктор принимал самое активное участие в решении социальных проблем горожан [6, л. 169, 183]. По итогу, именно такие действия обеспечивают память, уважение потомков и осмысленность жизни.

Врачи Беларуси участвовали в сборе денежных средств для пострадавших от землетрясений жителей Верного (1887–1889), Шемахи (1901), от неурожая населению центральных губерний России (1898, 1901) и др.

Медики, как люди прогрессивные задавали ценности, становились центрами притяжения, формировали общественное мнение, направляя его для решения проблем, личным примером демонстрируя необходимость проявления гражданской ответственности перед социумом. Активными членами совета евангелическо-лютеранской общины, действовавшей в Гродно с 1793 г. являлись братья Адамовичи – уроженец Новогрудка, провизор Ян Адамович (1803–1870) и доктор медицины Адам Адамович (1802–1881), профессор медицины Виленского университета. После смерти старшего брата Адама Адамовича обе аптеки братьев (в Гродно и Друскининкае), согласно их воле, стали собственностью Гродненской евангелическо-лютеранской общины. Аптеки сданы в аренду, а получаемый доход использовался на благотворительные цели – выдачу именной стипендии Адамовича, оплату за обучение в школе, оказание материальной помощи. В Гродно в знак уважения к бывшим владельцам сохранили старое название – «*Аптека Адамовича*». Так ее именовали и в документах канцелярии гродненского губернатора. В 1950 г. одна из старейших аптек страны закрыта, в ней разместился мебельный салон. В 1996 г. историческая справедливость восторжествовала – в здании открыта аптека-музей.

Значительную помощь учащимся и студентам оказывали уроженцы Беларуси профессор Петербургской медико-хирургической академии П.Ф. Горянинов (1796, Могилёв – 1865, Санкт-Петербург) и академик А.Я. Крассовский (1821, Слуцкий уезд Минской губернии – 1898, Санкт-Петербург). Помощь миру является социально одобряемым занятием. За поддержку в получении образования академик избран членом Общества вспомоществования нуждающимся ученикам Слуцкой гимназии. А.Я. Крассовский являлся почетным членом Общества минских врачей. Он неоднократно приезжал в Минск, где проводил консультации и приемы пациентов. В 2026 году исполнится 230 лет со времени рождения П.Ф. Горянинова и 205 лет со времени рождения А.Я. Крассовского.

Масштабной была помощь профессора Военно-медицинской академии С.-Петербурга Ф.И. Пастернацкого (1845, д. Пятевшина, Игуменский уезд Минской губ. – 1902, д. Пятевщина, совр. Минская область) – выдающегося представителя терапевтической школы второй половины XIX столетия.

Потомственный почетный гражданин Минской губернии, доктор медицины Еремич Александр Порфирьевич (1876, Слуцк Минской губернии – 1920, Благовещенск) поддержал своего земляка, начинающего белорусского поэта Янку Купалу, который жил и учился в С.-Петербурге (1909–13), издав за личные средства сборник «Шляхам жыцця» (Дорогой жизни), Спб., 1913. Я.Купала в знак благодарности написал посвящение в этом сборнике – *«Шчыра Паважанаму доктару А.П.ЕРЭМІЧУ гэту кніжку пасьвячаю. Аўтор»*, 1913.

Врачи, ученые-медики белорусского происхождения живя за пределами Родины, возглавляли белорусские, белорусско-польские землячества, принимали активное участие в судьбе соотечественников. Доктор А.П. Еремич являлся одним из учредителей и заместителем председателя Белорусского общества в Петрограде по оказанию помощи пострадавшим от войны.

В Государственном литературном музее Янки Купалы (Минск) доктору Еремичу посвящена экспозиция, 2014. В г.Санкт-Петербурге в клинике факультетской хирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова установлена в 2014 г. мемориальная доска доктору медицины А.П.Еремичу с текстом: "*Здесь, 7 декабря 1909 года А.П.Еремич впервые в мире выполнил внутривенный гедоналовый наркоз*". В 2026 году исполнится 150 лет со времени рождения А.П.Еремича.

Разные люди, разные судьбы… Всех их объединяли гуманизм, желание служить великой профессии врача, и благороднейшей из наук – медицине. Они проявили себя как лидеры, авторитеты, подвижники, талантливые организаторы.

Медики принимали непосредственное участие в решении социальных проблем. Это проявлялось созидательными делами. Помощь была без принуждения, без вознаграждения, шла от сердца, являлась личной инициативой. Их человеколюбие и сострадание к людям выходили за профессиональные паттерны поведения. Их поступки были на основе непреходящих общечеловеческих ценностей как критерия истины и смысла жизни. Представленные врачи внесли вклад в служение на благо человечеству.

Даже самый скромный поступок имел значение, если кому-то облегчил жизнь. Они дарили окружающим надежду и веру. Веру, которую они поддерживали не благодаря обстоятельствам, а вопреки трудностям жизни. Каждый из представленных врачей поступал по совести, прожил сложную жизнь, выдержал вместе со своим поколением величайшие испытания, выпавшие на долю нашей Родины. Они обеспечили нам основу современного здравоохранения.

Врачи попадали в нерв времени и резонировали с настроениями и социальными проблемами общества. В итоге, эти личности пользуются благосклонностью времени. Они ушли из жизни, но остались в истории. Они не

исчезли, не потерялись, а продолжают множить материальную природу. Именно такие достойные люди определяют лицо человечества.

Список литературы

1. Воспоминания об А.Ф. Недзьведзком // Минские врачебные известия. – 1913. – № 4. – С. 100–106.
2. Гинденбург Вильгельм Данилович [некролог] // Минские губернские ведомости. –1877. – № 6. (Часть неофиц.). – С. 66–67.
3. Доктор Иван Устинович Зданович: [некролог] // Минские врачебные известия. –1915. – № 7–8. – С. 128.
4. Могилевские губернские ведомости. – 1882. – № 37. – С. 141–142.
5. Национальный исторический архив Беларуси (далее – НИАБ) . – Ф. 134. Оп. 1. Д. 228.
6. НИАБ. – Ф. 299. Оп. 1. Д. 855.
7. НИАБ. – Ф. 2513. Оп. 2. Д. 1607.

УДК 364.35

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ РАБОЧИМ КАЗАНИ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА: ИНИЦИАТИВЫ И ПРАКТИКА КАЗАНСКИХ ВРАЧЕЙ

Морозов Андрей Викторович

Кандидат исторических наук, доцент, кафедра профессионального обучения, педагогики и социологии, Казанский государственный архитектурно-строительный университет (420043, Российская Федерация, г. Казань, ул. Зеленая, д. 1). E-mail: andmor@mail.ru

В статье рассматривается деятельность казанских врачей по организации медицинской помощи рабочим в начале XX века. Рассматриваются аспекты, связанные с развитием медицинской помощи рабочим. Особое внимание уделено деятельности Общества врачей при Казанском университете по оказанию медицинской помощи застрахованным. На основании изученного материала сделан вывод о том, что казанские врачи создали в период 1914-1919 гг. эффективную систему оказания медицинской помощи работникам промышленных предприятий Казани.

***Ключевые слова**: Казань, общественная медицина, страховая медицина, больничные кассы.*

MEDICAL ASSISTANCE TO WORKERS IN KAZAN IN THE LATE 19TH AND EARLY 20TH CENTURIES: INITIATIVES AND PRACTICE OF KAZAN DOCTORS

Morozov Andrey Viktorovich

Candidate of Historical Sciences, Associate Professor, Department of Vocational Training, Pedagogy and Sociology, Kazan State University of Architecture and Civil Engineering (420043, Russian Federation, Kazan, Zelenaya str. 1).

The article examines the activities of Kazan doctors in organizing medical care for workers in the early 20th century. It examines aspects related to the development of medical care for workers. Special attention is paid to the activities of the Society of Physicians at Kazan University in providing medical care to insured individuals. Based on the studied material, it is concluded that Kazan doctors created an effective system of medical care for workers in Kazan's industrial enterprises during the period of 1914-1919.

***Keywords:** Kazan, public medicine, insurance medicine, and hospital funds.*

Казанская губерния в санитарном отношении представляла одну из наиболее неблагоприятных местностей России. «Богатым гнездом всевозможных заразных болезней» называли г. Казань источники конца XIX века [1, с. 17]. От этих заболеваний страдало все городское население Казани, вне зависимости от

социального положения, но не будет преувеличением сказать, что наиболее тяжело приходилось рабочим. Развитие капиталистических отношений в губернии, как и в остальной России, уверенно вело к созданию значительного слоя наемных рабочих, имеющих свои интересы и нуждающихся в обеспечении, несколько отличном от обеспечения других общественных слоев. Организация медицинской помощи населению России в начале XX в. была отягощена большим количеством проблем, как организационных, так и кадровых.

Потребность в развитии врачебной помощи населению особенно остро чувствовали и понимали передовые представители общественной медицины, все свои силы и умения, отдававшие служению народу. Положение с медицинской помощью стало изменяться в связи с развитием земств, получивших право организовывать больницы, амбулатории и другие лечебные заведения, подбирать и содержать врачебный персонал, издавать обязательные постановления для местных жителей в области санитарно-медицинского дела. Аналогичные функции имели и Городские общественные управления. Однако, по разъяснению Правительствующего Сената, устройство лечебных заведений составляло лишь их право, а не обязанность.

На этом фоне земская медицина, в которой бескорыстно служили многие выдающиеся медики, стала национальной гордостью России. Больше ни одна страна мира не дала такого яркого примера подлинного служения народу. Казанские медики со времени организации земской и городовой медицины активно включились в оказание врачебной помощи трудящемуся населению, наиболее подверженному всевозможным заболеваниям.

Казанские общественные врачи постоянно обращали свое внимание на тяжелое положение рабочих. Так, 28 сентября 1882 г. врач С.Н. Щеглов в своем сообщении в Казанском обществе врачей «К материалам профессиональных болезней Казанского края» докладывал о хронических отравлениях хромом среди рабочих на Кокшанском химическом заводе П.К. Ушкова, «где рабочие получают … прободение хрящевой перегородки носа» [2, с. 2]. Этот же вопрос в 1882 г. исследовал и другой известный казанский врач А.Г. Ге. Об неудовлетворительном санитарном состоянии казанских фабрик и заводов неоднократно писал врач И.П. Скворцов. В 1882 г. он подчеркивал полное отсутствие медицинской помощи рабочим и отсутствие всякого стремления оградить рабочих от вредных последствий производства. На съездах врачей Казанской губернии неоднократно поднимались вопросы обеспечения рабочих врачебной помощью. В 1882 г. Е.В. Косолапов предлагал съезду врачей ходатайствовать перед губернской властью об обязательном врачебном освидетельствовании рабочих не менее двух раз в месяц [3, с. 59].

В 1880-е гг. казанские медики значительно усилили свою деятельность в направлении развития фабрично-заводской гигиены и медицыны. Среди казанских врачей формировалось убеждение, основанное на положительном примере работы врачей Московского земства Ф.Ф. Эрисмана, Е.М. Дементьева и др., что их деятельность в направлении развития фабрично-заводской гигиены сможет повлиять на политику правительства в деле разработки фабричного законодательства [4, с. 97-106].

В результате в 1897 г. с деятельной попри активной помощи казанских врачей было принято решение о создании Санитарного бюро для наблюдения за развитием фабрично-заводской промышленности в уездах и за надзором по оказанию медицинской помощи. В 1903 г. врачебный инспектор Казанской губернии Г.И. Губкин в своем докладе по вопросу об организации врачебно-санитарного дела отмечал, что «гораздо выгоднее предупреждать заболевания, чем лечить заболевших даже с блестящим успехом», так как «в огромном большинстве случаев полное выздоровление и восстановление сил заболевшего невозможно без изменения соответствующим образом условий его жизненной обстановки, и даже полное выздоровление нисколько не гарантирует пострадавшего от нового заболевания, раз он принужден возвратиться в невыгодные условия его обычной жизни и деятельности» [5, с. 268-269].

Негативное влияние на общую санитарную обстановку казанских фабрик оказывал характер местности, где располагались фабрики и заводы. Один из фабричных врачей писал о заводе братьев Крестовниковых «местность, на которой построен завод не особенно высокая и приводит к лихорадке, чему много способствует близость озера Кабан». Преобладающими формами заболеваний рабочих являлись: малярия, травматические повреждения (раны, ушибы, ожоги), ревматизм, катары, воспаления подкожной клетчатки и надкостницы. Ревматизм, по мнению заводского врача, был главным образом, «следствием неразвитости и необразованности рабочих». Распаренные рабочие выбегают освежаться на улицу, пьют холодный квас и здесь очень часто простужаются, получают ангину и воспаление дыхательных органов и чаще всего вышеупомянутый ревматизм, за которым впоследствии нередко является порок сердца» [6].

Однако в условиях существующего общественного строя инициатива любой прогрессивной части общества неумолимо наталкивалась на сопротивление бюрократии. В 1910 г. при обсуждении плана работ Городской санитарной комиссии был сделан нелицеприятный вывод о том, что «санитарное состояние Казани ужасное». Казанские медики признали свое полное бессилие в этом деле. Не знаем мы, отмечали они, и санитарного состояния различных ремесленных и фабричных заведений, а состояние – это далеко не идеально, оно,

напротив, «сильно нуждается в освещении и коренном улучшении». «Неизвестна нам, наконец, и заболеваемость, и смертность населения. Ведь нельзя же считать за санитарный надзор те осмотры, которые от времени до времени делаются городовыми врачами, заваленными другими судебно-полицейскими делами» [7, с. 1-2]. Санитарная комиссия приходила к выводу о необходимости создания постоянного санитарного бюро для надзора за различными видами промышленных предприятий. Комиссия отмечала, что «до сих пор жители не имеют возможности получать быструю помощь в экстренных случаях. Нередко наблюдаются случаи, когда в течение нескольких часов ищут врача и в конце концов все-таки не находят». Комиссия ставила вопрос об организации скорой медицинской помощи «путем учреждения в известных пунктах» врачебных дежурств, с возможностью перевозки тяжело больных, которая до сих пор осуществлялась на извозчиках и ломовых. «Нередки случаи, что полиция подбирает внезапно заболевших на улице, везет на ломовых дрогах в больницу и привозит труп...» [7, с. 3-4].

Серьезным импульсом к развитию российской медицины послужило принятие законов о страховании рабочих в 1912 г. Секция общественной медицины Пироговского съезда после издания закона приняла резолюцию, призывавшую своих коллег выяснять «условия организации такой помощи и способы ее осуществления». По мнению представителей секции, врачи должны были входить «в близкое соприкосновение с больничными кассами» и помогать рабочим своими специальными знаниями и своим организационным опытом».

Одним из первых в России к практической реализации вопроса о наиболее подходящих «к русскому закону и к русской действительности» условиях организации врачебной помощи рабочим приступило общество врачей при Казанском университете, объединявшее известнейших российских профессоров-медиков: Ф.Я. Чистовича, Е.М. Идельсона, В.А. Перимова, В.Ф. Орловского, К.Э. Добровольского, К.М. Яхонтова, М.А. Чалусова, В.В. Чирковского, В.П. Первушина, М.В. Казанского и др. [5, с. 272-273].

На заседании общества 10 декабря 1912 г. профессор Р.А. Лурия предложил избрать специальную комиссию для разработки устава общества врачебной помощи рабочим. В выступлении известного казанского общественного врача В.А. Перимова отмечалось, что врачам общества «как представителям общественной медицины» необходимо «воспользоваться всеми возможностями, которые предоставляют эти законы, чтобы расширить сферу их деятельности, провести возможно шире страхование рабочих от болезней, создать наиболее благоприятные условия для лечения заболевших, для предупреждения заболеваний» [5, с 274-275]. Он отмечал, что чем больше самодеятельности будет проявлено в этом деле самими рабочими и чем шире их

требования будут поддержаны обществом, тем скорее и сами законы будут изменены в интересах рабочих масс. «Вот здесь-то и встает перед нами, врачами, проблема – придти на помощь при проведении в жизнь законов о страховании рабочих и содействовать наилучшему способу организации амбулаторной и больничной помощи застрахованным» [5, с. 275].

Общество поставило своей целью оказание «врачебной помощи участникам больничных касс» и членам их семейств путем открытия своих собственных лечебных учреждений. Своим пациентам общество гарантировало проведение в жизнь системы «свободного выбора врача». Врачи в обществе обязывались лечить участников касс «с полной тщательностью и заботливостью», а «из способов лечения, одинаково действительных, предпочитать самые экономные» [5, с. 275-276]. В структуре общества было создано медико-санитарное бюро, занимавшееся исследованием «социальных и гигиенических условий, при которых живут и работают члены больничных касс и их семьи», разъяснявшее врачам и застрахованным сложные страховые вопросы и вопросы промышленной и общественной гигиены.

С открытием больничных касс при фабрично-заводских предприятиях Общество получило возможность начать свою практическую деятельность. Но в связи с тем, что устав общества не был утвержден казанским губернатором, ему пришлось «в виде временной и переходной меры» вступить в договорные отношения с больничными кассами [5, с. 277]. Уже в начале 1914 г. рабочие обслуживались 26 высококвалифицированными врачами-специалистами, большинство из которых занимали должности профессоров и приват-доцентов Казанского университета. Стационарное лечение участникам этих касс оказывалось в больнице Александровского ремесленного общества. Лекарства в 1913-1916 гг. поставлялись из городских аптек со значительной скидкой, достигавшей 33%. Кассовые врачи оказывали медицинскую помощь и членам семей застрахованных. Эти первые опыты страховой медицины в России, организованной по инициативе казанских медиков, получили положительную оценку российского общества.

Первая мировая война не ослабила деятельности казанских медиков в больничных кассах, однако им также пришлось работать и в госпиталях по уходу за больными и ранеными воинами. Февральская революция не смогла разрешить проблемы с медицинским обслуживанием трудящегося населения. В начале 1917 г. в Казани сложилась крайне неблагоприятная санитарно-эпидемическая обстановка. Городское управление не имело возможности исправить ситуацию с обеспечением населения города медицинской помощью. В связи с этим в апреле 1917 г. общее собрание Объединенного бюро больничных касс г. Казани высказалось за полную передачу медицинской помощи рабочим в ведение

больничных касс за счет предпринимателей и организацию страховой медицины, «так, как только тогда и можно осуществить действительную лечебную помощь рабочим и их семьям» [5, с. 288]. В начале мая 1917 г. в бюро был заслушан специальный доклад «О желательности организации амбулаторного и коечного лечения для рабочих и их семей», отправленный для ознакомления известному казанскому профессору Н.К. Горяеву. Однако, в целом, существенно положение с организацией медицинской помощи рабочим – участникам больничных касс – не изменилось. Не было ни средств, ни поддержки власти. Единственным союзником больничных касс являлись передовые казанские врачи, имевшие большую школу сотрудничества с рабочими.

Периодом бурного развития медицинской помощи в Казани стала весна и лето 1918 г. Медицинская общественность города, объединенная в «Союз врачей г. Казани и Казанской губернии», активно включается в работу по медико-социальному страхованию. Врачи Союза выезжали по вызову на дом к больным участникам касс, а также принимали их у себя на дому. Десятки известных казанских врачей выразили готовность принимать больных в организованной Центральной рабочей амбулатории.

Вместе с тем, уже с середины 1918 г. намечаются принципиальные изменения в области страховой медицины. 11 июля «в целях объединения всего медицинского и санитарного дела» в РСФСР учреждается Комиссариат здравоохранения, в который должны были перейти и органы, ведавшие страховой рабочей медициной. 26 июля 1918 г. медицинские работники Отдела социального страхования заявили, что «всякую попытку механически оторвать медико-санитарную работу страховых касс от общей страховой работы без внимания к существующему своеобразию и типовым особенностям этой работы», они считают «вредной и недопустимой». Однако протесты медицинских работников никто всерьез не принял [5, с. 308].

18 февраля 1919 г. СНК издает постановление о передаче лечебной части больничных касс в Отделы здравоохранения. 27 февраля на коллегии Казанского губернского отдела труда страховыми врачами было заявлено, что декрет нарушает всю уже сложившуюся медицинскую работу подотдела социального обеспечения и охраны труда. Она постановила обсудить этот вопрос в горкоме партии и через Совет профсоюзов и Президиум городского Совета депутатов возбудить ходатайство перед центральной властью о пересмотре этого решения, хотя бы в той части, где говорится о немедленной передаче страховой медицины.

23 марта 1919 г. «Известия ВЦИК» опубликовали положение об основах объединения лечебной части больничных касс и муниципальной медицины. Лечебную часть больничных касс предполагалось ликвидировать до 1 июня 1919 г. Вопрос о судьбе страховой медицины живо затронул все слои казанского

общества: рабочих, предпринимателей, врачей и страховых деятелей. Наиболее бурные протесты по поводу ликвидации страховой медицины раздались со стороны страховых медицинских работников. 5 апреля 1919 г. на собрании работников медицинской секции при подотделе социального обеспечения Отдела труда по инициативе известного казанского врача, профессора Р.А. Лурия была принята резолюция, в которой переход страховой врачебной помощи к Отделу Здравоохранения был признан «несвоевременным» и вредно отражающимся «на интересах застрахованных, защитниками которых должны быть медицинские страховые работники подотдела социального обеспечения и охраны труда» [5, с. 312].

О превосходстве страховой медицины над муниципальной говорят, как количественные, так и качественные показатели. В лечебных учреждениях подотдела работали выдающиеся казанские медики: В.Е. Адамюк, Е.И. Адо, И.С. Алуф, Е.А. Аносова-Рогова, А.В. Вишневский, Б.П. Енохин, Б.И. Гайкович, С.Ю. Герштейн, К.И. Завойский, Е.М. Идельсон. Г.А. Клячкин, Е.М. Лепский, Р.И. Лепская, Р.А. Лурия, М.Н. Никольский, Г.И. Перекропов, А.М. Предтеченский, В.П. Первушин, К.П. Хохряков, А.А. Хронусов и др. В апреле – мае 1919 г. проблема существования страховой медицины занимает одно из центральных мест в общественной жизни города. В Москву посылаются телеграммы с изложением обстановки и с возражениями страховых работников. Однако, 9 мая 1919 г. подотдел получает совместную циркулярную телеграмму Наркомата труда и Наркомата здравоохранения, требовавшую «ускорения передачи лечебной части больничных касс» Медико-санитарным отделам. Казанский подотдел вновь выступил против этого и принял решение оставить вопрос открытым до принятия соответствующего решения губернской страховой конференцией.

Мнение рабочих и страховых врачей, так и не было принято во внимание. Вопреки резолюциям страховых врачей и протестам казанских профсоюзов, с 1 июня 1919 г. страховая медицина подотдела была передана Отделу здравоохранения. Плоды этого действия не заставили себя долго ждать. 5 января 1920 г. коллегия подотдела социального обеспечения и охраны труда сделала заявление о том, что «в настоящее время, по прошествии 7 месяцев со дня передачи страховых медицинских учреждений в Губздравотдел, к сожалению приходится констатировать, что не только не оправдались основные мотивировки причин передачи – поднятие дела оказания медицинской помощи, но напротив, то, что за предшествовавшее время было сделано для страховой медицины больничными кассами подотдела социального обеспечения, в настоящее время приводится в полный упадок и разрушение» [5, с. 315].

Ликвидация страховой медицины негативно отражалась на медицинском обслуживании российских рабочих на всем протяжении XX в.

Список литературы

1. Извлечение из медицинского отчета за 1893 год. – Казань, 1894.
2. К материалам профессиональных болезней Казанского края / Сообщ. С.Н. Щеглова; прочитано в заседании Казан. об-ва врачей 28 сент. 1882 г. – Казань, 1882.
3. Приложения к протоколам заседаний Шестого губернского съезда врачей Казанской губернии. – Казань. 1882.
4. Отчет медицинского департамента МВД за 1889 год. – СПб., 1891.
5. *Морозов, А.В.* Медико-социальное страхование в Казанской губернии: исторический опыт начала XX века / А. В. Морозов, В. Ф. Телишев, С. Н. Красильников. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2004. – 499 с.
6. Государственный архив Республики Татарстан (ГА РТ). – Ф. 2. Оп. 5, Д. 669. Л. 7 об.
7. План работ городской санитарной комиссии. – Казань, 1910.

УДК 94(571.1)

ВРАЧЕБНЫЙ ДОЛГ КАК СЛУЖЕБНОЕ ДОЛЖЕНСТВОВАНИЕ В ПРАКТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО УПРАВЛЕНИЯ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ КОНЦА XIX – НАЧАЛА XX ВЕКА

Андриянова Дина Владимировна

Ассистент, кафедра истории, Тюменский государственный университет (625003, Российская Федерация, г. Тюмень, ул. Володарского, д. 6). E-mail: d.v.andriyanova@utmn.ru

В статье врачебный долг в практике медицинского управления трактуется как совокупность лечебных и административных обязанностей. В условиях Западной Сибири это приводило к концентрации управленческих функций на губернском уровне, где инспекторы обеспечивали функционирование системы здравоохранения.

***Ключевые слова**: врачебный долг; врачебные инспекторы; медицинское управление; Западная Сибирь; здравоохранение.*

MEDICAL DUTY AS AN ADMINISTRATIVE OBLIGATION IN THE PRACTICE OF MEDICAL ADMINISTRATION IN WESTERN SIBERIA IN THE LATE 19TH – EARLY 20TH CENTURIES

Andriyanova Dina V.

Assistant, Department of History, University of Tyumen (6 Volodarskogo St., Tyumen 625003 RUSSIA).

The article interprets medical duty in the practice of medical administration as a combination of clinical and administrative responsibilities. In Western Siberia, this led to the concentration of managerial functions at the provincial level, where inspectors ensured the functioning of the healthcare system.

***Keywords:** medical duty; medical inspectors; medical administration; Western Siberia; healthcare.*

Врачебный долг в историко-медицинской традиции обычно определяется как нравственная обязанность врача по отношению к больному. Однако применительно к позднеимперской России этого определения недостаточно. В системе государственной медицины врач, особенно занимающий административную должность, действовал не только как лечащий специалист, но и как управленец, надзорный и санитарный агент государства, организатор кадровой, снабженческой и противоэпидемической работы. Поэтому на материале Западной Сибири врачебный долг целесообразно рассматривать не

только как этическую категорию, но и как служебное долженствование, то есть как обязанность поддерживать работоспособность всей системы медицинской помощи. Такой подход соответствует и современным работам по истории медицины, связывающим медицинскую практику с государственным управлением и социальной политикой [см, например – 9].

При этом важно подчеркнуть: речь идет не о «чисто сибирском» явлении. В целом для Российской империи XIX – начала XX веков врач, состоящий на государственной службе, выполнял гораздо более широкий круг задач, чем просто лечение. Врачебный устав и последующее законодательство закрепляли за медицинскими чиновниками надзор за лечебными учреждениями, участие в судебно-медицинских освидетельствованиях, санитарный контроль, инспекционные функции и работу в составе губернского управления [2]. Но именно в Сибири эта общая имперская логика проявлялась особенно остро: огромные расстояния, разреженная сеть учреждений, слабость инфраструктуры, нехватка кадров и отсутствие земской медицины делали управленческое измерение врачебного долга особенно тяжелым и наглядным.

Организация медицинского управления в Западной Сибири строилась в рамках общей административной модели империи. В течение XIX века складывалась вертикаль врачебного управления: от врачебных управ к врачебным отделениям губернских (у)правлений. Рубежным моментом стала реформа 1895 года, в результате которой врачебная управа была заменена врачебным отделением при губернском управлении. Для Тобольской губернии это означало не просто переименование учреждения, а институциональное закрепление новой управленческой логики, в рамках которой медицинская часть окончательно встраивалась в бюрократический аппарат. Структура врачебного отделения включала губернского врачебного инспектора, его помощников, делопроизводителей, фармацевта и канцелярских служащих [2, 11]; до 1897 года в его состав входил и ветеринарный стол, позже выделенный в новое отделение канцелярии [7, лл. 98-99].

Уже сама эта структура показывает, что медицинская деятельность понималась государством как сфера постоянного административного регулирования. Следовательно, врачебный долг на уровне губернии не мог ограничиваться только отношением «врач-пациент». Он включал повседневную обязанность управлять: контролировать сеть учреждений, обеспечивать ее кадрами и медикаментами, следить за отчетностью, реагировать на эпидемии, выезжать с инспекциями, вести переписку с губернским начальством и добиваться исполнения решений. Именно поэтому центральной фигурой всей системы становится губернский врачебный инспектор.

Специфика положения инспектора заключалась в том, что он соединял две профессиональные траектории. С одной стороны, это был врач с профильным образованием. С другой – чиновник, который должен был решать

административные задачи, причем без специальной подготовки именно к управленческой работе. Личные дела и делопроизводственная документация позволяют проследить эту двойную природу должности на уровне конкретных биографий «врачей-чиновников» и о реальной служебной практике конкретных инспекторов [см. подробнее – 1].

Так, деятельность Н.А. Строганова показывает, насколько тяжелой и незаменимой была работа инспектора в момент перестройки системы. На его долю выпали организация работы нового врачебного отделения и выстраивание делопроизводственных механизмов. Архивные материалы фиксируют ухудшение его здоровья и обеспокоенность губернской администрации необходимостью срочной замены: после его смерти особо подчеркивалась потребность в человеке, знакомом с местными условиями и устройством врачебного дела. Здесь должность предстает не как почетный статус, а как узловой элемент всей системы, без которого она начинает давать сбой. [3, лл. 32-34].

Не менее показателен и Ф.К. Зембицкий, чья служебная практика прослеживается по формулярным и делопроизводственным материалам [5, лл. 17-36]. Именно при нем развивалась сеть больниц и лечебниц, открывались акушерские пункты и зубоврачебные кабинеты, а в условиях войны и эпидемических угроз управленческие задачи резко расширялись. В его деятельности врачебный долг наиболее наглядно выступает как долг удерживать систему в работоспособном состоянии, а не только лечить. Это особенно важно – инспектор здесь действует как организатор и координатор, а не как частнопрактикующий врач.

То же самое можно сказать и о других инспекторах – В.И. Никитенко, М.В. Милославском, Г.Н. Егорове [4, 6, 7]. Даже если не расписывать каждого подробно, их служебные траектории работают на одну и ту же мысль – инспектор обязан был сочетать медицинскую экспертизу с бюрократической выучкой, реагировать на чрезвычайные ситуации, вести межведомственное взаимодействие, участвовать в распределении средств, кадров и медикаментов. Здесь и раскрывается главный смысл темы: врачебный долг на уровне губернского управления был долгом организации медицинского дела.

Эта обязанность становилась особенно тяжелой из-за незавершенности самой системы здравоохранения. Даже к концу XIX – началу XX века Западная Сибирь не располагала полностью устойчивой, равномерно развернутой медицинской сетью. Статистические данные по Тобольской губернии (согласно формулярным спискам) показывают рост числа врачей и низшего медицинского персонала, но не снятие кризиса: в 1896 году – 51 врач и 145 представителей низшего медицинского персонала, в 1899 году – 67 и 217, в 1914 году – 95 и 283 [1, с. 254-255]. Однако этого было недостаточно. Огромные пространства и низкая плотность учреждений означали, что врачебный долг здесь не мог быть

только индивидуальным; он неизбежно превращался в обязанность удерживать от распада недостаточно развитую систему.

Ключевым структурным фактором было отсутствие земской медицины. В земских губерниях европейской части России значительная часть вопросов организации участковой сети, санитарных инициатив и локальной инфраструктуры решалась в рамках местного самоуправления. В Сибири этого уровня институционального распределения не было. Как показывает А.И. Татарникова, в конце XIX века в регионе отсутствовали земская участковая медицина, земские врачи и санитарно-противоэпидемические учреждения, что особенно тяжело сказывалось на сельской местности [13]. Следовательно, те функции, которые в земских губерниях были бы распределены шире, в Сибири в большей степени концентрировались на губернском уровне. Это и усиливало нагрузку на инспекторов. Отсутствие земств важно здесь не как «еще одна особенность», а как фактор перераспределения управленческой ответственности.

Современники это прекрасно понимали. В трудах Первого губернского съезда сельских врачей Тобольской губернии 1911 года прямо проводилось сравнение земских и неземских условий. Подчеркивалось, что успехи медицинского дела в земских губерниях связаны с совместной работой земских органов и врачей, тогда как в Сибири медицина находилась в значительно более сложном положении. В съездовых материалах фиксируются и конкретные показатели: низкая обращаемость населения к врачам, неполный охват заболевших, невозможность быстро создать «нормальную» сеть врачебных участков [17, с. 7-8].

Следовательно, врачебный долг в неземских сибирских губерниях включал обязанность постоянно адаптировать нормативную модель к условиям региона. И здесь появляется еще один важный момент – врач в такой системе выступал не только как специалист, но и как нормативный регулятор. Он должен был не просто лечить уже заболевшего человека, но и настаивать на соблюдении санитарных норм, карантинных мер, гигиенических правил, участвовать в дезинфекционных мероприятиях и добиваться исполнения предписаний. Это не уникально для Сибири – в целом так работала государственная медицина империи, – но именно сибирская слабость инфраструктуры делала эту сторону врачебного долга особенно заметной. На уровне инспектора это означало, что долг был не только профессиональным, но и дисциплинарно-организационным.

Очень важной частью этого расширенного долга становилось санитарное просвещение. По материалам Томской губернии, собранным в статье К.А. Прокопенко и О.С. Хрулевой, врачи воспринимали профилактику как способ снизить нагрузку на медико-лечебную систему. Они распространяли листовки, публиковали статьи в местной периодике, участвовали в публичных лекциях, взаимодействовали с духовенством и учебными заведениями [12]. В условиях нехватки кадров и коек это было не чем-то дополнительным, а частью

служебной обязанности: если систему нельзя быстро усилить количественно, нужно пытаться разгружать ее профилактически. Здесь врачебный долг выступает как долг не только лечить, но и предупреждать болезнь, воспитывать и убеждать.

При этом деятельность врача осложнялась особенностями традиционного общества, включая сохранявшееся недоверие части населения к официальной медицине и обращение к народным практикам, что неоднократно отмечалось в исследованиях [14, 17]. Сочетание лечебных, судебно-медицинских и полицейско-медицинских функций формировало восприятие врача как представителя государственной власти. В этих условиях врачебный долг включал не только профессиональные, но и коммуникативные задачи, связанные с формированием доверия к медицинской помощи.

В рамках единой модели медицинского управления Томск отличался более развитой профессиональной средой благодаря наличию университета, медицинского факультета, врачебных обществ и специализированной периодики. Материалы о медицинских изданиях Томска и деятельности Общества практических врачей Томской губернии показывают, что врачи активно обсуждали вопросы организации здравоохранения, врачебного быта, санитарии и качества медицинской помощи, включая сельскую, городскую, переселенческую и железнодорожную медицину. При создании газеты «Сибирский врач» в 1913 г. участие в проекте заявили 26 представителей медицинского сообщества [8, 10]. Участие в профессиональной прессе, съездах, курсах повышения квалификации и обмене опытом выступало проявлением корпоративного измерения врачебного долга, выходящим за пределы индивидуальной практики, и, связанного с ответственностью за состояние медицинской системы в целом.

Эта профессиональная и общественная заметность врачей находит отражение и в политической сфере. В.Я. Темплинг приводит показательный факт: среди выборщиков в Государственную думу от Тобольской губернии медицинские работники составляли 6 из 23. Современники объясняли это тем, что врачи по своей профессии постоянно соприкасаются с массой населения и пользуются известностью и популярностью [15, с. 76]. Это не просто любопытная деталь: она показывает, что общество воспринимало врача как фигуру, связанную с общим благом. Значит, врачебный долг выступал и как форма общественного служения, а не только как служебная обязанность внутри канцелярии и больницы.

Предельную форму врачебный долг приобретал в годы Первой мировой войны. Военные условия резко обострили системные проблемы здравоохранения: увеличилось число больных, беженцев и военнопленных, усилилась эпидемическая опасность, сократилось число врачей вследствие мобилизации, возник дефицит медикаментов и коечного фонда. Материалы по

Томску, Омску, Новониколаевску и Барнаулу фиксируют переполнение больниц, нехватку медицинского персонала, необходимость организации временных лечебных учреждений, бараков и лазаретов [18, 19]. В этих условиях врачебный долг приобретал мобилизационное содержание и был связан не только с оказанием медицинской помощи, но и с принятием управленческих решений, направленных на поддержание функционирования системы в условиях уже нарастающего системного кризиса.

Таким образом, деятельность губернских врачебных инспекторов Западной Сибири позволяет рассматривать врачебный долг как управленческо-врачебную категорию. В позднеимперской России в целом, врач на государственной службе соединял лечебные, санитарные, экспертные и административные функции. В Сибири эта общая имперская модель работала в условиях повышенной нагрузки, вызванной пространственными особенностями региона и отсутствием земской медицины. Поэтому именно здесь врачебный долг особенно отчетливо выступает как служебное долженствование по поддержанию, координации и развитию системы медицинской помощи. Наиболее полно это проявляется в фигуре губернского врачебного инспектора – врача по образованию, чиновника по службе и управленца по кругу обязанностей.

Список литературы

1. *Андриянова, Д.В.* Деятельность губернских врачебных инспекторов в Западной Сибири в конце XIX – начале XX веков / Д.В. Андриянова, Д.Ю. Федотова // Научный диалог. – 2020. – № 4. – С. 253–270.
2. Врачебный устав / Свод законов Российской империи. – СПб., 1892. – Т. XIII.
3. *Государственный архив в г. Тобольске* (далее – ГАТ)– Ф. И-152. Оп. 34. Д. 375.
4. ГАТ. – Ф. И-152. Оп. 34. Д. 400; Оп. 36. Д. 233, 338, 513; Оп. 44. Д. 263.
5. ГАТ. – Ф. И-152. Оп. 34. Д. 617.
6. ГАТ. – Ф. И-352. Оп. 1. Д. 516, 706, 975, 1015, 1016, 1111, 1178, 1210, 1267, 1895.
7. ГАТ. – Ф. И-479. Оп. 1. Д. 347.
8. *Жилякова, Н.В.* Медицинские издания города Томска конца XIX – начала XX века: типологический аспект / Н.В. Жилякова // Вестник Московского университета. Сер. 10. Журналистика. – 2014. – № 3. – С. 90–101.
9. История медицины в России: этика и политика / О.С. Нагорных, Н.Ю. Пивоваров, В.В. Тихонов, Н.П. Шок. – М.: Практическая медицина, 2025. – 418 с.
10. *Костылева, Е.А.* Вклад Общества практических врачей Томской губернии в развитие здравоохранения / Е.А. Костылева, И.А. Дунбинский, А.Н. Сорокин // Вестник Томского государственного университета. – 2019. – № 449. – С. 143–148.
11. Полное собрание законов Российской империи (ПСЗРИ). Собр. 3-е. – Т. VIII. № 5189; Т. XV. № 12662; Т. XVI. № 13445; Т. XVII. № 14004; Т. XVIII. № 15612; Т. XXX. № 33900. – СПб.
12. *Прокопенко, К.А.* Организация санитарного просвещения в Томской губернии в XIX – начале XX в. / К.А. Прокопенко, О.С. Хрулева // Вестник Томского государственного университета. – 2025. – № 519. – С. 118–124.

13. *Татарникова, А.И.* Сельское здравоохранение в Западной Сибири / А.И. Татарникова // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 22. – С. 137–140.
14. *Темплинг, В.Я.* Народная медицина русского населения Западной Сибири XIX в. (социокультурный аспект) / В.Я. Темплинг. – Тюмень: Мандр и К°, 2017. – 224 с.
15. *Темплинг, В.Я.* Медицинское сообщество Тобольской губернии / В.Я. Темплинг // Вестник Томского государственного университета. История. – 2019. – № 60. – С. 69–77.
16. Труды Первого губернского съезда сельских врачей Тобольской губернии: 20 января – 4 февраля 1911 г. – Тобольск, 1913. 300 с.
17. *Цысь, В.В.* Становление системы медицинских учреждений на Тобольском Севере в XIX – начале XX вв. / В.В. Цысь // Научный диалог. – 2022. – Т. 11. – № 2. – С. 497–512.
18. *Чудаков, О.В.* Медико-санитарная деятельность в Сибири в годы Первой мировой войны / О.В. Чудаков // Омский научный вестник. – 2012. – № 2 (106). – С. 17–19.
19. *Шумилова, Э.Е.* Первая мировая война и медицинское обслуживание в Западной Сибири / Э.Е. Шумилова // Вестник Томского государственного университета. История. – 2016. – № 2 (40). – С. 24–30.

УДК 94(470)«18/19»

ВКЛАД А.Д. СОКОЛОВА В РАЗВИТИЕ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ В КОНЦЕ XIX в.

Сутула Юлия Витальевна

Ассистент кафедры истории России, научный сотрудник научно-образовательного центра краеведческих исследований, Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина (196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д.10 лит. А). E-mail: jmitlina@gmail.com

В статье рассматривается деятельность московского врача-гигиениста А.Д. Соколова, работника московской городской санитарной станции в конце XIX – начале XX в. Профессиональная деятельность А.Д. Соколова была направлена на разработку практических приемов санитарно-гигиенической экспертизы пищевых продуктов с применением методов медицинской статистики.

Ключевые слова: *А.Д. Соколов, московская городская санитарная станция, фальсификация продуктов питания, санитарно-гигиеническая экспертиза, качество продуктов.*

A.D. SOKOLOV'S CONTRIBUTION TO THE DEVELOPMENT OF FOOD SANITARY AND HYGIENIC EXAMINATION IN THE LATE 19TH CENTURY

Sutula Yulia Vitalievna

Assistant of the Department of Russian History, Researcher at the Research and Educational Center for Local History Studies, Pushkin Leningrad State University (10 Peterburgskoye shosse, Pushkin, St. Petersburg, Russia, 196605).

The article examines the activities of A.D. Sokolov, a Moscow hygienist and employee of the Moscow City Sanitary Station in the late 19th and early 20th centuries. A.D. Sokolov's professional work focused on developing practical methods for sanitary and hygienic examination of food products using medical statistics.

Keywords: *A.D. Sokolov, Moscow City Sanitary Station, food falsification, sanitary and hygienic examination, and food quality.*

В последней четверти XIX в. все больше внимания уделялось общественной гигиене, областью изучения которой являлись и вопросы санитарного устройства городов. Актуальными для крупных городов были проблемы доброкачественности пищевых продуктов, контроля за качеством

воды, устройства канализации, противодействие эпидемиям и т.п. [13]. Энтузиасты общественной гигиены разрабатывали основные положения и требования к ведению городского хозяйства в соответствии с развитием санитарно-гигиенической науки.

В Москве в конце XIX века активно работал Московский гигиенический институт, на базе которого в 1891 году была открыта московская городская санитарная станция. Вокруг нее сплотилась вся прогрессивная врачебная общественность, осознававшая важность санитарного устройства для функционирования такого крупного столичного города.

Имена многих врачей-гигиенистов, чья работа была связана с московской санитарной станцией хорошо известны, а направления их деятельности проанализированы современными исследователями. К сожалению, труды Андрея Дмитриевича Соколова, чья профессиональная деятельность была полностью посвящена санитарной экспертизе практически не упоминались, а его роль в работе московской санитарной станции до сих пор остается не исследованной.

Цель статьи – рассмотреть аспекты служебной деятельности Андрея Дмитриевича Соколова, его вклад в становление различных видов санитарной экспертизы в конце XIX века. Поскольку практическая деятельность и научные работы А.Д. Соколова достаточно обширны и многогранны, в данной работе рассматривается начальный период его практики – 90-е гг. XIX века.

Современные исследователи традиционно изучают вопросы общей организации санитарного надзора и роль общественных деятелей в этом процессе. Многочисленные статьи посвящены Ф.Ф. Эрисману и его роли в становлении санитарно-эпидемиологической службы России [2, 3]. Часть исследований посвящена роли медиков и врачебных сообществ по решению вопросов санитарно-гигиенической направленности [24].

Однако в этих статьях не упоминается имя А.Д. Соколова, который внес значительный вклад в совершенствование санитарно-гигиенической экспертизы конца XIX – начала XX в. Детальное рассмотрение его практической деятельности позволяет расширить представление о сложности и многогранности становления санитарной экспертизы воды и пищевых средств, а также популярных предметов потребления в конце XIX века.

Судьба А.Д. Соколова для своего времени была достаточно примечательна. Он родился в 1869 году, по происхождению был сыном крестьянина, «однако природная даровитость выдвинула его в жизни» [6]. На средства неизвестного общественного деятеля он закончил гимназию с золотой медалью и поступил в Петербургский университет на естественный факультет. После его окончания А.Д. Соколов два года работал земским статистиком в Нижегородской губернии.

Его начальником был Н.Ф. Анненский, известный организатор и энтузиаст становления экономической статистики в России [12, с. 3].

Будучи выходцем из крестьянской семьи и наблюдая сложившуюся в Нижегородской губернии санитарно-эпидемиологическую обстановку, А.Д. Соколов осознавал значение санитарного благоустройства для общественного здравия, которое влияет в том числе и на уровень смертности среди населения. Желая расширить свои знания по санитарии, А.Д. Соколов поступил на медицинский факультет Императорского Московского университета, который окончил в 1893 году.

Еще во время обучения на базе Гигиенического института под руководством Ф.Ф. Эрисмана им были проведены два исследования воды, вызвавшие широкий резонанс среди научной общественности. Качество воды в Москве, используемое в бытовых нуждах обывателями, еще с середины XIX в. было зачастую ненадлежащего качества [25, с. 17]. Городские власти Москвы, осознавали проблему, однако решали ее ситуативно, при этом требовали от санитарных врачей «спешных» заключений, не оставляя времени для необходимых исследований [10, с. 255].

При проведении исследований воды р. Яузы А.Д. Соколов использовал различные приемы, экспериментальным путем определяя наиболее эффективные из них [17, с. 546]. А.Д. Соколов разработал, используя предыдущий опыт обобщения статистических данных, алгоритм оценки качества воды. Он доказал, что состояние воды и почвы напрямую влияет на уровень смертности населения.

В своей студенческой работе он подчеркивал, что «легкомысленные надежды на «авось» <…> не просто непростительны, они преступны», поэтому нужно использовать все средства для исправления, не прибегая ни к каким-то оправданиям» [20, с. 10]. Эти исследования были восторженно встречены санитарно-медицинским сообществом, А.Д. Соколов был награжден золотой медалью медицинского факультета. После окончания учебы, его пригласили для участия в экстренном холерном Губернском Съезде Московских земских врачей, при этом А.Д. Соколов участвовал в написании отчета съезда, наравне с Д.Н. Жбанковым [14, с. 471].

Активная гражданская позиция А. Соколова, его практические знания и умения, трудолюбие и внимательное отношение к элементам и деталям исследований, была по достоинству оценена. С 1895 г. А.Д. Соколов работал в Московской городской санитарной станции, куда был лично приглашен руководителем Гигиенического института Ф.Ф. Эрисманом. Деятельность по стандартизации предметов потребления, в том числе пищевых продуктов, в то время еще только разрабатывалась, экспертиза продуктов питания не была нормирована по процентному составу. Санитарная станция должна была решать

спектр этих сложных и непростых задач, и Андрей Дмитриевич Соколов принимал активное участие в этой непростой работе.

О том, насколько сложной, многогранной и длительной была экспертиза пищевых продуктов и вкусовых веществ, можно судить на примере проведенного А.Д. Соколовым в 1898 г. химического анализа и микроскопического исследования перца, представленного на московском рынке. Перец в качестве объекта исследования был выбран по инициативе самой городской санитарной станции именно из-за популярности этой приправы для приготовления различных блюд, а также того факта, что до 1898 г. анализ качества этого «вкусового вещества» не приводился. Следует подчеркнуть, что для составления общей комплексной картины на станцию для исследования было доставлено 100 образцов перца из разных частей Москвы. Полностью все этапы экспертизы, а также ведение документации, в том числе и особой отчетности делопроизводственного характера, включающей заполнение специальных таблиц по каждому образцу, проводил один А.Д. Соколов.

В качестве материала был отобран перец Piper nigrum L., черный и белый, который был менее острым [23]. В массив экспертизы входил перец в виде зерен, а также молотый как два сорта наиболее популярные у потребителей. 41 проба зернистого перца, по мнению А.Д. Соколова, не требовала для оценки качества скрупулёзной экспертизы, поскольку анализ зерен можно было провести и по органолептическим свойствам из-за особенностей продукта. При этом анализе А.Д. Соколов обнаружил в зерновом перце примеси кусочков глины, камушков и т.д., которые применялись торговцами для увеличения веса продукта. Заметил врач и примесь «гумми» (камеди) к зерновому перцу, которую добавляли ради придания привлекательности конечному продукту. Исследование зернового перца позволило сделать А.Д. Соколову ряд важных выводов, способствующих более пристальному вниманию к этому продукту при осмотрах колониальных магазинов и лавок санитарными врачами и чинами полиции.

Из всех обследованных проб только 14, 6% были высшего сорта зернового перца, столько же среднего сорта, следовательно, московский рынок был наводнен перцем достаточно низкого сорта [18, с. 116]. А.Д. Соколов в этом аспекте, как сотрудник городской санитарной станции пытался ответить на вопрос, можно ли считать такой продукт (низшего сорта) фальсификацией? Этот вопрос не был четко решен научным сообществом, и, как следствие, практически не отразился в действующих на тот момент законодательных актах [8, с. 35].

А.Д. Соколов ответил на этот вопрос в 1898 г. следующим образом: в данном случае фальсификации как умышленного введения в заблуждение потребителя относительно состава продукта не было, поскольку примеси очевидны и видны невооруженным взглядом. Следовательно, в данном случае

требуется внимание как самого покупателя, так и контрольных органов для определения сорта перца. Подобные нарушения, по мнению эксперта, можно было квалифицировать как один из видов торгового обмана (продажа низшего сорта по цене высшего и т.п.).

В отношении молотого перца экспертиза была значительно более сложной и многоступенчатой, при этом все этапы А.Д. Соколов проводил лично. Он подходил к работе комплексно, применял различные способы исследования, разработанные ведущими химиками [1, с. 75], модернизируя эти рекомендации под особенности московского продукта. Полученные результаты, оказались ошеломляющими даже для самого исследователя. Уровень выявленной фальсификации молотого перца достигал 95%! [4, с. 13] Каких только примесей не встретил в ходе исследований А.Д. Соколов, «неполный перечень которых состоял из сурепных семян, древесных опилок и угля, картофельного крахмала, золы, глины, песка и мела, тяжелого шпата и различного сора» [18, с. 90].

Таким образом, столь детальное исследование молотого и зернового перца, проведенное А.Д. Соколовым, позволило оценить качество продукта на московском рынке, виды подделок и фальсификации приправы. С помощью составленных таблиц были выявлены участки Москвы, где были обнаружены наиболее часто встречающиеся виды подделок.

Помимо такого масштабного исследования перца, А.Д. Соколов в 1898 году собрал, составил и обобщил все результаты исследований, проведенные по поручению Городской Управы (их было 337), по запросам частных лиц и по инициативе санитарной станции, т.е. в общей сложности обработал и проанализировал результаты исследований 617-и проб [4, с. 6].

В этом же году А.Д. Сколов самостоятельно исследовал доставленные базарными врачами-смотрителями 59 проб пшена. Именно экспертиза А.Д. Соколова подтвердила появление в столичном городе подкрашенного пшена в широких масштабах. Врач обращал внимание на то, что краски, используемые при подобном окрашивании, должны быть запрещены к использованию [19, с. 87]. Его рекомендации вошли в приказ обер-полицмейстера, который обязывал чинам полиции и органам санитарного надзора немедленно изымать подобную продукцию из продажи [9].

Практически каждый год А.Д. Соколов участвовал в исследованиях состава продуктов по различным категориям, при этом объем работы был очень большим, требовался широкий спектр знаний по судебной химии. В общей сложности с момента официальной работы на московской городской санитарной станции до конца XIX в. А.Д. Соколов дважды полностью составлял общие отчеты станции, в 1899-м году разработал и обосновал видоизменение способа определения аммиака, предложенные Winker’ом [5, с. 14-147]. А.Д. Соколов в

1897 г. лично исследовал ставшее популярным у адептов здорового питания «газированное молоко» [16, с. 154].

Все свои практические разработки по определению доброкачественности пищевых продуктов и выявлению их фальсификации А.Д. Соколов обобщил в 1910 г. [22, с. 90]. Составленный им труд «Борьба с фальсификацией» состоял как из общей (теоретической части), в которой была сделана попытка классифицировать само понятие фальсификации по ее видам и формам, и практическую часть, где предлагались «общеупотребительные» способы обнаружения подделок. На примере наиболее употребляемых пищевых продуктов, таких как молоко, сметана, масло, сыр, конфеты, чай и т.п.

А.Д. Соколов подчеркивал, что «борьба с фальсификацией необходима и она возможна, но успех ее зависит от содружественного действия государственных и общественных сил, т.е. от издания законов и от содействия со стороны общества» [15, с. 13]. Результаты исследований А.Д. Соколова, проведенные в санитарной лаборатории, использовали врачи-гигиенисты, авторы популярной женской литературы, в том числе по ведению хозяйства [11, 26]. Активную деятельность санитарно-гигиенической направленности А.Д. Соколов продолжал вплоть до самой своей смерти в 1917 г.

В начале XX века он был направлен на городские поля орошения, где исполнял роль заведующего лабораторией при биологических фильтрах [21, с. 2-3]. Результаты его работы были продемонстрированы на Всероссийской гигиенической выставке в 1913 г. в павильоне города Москвы и заслужили высочайшую оценку специалистов [7, с. 298]. За эту работу А.Д. Соколов был награжден золотой медалью, на которой была изображена богиня Гигея с лавровым венком. Эта богиня, как символ здоровья, чистоты и опрятности, словно отражала суть профессионального пути А.Д. Соколова, врача московской городской санитарной станции, посвятившего себя решению сложных санитарно-гигиенических вопросов, актуальных в конце XIX – начале XX в. для больших городов. Именно А.Д. Соколов во многом развил и структурировал этапы санитарных экспертиз и медицинской статистики, обеспечил доказательную базу в вопросах исследования пищевых продуктов и напитков как важного условия обеспечения народного здравия.

Список литературы

1. *Альмединген, А.Н.* Домашний определитель подделок питательных, вкусовых, а также и других веществ: С прил. важнейших законов против фальсификации в России, Франции, Италии, Бельгии и Германии / А.Н. Альмединген. – СПб.: Ф. Павленков, 1892. – 143 с.
2. *Беляев, Е.Н.* К 165-летию со дня рождения Ф.Ф. Эрисмана / Е.Н. Беляев, Л.Г. Подунова, Н.Б. Коростелев // Здоровье населения и среда обитания. – 2007. – №11. – С. 40-45.

3. *Брико, Н.И.* Ф.Ф. Эрисман и государственная санитарно-эпидемиологическая служба России / Н.И. Брико, В.Р. Кучма, С.В. Кузьмин // Гигиена и санитария. – 2022. – №101(10). – С. 1132-1137. DOI: 10.47470/0016-9900-2022-101-10-1132-1137
4. *Бубнов, С.Ф.* Краткий общий обзор деятельности станции за 1898 г. / С.Ф. Бубнов // Годовой отчет Московской городской санитарной станции, устроенной при Гигиеническом институте Императорского Московского университета... 7-й... за 1898 год. – М.: гор. тип., 1900. – С. 5-16.
5. Видоизменение способа определения аммиака в воде, предложенное Winker'ом и проверенное на Городской Санитарной Станции // Годовой отчет Московской городской санитарной станции, устроенной при Гигиеническом институте Императорского Московского университета... 8-й... за 1899 год. – М.: гор. тип., 1901. – 238 с.
6. *Иванов, Е.* Памяти А.Д. Соколова / Е. Иванов // Русские ведомости. – 1917. – №18. 22 янв. – С. 6.
7. Каталог Всероссийской гигиенической выставки. С.-Петербург. Май-сент. 1913. – СПб.: б.и., 1913. – 587 с.
8. Материалы по вопросу о фальсификации пищевых продуктов с приложением законопроекта / [С предисл. Василия Таирова]. – Одесса: журн. «Вестн. Виноделия», 1901. – 374 с.
9. Московский листок. – 1899. – №241. – 30 авг. – С. 2.
10. Приложение №3. Доклад об осмотре р. Яузы, санитарного врача К.Т. Тупицына // Отчет, состоящий при Московской городской управе Исполнительной санитарной комиссии за 1888 год. – М.: гор. тип., 1889. – С. 255-270.
11. *Ределин, М.* Дом и хозяйство: домаш. хоз. в городе и деревне. Руководство к рац. ведению. В 2 т. Т. 1. Дом / М. Ределин. – СПб.: А.Ф. Маркс, 1895. – 442.
12. *Рихтер, Д.И.* Н.Ф. Анненский – земский статистик: Речь, произнес. Д.И. Рихтером в Общ. собр. 9 февр. 1913 г. / Д.И. Рихтер. – СПб.: Типо-лит. М.П. Фроловой, 1913. – 6 с.
13. Санитарное устройство // Настольный энциклопедический словарь : Т. 1-. [Т. 7] (Вып. 85-98): Побежалость – Славянск. – М.: А. Гранат (тип. Скоропечатня А.А. Левенсон), 1895. – С. 4412-4413.
14. *Соколов, А.* Экстренный холерный губернский съезд московских земских врачей / А. Соколов // Врач. – 1893. – №16. – С. 471-472.
15. *Соколов, А.Д.* Борьба с фальсификацией (предметов потребления): Общие замечания: Предметы потребления, фальсификация их и простейшие способы открытия последней / А.Д. Соколов. – М.: тип. Рус. т-ва, 1910. – 112 с.
16. *Соколов, А.Д.* Газированное молоко / А.Д. Соколов // Годовой отчет Московской городской санитарной станции, устроенной при Гигиеническом институте Императорского Московского университета...6-й... за 1897 год. – М.: гор. тип., 1899. – С. 154-165.
17. *Соколов, А.Д.* Источники ошибок при определении кислорода в воде по способу Mohr'a, видоизмененному Levy / А.Д. Соколов // Врач. – 1892. – №22. – С. 546-548.
18. *Соколов, А.Д.* Перец (Piper nigrum L.) / А.Д. Соколов // Годовой отчет Московской городской санитарной станции, устроенной при Гигиеническом институте Императорского Московского университета... 7-й... за 1898 год. – М.: гор. тип., 1900. – С. 88 – 117.

19. *Соколов, А.Д.* Подкраска пшена / А.Д. Соколов // Годовой отчет Московской городской санитарной станции, устроенной при Гигиеническом институте Императорского Московского университета... 7-й... за 1898 год. – М.: гор. тип., 1900. – С. 67-87.
20. *Соколов, А.Д.* 1. Результаты анализов воды реки Яузы; 2. Суточные колебания кислорода в воде: Извлеч. из работы, удост. Мед. фак. Моск. ун-та золотой медали / А.Д. Соколов. – СПб.: тип. Дома призрения малолет. бедных, 1892. – 23 с.
21. *Соколов, А.Д.* Результаты химических исследований, произведенных в лаборатории Опытной биологической станции на полях орошения гор. Москвы с апреля 1906 года по октябрь 1907 года / А.Д. Соколов. – М.: Гор. тип., 1909. – 104 с.
22. Справочная книга по Московскому городскому общественному управлению 1904 г. – М.: Гор. Тип., 1904. – 620 с.
23. *С.Р.* Перец (Piper, L) / С.Р. // Энциклопедический словарь. т. 23а. Петропавловский – Поватное. Том XXIII (45). Патенты на изобретения – Петропавловский. – СПб.: типо-литогр. И.А. Ефрона, 1898. – С. 291.
24. *Сутула, Ю.В.* «От дворца до бедной крестьянской деревни»: деятельность заслуженного профессора Николая Фёдоровича Здекауера / Ю.В. Сутула // Страна – наука – люди: к 300-летию Российской академии наук: Материалы всероссийской научной конференции, Санкт-Петербург, 20 октября 2023 года / Отв. редактор В.А. Веременко. – СПб.: Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, 2023. – С. 95-100.
25. *Ульянова, Г.Н.* «Против смрада, зловония и порчи воды»: экологический аспект правительственной политики в отношении промышленности Москвы в 1840–1850-е гг. / Г.Н. Ульянова // Уральский исторический вестник. – 2025. – № 3 (88). – С. 17−25. DOI: 10.30759/1728-9718-2025-3(88)-17-25.
26. *Чернышев, С.А.* Фальсификация пищевых веществ / С.А. Чернышев. – Харьков: тип. «Печ. Дело», 1900. – 31 с.

УДК 929.93/94.82-32

АНТОН ПАВЛОВИЧ ЧЕХОВ: ВРАЧ И ПУБЛИЦИСТ

Белова Татьяна Анатольевна

Кандидат исторических наук, доцент, кафедра философии и социально-гуманитарных наук, Омский государственный медицинский университет (644099, Российская Федерация, г. Омск, ул. Некрасова, д. 5а). E-mail: belova.t.a@mail.ru

Брицкая Алена Леонидовна

Старший преподаватель, кафедра философии и социально-гуманитарных наук, Омский государственный медицинский университет (644099, Российская Федерация, г. Омск, ул. Некрасова, д. 5а). E-mail: alena_britskaya@mail.ru

Антон Павлович Чехов появился на свет в Таганроге в большой семье. Детство и отрочество Антона Павловича Чехова оказали значительное влияние на формирование его личности, выбор профессии: врача и писателя одновременно. Ранние годы в Таганроге, строгая атмосфера в семье, любовь к театру и литературе, а также необходимость самостоятельного заработка сформировали его мировоззрение и обогатили жизненный опыт. Неслучайно, что впоследствии Чехов обратился к медицине, сочетая врачебную практику с литературным творчеством. Опыт работы земским врачом в Мелихове, его чуткость и самоотверженность, отмеченные современниками, нашли отражение в его произведениях, сделав Чехова одним из самых известных и любимых русских писателей. Его детские и юношеские переживания, наблюдения за жизнью простых людей, любовь к родине – все это стало основой для его неповторимого художественного стиля и глубокого понимания человеческой души.

Ключевые слова: *врач, медицина, писатель, рассказ.*

ANTON PAVLOVICH CHEKHOV: DOCTOR AND PUBLICIST

Belova Tatyana Anatolyevna

PhD in History, Associate professor, Philosophy, Social Science and Humanities Department, Omsk State Medical University (5a, Lenin St., Omsk 644099 RUSSIA).

Britskaya Alena Leonidovna

Senior Lecturer, Social Science and Humanities Department, Omsk State Medical University (5a, Lenin St., Omsk 644099 RUSSIA).

Anton Pavlovich Chekhov was born in Taganrog into a large family. His childhood and adolescence significantly influenced his personality and his choice of profession: both as a doctor and a writer. His early years in Taganrog, with their strict family atmosphere, his love of theater and literature, and the need to earn his own living, shaped his worldview and enriched his life experience. It's no coincidence that Chekhov later turned to medicine, combining his medical practice with

literary work. His experience as a zemstvo doctor in Melikhovo, his sensitivity and dedication, noted by his contemporaries, are reflected in his works, making him one of the most famous and beloved Russian writers. His childhood and youth experiences, his observations of ordinary people's lives, and his love for his homeland – all of this formed the foundation for his unique artistic style and profound understanding of the human soul.

***Key words**: doctor, medicine, writer, story.*

Антон Павлович Чехов появился на свет в Таганроге в большой семье. Его отец, Павел Егорович, занимался торговлей скотом и в 1858 году получил статус купца третьей гильдии. Супруга Павла Егоровича, Евгения Морозова, родила ему шестерых детей, среди которых третьим был Антон. В доме Чеховых была установлена строгая дисциплина, детям не дозволялось резвиться. Ежедневно в пять утра мальчики пели в церковном хоре, а после занятий в учебном заведении помогали отцу в его продуктовой лавке. Всем детям полагалось освоить какое-либо ремесло. Так, Антон Павлович приобрел навыки портняжного дела. Мать прививала детям доброту, учила уважать и поддерживать тех, кто слабее, а также любить природу и окружающих людей.

Антон, которому суждено было стать известным писателем, начал обучение в таганрогской гимназии в 1868 году. Именно там он начал использовать псевдоним Чехонте, который ему дал один из его наставников. В возрасте тринадцати лет Чехов впервые посетил театр, где шла постановка оперетты «Прекрасная Елена» французского композитора Жака Оффенбаха. Это событие пробудило в нем любовь к театру и литературе [См. подробнее: 4].

В 1876 году отец Чехова разорился, распродал в Таганроге все имущество, семья уехала в Москву. 16-летний Антон в Таганроге остался один и вынужден был работать частным репетитором, чтобы заработать на жизнь. В это время он много читал, писал очерки для гимназического журнала и посылал братьям в Москву журнал «Заика», содержащий короткие зарисовки о таганрогской жизни. Также Чехов написал свою первую пьесу «Безотцовщина» и водевиль «Курочка, которая пела без причины».

В 1879 году, завершив обучение в гимназии, Антон Павлович Чехов покинул Таганрог и перебрался в Москву. На скромные гонорары, вырученные от своих литературных трудов, он обеспечивал свою семью и родственников. В декабре этого же года произошло знаковое событие – свет увидело первое опубликованное произведение Чехова: юмористические статьи «Письмо к мудрому соседу» и «Общее в романах, повестях и т.п.» были напечатаны в журнале «Стрекоза» [См. подробнее: 2].

В том же году Чехов был принят на медицинский факультет Московского университета имени И.М. Сеченова. Почему был выбран именно этот факультет? Биограф А.П. Чехова, А. Измайлов, пишет следующее: «…это решение, по-

видимому, явилось не случайно, оно было обдуманным: еще в списке учеников, удостоившихся аттестата зрелости, в графе «В какой университет и по какому факультету желаете поступить» напротив имени Чехова значится «В Московский университет по медицинскому факультету» [5]. В автобиографии, адресованной Г.И. Россолимо, Чехов писал, что не помнит, по каким причинам выбрал медицинский факультет, но никогда не жалел о своем выборе [6].

Учебу в медицинском университете Антон Павлович сочетал с непрерывной литературной работой. В частности, он опубликовывал свои работы под псевдонимом Антоша Чехонте, после уже возникли «Врач без пациентов», «Дяденька», «Человек без селезенки», «Балдастов», «Антонсон», «Брат моего брата» – всего около пятидесяти [3]. Писатель публиковался в московских юмористических журналах «Будильник», «Зритель», «Осколки», сотрудничал с «Петербургской газетой», газетой «Новое время» и «Русскими ведомостями». В 1882 г. Чехов закончил свою работу над первым сборником рассказов «Шалость», но в свет он так и не вышел, связывают это с финансовыми проблемами. Первый сборник Чехова «Сказки Мельпомены» был опубликован в 1884 г. К 1885 году Чехов стал уже известным писателем малых рассказов. Однако писатель Дмитрий Григорович критиковал его за то, что Антон Павлович растрачивает свой талант. С этим мнением соглашались многие известные писатели и критики того времени: «Голодайте лучше, как мы в свое время голодали, поберегите ваши впечатления для труда обдуманного, обделанного, писанного не в один присест, но писанного в счастливые часы внутреннего настроения. Один такой труд будет во сто раз выше оценен сотни прекрасных рассказов, разбросанных в разное время по газетам» [7]. Благодаря поддержке издателя Алексея Суворина, одного из своих критиков, Антон Павлович Чехов сумел раскрыть свой писательский талант в полной мере. Сотрудничество с газетой Суворина «Новое время» открыло перед ним новые возможности: издание предлагало авторам щедрое вознаграждение и предоставляло полную свободу творчества, не устанавливая жёстких рамок ни для объема, ни для содержания. Этот плодотворный период ознаменовался появлением ряда знаковых для русской литературы произведений Чехова, таких как «Панихида», «Враги», «Агафья» и «Кошмар». Именно в этот период чеховский рассказ утвердился как самобытное явление в словесности. Стоит отметить, что в «Новом времени» Антон Павлович впервые стал публиковать свои работы под настоящим именем.

А что же с медициной в жизни Антона Павловича? Еще в студенческие годы А.П. Чехов проходил практическую подготовку, наблюдая за пациентами в Чикинской больнице. В ноябре 1884 года, успешно сдав экзамен, Чехов получил документ от университетского совета, подтверждающий его назначение на

должность уездного врача. Вскоре на двери его жилища появилась вывеска с надписью «доктор А.П. Чехов». Свою врачебную деятельность А.П. Чехов начал в Чикинской земской больнице. Некоторое время он руководил Звенигородской больницей, подменяя местного врача С.П. Успенского, который находился в отпуске. Из Звенигорода Чехов послал письмо Н.А. Лейкину, в котором сообщал, что по стечению обстоятельств ему предстоит выполнять функции земского доктора. Половину рабочего дня он посвящал лечению больных (30-40 человек ежедневно), а оставшееся время предназначалось для отдыха. Однако отдохнуть Чехову не удавалось, поскольку он не только принимал пациентов, но и исполнял обязанности участкового врача, проводил вскрытия совместно с судебными следователями, исполнял поручения местных властей и выступал в качестве эксперта-свидетеля по судебным делам [8].

Во время практики в Воскресенске, Звенигороде, Бабкине Антон Павлович в мельчайших подробностях наблюдал жизнь местного населения: крестьян, городской интеллигенции и помещиков. В гуще этой жизни писатель подчерпнул идеи для рассказов: «Беглец», «Хирургия», «Мёртвое тело», «Сирена», «Дочь альбиноса», «Налим», «Ведьма» и др. Бабкинский период – счастливое время жизни писателя. Три года подряд (1885-1887) жил он здесь с семьёй в летние месяцы. Брат Чехова, вспоминая об этой поре, писал: «…съезжались и сходились больные со всех окрестных деревень, так что у него образовалось нечто вроде амбулатории с целой аптекой, причём отпускать и развешивать лекарства, а также варить сложные мази лежало на моей обязанности. Антона Павловича как врача не щадили даже по ночам. Один раз за ним приехали из Карцева, за двенадцать вёрст, в грозовую ночь; он захватил с собой и меня» [См. подробнее: 3].

В 1890 году Антон Павлович отправился на остров Сахалин. Для молодого врача это путешествие и работа были важным гражданским поступком. «Везу с собой медикаменты и мечтаю о гнойниках, отёках, фонарях, поносах, соринках в глазу и о прочей благодати. Летом я обыкновенно принимаю расслабленных, а моя сестрица ассистирует мне. Эта работа весёлая» [9].

В 1892 г. А.П. Чехов поселился в своём имении в Мелихове, где установил регулярный приём больных. «Поселившись в Мелихове, – вспоминает В.И. Немирович-Данченко, – Чехов увлёкся службой земского врача, совершенно бескорыстно. Работал очень много. Как всегда, аккуратный и в переписке, и со своими бумагами, он и здесь вёл систематическую статистику. Краткую curriculum morbi он записывал на отдельном листке в четвертушку. Помню номер верхнего листка – 733… И потом, когда Чехов перестал быть земским врачом, он как ещё и ранее, любил свою первую специальность…» [1]. А. П. Чехов закончил свою деятельность на мелиховском врачебном пункте 15 октября

1892 г. По предложению Санитарного совета Серпуховское уездное земское собрание постановило высказать благодарность А. П. Чехову бескорыстное участие в деле врачебной организации уезда.

Отметим, что близкое знакомство Антона Павловича с земскими врачами, пациентами дало возможность, как писателю отразить их жизнь в ряде замечательных произведений – в рассказах «Враги», «Неприятность», «Княгиня», в пьесе «Дядя Ваня» и других произведениях.

Итак, детство и отрочество Антона Павловича Чехова оказали значительное влияние на формирование его личности, выбор профессии: врача и писателя одновременно. Ранние годы в Таганроге, строгая атмосфера в семье, любовь к театру и литературе, а также необходимость самостоятельного заработка сформировали его мировоззрение и обогатили жизненный опыт. Неслучайно, что впоследствии Чехов обратился к медицине, сочетая врачебную практику с литературным творчеством. Опыт работы земским врачом в Мелихове, его чуткость и самоотверженность, отмеченные современниками, нашли отражение в его произведениях, сделав Чехова одним из самых известных и любимых русских писателей. Его детские и юношеские переживания, наблюдения за жизнью простых людей, любовь к родине – все это стало основой для его неповторимого художественного стиля и глубокого понимания человеческой души.

Список литературы

1. *Балабанович, Е.З.* Из жизни А. П. Чехова. Дом в Кудрине/ Е. З. Балабанович. – 1986. – 254 с.
2. *Громов, М.П.* Книга о Чехове. – М.: Современник, 1989. – 384 с.
3. *Чехов, М.П.* Антон Чехов на каникулах. – М., 1933. // URL: https://kartaslov.ru/%D1%80%D1%83%D1%81%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F-%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%B0/%D0%A7%D0%B5%D1%85%D0%BE%D0%B2_%D0%9C_%D0%9F/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BD_%D0%A7%D0%B5%D1%85%D0%BE%D0%B2_%D0%BD%D0%B0_%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D1%83%D0%BB%D0%B0%D1%85 (дата обращения: 03.03.2026 г.)
4. *Измайлов, А.А.* Чехов. 1860-1904: Биогр. набросок [Жизнь. Личность. Творчество]. – М.: тип. т-ва И.Д. Сытина, 1916. – 592 с.
5. *Чехов, А.П.* Письмо Д. В. Григоровичу. 28 марта 1886 г. Москва. // URL: https://feb-web.ru/feb/chekhov/texts/sp0/pi1/pi1-216-.htm (дата обращения: 02.03.2026 г.)
6. *Чехов, А.П.* Письмо Лейкину Н. А., 25 июня 1884 г. Воскресенск. // Чехов А. П. Полное собрание сочинений и писем: Т. 1. Письма, 1875-1886. – М.: Наука, 1974. – С. 113-115.
7. *Григорович, Д.В.* Письмо А.П. Чехову — Чехову. 25 марта 1886 г. Петербург. // URL: https://proza.ru/2020/09/20/8 (дата обращения: 02.03.2026 г.)

8. Письмо Чехова Лейкину, 14 июля 1884 г.: Звенигород, врачебная практика и московские сплетни. // URL: https://www.anton-chehov.info/669-n-a-lejkinu.html (дата обращения: 02.03.2026 г.)
9. *Чехов, А.П.* Письмо В.Г. Короленко, 2 мая 1888 г. Москва. // https://litlife.club/books/175810/read?page=115 (дата обращения: 03.03.2026 г.)

УДК 61 (091)

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОГО ДОЛГА В ТРУДАХ А.П. ЧЕХОВА И М.Я. МУДРОВА

Волошенко Кирилл Вадимович

Кандидат медицинских наук, старший преподаватель, кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ПДО, Астраханский государственный медицинский университет (414000, Российская Федерация, г. Астрахань, ул.Бакинская 121). E-mail: voloshenko71@mail.ru

В нашей отечественной медицине есть масса примеров беззаветного служения обществу. А.П. Чехов вел жизнь врача-подвижника и труженика. В течение всей врачебной деятельности, М.Я. Мудров стремился к тому, чтобы не только сделать своих учеников образованными врачами, но и вселить в них высокие деонтологические принципы.

Ключевые слова: *врач, долг, история, литература*

HISTORICAL ASPECTS OF MEDICAL DUTY IN THE WORKS OF A.P. CHEKHOV AND M.Ya. MUDROV

Voloshenko Kirill Vadimovich

Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer, Department of Public Health and Healthcare with the Course of Advanced Medical Education, Astrakhan State Medical University (414000, Russian Federation, Astrakhan, Bakinskaya St. 121).

In our domestic medicine there are many examples of selfless service to society. A.P. Chekhov led the life of a dedicated and hardworking doctor. Throughout his medical career, M.Ya. Mudrov strove not only to make his students educated doctors, but also to instill in them high deontological principles.

Keywords*: doctor, duty, history, literature*

В нашей отечественной медицине есть масса примеров беззаветного служения обществу. Гумманное и сострадательное отношение врача к пациенту, бескорыстное отношение к своему врачебному долгу нашло отражение в деятельности А.П. Чехова и М.Я. Мудрова.

Великий русский писатель Антон Павлович Чехов имел также и медицинское образование. Леча больных, Чехов вел жизнь врача-подвижника и труженика. Он проявлял деликатность при получении платы за лечение. Так, однажды, когда Антон Павлович не взял плату за лечение, пациентка подарила ему на память чернильницу с бронзовой статуэткой [2, с. 28].

Студенческую практику Чехов проходил в Чикинской больнице, в которой он получил знания по состраданию к больному и бескорыстному служению общественному благу [2, с. 25].

Антон Павлович осуждал необоснованные нападки на врачей и не прощал их даже своему кумиру – Л.Н. Толстому. Чехов осуждал писательницу Е.М. Шарову, которая в своем рассказе говорит о том, что врачи не соблюдают элементарных профессиональных правил: разглашают врачебную тайну и бездушно относятся к больному [2, с. 47].

В конце XIX - начале XX веков в России развивается общественная медицина. Чехов полностью разделял её принципы. Так, один из основоположников земской медицины, Е.А. Осипов, считал, что между больным и врачом не должно быть денежных отношений. Врач должен был получать материальное обеспечение от земской управы. А.П. Чехов был полностью с этим согласен [2, с. 48].

Исследуя в своих произведениях проблемы врачебного долга, Антон Павлович, хотел прочитать курс лекции по очень оригинальной тематике: субъективное ощущение больного человека.

Как заметил великий русский писатель А.М. Горький, Чехов в совершенстве обладал талантом тонкого чутья к чужой боли: «. . . Подвижники нужны как солнце – писал Чехов - …Их личности – это живые документы, указывающие обществу, что есть ещё люди подвига, веры и ясно сознанной цели. Если положительные типы, создаваемые литературою, составляют ценный воспитательный вариант, то те же самые типы, даваемые самой жизнью, стоят вне всякой цены».

Большое влияние на вопросы врачебного долга в нашей отечественной медицине, оказала деятельность основоположника русской клинической школы М.Я. Мудрова. В своей речи «О способе учить и учиться медицине» он развил свои взгляды на обязанности врача и на врачебную этику. Обращаясь к студентам Матвей Яковлевич говорил: «Вам надобно готовиться к понесению тяжких трудов на будущем поприще вашем и не искать ничего, кроме строгого исполнения священных обязанностей ваших, какие бы вражды или гонения не приписывали вам на сем тесном пути… Вам нужно беспрестанно бодрствовать, беспрестанно трудиться…Я призываю вас к трудам необыкновенным» [1, с. 57].

В течении всей врачебной деятельности, М.Я. Мудров стремился к тому, чтобы не только сделать своих учеников образованными врачами, но и вселить в них высокие деонтологические принципы [1, с. 56].

В XIX веке большинство населения России было бедное. Мудров очень чутко относился к нуждам несостоятельных больных. Он стремился выработать для них доступную лечебную помощь и с этой целью использовал всевозможные

домашние средства. Матвей Яковлевич был бескорыстным человеком, и часто раздавал неимущим значительную часть своего заработка. В то же время, М.Я. Мудров, получал большие гонорары в богатых дворянских и купеческих домах и не любил, когда врачебный труд оплачивался дешево [1, с. 51].

Благотворительность играла заметную роль в жизни Мудрова. Матвей Яковлевич выезжал из дома ранним утром. В карете с ливрейными лакеями на запятках, он всегда читал какую-нибудь книгу. Корзины с лекарствами, чаем и вином стояли на козлах у кучера. Он раздавал бедным больным лекарства и продукты, и посещал их безвозмездно. Многих он снабжал деньгами, и приезжал к ним по собственной инициативе [1, с. 48].

Таким образом, деятельность А.П. Чехова и М.Я. Мудрова способствовала пониманию проблемы врачебного долга в отечественной медицине.

Список литературы

1. *Смотров, В.Н.* Мудров (1776-1831). Государственное издательство медицинской литературы. Москва 1947. 88 с.
2. *Шубин, Б.М.* Доктор А.П. Чехов. М., «Знание», 1977. 128 с.

УДК 93/94

МОТИВАЦИЯ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ ВРАЧА У СЛУШАТЕЛЬНИЦ ЖЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Корнева Валерия Андреевна

Заведующая Музеем ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова Минздрава России (197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.). E-mail: museum_pspbgmu@mail.ru

Статья посвящена анализу мотивации выбора медицинской профессии женщинами в конце XIX – начале XX в. На основе прошений абитуриенток в Женский медицинский институт выявляются ключевые факторы профессионального выбора, включая идеи служения, личный опыт, социально-экономические условия и образовательные стратегии. Особое внимание уделено автобиографиям абитуриенток как важному эго-документу и ценному источнику по истории ментальности и высшего женского образования.

Ключевые слова: *женщины-врачи, Женский медицинский институт, история медицины, история медицинское образование, профессиональная мотивация, гендерная история.*

MOTIVATIONS BEHIND THE CHOICE OF THE MEDICAL PROFESSION AMONG STUDENTS OF THE WOMEN'S MEDICAL INSTITUTE

Korneva Valeriia Andreevna

Head of the Museum of Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (6–8 Lva Tolstogo St., Saint Petersburg, 197022, Russia).

The article examines the motivations behind women's choice of the medical profession in the late nineteenth and early twentieth centuries. Drawing on application letters submitted by prospective students to the Women's Medical Institute, it identifies key factors shaping professional choice, including ideals of service, personal experience, socio-economic conditions, and educational strategies. Particular attention is paid to applicants' autobiographical narratives as important ego-documents and valuable sources for the history of mentality and women's higher medical education.

Keywords: *women physicians, Women's Medical Institute, history of medicine, history of medical education, professional motivation, gender history*

Профессии медика во второй половине XIX в. была одной из самых востребованных, и ее явную социальную значимость признавало и

правительство, и общество. К началу 1900-х гг. медицина превратилась в одну из самых массовых интеллигентных профессий.

Абитуриентов мужского пола привлекали перспективы карьерного роста, возможность получения личного или потомственного дворянства, материальная обеспеченность и, безусловно, идея общественного служения. Не следует также недооценивать фактор «модности» профессии: на фоне распространения материалистического мировоззрения медицина воспринималась как одна из наиболее современных и научно престижных сфер деятельности [2, с. 242].

Российская империя в силу свой громадной территории традиционного испытывала нехватку во врачебных кадрах. И неоценимый вклад во врачебную корпорацию могли оказать женщины. Медицина фактически оставалась единственной профессией, в которой женщина могла рассчитывать на относительное равноправие с мужчиной как в сфере труда, так и в вопросах оплаты.

Материальная сторона также играла существенную роль. Средний заработок женщины-врача составлял около 100 рублей в месяц, добавим к этой сумме стол и квартиру, а также возможность частной практики, и получится весьма неплохой оклад. Для сравнения фельдшерицы получали до 50 рублей, а сестры милосердия от 40 до 80 рублей. Годовое жалование думских и школьных врачей могло составлять от 600 рублей, ординаторов больниц около 1200 рублей с предоставлением квартиры, помощниц провизора около 600 рублей [4, с.15].

Таким образом, несмотря на существующие ограничения, медицинская профессия для женщин представляла собой одну из наиболее привлекательных и экономически оправданных стратегий профессионального выбора. Однако всегда ли материальный фактор играл ключевую роль в выборе женщиной профессии врача?

В личных делах слушательницах сохранились автобиографии, которые позволяют проследить мотивы выбора профессии врача. Автобиографии представляют собой не просто формальные документы личного дела, но зачастую становятся подлинными свидетельствами внутреннего мира их авторов: откровенными рассказами о жизненном пути, мотивации выбора профессии и о личных переживаниях. В них оживают судьбы женщин, решивших связать свою жизнь с медициной в эпоху, когда сама возможность получения высшего образования для женщин все еще оставалась предметом общественных споров.

По причине крайнего недостатка источников личного происхождения слушательниц ЖМИ, их эго документов, жизнеописания абитуриенток могут восполнить этот пробел.

В 1895 г. было принято решение открыть первый в Европе Женский медицинский институт. По первому «Положению» в слушательницы института принимаются лица женского пола не моложе 20 и не старше 35. Из лиц нехристианских исповеданий в институт принимаются не свыше 5 % общего числа ежегодно поступающих слушательниц, при этом число лиц иудейского исповедания не должно превышать 3 % означенного общего комплекта [1, с.5.]

Желающие поступить в число слушательниц Института подают соответствующее прошение директору с приложением следующих документов:

а) свидетельства о возрасте, звании и вероисповедании;

б) удостоверения об окончании ими курса в учебных заведениях, указанных в статье 20;

в) полицейского свидетельства о благонадежности;

г) письменного разрешения родителей или попечителей, если родители не находятся в живых и просительница не достигла 21 года; замужние женщины предоставляют письменное разрешение мужа;

д) других документов, которые будут признаны необходимыми начальством Института.

Лица, окончившие полный курс гимназий или других равных им учебных заведений, для поступления в Институт должны выдержать испытание по латинскому языку в соответствии с правилами, установленными для поступления в университеты. Испытание проводится в ближайших к месту жительства соответствующих мужских гимназиях; если в городе имеется несколько гимназий, экзамен проводится в той, которая указана попечителем учебного округа [3, с. 365–366].

В 1897 г. первый в Европе Женский медицинский институт открыл свои двери для первых слушательниц. К 1917 году Женский медицинский институт становится одним из крупнейших медицинских учебных заведений Петрограда. За годы своего существования институт подготовил 2 744 врача.

Прошения поступающих в ЖМИ представляют собой ценный источник для анализа мотивации выбора медицинской профессии врача у женщин на рубеже XIX-XX вв. В автобиографиях, нередко написанных в очень откровенной манере, сами абитуриентки формулируют причины своего решения, позволяя «услышать» их собственный голос. В результате вырисовывается сложная картина, в которой сочетаются модные тогда идеи народного служения, личные жизненный опыт, образовательные устремления и влияние социальной среды.

Александра Павловна фон Крузенштерн 24 лет, дочь полковника из г. Владикавказ в 1897 г. в своей автобиографии писала: «Если мне удастся поступить на курсы, в будущем предстоит широкая и полезная деятельность. Хотя для того, чтобы достигнуть звания доктора, надо положить много труда, но

ведь без труда ничего не дается, а надежда на пользу, которую можно приносить в будущем, может воодушевлять и подкреплять в трудные минуты» [5, л. 2]. В ее представлении медицина – это форма служения, требующая усилия, но оправданная высокой целью.

Более развернуто и эмоционально эта тема раскрывается в прошении Юлия Николаевна Ратмановой, 32 лет, дочери статского советника из Псковской губернии. В 1897 г. в своей автобиографии описывая череду личных утрат, она признается: «В это время я впервые осознала, что нельзя жить для себя – надо приносить пользу и как цель мне явились медицинские курсы. К больным я привыкла еще с детства, еще с девства я ходила к больным с мамой и училась помогать, как умела. Когда я кончила гимназию мама умерла. На последние каникулы поехала я с мечтою о курсах. Мама совсем больная одобрила мое желание…» [6, л. 9].

Дальнейший путь к медицине привел Юлию Николаевну на курсы Красного Креста, затем работая в больницах Петербурга она укрепляет это стремление.

Ее желание получить систематическое медицинское образование становится логическим итогом уже прожитого опыта в медицинской практике, а не случайным выбором. Важным было и то, что семья всецело поддержало стремление Юли Николаевны получить профессию врача.

В ряде прошений медицинская профессия выступает и как средство материальной стабилизации. В 1898 г. Валерия Алексеевна Алексеева 22 лет, дочь статского советника, доктора медицины из г. Тифлиса [8, л. 6], оказавшись после смерти отца в тяжелом положении, прямо связывает свое решение получить врачебную профессию с необходимостью материально поддерживать семью лишившуюся единственного кормильца. При этом она подчеркивает свою принадлежность к врачебной корпорации, фактически апеллируя к профессиональной преемственности как к дополнительному аргументу в пользу своего поступления в ЖМИ.

Наряду с этим, значительная часть абитуриенток указывает на интерес к естественным наукам еще с раннего детства. В 1898 г. Ольга Андреевна Полотебнова-Бошнякович, 18 лет, дочь издателя журнала «Радость Христианина», из г. Москвы вспоминает, что: «особенно же я любила заниматься естественными науками и с самого детства сажала и выращивала деревья, цветы, овощи и т.п. Я много читала по этим наукам и изучала целебные травы, иногда собирала их, иногда сажала их особенно в деревне. Ходить за больными и насколько можно облегчать их страдания было всегда сильным моим призванием и я много потрудилась на этом поприще начиная с 15 лет…» [9, л. 4]. Ее участие в благотворительной деятельности: дежурства, работа в попечительствах,

помощь детям, формирует устойчивую установку на медицинскую практику. Ольга Андреевна подчеркивает, что стремление «облегчать страдания» было для нее «сильным призванием», а практическая работа лишь укрепила это убеждение.

В прошении за 1917 г. Надежда Васильевна Келтуяла 19 лет, дочь статского советника, преподавателя русского языка Петроградского Третьего реального училища из г. Санкт-Петербург в своей автобиографии подчеркивает, что «всегда имела пристрастие к чтению естественно-научных книг», успешно окончила гимназию и сознательно решила «всецело заняться медициной в ее теории и практике» [12, л. 4]. В данном случае медицина воспринимается как сфера интеллектуальной самореализации.

Сходные мотивы, но в более драматическом контексте, прослеживаются в прошении за 1899 г. Александры Дмитриевны Маргаритовой, 23 лет, дочери священника из Рязанской губернии. Она описывает свой длительный путь к поступлению в ЖМИ, сопровождавшийся болезнями и смертью родителей, необходимостью подготовки к трудному экзамену по латинскому языку и поиском поддержки у ближайших ответственных за нее родственников – своих братьев. Сам факт подачи прошения становится итогом настойчивого стремления реализовать «непреодолимое желание» получить медицинское образование [10, л. 4].

Особенно ярко мотив «призвания» раскрывается в прошении за 1907 г. Зинаида Александровна Игнатович, 20 лет, дочери чиновника из г. Верного. Описывая свой опыт работы в больнице, еще юной гимназисткой, она вспоминает свои первые впечатления от работы со своими первыми пациентами. При этом Зинаида Александровна остро ощущает недостаточность своих знаний и возможностей. Именно это чувство профессиональной ограниченности становится мощным стимулом к получению систематического высшего медицинского образования.

«Еще учась в гимназии у меня зародилась мысль поступить в медицинский институт, с этого времени я начала брать уроки чтобы заработать денег на осуществление мечты<…>За время моих занятий первое мое намерение в будущем служить на медицинском поприще еще более окрепло, предстало передо мною как настоящая необходимость<...> Мне никогда не забыть эти первые, неуверенные шаги в направлении моей деятельности<…>До этого не было еще в жизни моей такого явления, которое затронуло бы так сильно меня, как мои первые посещения лазарета<…>Мне приходилось ухаживать за больными, приходилось видеть агонию умирающих, и все это подавляло меня на некоторое время, но проходило несколько дней, недели – и воспоминания об этом, как легкое облачко, набежавшее на ясное небо, туманило былую блажь и

беспечность детства <…>Но здесь, в лазарете, где приходилось видеть приговорённых к смерти, особенно в заразных отделениях и отделениях венерических больных, - меня так все это поразило, побудило употребить все умения свои, чтобы помочь им, возвратить им веру, здоровую жизнь, что мне хотелось сейчас же узнать многое, много-много, все знать! Мне казалось, что спасая каждого из этих больных, я сама как бы вновь и вновь спасала себя, вновь проникалась обаянием жизни, полной борьбы, успехов и огорчений…и чувствуя недостаток своих сил, – ведь я могла только сделать перевязку или оказать незначительную помощь, – с грустной, жалкой и беспокойной улыбкой смотрела на больного и вокруг себя!» [11, л. 12].

Из прошения Марии Михайловны Солунской, дочери полковника из г. Новочеркасска (в 1908 г. станет первой женщиной в Российской империи защитившей докторскую диссертацию по судебной медицине в ЖМИ), видно, что ключевую роль в выборе ею профессионального пути сыграли родители. Мария Михайловна воспитывалась в традициях большой дворянской семьи, однако её увлечение медициной и стремление к высшему образованию не встречали сопротивления со стороны родных. Напротив, родители поддерживали её «благородные порывы».

В автобиографии, написанной живо и образно, не без литературного дара, Мария Михайловна подробно рассказывает о своем детстве. Родилась она на небольшом хуторе под Новочеркасском, и значительное влияние на формирование её интереса к врачебному делу оказала мать: «А вот и мама, молодая и такая красивая, вся в тёмном, такая спокойная, ласковая» [7, л. 8]. Мать пользовалась большим доверием и любовью среди окрестных жителей, которые обращались к ней за советом и помощью во время болезней. М.М. Солунская вспоминала: «и всех-то она умела успокоить и приласкать! Помогая ей, я присматривалась, и впоследствии чувство брезгливости и страха совершенно исчезли во мне; напротив того, я чувствовала такую жалость к этим беднякам, что даже находила некоторое наслаждение обмывать раны и слышать слова благодарности» [7, л. 8].

Этот фрагмент особенно интересен, он наглядно показывает, что контакт с телесностью, болью и страданием не только не вызывал у девочки «естественного» отвращения, но, напротив, способствовал формированию эмпатии и интереса к врачеванию. Таким образом, «стыдливость» и «брезгливость» оказываются не врождёнными качествами полов, а в гораздо большей степени результатом социального воспитания и культурных ожиданий.

Отец Марии Михайловны, военный, командир батареи и участник Русско-турецкой войны 1877–1878 гг., был, по её словам, «полной противоположностью

матери по характеру – порывистый, весёлый, разговорчивый, очень много видевший в своей жизни…» [7, л. 9].

Михаил Солунской часто устраивал в доме вечера со старыми боевыми товарищами на которых старые солдаты предавались воспоминаниям о войне. Как-то после такого вечера переполненная чувствами юная Мария Михайловна вспоминала: «с громким криком бросилась я папе на шею и начала, рыдая, осыпать его поцелуями. И тогда же я решила в случае войны сделаться сестрой милосердия, принося свою лепту в дело страдания людей». Эти рассказы о войне и раненых настолько поразили её воображение, что «часто ночью я просыпалась в ужасе, мне слышались стоны и крики раненых людей… Они звали меня… умоляли о помощи» [7, л. 9].

С этого времени любимой детской игрой девочки стало собирать лекарственные травы, готовить «лекарства» и лечить кукол. Родители, наблюдая её увлечённость, говорили между собой: «Верно, она у нас будет врачом» [7, л. 9].

Ранняя смерть отца резко ухудшила материальное положение семьи с семью детьми и стала важным жизненным переломом. М. М. Солунская отмечала, что после этого события она стала «серьёзнее и задумчивее». Окончив Смольный институт с золотой медалью, она вернулась домой. Финансовое положение семьи к этому времени несколько улучшилось, однако светская жизнь и балы совсем не привлекали юную девушку. Следует подчеркнуть, что в этот период девушка переживает глубокий экзистенциальный кризис, который она сама формулирует следующим образом: «Я несколько раз задавалась себе вопросом: как жить? К чему стремиться? Я снова пересмотрела и проверила все свои понятия о мире, о человеке, об обществе, о нравственности, о науке…» [7, л. 9].

Окончательное решение связать свою жизнь с медициной пришло после возвращения на хутор и совместной с матерью практики помощи «простому люду»: «и тогда-то опять, после долгих размышлений и испытаний, явилось у меня желание серьёзно заняться медициной. Я поняла, что мои и мамины знания недостаточны: нужен более научный, более серьёзный фундамент и большая уверенность в своих собственных силах, и я решила для исполнения своего плана поступить в Женский медицинский институт» [7, л. 9].

Переживание момента выбора профессионального пути и ожидание результатов приема в ЖМИ отражены в автобиографическом свидетельстве М. М. Солунской: «Неужели могут отказать мне? Неужели моё желание, бывшее у меня ещё в раннем детстве, не исполнится? Я в таком возрасте, когда можно отдать себе ясный отчёт в своих стремлениях и наклонностях. Да, я сознаю, я уверена, что я могла бы быть врачом, сумела бы заслужить любовь и доверие

народа. Только бы мне удалось поступить в Женский медицинский институт – и я достигла бы своего заветного желания» [7, л. 9].

Таким образом, получение диплома врача и высшего образования воспринималось Марией Михайловной не только как путь к профессиональной самореализации, но и как средство обретения внутренней уверенности в себе и своих силах. Высшее образование в этом контексте выступает для Марии Михайловны, как средство формирования чувства внутренней автономии и уверенности в праве женщины быть не объектом попечения, а активным субъектом профессиональной и общественной жизни. Одновременно врачебное образование рассматривалось Марией Михайловной как путь к обретению общественного авторитета, выраженного в возможности «заслужить любовь и доверие народа».

В заключение, стоит сказать, что обращение к биографиям женщин-врачей помогает выявить различия в мотивации выбора медицинской профессии. Для мужчин медицина зачастую представляла собой возможности стабильного заработка, карьерного роста, а также получение дворянства через чинопроизводство. Женщины же, лишённые большинства подобных перспектив, воспринимали медицину, прежде всего, как путь служения народу и реализации нравственного долга. Таким образом, автобиографии слушательниц ЖМИ позволяют выделить несколько ключевых мотивов выбора медицинской профессии у женщин. Среди них – идея общественного служения, личный опыт соприкосновения с болезнью и смертью (чаще всего близких родственников), возможности приличного материального заработка, а также стремление к личной самореализации. Важно, что эти мотивы редко существовали изолированно: чаще всего они переплетались, формируя особый тип профессионального самосознания, в котором медицина воспринималась как одновременно жизненное призвание, социальный долг и личный выбор.

Анализ жизнеописаний слушательниц позволяет проследить, как постепенно менялся сам жанр автобиографии: от интимных, эмоционально насыщенных текстов, близких по форме к дневниковым записям, свойственных первым поколениям слушательниц конца XIX века, до сдержанных и официальных анкетных описаний, в которых уже чувствуется дыхание бюрократической эпохи поздних наборов ЖМИ.

Кроме того, эти уникальные источники позволяют реконструировать внутренний мир, мотивации и ценностные ориентиры первых поколений женщин-врачей. Таким образом, их автобиографии, пусть и случайно сохранившиеся в делопроизводственных папках, становятся важным источником по истории женского медицинского образования и женской ментальности рубежа веков.

Список литературы

1. *Ариян, П.Н.* Первый женский календарь на 1904 год: год 6-й / сост. П. Н. Ариян; мед. отд. под ред. проф. Н. И. Быстрова. — СПб.: Паровая скоропечатня «Труд»; Т-во печатного и издательского дела «Народная польза», 1904. – с. 105.
2. *Зимин, И.В.* Подготовка медицинских кадров в России (XIX – начало XX вв.). — СПб.: Изд-во СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2004. – с. 242.
3. Полное собрание законов Российской империи. 1881–1913. — Т. XV: 1895. — Зак. 11760. — С. 365–366.
4. *Сухов, А.А.* Общество распространения между образованными женщинами практических знаний, женское медицинское образование и женский медицинский труд. — М.: Тип. торг. дома «М. В. Балдин и К°», 1912. – с. 15.
5. Центральный государственный исторический архив Санкт-Петербурга (далее – ЦГИА СПб). Ф. 436. Оп. 1. Д. 8554.
6. ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 8593.
7. ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 8603.
8. ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 8669.
9. ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 8805.
10. ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 9019.
11. ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 11281.
12. ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 13958.

УДК 93/94

ДИРЕКТОР ПЕТЕРБУРГСКОГО ЖЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА Б.В.ВЕРХОВСКИЙ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ СТОЛИЦЫ И РОССИИ В НАЧАЛЕ XX СТОЛЕТИЯ

Журавлёв Александр Алексеевич

Кандидат исторических наук, доцент кафедры истории Отечества Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П,Павлова (197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург ул. Льва Толстого д. 6/8). E-mail: crane_62@mail.ru

В статье рассматривается роль директора Петербургского Женского медицинского института профессора Б.В.Верховского в жизни учебного заведения, столицы и российской науки. Его руководство институтом пришлось на сложное время Первой мировой и Гражданской войн. Б.В.Верховский вынужден был решать сложнейшие задачи стоящие перед институтом в период социальных потрясений.

Ключевые слова: *Женский медицинский институт, профессор Б.В.Верховский, министерство народного просвещения Российской империи, история высшего образования, студенты.*

DIRECTOR OF THE ST. PETERSBURG WOMEN'S MEDICAL INSTITUTE B.V. VERKHOVSKY IN THE PUBLIC LIFE OF THE CAPITAL AND RUSSIA AT THE BEGINNING OF THE 20TH CENTURY

Zhuravlyov Aleksandr Alekseevich

PhD, assistant professor of department of history in Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

Abstract: This article examines the role of Professor B.V. Verkhovsky, Director of the St. Petersburg Women's Medical Institute, in the life of the institution, the capital, and Russian science. His leadership of the institute coincided with the difficult times of World War I and the Civil War. Verkhovsky was forced to address the complex challenges facing the institute during this period of social upheaval.

Key words*: Women's Medical Institute, Professor B.V. Verkhovsky, Ministry of Public Education of the Russian Empire, history of higher education, students.*

Во второй половине XIX столетия Российская империя вступила в эпоху промышленной революции и быстрого развития капитализма. Для масштабной перестройки страны необходимые были специалисты, обеспечивающие развитие производства. Потребность в квалифицированных кадрах заставило власть к преобразованию системы образования, в том числе и высшей школы.

Создавались новые высшие учебные заведения, в том числе по частной инициативе различных социальных групп.

Впервые в мире было создано учебное заведение по гендерному принципу, им стал Санкт-Петербургский Женский медицинский институт. Следует отметить, что во главе учебных заведений назначались известные учёные, а также умеющие найти взаимодействие с крупными представителями российского бизнеса, по причине зависимости учебных заведений от благотворительных пожертвований. Первые директора В.К. фон-Анреп и Д.О. Отт были крупным специалистами в медицине, но имели обширные контакты с представителями финансовых кругов России.

С 1904 года, когда институт из частного учебного заведения был переведён на государственное содержание, директора учебного заведения стали представители «молодого поколения» профессоров. С 1911 года директором института был избран профессор Б.В. Верховский, руководивший работой учебного заведения до 1920 года. Его избрание было связано со студенческой забастовкой 1911 года и увольнением его предшественника С.С. Салазкина [1, с. 75-82]. К этому времени Б.В. Верховский защитил докторскую диссертацию и возглавил кафедру ухо, горло и носа в Женском институте. Отметим, что первая кафедра оториноларингологии в России появилась в Императорской военно-медицинской академии, которую возглавил Н.П. Симановский с 1893 года. Борис Владимирович, окончил курс обучения в академии и решил специализироваться в новой области медицины, занимая должности ассистента кафедры и приват-доцента. Открытие Женского медицинского института и решение о создании в нём кафедры оториноларингологии привело к его приглашению на работу в институт и руководство кафедрой и клиники.

В начале XX века в Российской империи проходили первые съезды отоларингологов, ставившие своей целью профессиональную консолидацию врачебного сообщества в единую корпорацию и профессиональному самоуправлению в сфере медицины. В 1908 году состоялся I съезд отоларингологов в Санкт-Петербурге, II съезд проходил в 1910 году в Москве и III был проведён в Киеве в 1914 году. В работе съездов принимали участи и выступали крупнейшие специалисты России [4, с. 26-32]. Участие в них не только давало возможность выступить с докладом, но носило и практическую цель. На заседании Правления института 22 декабря 1908 г. профессор Б.В. Верховский сообщил, что планируется открытие отоларингологического съезда и необходимо делегировать от института представителя. Правление приняло решение делегировать профессора Б.В. Верховского на предстоящий отоларингологический съезд. Ему было поручено «выразить соответствующее приветствие съезду» [6, л. 231]. Кроме этого профессор Б.В. Верховский вошёл в Правление общества отоларингологов.

В 1911 году министр народного просвещения Л.А. Кассо предпринял попытку ограничить автономию университетов, вызвавшее возмущение учащейся молодёжи. По стране прокатилась волна студенческих забастовок, приведшая к отставке некоторых профессоров и увольнением протестующих студентов. Петербургский Женский медицинский институт был подвергнут полному закрытию и увольнением всех слушательниц, за исключением 27, продолжавших посещать учебное заведение. Отставка профессора С.С. Салазкина привела к новым выборам директора, по итогам голосования новым директором стал Б.В. Верховский.

Возглавив институт, он решил главную задачу восстановление учебной деятельности. Используя демократическую прессу, связи с членами Государственной думы и другие контакты. Профессор Б.В. Верховский добился от министра народного просвещения восстановление работы института, и возвращение слушательниц в стены учебного заведения. В декабре 1912 года состоялся I Всероссийском съезде по образованию женщин, на котором выступил профессор А.А. Кадьян. в своём докладе отвечая на поставленный вопрос, равноценны ли женщины врачи с мужчинами, он считает – да. «Женщины заявили себя на всех тех поприщах медицинской деятельности, на которых работают мужчины, с одинаковым успехом» [2, с. 299]. Таким образом, вопрос о возможности получения женщинами высшего медицинского образования был окончательно решён в их пользу.

В 1912 году директор института профессор Б.В. Верховский написал рапорт петербургскому градоначальнику Д.В. Драчевскому. Он просил разрешения для слушательниц и преподавателей института, посетить и прослушать бесплатную лекцию П.П. Кузьмина «О голоде в Саратовской губернии по личным впечатлениям» [12, л. 118-119]. Профессор Б.В. Верховский обосновывал необходимость этой лекции «в виду желания многих слушательниц и врачей, принять некоторыми полученные приглашения от различных земств. Воспользоваться каникулярным временем, и принять посильное участие в борьбе, с постигшим нас народным бедствием» [12, л. 118].

До начала Первой мировой войны директор института предоставлял учебные и клинические помещения для проведения Всероссийских съездов. В 1914 году в столице проходил 1 Всероссийский съезд по борьбе с раковыми заболеваниями. Б.В. Верховский направил прошение Попечителю учебного округа «об использовании помещения института для рабочего заседания и товарищеской встречи 30 марта в 20.00» [10, л. 11]. В марте 1917 году в стенах института состоялся 1 Всероссийский съезд физиологов, одним из организаторов являлся В.И. Вартанов. На заседаниях съездов принимали участие слушательницы института, таким образом, происходил не только научный обмен между учёными, но и молодые специалисты знакомились с новыми направлениями научной деятельности.

Особое внимание уделялось совершенствованию клинической базы института. В период его директорства была введена в строй факультетская хирургическая клиника, построенная на средства семьи Нобель. Она была оснащена современными техническими новинками, и в ней был размещён рентгеновский аппарат. Строительство клиники обошлось в 350.000 рублей. В январе 1914 года была введена амбулатория для клиники детских болезней. Амбулатория была построена на средства А. Вешняковой, передавшей института 25.000 рублей. Она просила «оставить имя жертвовательницы в тайне» [8, л. 2]. К 1914 году директор института согласовал с Министерством народного просвещения строительство клиники ухо, горла и носа. Был создан проект здания, автором стал К.Г. Нюйстрем, но строительство было отложено из-за начавшейся войны. Аналогичная участь постигла проект строительства храма Петропавловской больницей, в котором институт готов был принять участие при условии строительства придела св. Екатерины, покровительницы студенчества.

В 1913 году Российская империя помпезно отмечала 300-летний юбилей дома Романовых. Директор института профессор Б.В. Верховский оказался среди тех лиц, которые были представлены царствующим особам в февральские дни 1913 года. В память об этом событии ему был вручён нагрудный знак.

Следует отметить особую роль директора института с началом Первой мировой войны. По его инициативе было принято решение о создании лазарета для раненых имени «Высших учебных заведений Петрограда». Руководителям высших учебных заведений столицы были разосланы письма, в которых сообщалось, что «В Совете Санкт-Петербургского Женского медицинского института возникла мысль об отправке на театр военных действий отряда с лазаретом на 50 кроватей» [7, л. 9]. Директор института предложил осуществить сбор пожертвований для формирования лазарета. Сотрудника института отчисляли от 2 до 5% своего ежемесячного заработка в фонд формирующего лазарета. Кроме этого, было принято решение об оснащении лазарета необходимым медицинских инструментом за счёт клиник и кафедр института. С этой же целью проводились однодневные кружечные сборы и продажа разрешённой властями литературы для пополнения фонда лазарета. 2 марта 1915 года директор института просил министра торговли и промышленности В.Н. Шаховского разрешить «допустить сборщиков для продажи знаков и брошюр в учреждения подведомственные Вашему сиятельству» [9, л. 201].

Информация о деятельность по формированию лазарета была доведена до царствующих особ, и вдовствующая императрица Мария Фёдоровна 27 сентября 1914 года приняла директора института профессора Б.В. Верховского и сотрудников лазарета. Сформированный этапный лазарет был отправлен на фронт, принимал участие в боях в Польше, и в ноябре 1915 года он оказался в германском плену. Оказавшись в плену, сотрудники лазарета продолжали

оказывать помощь раненным войнам. В течение 1916-1918 годов сотрудники лазарета отправлены были на Родину [3, с. 295-305].

Военное время привело к большому количеству проблем. Во-первых, было увеличено количество слушательниц с 250 до 500 человек. Во-вторых, часть преподавателей и профессоров были задействованы военным ведомством. Мужчины были призваны в действующую армию, а профессора консультировали работы госпиталей и для организации медицинской помощи на театр военных действий. В период войны отсутствовал профессор Ф.А. Звержховский, руководивший созданием челюстно-лицевых лазаретов на Юго-Западном, а потом на румынском фронте. В-третьих, рост цен на товары и услуги. Все эти и многие другие проблемы легли на плечи директора института.

По инициативе учащихся средних учебных заведений и гимназий при институте были организованы курс сестёр-милосердия. В начале директор института отнёсся к идее крайне отрицательно, по причине отсутствия помещений, перегруженностью преподавателей и необходимых наглядных пособий. Под давлением общественного мнения курсы просуществовали при институте до весны 1917 года, подготовив более 500 сестёр-милосердия. По инициативе сотрудников института в стенах учебного заведения был создан госпиталь Всероссийского земского союза на 200 коек. Он начал свою работу 7 октября 1914 года, и первые раненые поступили в него 9 октября. В нём работали не только штатные сотрудники, но и слушательницы младших курсов Женского медицинского института. Они читали раненым письма, газеты и журналы, выздоравливающих солдат сопровождали на мероприятия, устраиваемые для них властями столицы. В стенах института осуществлялся показ кинохроники на приобретённой в 1913 году киноаппаратуре.

Рост цен на товары заставляло правительство осуществлять надбавки к зарплате, но их введение задерживалось. Директор направлял в адрес министра народного просвещения письма, но главным противником оказался министр финансов. Только с 1916 года на сотрудников института было распространено право на дополнительные надбавки. Сложность в руководстве института в военный период было связано и с изменением состава младших служащих и обслуживающего персонала клиник. Многие из сотрудников были призваны в действующую армию, а вместо ушедших на фронт рекомендовано было набирать лиц из состава выздоравливающих. Всего институт потерял 55% от кадрового состава, а выздоравливающие солдаты, не стремились к тяжёлой и сложной работе [11, л. 125,127].

В годы Первой мировой войны для института стали важными вопросы функционирования студенческой столовой, поиска домов для общежития обучающихся. Директор института вёл активную переписку с представителями городской администрации, так и с членами Государственной Думы, министерства народного просвещения. Попытки найти помещения для

размещения слушательниц института в дореволюционный период завершились неудачей. Он предлагал «постройка жилых домов при тех учебных заведениях, которые располагают до того достаточным местом» [13, л. 21]. В 1917 году вопрос о предоставлении помещения под общежития так и не был решён. Только после захвата власти большевиками институту были предоставлены здания на Большом проспекте Петроградской стороны, а затем на Архиерейской (ныне Льва Толстого) улице. Профессор Б.В. Верховский договаривался о предоставлении общежития близко расположенном от учебного заведения.

После февраля 1917 года директор института переключил своё внимание на получение лечебных учреждений, принадлежащих ведомству императрицы Марии. Главным аргументом директор указывал, что они послужат «правильной постановки преподавания». На протяжении 1917 года велась переписка о предоставлении институту Николаевской детской больницы на Аптекарском острове, Повивального института на Васильевском острове, школы глухонемых, ортопедического института, дома призрения императора Александра III на Удельной и санатория Халила [5, л. 4-6]. Этим планам директора не суждено было сбыться.

После октября 1917 года роль директора института была низведена до исполнителя распоряжений Советской власти. Он вынужден был исполнять распоряжения новой власти, но даже в это время направлял письма народному комиссару по просвещению А.В. Луначарскому с критикой проводимых реформ высшей школы и антирелигиозной деятельностью в стенах лечебных учреждений. Учреждение в высших медицинских учебных заведений должности военных комиссаров, для осуществления политики милитаризации высшей медицинской школы, вызвало конфликт в институте. приведшая к фактическому двоевластию в учебных заведениях. Противостояние военного комиссара В.Г. Вигдоровича и директора института профессора Б.В. Верховского привело к отставке последнего.

Подводя итог, следует отметить, что директор института Б.В. Верховский, также как и его предшественники стремился поднять статус учебного заведения. Активно отстаивал интересы как преподавателей, так и слушателей. Его деятельность была отмечена государственными наградами и отношением к нему учащихся.

Список литературы

1. *Журавлев, А.А.* Забастовка слушательниц Женского медицинского института и избрание Б.В.Верховского на пост директора в 1911 году //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. Volume 21 №3,2015
2. *Кадьян, А.А.* Очерк развития Санкт-Петербургского Женского медицинского института // Отчет о развитии и деятельности Санкт-Петербургского Женского медицинского института за 1908–1912 учебные годы. — СПб.: Типография Б. М. Вольфа, 1914.

3. Портала, *М.А.* Этапный лазарет имени Петроградских высших учебных заведений // Вузы Петрограда в годы Первой мировой войны. – СПб. Изд. СПбПУ им. Петра Великого. 2018.
4. *Соломеин, А.Ю.* Задачи отоларингологических съездов дореволюционной России //История отечественной медицины и системы здравоохранения в отражении медицинских научно-практических форумов. – Нижний Новгород. 2025.
5. Женский медицинский институт (докладные записки об организации курсов) в 1918 – 1919 годах.// Центральный государственный архив Санкт-Петербурга Ф. 2551. Оп. 1. Д. 1232. Л. 4-6.
6. Журнал заседаний Правления Санкт-Петербургского Женского медицинского института за 1908 год // Центральный государственный исторический архив Санкт-Петербурга (в дальнейшем ЦГИА СПб.) – Ф. 436. Оп. 1. Д. 14801.
7. Материалы по лазарету 1914 год. //ЦГИА СПб Ф 436. Оп. 1. Д. 14978. Л. 9.
8. О постройке амбулатории клиники детских болезней на частные пожертвования //ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 14961. Л. 2
9. О разрешении благотворительным обществам кружечного сбора в учреждениях министерства торговли и промышленности. (1912 – 1917) //Российский государственный исторический архив (в дальнейшем РГИА) Ф. 23. Оп. 1. Д. 144. Л.201.
10. Переписка с разными лицами и учреждениями 1914 год. //ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 14969. Л. 11.
11. Переписка с разными лицами и учреждениями 1916 год. //ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 15016. Л. 125,127.
12. Переписка со слушательницами 1914 год // ЦГИА СПб. Ф. 436. Оп. 1. Д. 14985.
13. Циркуляры департамента народного просвещения по разряду высших учебных заведений 1917 год. //РГИА Ф. 733. Оп. 226. Д 204. Л. 21

УДК 908

А.Н. КУНЯЕВ – НИЖЕГОРОДСКИЙ ВРАЧ И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ

Старкус Анастасия Алексеевна

Аспирант, кафедра гуманитарных наук, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (119048, г. Москва, ул. Трубецкая, 8/2). Email: star.anastasia5@yandex.ru

Исследование посвящено медицинской и общественной деятельности врача А.Н. Куняева, чей жизненный путь является уникальным в контексте как общероссийской, так и региональной истории. Делается вывод и об общих закономерностях, проявляющихся в биографии врача изучаемого периода. А именно: ориентация на общество и стремление принести ему пользу. Исходя из этой установки многие врачи не ограничивались деятельностью в медицине, стремясь самореализоваться и в общественной жизни.

Ключевые слова: *история медицины, А.Н. Куняев, медицина Нижегородской губернии, врач.*

A.N. KUNYAEV – NIZHNY NOVGOROD PHYSICIAN AND PUBLIC FIGURE

Starkus Anastasia Alekseevna

Post-Graduate Student, Department of Humanities, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (119048, Moscow, Trubetskaya Str., 8/2).

The study examines the medical and public activities of the physician A. N. Kunyaev, whose life path is unique in the context of both national and regional history of Russia. The article also identifies general patterns manifested in the biography of a physician of the period under study, namely an orientation toward society and a commitment to serving the public good. Proceeding from this premise, many physicians did not confine themselves solely to medical practice, seeking self-realization in public and social life as well.

Keywords: *history of medicine, A. N. Kunyaev, medicine of the Nizhny Novgorod Governorate, physician.*

Начало XX в. для России было тяжелым временем: революционные события 1905 г., участие в русско-японской и Первой мировой войнах. Вызовы времени требовали от властей проведения качественных преобразований в различных областях жизни, в том числе и в медицине. Необходимо было увеличивать количество медицинского персонала за счет обучения новых кадров и медицинских учреждений для оказания лечебной помощи всем нуждающимся.

Общемедицинские проблемы России находили свое отражение и в регионах, которые в совокупности с этим могли иметь и свои недостатки в организации медицинской помощи. Например, общероссийской проблемой являлись массовые эпидемии сыпного тифа, холеры, чумы в н. XX в. Однако были регионы, где проблема заболеваемости стояла особенно остро. Так Нижегородская губерния занимала одно из лидирующих мест Европейской России по показателям общей смертности и третье место по детской смертности за 1900-1908 гг. [4, с. 6] Эти данные объясняются наличием в губернии сложной эпидемиологической ситуацией из-за масштабного товарообмена, постоянной миграции населения, географическим расположением региона рядом с крупными реками, недостаточными санитарными мероприятиями. Кроме этого, в Нижнем Новгороде требовалось усиленное медицинское обслуживание ввиду проведения в городе ярмарки, которая способствовала быстрой передачи заболевания от одного человека к другому внутри города, а после ее окончания она стремительно распространялась по уездам. Подобным образом происходило заболевание населения губернии холерой в 1908-1910 гг. Болезнь в первую очередь возникала у представителей бедного населения, которые имели недостаточное питание и плохие условие жизни, несоответствующие санитарным нормам [4, с. 23]. Поэтому как в Нижнем Новгороде, так и в уездных городах была необходимость в медицинских учреждениях, оказывающих помощь бесплатно.

Исходя из вышеперечисленного, становится очевидным, что здравоохранение Нижегородской губернии нуждалось в реформах. Также местным органам управления и врачебному сообществу необходимо было оказывать содействие властям в решении как общероссийских медицинских проблем, в частности лечение раненых воинов, так и справляться с местными сложностями, например, снижение показателя общей смертности в регионе.

В этой связи интересным представляется изучение роли личности врача А.Н. Куняева в решении некоторых медицинских проблем губернии и определения масштаба личности в рамках других сфер общественной жизни. А.Н. Куняев (1879-1920 гг.) проявил себя как выдающийся хирург, окулист, ученый и общественный деятель, внеся большой вклад в развитие медицины Нижегородской губернии.

Родился А.Н. Куняев в городе Петрозаводск Олонецкой губернии. Закончив гимназию, будущий врач поступил в Военно-Медицинскую академию Санкт-Петербурга, однако получить диплом не смог, так как за участие в революционной деятельности был арестован, помещен в тюрьму «Кресты» и исключен из университета с четвертого курса [7, с. 210]. Однако из-за нехватки доказательств он был освобожден и вынуждено сменил место жительство.

Сложно определить, насколько будущий врач был связан с революционным делом и в какой степени его взгляды были оппозиционны ввиду того, что в течение последующей жизни они не были проявлены в большой степени. Также необходимо учитывать и время ареста в совокупности с происходившими тогда событиями. В н. XX в. в России ширилось недовольство среди всего населения, что вылилось в дальнейшем в первую российскую революцию. В связи с этим власти, проводившие охранительную политику, особое внимание сосредотачивали на представителях студенчества поскольку университеты являлись источниками революционных идей. Избежав ареста, Куняев А.Н. переехал в Киев, поступил на медицинский факультет университета святого Владимира и успешно закончил его, получив возможность работать врачом [6, с. 52-53].

К масштабной врачебной деятельности он приступил в Карамзинской земской больнице с. Рожкова Ардатовского уезда Нижегородской губернии в 1908 г., оказывая хирургическую и глазную помощь населению данного уезда, а также Арзамасского, Краснослободского, Темниковского [3, с. 6]. Более того, в больницу обращались и хирургические больные даже из других губерний (Пензенской, Владимирской, Тамбовской) [5, с. 124-125]. Такая хорошо организованная оперативная помощь в лечебном заведении представляла из себя редкое явление. Ведь центром хирургического лечения населения всей губернии числилась Нижегородская земская губернская больница. Однако на практике перемещение пациентов на дальние расстояния было частно невозможно, поэтому услугами данного лечебного учреждения пользовались только люди из близлежащий территорий. Необходимость в организации оперативной помощи в отдаленных населенных пунктах губернии и вынудила создать в далеко расположенном Ардатовском уезде Карамзинскую больницу. Это лечебное заведение не уступало Нижегородской земской губернской больнице по количеству высокопрофессиональных врачей. В ней трудились такие выдающиеся хирурги как: С.А. Глядков, К.К. Чичхиани и А. Н. Куняев, которые в дальнейшем были переведены для работы в больницы Нижнего Новгорода. В 1913 г. А.Н. Куняев получил приглашение занять должность старшего врача в больнице Красного Креста Нижнего Новгорода. Данное лечебное заведение было построено в ноябре 1913 г. Обществом Красного Креста на деньги М.М. Рукавишникова, известного нижегородского благотворителя. Им была предоставлена крупная сумма в 100 тыс. руб., которой хватило чтобы выстроить здание больницы с хирургическим отделением. Также в ней функционировали рентгеновский и физиотерапевтический кабинеты. В медицинский штат входили: старший врач, старший ординатор, два младших ординатора, 5 врачей специалистов. При больнице числились и сестры милосердия, которые

трудились в лечебном заведении [9, л. 1-4] Их деятельность была связана с благотворительностью, поэтому закономерным явлением стал факт оказания помощи в стенах этой больницы бедным пациентом бесплатно. Деньги от них принимались только в виде пожертвования в качестве благодарности.

Таким образом, в условиях частой заболеваемости населения Нижнего Новгорода, которой были подвержены в первую очередь люди беднейших слоев общества, появление больницы Красного Креста являлось значительным вкладом в организацию медицинской помощи в городе. Тем более пациентам оказывалось квалифицированное лечение. А.Н. Куняев, будучи старшим врачом больницы активно проводил операции. Своей деятельностью он охватывал все области хирургии, выполнял сложнейшие операции, например резекция желудка по поводу рака и язвенной болезни [1, с 93]. Выдающаяся работа А.Н. Куняева и его тесная связь с данным лечебным заведением была отмечена в 1921 г. тем, что больница Красного Креста стала носить его имя [7, с. 213]

Куняев А.Н. осуществлял медицинскую деятельность в годы Первой мировой войны, проявив свои организаторские и даже педагогические способности. Так он развернул работу по оказанию помощи фронту и раненым в целом, участвовал в подготовке женского медицинского персонала на курсах сестер милосердия Красного Креста военного времени, читая лекции по дисциплинам «хирургия» и «учение о повязках и массаж» [8, с. 71].

Проработав в данном лечебном заведении пять лет, уже в советский период А. Н. Куняев был переведен на должность старшего врача Нижегородской земской больницы. Однако благодарные пациенты и раненые солдаты не хотели его отпускать и написали заявление в комитет ячейки при лазарете № 1 Красного Креста с прошением вернуть его на службу в прежнее место. [2, с. 152] Это свидетельство его высокого профессионализма и положительных личных качествах, благодаря которым он смог расположить к себе большое количество людей.

Революция и приход к власти большевиков не повлияли на деятельность А.Н. Куняева негативно. Скорее наоборот они открыли перед врачом новые перспективы деятельности, так как он принял революцию и новую власть. В 1919 г. он заступил на службу в качестве преподавателя, профессора медицинского факультета Нижегородского государственного университета [10, л. 75], транслируя передовые идеи о связи теории медицинского обучения с практикой, что является необходимым для формирования клинического мышления у врача. Кроме того, по мнению доктора медицинских наук Б.А. Королева А.Н. Куняев был одним из инициаторов открытия медицинского факультета в данном университете, что характеризует его как человека с прогрессивными взглядами.

Таким образом, жизнь врача А.Н. Куняева представляет из себя, с одной стороны, уникальное явление, а с другой, она подтверждает тенденцию, которая существовала в медицинской среде российского общества. А именно, часто земские врачи совмещали врачебную работу с преподавательской, также проявляли себя как активные общественные деятели. Это могло быть связанно с тем, что в процессе получения медицинского образования у них формировалось критическое мышление, расширялся кругозор, воспринимались этические принципы работы, в соответствии с которыми врач должен принести пользу обществу. А.Н. Куняев внес свой вклад в развитие хирургии, в организацию медицинской помощи населению Нижегородской губернии и в становление медицинского образования в регионе.

Список литературы

1. *Беляков, В.А.* Воспоминания– Нижний Новгород, 2013. – Т. 3.
2. *Беляков, В.А.* Образы прошлого и развитие хирургического обезболивания в Нижнем Новгороде и области (к 160-летию первого наркоза). – Н. Новгород, 2016.
3. Делегатские доклады V-му съезду врачей и представителей земств Нижегородской губернии: (с планами больниц). — Нижний Новгород: Издание губернскаго земства, 1904. — 194 с.
4. Доклад по санитарному отделению 46-му Очередному Нижегородскому губернскому земскому собранию Нижегородской губернской Земской управы 1904-1905 гг. - С. 6.
5. Доклады V-му Съезду врачей и представителей земств Нижегородской губернии — Нижний Новгород, 1910.
6. *Королев, Б.А.* Нижегородская хирургия. Истоки. Страницы истории. Люди / Б.А. Королев. — Н. Новгород: Изд-во НижГМА, 2004. — 267 с.
7. *Орельская, О.В.* Набережные Нижнего Новгорода. Правобережье: верхние набережные / О. В. Орельская, С. В. Петряев. — Нижний Новгород: Бегемот НН, 2016. – 247 с.
8. Российское о-во Красного Креста. Нижегородское местное управление. Отчет Нижегородского местного управления Российского общества Красного креста за. 1914 год. — Нижний Новгород, 1877-1917, 1915. — 156 с.
9. ЦАНО. Ф.Р-6552. О1. Д.64. Л. 1-4.
10. ЦАНО. Ф.377. О.1. Д. 31. Л. 75.

УДК 61(091):616.922:614.253(470)"1919/1923"

РУССКИЕ ВРАЧИ ЭПОХИ СЫПНОГО ТИФА: ВРАЧЕБНЫЙ ДОЛГ В КАТАСТРОФЕ

Миронова Наталья Анатольевна

Кандидат исторических наук, преподаватель Государственного училища Олимпийского резерва (по хоккею) (150006, Ярославская область, г. Ярославль, ул. Дядьковская, д. 7.) Email: legion6@mail.ru

В статье рассматривается героическая деятельность российских медиков в период масштабной эпидемии сыпного тифа 1919–1923 гг. Автор анализирует социально-экономические и политические условия, в которых врачам приходилось исполнять профессиональный долг в условиях Гражданской войны и разрухи. Особое внимание уделяется этическому аспекту — концепции «врачебного долга как подвига», когда в отсутствие необходимых медикаментов и при высоком риске заражения медицинский персонал продолжал борьбу за жизни пациентов. Работа подчеркивает непреходящую значимость медицинской самоотверженности в преодолении глобальных вызовов общественному здравоохранению.

Ключевые слова: *эпидемия сыпного тифа, революционная повседневность, советское здравоохранение, врачи, повседневный героизм.*

RUSSIAN DOCTORS IN THE TYPHUS EPIDEMIC: MEDICAL DUTY IN A CATASTROPHE

Natalia A. Mironova

PhD in Historical Sciences, teacher, State College of Olympic Reserve (Ice Hockey), Yaroslavl, Russia (150006 7 Dyadkovskaya St., Yaroslavl).

The article examines the heroic activities of Russian medical professionals during the massive epidemic of typhus in 1919–1923. The author analyzes the socio-economic and political conditions under which doctors had to perform their professional duty during the Civil War and devastation. Special attention is paid to the ethical aspect — the concept of "medical duty as a feat," where in the absence of necessary medicines and at high risk of infection, medical personnel continued the fight for patients' lives. The work emphasizes the enduring importance of medical dedication in overcoming global challenges to public health.

Keywords: *typhus epidemic, revolutionary everyday life, Soviet healthcare, doctors, everyday heroism.*

В 1901 году в своей статье для журнала «Мир Божий» доктор Викентий Вересаев написал: «Врач — если он настоящий врач — должен быть не только ученым, но и подвижником. Его долг начинается там, где кончаются силы обычного человека» [4]. Нет сомнений в том, что быть врачом- профессия трудная. Для этого нужно иметь призвание, талант, силы и, пожалуй, душевную стойкость, в особенности, если речь идет о деятельности в экстремальных условиях, – например, в борьбе с эпидемией. В данной статье предпринята попытка рассмотреть, как русские врачи около века назад, столкнувшись со смертельной угрозой, понимали и выполняли свой долг.

Когда мы представляем себе врача периода разрухи Гражданской войны и революции, то, наверное, первый образ, который возникает у нас, - это профессор Филипп Филиппович Преображенский из романа М.А. Булгакова «Собачье сердце», великое творческое воплощение доктора этого времени. Через образ хирурга Булгаков (который, как известно, сам был врачом) показал опасную попытку большевиков «перерезать» общество – насильственно и быстро изменить природу человека (страны), вместо долгого и естественного ее развития. Одновременно профессор Преображенский стал символом профессионализма и смелости: ничуть не опасаясь представителей власти и критикуя разруху, он сохраняет собственное достоинство, что непросто. Всего через год после прихода большевиков к власти такие врачи «старой школы», (многие из них – настоящие светила медицинской науки) оказались в еще более тяжелом положении: к разрухе добавилась беспрецедентная по масштабам эпидемия сыпного тифа.

Начавшись в первые годы советской власти, по своему размаху эпидемия обернулась гуманитарной катастрофой невиданных прежде масштабов. По мнению исследователей, «сыпняком» в 1919–1923 гг. переболели не менее 20 млн человек, умерли не менее 10 млн. [7, с. 310], главным образом городское население. Система здравоохранения Советской России к концу 1917 году – это едва теплившееся наследие России дореволюционной, в которой фактически отсутствовала государственная сеть медицинских учреждений, а помощь оказывалась отдельными ведомственными больницами; где всегда была острая нехватка врачей, ущербность амбулаторно-клинической помощи и т.д. Такая «система» здравоохранения не была готова к крутому повороту событий: «сыпняк», отдельные случаи которого были зафиксированы еще в ходе Первой мировой войны, в 1919 году захватил города.

Столкнувшись с эпидемией «сыпняка», врачи первые – раньше, чем представители власти - осознали, что болезнь станет настолько сильной, что справиться с ней или хоть как-то взять ее под контроль будет невозможно. Еще зимой 1914-1915 гг. бактериологи и представители врачебно-санитарных

организаций по борьбе с заразными болезнями собрали совещание, на котором обсуждалось участие земств и городов в борьбе с эпидемиями, организация госпитального лечения и транспортировка заразных больных, изоляция и дезинфекция в поездах и распределительных пунктах и другие вопросы. Совещание было посвящено главным образом сыпному тифу. Многие врачи уже тогда выражали озабоченность тем, что несмотря на существования госпиталей, система медицины недостаточно всеобъемлюща. В города уже поступали эшелоны демобилизованных и раненых солдат, зараженных платяными вшами-переносчиками «сыпняка» [8]. Врачи предвидели эпидемию, только вот истинный ее размах превзошел их худшие опасения. В дальнейшем, в ходе первой мировой войны и главным образом массовой демобилизации солдат с ее фронтов в 1918 году поток сыпнотифозных усиливался. Зараза просочилась в города и начала уничтожать городское население. О географии эпидемии, путях и факторах ее распространения уже многое было написано [6]. Важно подчеркнуть следующее: русские врачи, оказавшись «на передовой» в неравной битве с эпидемией, принимают осознанное решение – исполнять свой врачебный долг до конца. Сами медики были подвержены опасности заражения как никогда прежде. Антисанитария, дефицит продуктов и медикаментов и социальная специфика болезни многократно усиливали риск заражения врачей. В условиях разрухи, холода (отсутствия горячей воды) и скученности врачи заражались и гибли массово, работая в очагах инфекции. Врачи сами были истощены, что снижало их иммунитет. Часто в больницах не было отопления, и пациенты лежали в верхней одежде, что облегчало миграцию паразитов. Не хватало элементарного: мыла, дезинфицирующих средств, чистого белья и вакцин. Основным методом лечения был просто качественный уход, который невозможно было обеспечить. Исследователь С.И. Златогоров приводит следующие цифры о гибели врачей: по его данным за время с 1917 по 1922 г. в России погибло от сыпного тифа 1400 врачей. Эта цифра была выведена из данных Наркомата здравоохранения, указывающих, что в эти годы болело на 1000 врачей 300 и умирало 70. Цифры эти взяты из официальных источников, а, следовательно, занижены. По Жбанкову, с 1914 по 1927 г. всего умерло 4033 врачей, из них 3087 умерло до 1922 года, а с 1922 до 1927 года — 643. По возрастному составу 48% из них было от 31 до 50 лет, то есть речь идет о молодых практикующих врачах. На долю сыпного тифа падает 56% всех смертей [5]. Интересно, что смертность врачей значительно выше, чем смертность среднего и младшего медперсонала и людей других профессий соответствующего возраста. С.И. Златогоров, рассматривая причину такой чувствительности организма врача к сыпному тифу, делает вывод о том, что дело в чрезмерном напряжении нервной системы, что косвенно влияет на сердечно-

сосудистую систему. При сыпном тифе прежде всего поражаются обе системы, и организм, ранее сенсибилизированный, легко делается жертвой сыпнотифозного вируса [5].

Достойным примером верности врачебному долгу могут быть ярославские врачи. Как известно, после ярославского восстания и его разгрома в июле-августе 1918 года во всем городе ситуация была устрашающей: огромное пожарище, на месте которого зияли сотни выгребных ям, тяжелые жилищные условия, серьезные проблемы с продовольствием. Не удивительно, что холера, пришедшая в город еще весной, летом вышла из-под контроля и начала свирепствовать. Холодной и голодной зимой 1918-1919 гг. ситуация обострилась: пришел сыпной тиф: Ярославль – крупный железнодорожный узел. Тиф передвигался и по Волге: с нижней Волги в город переселяются люди из голодных и охваченных Гражданской войной регионов.

Многие врачи и младшие медицинские сотрудники остались без крова, поэтому часто жили прямо в больнице, некоторые размещались прямо в палатах при больных. Скотница, плотник, дворник и пастух жили в подвальном этаже со сводами, причем в этом же помещении находилась мастерская гробов. Зимой в подвал приводили еще и телят [2, л. 1]. Сторож больницы жил в периодически затапливаемом подвале часовни, находившейся рядом с больницей [2, л. 20]. Комиссия из Москвы, осматривавшая больничные корпуса в августе 1918 года, отметила «крайне антисанитарное состояние дворов и больниц». Особенно остро встала проблема выгребных ям на территории больниц. «В Духовской больнице ретирадная яма, расположенная у окон квартир служащих и палаты переполнена, нечистоты выливаются, издавая зловоние, - отмечала комиссия. – Двор же больницы за Романовской заставой в части, где расположены бараки, представляет из себя озеро заразы, все ретирады переполнены, в особенности у тифозного барака, сортировочной, жилого и венерического барака. Все нечистоты выливаются из ям, образуя топкое болото и распространяя зловонный запах» [2, л. 20].

Осенью-зимой 1918 года состояние быта больницы было крайне плачевно. Врачи вынуждены были чуть ли не на коленях просить власти сделать элементарное, например, заделать дыры в стенах или немного утеплить помещения. Медики постоянно обращали внимание на то, что «является необходимым обшить тесом для сохранения тепла деревянных бараков» [2. л. 19]. Даже осенью, не говоря уж о зимних месяцах, в помещениях было постоянно холодно, дров не хватало, и все трудности быта обострились. «Из 300 сажен, зачтенных их Константиновской больницы – 100 сажен отпущено Губернской больнице – остальные же почти все израсходованы и больница в скором времени может оказаться совершенно без дров» [2, л. 107]. В больнице

ощущалась нехватка спичек и керосина. Медики неоднократно просили выслать им хотя бы керосин, без которого в темное время суток работать в больнице не представлялось возможным, особенно в родильном отделении, «где работа протекает главным образом ночью и где впотьмах ничего не сделаешь» [2, л. 6].

Электричества не было очень долго, хотя прошения о том, чтобы его провели, звучали еще летом 1918 года: «необходимо соединить электрическое освещение» [2, л. 20]. «Света все нет, работаем с огнем», - жалуются медики 4 ноября 1918 года. В конце ноября ситуация все та же: «за неимением керосина означенная больница находится без света, исключительно приходится персоналу работать только днем, что крайне нежелательно» [2, л. 107]. Дальше – больше, так как исчезает и керосин.

В больнице все было наперечет. Не было фуража для лошадей, что отрицательно сказывалось на работе врачей. «За отсутствием фуража лошади чуть передвигаются и выезды к больным, на эпидемии, почти прекратились, - отмечали медики. Оспопрививание шло крайне медленно, и поэтому очаги оспы вспыхивали в городе время от времени и не исчезали несколько месяцев. Однако сотни человек все же были привиты летом-осенью 1918 года: медики пешком ходили из уезда в город, добирались на попутном транспорте, таская на себе все необходимые медикаменты [2, л. 6]. В ноябре одна из двух лошадей, принадлежащих больнице, пала от истощения. Возникла опасность остаться совсем без транспортных средств [2, л. 149]. Медико-санитарный отдел просил городское самоуправление «выдать ордер на право реквизиции двух лошадей у наследников Пастуховых для нужд городской больницы» [2, л. 156]. После очередного ожидания, в декабре, они получают разрешение купить лошадь у частных лиц [2, л. 171]. Лошади и коровы, принадлежащие больнице, оставались, однако, совершенно голодные и без запасов корма на зиму.

Перед заведующим хозяйством ежедневно вставал вопрос, откуда взять денег на покупку хлеба и других пищевых продуктов. При больнице был так называемый общий стол, который ни для больных, ни для медицинских сотрудников не был удовлетворительным. «Общий стол, отпускаемый как больным, так и служащим, крайне недостаточен, безвкусен, груб, малопитателен и, если такой стол вызывает естественный ропот среди здоровых служащих, то в отношении больных он является нередко даже вредным и недопустимым. Говорить о какой-либо врачебной диете для больных совершенно не приходится, так как изо всех продуктов, требуемых подобной диетой, в распоряжении врачей находится одно молоко, но, к несчастью, и его количество, по неизвестным больнице причинам, сокращено и вместо 5 ведер в день больница получает 2-3 ведра. Хлеб нередко доставляется полусырой, совершенно негодный для слабых желудков» [2, л. 113]. «Если не будут приняты меры к отпуску значительных

средств на немедленное приобретение запасов картофеля, то больнице грозит положительный голод, при котором самое существование ее является бесцельным», - писал Н.В.Соловьев [2, л. 19].

Как уже говорилось, медицинские работники были чрезвычайно подвержены заболеваниям. Во многих городах смертность врачей и обслуживающего персонала была очень высокой. В Московской губернии, например, смертность только от тифа достигала 12%[3.Л.3]. Но это не шло ни в какое сравнение с Ярославлем. «Город Ярославль, – говорится в докладе о санитарном состоянии губернии осенью 1919 года, – сверх всякой меры переполнен заразно больными красноармейцами; медицинский и обслуживающий персонал болеет и гибнет от эпидемии несравненно больше, чем в прошлом году. Заболеваемость свыше 50% и необычно высокая смертность. Первые две недели декабря сего года [1919 – Н.М.] в одном Ярославле от сыпного тифа умерло 4 врача. Заболеваемость обслуживающего персонала доходит до 80%» [3, л. 10].

Отметим, что в это время в Ярославле работали специалисты, имена которых сделали бы честь любой столичной больнице. Это те самые знаменитые врачи с университетским образованием, лекари «земской» закалки, готовые среди ночи мчаться к больному и делать операцию. Это Николай Васильевич Соловьев, – самый популярный хирург Ярославской губернии, Георгий Иванович Курочкин – основоположник санитарного дела в Ярославле, Алексей Александрович Голосов, один из пионеров кардиохирургии, Георгий Владимирович Несытов – первый главврач больницы им. Н.А. Семашко. Сыпной тиф в первые годы Советской власти унес жизни 19 врачей, в том числе Николая Васильевича. Заразные бараки были заполнены до отказа сыпнотифозными больными, и Н.В. Соловьев с обычной своей энергией начал приводить их в порядок. Он приходил в больницу рано утром, проверял, на месте ли персонал, в порядке ли содержатся больные, правильно ли проводится лечение. Среди медицинских сотрудников зачастую был слышен ропот: жалование было скудное, условия жизни и продовольственное обеспечение - убогое. Н.В. Соловьев был для многих эталоном врача: он считал, что врачебный долг выше всего. Для него выполнение долга никогда не зависело ни от зарплаты или личной материальной обеспеченности, ни от сложности задачи, ни, тем более, от существующей власти, даже если ты для нее – идеологический враг.

Сыпняк поразил великого врача очень быстро. Последний человек, с которым разговаривал Н.В. Соловьев перед смертью – это Георгий Иванович Курочкин, его друг и коллега. «При своем горячем характере, - пишет Г.И. Курочкин, - он не соблюдал достаточно правил предосторожности, заполучил вошь и вскоре заболел сам. Я пришел к нему на второй день болезни. Он лежал в

постели своей квартиры на Гражданской улице с высокой температурой, с жалобами на головную боль и боль в пояснице. Николай Васильевич встретил меня словами: «У меня сыпняк, я его не перенесу». Я успокаивал его, как мог, уверяя, что при его сильной, крепкой натуре – ему нетрудно будет справиться с болезнью. Через несколько дней он потерял сознание и в таком состоянии на восьмой день скончался» [1]. Показательна реакция горожан на известие о заболевании Н.В. Соловьева. Сохранились свидетельства о том, что люди молились в церквях «о здравии хорошего врача и человека» [1, л. 16-18]. Весть о смерти принята была в городе как новость о тяжелейшей потере, поэтому похороны стали огромной, душевной, траурной демонстрацией. «Все улицы были полны народу, провожавшего гроб большого человека, многие плакали!» - вспоминал Г.И. Курочкин. Николая Васильевича похоронили не на городском кладбище, а в садике около главного корпуса больницы, где он долгие годы работал. «Хоронил его Ярославль как своего героя», - писал Г.И. Курочкин [1, л. 19]. Одна из главных больниц г. Ярославля до сих пор носит имя великого врача.

Медики того времени часто цитировали латинское изречение, ставшее их негласным девизом: «Aliis inserviendo consumor» — «Служа другим, расточаю себя» (или «Светя другим, сгораю»). Эта фраза приписывается голландскому медику Николасу Тульпу, но именно в России начала XX века она стала символом судьбы русского врача, который погибал от тифа или холеры, пытаясь спасти своих пациентов. Врачи эпохи эпидемии сыпного тифа были лишены всякой материальной поддержки «центра». Эпидемия становилась все сильнее: она продлилась до 1923 года, после чего пошла на спад. Врачи прекрасно понимали собственную зависимость от системы распределения. В условиях, когда надо было принять срочные меры, дело по спасению города было практически обречено. И если врачам удалось несколько уменьшить количество умерших во время эпидемий, то лишь за счет собственного энтузиазма и профессионализма, а часто, как говорилось выше, и ценой собственной жизни. Для современных молодых врачей это – великий урок мужества.

Список литературы

1. Государственный архив Ярославской области (ГАЯО). Р-2562 (Фонд Г.И.Курочкина) Оп.1. Д.46. Л.16.
2. ГАЯО. ФР-3456. Оп.1. Д.22.
3. ГАЯО. ФР-3456. Оп.1.Д.31.
4. *Вересаев, В.В.* Записки врача. – М.: АСТ, 2021.
5. *Златогоров, С.И.* Сыпной тиф. – Харьков, 1931.
6. *Миронова, Н.А*. Великая эпидемия: сыпной тиф в России в первые годы советской власти . – М.: Университет Дмитрия Пожарского, 2020.
7. Население России в XX веке: исторические очерки: в 3 т. / Рос. акад. наук, Отд-ние истории, Ин-т рос. истории; отв. ред. изд. Ю. А. Поляков. — М.: РОССПЭН, 2000. Т.1.

8. Труды Совещания бактериологов и представителей врачебно-санитарных организаций по борьбе с заразными болезнями в связи с военным временем. Москва 28-30 декабря 1914. Москва, 1915.

УДК 929

ПРОФЕССОР-БОЛЬШЕВИК: К 145-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АЛЕКСАНДРА ПАВЛОВИЧА СЕРГЕЕВА

Левина Татьяна Александровна

Руководитель центра истории, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (414000, Российская Федерация, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121). E-mail: tatlevina@gmail.com

Садретдинов Ренат Ажимахмудович

Доктор медицинских наук, доцент, кафедра клинической иммунологии с курсом последипломного образования, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (414000, Российская Федерация, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121). E-mail: likhoradka@mail.ru

Статья посвящена Александру Павловичу Сергееву – профессору, доктору медицинских наук, заведующему кафедрой социальной и экспериментальной гигиены, ректору Астраханского государственного медицинского института. Александр Павлович – учёный и учитель с большой буквы, помимо огромнейшего научного наследия, он воспитал несколько поколений выдающихся врачей и учёных.

***Ключевые слова**: ректор, профессор, гигиена, врач, кафедра*

PROFESSOR-BOLSHEVIK: ON THE 145-TH ANNIVERSARY OF THE BIRTH OF ALEXANDER PAVLOVICH SERGEEV

Levina Tatyana Aleksandrovna

Head of the history center, Astrakhan State medical university, Bakinskaya street 121, Astrakhan 414000 RUSSIA.

Sadretdinov Renat Agimahmudovich

Doctor of medical sciences, associate professor, department of clinical immunology, Astrakhan State medical university, Bakinskaya street 121, Astrakhan 414000 RUSSIA.

The article is dedicated to Alexander Pavlovich Sergeev, a professor, doctor of medical sciences, head of the department of social and experimental hygiene, and rector of the Astrakhan State medical institute. In addition to his vast scientific legacy, Alexander Pavlovich has trained several generations of outstanding doctors and scientists.

***Keywords**: rector, professor, hygiene, doctor, department*

Александр Павлович Сергеев (1881-1928), доктор медицинских наук, профессор (1923), заведующий кафедрой социальной и экспериментальной гигиены (1923-1928), директор АГМИ (1924-1926).

В этом году ему исполнилось 145 лет со дня рождения.

Александр Павлович Сергеев родился в семье политического заключенного 27 января 1881 года в Санкт-Петербурге. В 1904 году окончил Казанский ветеринарный институт, а в 1910 году – медицинский факультет Юрьевского университета [2, с. 323].

С 1911 года по 1915 год Сергеев А.П. работал земским ветеринарным врачом, а с 1910 года начал работать земским врачом. В 1912 году его арестовывают за создание земской библиотеки. В 1914 году он вступает в РСДРП(б). С 1911 по 1915 год он работал ассистентом в клиническом институте Петрограда на кафедрах гигиены и уха, горла и носа. С 1918 года по 1921 год находился на военной службе в Туркестанском крае, где был заместителем комиссара Уральского областного комиссариата здравоохранения, где принимал активное участие в свержении власти генерала Коровникова – ставленника Временного правительства. Рос его авторитет, росли симпатии к нему. Его избирают делегатом на съезд в Петроград.

Создатель санитарных отрядов Красной гвардии Красноярского района, затем последовательно заведовал губернскими отделами здравоохранения Енисейской, Омской и Томской губерний. На этих постах проявился незаурядный талант Сергеева А.П., как организатора медицинской науки в Сибири, председателя Ученого медицинского совета, организатора комячеек.

В 1923 году Сергеева А.П. утверждают профессором кафедры гигиены Томского университета и в этом же году по решению партии его переводят в Астрахань.

В 1923 году Александр Павлович приехал в Астрахань. Ему поручили организовать открытие новой кафедры социальной и экспериментальной гигиены. Известна очень яркая характеристика Астрахани, которую он дал: «Будучи расположен на очень низком месте, возвышаясь над океаном не более, чем на 84 фута, покоясь как бы в яме, глубиной в 12 сажень, пересекаемой рукавами Волги, ильменями, этот своеобразный город представляет из себя болото, прекрасный рассадник малярии, давший за последний (1923) год более 20000 заболеваний. Неудивительно, что Астрахань, как самый грязный антисанитарный город в Европе, занимает по смертности первое место. Здесь умирало не менее 48, а иногда и 64 человека на 1000 населения, в России – 31. В этом отношении город Астрахань соперничает с Бомбеем и Мадрасом, где холера – местная, непрекращающаяся болезнь. Топография города указывает на массу положительных возможностей для развития возможных эпидемий и в особенности малярии и холеры. Холера, проникая из Индии и Персии в Астрахань, опустошив последнюю, путешествует дальше в Европейскую Россию. Астрахань – это ворота инфекции в Европу».

А.П. Сергеев справился с этим заданием и был назначен на должность заведующего кафедрой социальной и экспериментальной гигиены, которой руководил до 1928 года. В 1923 году Сергееву присуждена ученая степень доктора медицинских наук, и он утвержден в звании профессора.

Возглавляя кафедру гигиены, с 1924 по 1926 год он одновременно являлся директором АГМИ и много сделал для укрепления вуза. По его инициативе и настоянию, Астраханской санитарной службой была проведена огромная работа по изучению берега реки Волга в пределах города в целях установления границ зоны санитарной охраны [3, с. 4]. Все материалы и проект зоны были представлены на утверждение в губисполком.

2 декабря 1925 года было начато систематическое хлорирование водопроводной воды. Усилился санитарный надзор за водоснабжением. В 1924 году А.П. Сергеев добивается выделения самостоятельного бюджета для малярийной станции и создания при ней стационара на 10 коек. Создается большой фонд хинина. Производится обследование населения на паразитоносительство, предпринята профилактическая хинизация красноармейцев. Им была упорядочена санитарная очистка, свалки для мусора вынесены за черту города. Усиливаются санитарно-пищевой надзор, контроль за качеством пищевых продуктов, за местами торговли предприятиями общественного питания.

С 1927 года он заведовал в Астрахани поликлиникой профессиональных болезней. Профессор провел огромную исследовательскую работу по состоянию изучения здоровья подростков в Астраханской области, выявил среди них много ослабленных, разработал систему срочных мер, которая была призвана осуществить губдеткомиссия, созданная по его инициативе. Она боролась с детской беспризорностью, изыскивала средства для улучшения детского питания, привлекая для этого широкую общественность.

На посту ректора Астраханского медицинского института А.П. Сергееву принадлежит заслуга в пятикратном увеличении выпуска студентов в 1927 году, против первого выпуска 1923 года. Он создатель кафедры общей и социальной гигиены, организатор системы подготовки санитарных врачей. При этом не забыта и городская санбаклаборатория, где он порой работал как простой врач-практик.

С 1923 года А.П. Сергеев ответственный редактор журнала «Медицинского обозрения Нижнего Поволжья» (Астрахань).

Он с большим уважением и любовью относился к своим студентам, лично руководил научным студенческим кружком на кафедре. Автор 30 опубликованным работ. Среди них: сибирская язва, Казань, 1905 г., комбинированный способ дезинфекции, Юрьев, 1910 г., санитарное состояние

города Ачинска, Красноярск, 1920 г., санитарное состояние города Томска, Томск, 1922 г., диспансеризация лечебной помощи, как метод борьбы со знахарством, Астрахань, 1923 г., евгеника в сфере социальной гигиены, Астрахань, 1923 г., научная организация труда, Астрахань, 1924 г., поражение человеческой кожи в зависимости от химического состава раны, Екатеринбург, 1924 г. Ряд статей и докладов были напечатаны им в газете «Правда» и газете «Рабочий путь» [1, с. 19].

Будучи единственным профессором членом ВКП(б) нашей губернии, товарищ Сергеев А.П. способствовал внедрению основ марксистского мировоззрения во всех общественных организациях, где он работал.

В журнале Медицинское обозрение Нижнего Поволжья (1925 г.) в разделе хроника отмечено, что утверждена кафедра НОТ, где лекции читает профессор А.П. Сергеев, а на кафедре социальной гигиены организован музей.

В этом же журнале профессор А.П. Сергеев публикует очерки истории русской медицины (1925, №3-4).

Огромный объем работ, одновременно выполняемый профессором, показался невероятным даже для народного комиссара здравоохранения Н.А. Семашко, который посетил Астрахань в 1926 году. Сергеева А.П. освобождают от должности зав. губздравом., на его место назначают доктора А.И. Лихачева.

В августе 2020 года астраханский краевед Сергей Германович Львов передает в дар центру истории фотографию, на которой изображен А.П. Сергеев с супругой Е.С. Трутневой. Но оборотной стороне фотографии есть подпись «милым родным от Лизы и Шуры Сергеевых», 20 января 1928 год. Елизавета Степанова Трутнева выпускница АГМИ 1923 года (первый выпуск).

Умер Александр Павлович Сергеев в июне 1928 года в Москве. Похоронен на Дорогомиловском кладбище. Получив эту скорбную телеграмму, Ученый совет выносит постановление об увековечивании памяти А.П. Сергеева. Портрет его должен висеть в главном зале заседаний. Суровы строчки некролога: «Ушел от нас навсегда закаленный старый партиец…Александр Павлович, имеет много заслуг перед революцией и Советской властью. Память о нем будет жить вечно в наших сердцах».

Список литературы

1. Архив Астраханского государственного медицинского университета. – Ф. 1071. Оп. 1. Д. 288.
2. Доктора наук, профессора Астраханского государственного медицинского университета 100-летию ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России посвящается / В.М. Мирошников [и др.]. – Астрахань, 2018. – 447 с.
3. *Львов С.Г., Б.Н. Левитан*. Имеет много заслуг перед революцией / С.Г. Львов, Б.Н. Левитан // Газета «Волга». – 1987. – 16 июля.

УДК 616.1:61 (091)

СИБИРСКИЕ ПЕРИОДЫ В ЖИЗНИ Н.С. КОРОТКОВА: МЕЖДУ ВРАЧЕБНЫМ ДОЛГОМ И БОРЬБОЙ ЗА ЖИЗНЬ

Петрова Милана Николаевна

Кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры организации здравоохранения и профилактической медицины ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К.Аммосова» (677000, Республика Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Белинского, д. 58). E-mail: m.n.petrova@s-vfu.ru

В статье рассматриваются два сибирских периода биографии Н.С. Короткова, пионера сосудистой хирургии и автора аускультативного метода измерения артериального давления. Показано, как напряженная работа, материальные трудности, болезнь и поиски клинического опыта привел его на Ленские прииски, где он работал приисковым врачом и стал свидетелем расстрела рабочих в 1912 г. Анализируется влияние сибирского опыта на профессиональное становление Н.С. Короткова и его представление о врачебном долге.

***Ключевые слова**: Николай Сергеевич Коротков, Сибирь, Ленские прииски, профессиональная биография, история медицины.*

SIBERIAN PERIODS IN THE LIFE OF N.S. KOROTKOV: BETWEEN MEDICAL DUTY AND THE STRUGGLE FOR LIFE

Petrova Milana Nikolaevna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Health Care Organization and Preventive Medicine, M.K. Ammosov North-Eastern Federal University (58 Belinsky str., Yakutsk, Republic of Sakha (Yakutia), 677000)

This article examines two Siberian periods in the biography of N.S. Korotkov, a pioneer of vascular surgery and the inventor of the auscultatory method for measuring blood pressure. It shows how intense work, financial difficulties, illness, and the search for clinical experience led him to the Lena goldfields, where he worked as a mine doctor and witnessed the execution of workers in 1912. The influence of his Siberian experience on N.S. Korotkov's professional development and his understanding of medical duty are analyzed.

***Keywords**: Nikolai Sergeevich Korotkov, Siberia, Lena goldfields, professional biography, history of medicine.*

Введение. Николай Сергеевич Коротков (1874–1920) вошёл в историю медицины как автор звукового метода измерения артериального давления [2, с. 29] и один из пионеров сосудистой хирургии, однако его биография тесно связана со временем пребывания в Сибири. Из-за материальной нестабильности, тяжёлой болезни и профессионального поиска он дважды надолго уезжал на

Ленские прииски. Сибирский лечебный климат, хотя и имел благоприятное влияние на здоровье Н.С. Короткова, не мог быть спасением для врача, наблюдавшего тяжёлый труд рабочих и высокий уровень заболеваемости. Цель статьи – проанализировать оба сибирских периода жизни Н.С. Короткова и показать их роль в его судьбе как врача и учёного.

Материалом послужили опубликованные биографические очерки исследователя С.Е. Попова, воспоминания сына С.Н. Короткова и работы, посвящённые истории открытия аускультативного метода измерения артериального давления.

Первый сибирский период (1908-1909 гг.). К середине 1900-х годов здоровье Н.С. Короткова было серьёзно подорвано: после напряжённой учёбы, добровольной службы в Китае и участия в русско-японской войне у него развился туберкулёз лёгких. В конце 1905 г. он был госпитализирован в терапевтическую клинику Военно-медицинской академии под руководством С.С. Боткина, где ему официально поставили диагноз «туберкулёз лёгких». После выписки Коротков ненадолго уехал к родителям в Курск, где его самочувствие значительно улучшилось. Затем он вернулся в Петербург для завершения экзаменов на степень доктора медицины, которые окончательно сдал лишь 4 апреля 1908 г. [1, с. 5]. Неблагоприятный петербургский климат, постоянные обострения болезни, отсутствие стабильного дохода заставили его подумать о возможности работы в Сибири: он рассчитывал, что сухой воздух тайги улучшит течение туберкулёза и одновременно обеспечит заработок [2, с. 31].

В 1908 г. Н.С. Коротков занимает должность приискового врача Андреевской больницы Витимско-Олёкминского округа на Ленских приисках. Работа на приисках давала жильё, фиксированный доход и богатый клинический материал для продолжения его исследований по коллатеральному кровообращению. По воспоминаниям сына, в этот период он активно занимался живописью, писал акварелью и маслом и восхищался «суровой красотой» Сибири, что становилось для него важным личностным ресурсом в условиях тяжёлой работы и болезни [3, с. 7].

Коротков Н.С. пробыл в Сибири остаток 1908 и почти весь 1909 г., после чего вернулся в Петербург для завершения докторской диссертации «Опыт определения силы артериальных коллатералей». Защита диссертации состоялась 15 мая 1910 г. в Императорской военно-медицинской академии; оппоненты (С.П. Фёдоров, В.А. Оппель, Н.Н. Петров) высоко оценили работу Н.С. Короткова, а уже 22 мая ему был выдан диплом доктора медицины.

Второй сибирский период (1911-1913 гг.) и Ленский расстрел. Лето 1910 г. стало для доктора Короткова временем профессионального и физического напряжения: он был командирован для борьбы с эпидемией холеры в Тверскую

область, где работал до прекращения новых случаев осенью. Подготовка и защита диссертации, затем работа в очаге холеры вновь привели к ухудшению здоровья и обострению туберкулёза.

Считая доказанным для себя благотворное влияние сибирского климата, 10 декабря 1910 г. Коротков заключает двухлетний контракт с Ленским золотопромышленным товариществом на работу врачом приисков с обязательным прибытием не позднее 20 января 1911 г. Дорога была тяжёлой: до Иркутска он добирался поездом по Транссибирской магистрали, затем около 2000 км по зимней санной дороге в кибитке до Бодайбо – центра приисков [2, с. 32].

Летом 1911 г. к нему на прииски приехали жена Елена Алексеевна, её сестра и сын Сергей; осенью женщины вернулись в Петербург, а мальчик остался с отцом для подготовки к поступлению в школу.

Условия труда и быта рабочих были крайне тяжёлыми: низкая оплата, перенаселённые бараки, плохое питание и высокий травматизм создавали постоянный поток пациентов. Кульминацией второго сибирского периода стал Ленский расстрел 4 апреля 1912 г., когда вооружённые отряды открыли огонь по пятитысячной колонне рабочих, шедших с требованиями улучшения условий труда. За несколько минут было убито около 270 и ранено около 250 человек. Больница оказалась переполнена, врач Коротков вместе с коллегами оказывал помощь множеству тяжелораненых. По воспоминаниям сына, пережитое так потрясло отца, что за короткое время он поседел.

Несмотря на эмоциональное и физическое истощение, Коротков продолжал работать на приисках до конца срока договора – до 1 декабря 1912 г., так как в условиях зимней дороги он не мог сразу вывезти семилетнего сына на расстояние около 2000 км. Фактический отъезд семьи пришёлся на весну 1913 г., после чего он вновь попытался закрепиться в петербургской медицине, сначала как младший врач в ведомственных структурах, а затем – как старший врач больницы имени Петра Великого.

Значение сибирского опыта для профессиональной и человеческой биографии имели огромное значение в жизни Н.С. Короткова. Сибирские периоды в биографии Короткова встраиваются в более широкий контекст его жизни – от участия в Боксёрском восстании и русско-японской войне до работы военным хирургом в Первую мировую войну и руководства отделениями в Петрограде. Работа на Ленских приисках была связана со многими проблемами, среди которых главными были: борьба с собственной болезнью (туберкулёз легких), обостренное чувство врачебного долга и столкновение с социальной несправедливостью.

Сибирь стала для доктора Короткова, во-первых, частью личной стратегии выживания: он дважды ехал туда, сочетая заботу о здоровье с необходимостью прокормить семью и продолжить научную работу; во-вторых, приисковая практика дала уникальный клинический материал по тяжёлым травмам, инфекциям и общесоматическим заболеваниям, что косвенно поддерживало его интерес к проблемам кровообращения и сосудистой хирургии; в-третьих, потрясение от Ленского расстрела усилило его гуманистическую позицию и представление о враче как о человеке, который обязан оставаться на стороне страдающих, независимо от политических обстоятельств.

Впоследствии, работая старшим врачом больницы Петра Великого и заведующим сыпнотифозным отделением в годы эпидемии сыпного тифа в Петрограде, Н.С. Коротков вновь оказался в ситуации экстремальных условий, социального кризиса и высокой личной ответственности. Опыт Сибири, выдержка и служба «на пределе», вероятно, сформировали ту стойкость, с которой он продолжал работать до самой смерти от туберкулёза в 1920 г.

Заключение. Два сибирских периода в жизни Н.С. Короткова – 1908-1909 и 1911-1913 гг. – были обусловлены сочетанием медицинских, материальных и личностных мотивов и стали важными этапами его профессиональной и человеческой биографии. Сибирь выступила для него одновременно «лечебным климатом», местом тяжёлого, но плодотворного труда и пространством нравственных испытаний, кульминацией которых стал Ленский расстрел. Изучение этих эпизодов позволяет глубже понять не только биографию автора аускультативного метода измерения артериального давления, но и культурно-исторический контекст врачебного долга в начале XX века [2, с.35].

Список литературы

1. Гипертоническая болезнь: новое в диагностике и лечении. Клинич. оценка причин и механизмов развития / Е. Е. Гогин; Мед. центр Упр. делами Президента Рос. Федерации. – Москва: Известия, 1997. – 399 с.

2. *Попов, С.Е.* 100-летие научного открытия хирурга военно-медицинской академии Н. С. Короткова, сделавшего эпоху в развитии мировой медицины // Вестник аритмологии. – 2005. – № 40. – С. 29–35.

3. *Шевченко, Ю.Л., Карпов, О.Э., Шалыгин, Л.Д., Матвеев, С.А.* Гениальное изобретение в медицине отечественного военного врача (к 110-летию открытия звукового феномена для измерения артериального давления Короткова) // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2015. – Т. 10. – № 3. – С. 3–8.

УДК 93/94

Н.А. ДОБРОВОЛЬСКАЯ-ЗАВАДСКАЯ (ВРАЧ, УЧЕНЫЙ-ГЕНЕТИК - ДОКТОР МЕДИЦИНЫ) – НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И МИРОВОЕ ПРИЗНАНИЕ

Кондрашкина Лариса Геннадьевна

Кандидат исторических наук, доцент, кафедра истории Отечества, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8). Email: larisa_kondr@bk.ru

Статья посвящена биографии доктора медицины, хирурга, генетика, профессора Надежды Алексеевны Добровольской-Завадской (1878–1954), проживавшей в Париже в эмиграции с 1921 года. За свою жизнь Добровольская-Завадская прошла долгий путь развития как учёный и как общественный деятель. Надежда Алексеевна Добровольская (1878–1954) была врачом, генетиком и доктором медицины, чьи исследования в области онкологии ещё в 1930-х годах были связаны с изучением воздействия рентгеновских лучей на природу различных видов рака.

Ключевые слова: *Добровольская-Завадская, русская эмиграция, русская научная эмиграция, женщины-врачи, история медицины, история генетики, русская эмиграция.*

Kondrashkina Larisa Gennadievna

Candidate of Historical Sciences, Associate Professor, Department of Domestic History, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (197022 Russian Federation, St. Petersburg, Lev Tolstoy str., 6/8).

The article about of the biography of Doctor of Medicine, surgeon, geneticist, professor Nadezhda Alekseevna Dobrovolskaya-Zavadskaya (1878–1954), who has lived in Paris in exile since 1921. During her life, Dobrovolskaya-Zavadskaya went through a long path of development both as a scientist and as a public figure. Nadezhda Alekseevna Dobrovolskaya (1878–1954) was a physician, geneticist, and doctor of medicine whose research in the field of oncology back in the 1930s was connected with the study of the effects of X-rays on the nature of various cancers.

Keywords: *Dobrovolskaya-Zavadskaya, Russian emigration, Russian scientific emigration, women doctors, history of medicine, history of genetics, Russian emigration.*

Эмиграция в истории человечества – явление не новое. Масштабные исторические события цивилизационного характера всегда сопровождаются миграционными и эмиграционными процессами. В XVI—XVIII вв. имели место как отъезд из России, так и приток в неё из стран Европы. Из России немало уезжали и в XIX веке, но массовая эмиграция была с 1917 - 1922 гг. XX столетия.

Особенность русской женской эмиграции 1917–1939 гг. в значительной степени определяется ее бережным отношением к культурному наследию покинутой России. Как известно, «первая послеоктябрьская волна» женской

эмиграции была представлена в основном образованной частью общества. Эмигрантки из России громко заявили о себе в журналистике, в издательском деле, но большей частью женщины русского зарубежья 1917–1939 годов смогли проявить свой талант в сфере искусства, модельного бизнеса. Что касается женщин представляющих научное и медицинское сообщество «русского зарубежья», то это направление пока на периферии внимания исследователей. Женских имен в области медико-биологических наук удостоенных мирового признания немного, среди которых - **Надежда Алексеевна Добровольская (1878–1954**) - врач, ученый-генетик - доктор медицины, исследования которой в области онкологии еще в 1930-е гг. были связаны с изучением воздействия рентгеновских лучей на природу различных раковых заболеваний. Н.А. Добровольская, одна из первых студенток Женского медицинского института в Санкт-Петербурге, успешно закончила (ЖМИ) в 1904 году со званием лекаря с отличием. Затем она в течение двух лет работала ординатором в хирургической клинике профессора М.С. Субботина при Военно-медицинской академии, несколько месяцев служила земским врачом в Вятской губернии, а в 1906 г. стала практикантом Пастеровской станции Императорского института экспериментальной медицины (ИИЭМ). В течение последующих лет Надежда Алексеевна работала в Патологическом кабинете ИИЭМ под руководством Е.С. Лондона (1868/69–1939). В 1911 успешно защитила диссертационную работу по теме «Влияние кровопотерь на пищеварительные процессы» а звание доктора медицины [3. с. 139].

После получения ученого звания Добровольская продолжила свою научную деятельность в ИИЭМ, Женском медицинском институте в звании приват-доцента и Обуховской больнице в Санкт-Петербурге, где специализировалась на сосудистой хирургии.

Добровольская Н.А. во время Первой мировой выполняла обязанности хирурга в лазарете Герцога Лейхтенбергского. Лето 1915 года Н.А.Добровольская провела на передовой в армиях Юго-Западного фронта. Полученный на фронтах Первой мировой войны опыт был изложен Н.А. Доброольской в научной статье «К вопросу о ранениях сосудов и травматических аневризмах», опубликованной в конце 1916 г. в газете «Русский врач». Важно отметить, что по данным Российского медицинского списка на 1916г. в России практиковали всего 23 женщины-хирурга, из которых, только пять являлись докторами медицины, и среди них была Н.А. Добровольская [4.с.127-134.]

В 1919 году она обнаружила эффект снижения пульсации при сжатии артерии выше артериовенозной аневризмы, который получил впоследствии название **синдрома Добровольской**. В конце 1919 г. Добровольскую Н.А.,

пригласили как компетентного специалиста в области сосудистой хирургии хирургом-консультантом в госпитали Севастополя. В 1920 году Добровольская Н.А. по долгу врача, сопровождая раненых на госпитальном судне, покидает Россию. Согласно спискам эмигрантов из России, профессор Н.А.Добровольская находилась в русском лагере в Тель-эль-Кебире. Здесь она познакомилась со многими соотечественниками, с которым затем поддерживала отношения в эмиграции. Среди них нужно отметить В.В. Завадского, художника И.Я. Билибина, А. Терешкевича, будущего архимандрита Авраамия. Дорога вела в «русский Париж».

Париж в 1920-х гг. являлся крупным центром российской эмиграции и столицей медицинского зарубежья. Именно здесь, располагалась особая организация, объединяющая сообщество медиков и ученых-биологов, это «Общество русских врачей им. И.Мечникова». 18 апреля 1922 г. в мэрии 15-го округа Парижа Добровольская Н.А. стала мадам Добровольской-Завадской, выйдя замуж за Вениамина Валериановича Завадского (1884–1944), писателя, известного под псевдонимом В. Корсак [5. Pp. 465–495].

С 1 октября 1921 года Н.А. Добровольскую принимают в лабораторию, организованную Пастеровским институтом и Институтом радия (впоследствии – Институт Кюри), которой сначала руководил профессор Клод Рего, а затем Н.А.Добровольская. Добровольская-Завадская занималась развивающимися направлениями того времени — **радиологией и генетикой**. В 1930-е гг. Добровольская-Завадская сконцентрировала свои усилия в изучении наследственности рака.

В начале 1930-х гг. принимает приглашение от научного сообщества посетить лаборатории США, где в течение двух месяцев прочла более 20 лекций и докладов, организованных для нее Институтом международного обучения (Institute of International Education) в различных университетах и научных собраниях восточной части США. По приглашению Радиологического общества Северной Америки Добровольская-Завадская выступала с сообщениями о исследовании наследственной формы рака на ежегодном съезде общества в Лос-Анджелесе [2.Врачебный вестник, 1931]. В 1932 г. она принимала участие в VI Конгрессе по генетике в Нью-Йорке. Вернувшись в Париж, продолжила читать курс радиологии в Парижском университете, так же курсы общедоступных лекций в Союзе врачей при Русском студенческом христианском движении (1932) и Объединении сестёр милосердия Российского общества Красного Креста (1935).

В 1937 году спустя 15 лет работы в области генетики и онкологии, Н.А.Добровольская-Завадская была награждена премией Французской академии

наук за проведенные исследования в области наследственной предрасположенности к раковым заболеваниям [1. с. 196–198]

События Второй мировой войны стали оказывать прямое влияние на научную деятельность Н.А.Добровольской-Завадской. 3 июня 1940 г. немцы провели бомбардировку Парижа, 14 июня 1940 г. немецкие войска вошли в столицу Франции. В этот сложный период исследования Н.А.Добровольской-Завадской, несмотря на поддержку научного сообщества, временно были приостановлены.

В 1946 году были возобновлены научные исследования по изучению влияния на организм больного раком витаминов группы В, в частности В1. Результаты проводимых исследований Н.А.Добровольской были представлены в 1950 г. на V международном конгрессе по раковым болезням в Сорбонне (La Sorbonne), Париж. Добровольская-Завадская выступила с двумя докладами: «Роль организма в терапии рака» и «Опытные данные раковой медицины» [6. Pp. 508–509.].

Ранее Н.А.Добровольской-Завадской в научных сообществах выступала с докладами «Наследственность и явления самозащиты организма при раке» (ноябрь 1948 г.), «Новые течения в науке и наследственность» (декабрь 1948 г.), «Биохимические основы проблемы долголетия» (ноябрь 1952 г.), «Вопросы питания с точки зрения здоровья и политической экономии» (май 1953 г.).

31 октября 1954 г. Н.А. Добровольская-Завадская по дороге на Конгресс врачей в Италии скончалась от сердечного приступа и была похоронена на Большом городском кладбище в Милане.

За годы, проведенные в эмиграции, Н.А. Добровольская-Завадская опубликовала более 70 научных работ. Ее исследования позволили Институту Кюри занять лидирующую позицию в вопросе изучения наследственности раковых заболеваний, а работы в области изучения рака и биологии развития цитируются учеными и в настоящее время. Важно отметить то, что Н.А. Добровольская-Завадская вдали от Родины оставалась русским ученым и врачом, ведь несмотря на все заслуги и мирового признания, она так и не сменила свое гражданство.

1. Список литературы

2. *Баюк, Д.А.* Люди мира. Русское научное зарубежье. М.: Альпина Паблишер. 2017. 516 с.
3. Врачебный вестник. 1931. № 1. Февраль.
4. *Добровольская, Н.А.* К учению о влиянии кровопотерь на пищеварительные процессы: дис. на степ. д-ра мед. Н.А. Добровольской. СПб.: тип. Имп. Акад. наук, 1911. 140 с.
5. *Невоструев, Н.А., Лядова, В.В*. Исторический опыт деятельности женщин в российской медицине // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. № 8 (62). С. 127–134.

6. *Pigeard-Micault, N., Gachelin, G.* Nadine. Dobrovolskaïa-Zavadskaïa, une Russe à la Fondation Curie, une vision singulière de la génétique dans le cancer (1921–1954) // Canadian Bulletin of Medical History. 2017. Vol. 34. Iss. 2. Pp. 465–495
7. *Chaine, J.* Necrologie, Madame Dobrovolskaïa-Zavadskaia (1878–1954) // Bull. du cancer 12. 1954. Vol. XLI. № 4. Pp. 508–509.

УДК 615.1-055.2(476)(091)”19”

БЕЛОРУССКИЕ ЖЕНЩИНЫ-ФАРМАЦЕВТЫ XX ВЕКА: ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ГРАЖДАНСКАЯ ПОЗИЦИЯ

Сосонкина Валентина Фёдоровна

Ведущий специалист торгово-производственного республиканского унитарного предприятия «БЕЛФАРМАЦИЯ». E-mail: org@pharma.by

В статье представлен долгий и трудный путь белорусских женщин в фармацию. Анализируется количество аптек и появление первых женщин в качестве аптекарских учениц, управляющих аптеками в рассматриваемый период. Раскрывается их участие в Великой Отечественной войне, восстановлении аптечной службы после войны и дальнейшем ее развитии в 1970-1980-е годы. Указаны их государственные награды.

Ключевые слова: *женщины-фармацевты, аптека, аптекарские помощницы, провизор.*

BELARUSIAN WOMEN PHARMACISTS OF THE 20TH CENTURY: PROFESSIONAL ACTIVITY AND CIVIC POSITION

Valentina Fedorovna Sosonkina

Leading Specialist of the Trade and Production Republican Unitary Enterprise BELPHARMACY.

The article presents the long and difficult path of Belarusian women into the field of pharmacy. It analyzes the number of pharmacies and the emergence of the first women as pharmacy apprentices and pharmacy managers during the period under consideration. Their participation in the Great Patriotic War, the restoration of the pharmaceutical service after the war, and its further development in the 1970s–1980s are described. Their state awards are also mentioned.

Keywords*: women pharmacists, pharmacy, pharmacy assistants, provisor.*

В Российской империи женщины стали «прорываться» в фармацию в конце XIX в., когда в стране активно происходили изменения в социальной и политической жизни, в образовании.

4 марта 1883 г. повелением Российского императора Александра III женщины впервые получили право заниматься фармацевтической деятельностью. Спустя пять лет был разработан порядок допуска аптекарских учениц и помощниц к экзаменам на фармацевтические звания при Санкт-Петербургской военно-медицинской академии. Подготовка фармацевтических специалистов независимо от пола включала четыре ступени: аптекарский ученик, аптекарский помощник, провизор, магистр фармации.

В числе первых женщин-фармацевтов в России была Антонина Лесневская, которая в 1889 г. стала аптекарской ученицей (далее ученица), а в 1898 г. – провизором. В 1901 г. она открыла женскую аптеку в Санкт-Петербурге, а спустя год организовала при ней фармацевтическую школу [14].

Обязанности учеников и фармацевтов были предусмотрены Российским врачебно-санитарным законодательством. Более ответственными и объемными они были у владельцев и управляющих аптеками. Так, управляющие аптеками должны быть честными и достойного поведения; строго следить за исполнением подчиненными фармацевтами своих обязанностей; вежливо обслуживать посетителей; снабжать аптеку доброкачественными лекарственными средствами (ЛС), необходимыми фармацевтическими и химическими аппаратами и посудой, которые должны всегда содержаться в чистоте; контролировать изготовление ЛС по фармацевтическим правилам и их отпуск, не допуская реализацию запрещенных ЛС. Причем управляющие аптеками также обязаны изготовлять и отпускать ЛС по рецептам врачей, а в случае своего отсутствия – возлагать обязанности на других фармацевтов, в том числе и в ночное время.

Управлять нормальной аптекой (современная терминология – производственная) имел право провизор или магистр фармации, а сельской (без права изготовления ЛС) – аптекарский помощник, в возрасте не моложе 25 лет, или провизор, магистр фармации. Временное управление нормальной аптекой аптекарскому помощнику разрешалось губернским врачебным отделением только в случае смерти, болезни или кратковременной отлучки управляющего под надзором местного врача [15].

В период Российской империи на территории современной Беларуси не было учебных заведений по подготовке фармацевтических кадров. Можно было получить только звание аптекарского ученика (ученицы) в некоторых гимназиях.

По результатам проведенного исследования автором российских медицинских списков, памятных книжек белорусских губерний и других источников выявлены следующие факты.

Первые аптекарские ученицы появились в начале 1892 г. в аптеке провизора Ю.Х. Лурье г. Климовичи Могилевской губернии и в аптеке местечко Раково Минской губернии (фамилии учениц в документах не указаны) [7]. В последующие годы количество учениц увеличивалось. Например, в январе 1901 г. в аптеках Минской губернии работало 22 ученицы [8], а в мае 1908 г. – 47 [9]. Следует отметить, что в 1913 г. в Минской мужской гимназии звание аптекарский ученик (ученица) получили 13 человек, 9 из них женского пола, в 1914 г. – 24 и 14, в 1915 г. – 18 и 14, в 1918 г. – 8 и 6 соответственно.

Подготовку фармацевтов остальных трех ступеней (аптекарского помощника, провизора, магистра фармации) осуществляли Петербургская

медико-хирургическая академия и университеты (Московский, Киевский, Юрьевский, Казанский и др.) [16].

Автором проведено исследование и на предмет выявления первых женщин-фармацевтов на территории Беларуси. Первым дипломированным специалистом является аптекарская помощница О.И. Пахман. Она управляла сельской аптекой наследников аптекарского помощника А.Е. Мейлихина в местечке Хотимск Могилевской губернии (1897–1898 гг.) [10]. В 1898 г. в этой губернии имелось 44 аптеки, в том числе – 13 сельских и 3 филиальных [11].

В Могилевской губернии также появилась и первая женщина с высшим фармацевтическим образованием – провизор С.Я. Рабинович, управляющая аптекой в г. Чаусы в (1908–1909 гг.), владельцем которой был Р.Я. Биневич 12]. В это время в губернии действовало не менее 40 аптек **[**13].

В ходе исследования также выявлено, что в период с 1897 по 1916 гг. управляли аптекой в городах и местечках белорусских губерний не менее 66 женщин, из них 27 провизоров и 39 аптекарских помощниц.

Анализ российских списков аптек на 1916 г. показал, что в марте этого же года на территории современной Беларуси насчитывалось 268 аптек, и только 16-ми (6%) – управляли женщины-фармацевты, остальными – мужчины.

В результате немецко-русской, гражданской и советско-польской войн (1915-1921 гг.) произошло административно-территориальное деление Беларуси. В молодой Белорусской ССР в большинстве национализированных аптек и аптечных складов были назначены управляющими мужчины, и только в некоторых – женщины. Так, в 1918 г. приняла руководство аптекой в м. Добруше А.Я. Завистовская, городской аптекой в Могилеве М. Шавелева, в 1919 г. – Ф.Б. Виленская – 2-й городской аптекой в Речице и Э.С. Флеер – в Шклове [14], в 1920 г. – М.И. Серебрянская – аптекой 2-й Советской амбулатории [3, л. 32], М.Л. Левина – аптекой остро-заразной больницы в Минске [3, л. 82].

Все они активно включились в новое аптечное строительство, имели звание аптекарского помощника (средне специальное образование).

В 1920-1921 гг. при советской власти функционировало не менее 100 аптек и в 25 (25%) руководили ими женщины. Г.Н. Клячкина управляла аптечным складом при Несвижском уездраве, а И.И. Бабицкая – распределительным пунктом при Мозырском. Среди них только пять женщин имели высшее фармацевтическое образование. Наравне с мужчинами проводили социалистические преобразования в условиях послевоенной разрухи, экономического, продовольственного и лекарственного кризиса.

Для решения проблемы с фармацевтическими кадрами в 1920 г. в г. Гомеле была открыта фармацевтическая школа. Среди 30 первых выпускников школы (1924 г.) было 23 женщины. Школа просуществовала до октября 1924 г. [17].

В 1926 г. организовано фармацевтическое отделение в Могилевском политехникуме. Первый выпуск его состоялся в 1929 г., в числе 35 выпускников – 29 были лица женского пола [18, с. 171].

Большинство женщин-фармацевтов в последующие годы станут управлять аптеками.

В 1931 г. в БССР функционировало 146 аптек, в 1935 г. – около 240. В этот период женщин-управленцев насчитывалось более 36, а в конце 1930 гг. – не менее 50 [14].

Причем некоторые занимали и более высокие должности. В частности, в 1931 г. Розина А.С. возглавляла Минскую контору [18, с. 112], Просмушкина С.Б. – организационно-фармацевтический сектор Белаптекоуправления [18, с. 113], Злочевская Е.А. – Минское областное отделение ГАПУ Наркомздрава БССР (1938 – 1941 гг.) [18, с. 276].

Материально-техническая база аптек была слабая, особенно в сельской местности. Большинство аптек находились в домах частных лиц и занимали одну-две комнаты. Доставка ЛС в аптеку осуществлялась заведующими нарочным во все времена года. Недоставало не только ЛС, но и аптечной посуды, дистилляторов, инфундирных аппаратов, стерилизаторов, фармацевтической литературы для нормальной работы аптек [18, с. 125, 126]. Несмотря на трудности, женщины-управленцы достойно выполняли свой профессиональный долг и вносили определенный вклад в интенсивный путь развития аптечной службы БССР.

По Рижскому мирному договору (1921 г.) значительная часть белорусских земель до сентября 1939 г. входили в состав Польши. В 1938 г. на территории четырех воеводств располагалось 195 аптек, 86 из них – в сельской местности. Причем в аптеках, кроме провизоров, работало более 40 магистров фармации, получивших это звание в университетах Польши [18, с. 199]. В этот период управляли частными аптеками не менее 45 женщин с высшим фармацевтическим образованием [14].

В годы Великой Отечественной войны (ВОВ) около 260 женщин-фармацевтов проявили героизм на фронтах, в тылу, на оккупированной территории [19]. Не менее 52 женщин-фармацевтов активно участвовали в подпольном и партизанском движении. В числе погибших пока установлено шесть смелых и мужественных фармацевтов-патриоток.

Аржанова Г. А., уроженка Московской области, выпускница Московского фармацевтического техникума (1940 г.), была направлена на работу в аптеку № 4 г. Бреста. По поручению Брестского подпольного горкома партии доставала дефицитные ЛС, медицинские предметы и передавала через связных партизанским отрядам им. М. Н. Чернака, им. М.В. Фрунзе и др. Она также

участвовала в организации побегов военнопленных из концлагеря, переправляла их к партизанам, устраивала конспиративные встречи партизанских связных с подпольщиками города, доставала бланки паспортов. По доносу предателя была схвачена оккупантами и доставлена в гестапо. В тюрьме ее пытали, допрашивали. Она стойко выдержала 28 жестоких пыток. В конце 1943 г. гитлеровцы повесили Аржанову Г. А. во дворе Брестской тюрьмы, на дощечке на ее груди была надпись «Партизанка». Посмертно Аржанова Г. А. награждена орденом Отечественной войны I степени. В память о ней названа улица, на здании дома № 18 (перекресток улиц Советской и Пушкинской), в котором с 1939 г. находилась аптека № 4 Бреста, установлена мемориальная доска в память подпольщицы Галины Аржановой.

В числе расстрелянных, замученных в застенках гестапо, уничтоженных при немецких бомбежках в лесах – Морозевич (Харлап) У.П., Немзер Р.Н., Падалиц Ф.А., Смольская Е.А., Черная А.И. [20]. На оккупированных территориях нацисты создали 163 гетто с целью уничтожения еврейского населения. Пока удалось установить фамилии 40 погибших женщин еврейской национальности, 28 из них – узницы Брестского гетто. Остались в живых Гринберг Ф. (г. Брест), Хаймович С.Б. (г. Барановичи) и др. [21]. В оккупационный период погибло от рук нацистов не менее 240 фармацевтов, и было разрушено 510 аптек (85,7%) [22].

После освобождения территории от нацистов женщины активно подключились к восстановлению аптечной сети. Причем после войны в общей численности фармацевтического состава стали превалировать лица женского пола, в том числе и на руководящих должностях.

На 01.01 1947 г. в БССР уже функционировало 474 аптеки, в том числе 291 в сельской местности, 326 аптеками (68,7%) управляли женщины [4]. Причем контрольно-аналитические лаборатории всех 12 областных аптекоуправлений возглавляли только лица женского пола [5]. Кроме того, заместителем начальника ГАПУ Наркомздрава БССР была А.Д. Панкратова; начальником Гомельского аптекоуправления Е.Д Маргелова и ее заместителем Н.А. Карасева; Могилевского – А.С. Розина и Л.Т. Борисенко; Минского – Е.А Злочевская и Ф.С. Гинзбург; Полоцкого – А.И. Воротникова и А.Н. Глушакова соответственно [6].

В последующие годы список женщин-организаторов фармацевтического дела увеличивался на районном и областном уровнях, они совершенствовали организацию лекарственного обеспечения населения, внедряли прогрессивные формы в работе аптек, избирались депутатами местных советов народных депутатов, выполняли другую общественную работу. Возглавляли аптечную службу: Брестской области – В.Н Король (1964-1991) [1, с. 162], Гомельской –

П.Г. Диченкова (1962-1984) [1, с. 136], Витебской – Н.С. Дзик (1953 – 1962, участник ВОВ) [1, с. 135], Могилевской области – А.С. Розина (1943-1960. Участник ВОВ) [1, с. 205]. Долгие годы успешно руководили аптечной сетью Рогачевского района Гомельской области – Н.Д. Дятлова (1943-1981, участник ВОВ**) [**1, с. 141]; Климовичского района Могилевской области – Л.Е. Гладкая (1966-2003) [1, с. 123]; Борисовского района – Е.А. Лаврова Е.А. (1958-1993) [1, с. 173] и Столбцовского района Минской области – Ч.С. Лавшук (1971-1992) **[**1, с. 175]; Ивацевичского района – П.А. Кавецкая (1957-1981, участник ВОВ) [1, с. 151], Пинского района – Н.И. Орлова (1962-1992) [1, с. 190] и Барановичского района Брестской области – Т.Ф. Верес (1961-1988) [1, с. 118]; Лидского района Гродненской области – А.А. Технерядова (1982-1997) [1, с. 222] и многие другие. Управляли аптеками – школами передового опыта в Минске О.Л. Гаврилова (аптека № 13, 1974-2005) [1, с. 122], Н.П. Лобоцкая (аптека № 26, 1959-1996) **[**1, с. 176] и проч. Н.Н. Рандаревич руководила Витебской контрольно-аналитической лабораторией 35 лет (1966-2001) [1, с. 202].

На основании исследованных личных дел фармацевтических работников известно, что на Брестчине в течение 38 лет бессменно управляла сельской аптекой в Мотоле З.И Михович, а в г.п. Коссово – 33 года В.Л. Мурзина, на Могилевщине в дер. Глуша – А.М Адамович (1936-1961, участник ВОВ) и многие другие. Более полувека (1962-2018) Г.Н. Царик, кандидат фармацевтических наук посвятила подготовке провизоров и повышению их квалификации [1, с. 239].

Женщины независимо от среднего и высшего фармацевтического образования получили за свой многолетний добросовестный труд награды на разных уровнях, в том числе государственном. Следует отметить, что среди удостоенных государственных наград в 1970-1980 гг. были в основном женщины. Так, орден Трудового Красного знамени вручен 18 специалистам женского пола и такое же количество орден «Знак почета», медали – «За трудовое отличие» – 24, «За трудовую доблесть» – 23, звание «Заслуженный работник здравоохранения» – 16, «Заслуженный провизор БССР», и другие награды [2]. Много сильных и ярких женщин, накопивших солидный багаж знаний в области фармации, обладающих организаторскими способностями, стремлением к совершенствованию и занимающих активную жизненную позицию, стали примером для подражания детям, внукам. Теперь их наследники, близкие родственники приумножают славу матерей, бабушек, тетушек.

Таким образом, женский путь в фармацию был долгим и трудным. Белорусские женщины-фармацевты на протяжении столетия при разной форме государственности показали свою значимость в трудовой и общественной деятельности и внесли определенный вклад в развитие фармацевтической

службы Беларуси. Для современников они служат образцом преданности к своей профессии и Родине. Исторические исследования жизненного пути белорусских женщин-фармацевтов продолжаются.

Список литературы

1.Гореньков, В.Ф., Гореньков С.В. Фармация Беларуси XX века // В.Ф. Гореньков, С.В. Гореньков. – Минск, Минсктиппроект, 2001. – 272 с.

2. *Ковальчук, И.Е., Сосонкина, В.Ф.* Хронология знаменательных событий и дат истории фармацевтической службы Беларуси / И.Е. Ковальчук, В.Ф. Сосонкина. – Минск: Издательство Минский государственный ПТК типографии, 2010. – С. 80 – 85.

3. Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Ф. 46. – Оп. 1. Т. 1. – Д. 139.

4. НАРБ. – Ф. 47. – Оп. 2. – Д. 20. Л. 44 – 53.

5. НАРБ. – Ф. 47. – Оп. 2. – Д. 49. Л. 76, 80, 81, 84, 102, 103, 109, 126.

6. НАРБ. – Ф. 47. – Оп. 2. – Д. 20. Л. 74.

7. Российский медицинский список (РМС) на 1892 г. – Санкт-Петербург, 1892. – Л. 108, 113.

8. РМС на 1901 г. – Санкт-Петербург, 1901. – С. 53-55.

9. РМС на 1908 г. – Санкт-Петербург, 1908. – С. 63-65.

10. РМС на 1897 г. – Санкт-Петербург, 1897. – С. 85.

11. РМС на 1898 г. – Санкт-Петербург, 1898. – С. 87.

12. РМС на 1908 год. – Санкт-Петербург, 1908. – С. 67.

13. РМС на 1909 год. – Санкт-Петербург, 1909. – С. 67-69.

14. *Сосонкина, В.Ф.* Из истории женского фармацевтического образования. Женщины-руководители аптечных учреждений в Беларуси (первая половина XX века) / В.Ф. Сосонкина // Первичная медико-санитарная помощь: история становления: Материалы 14-й республиканской научно-практической конференции с международным участием (Минск, 12 октября 2017 г) под ред. Э.А. Вальчука и др. – Минск: Издательство БелМАПО, 2017. С. 304 – 308.

15. *Сосонкина, В.Ф*. Фармацевтическое дело в Беларуси (в составе Речи Посполитой и Российской империи): Исторический очерк / В.Ф. Сосонкина. – Минск: СтройМедиаПроект, 2014. – С. 65 – 66.

16. *Сосонкина, В.Ф.* Организация лекарственного обеспечения гражданского населения г. Минска в XVII – начале XX века. Мінск і мінчане: дзесяць стагоддяу гісторыі : старонкі гарадскога жыцця : зб. навук. арт. / Нац. акад. навук Беларусі, Ін-т гісторыі ; уклад. Р.А. Аляхновіч; рэд.кал.: В.Л. Лакіза (гал. рэд.) і інш.]. – Мінск: Беларуская навука, 2025. - С. 236 – 248.

17. *Сосонкина, В.Ф., Пальцева И.И.* Организация и деятельность первой фармацевтической школы в Гомеле на территории современной Беларуси (1920 – 1924) / В.Ф. *Сосонкина*, И.И. Пальцева // История. Традиции и новаторство – основа устойчивого развития фармации: Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием (г. Минск, 30 сентября 1922 г.) под ред. В.Ф. Сосонкиной. – Минск: Национальная библиотека Беларуси, 2022. – С. 247 – 255.

18. *Сосонкина, В.Ф.* История фармации Беларуси / В.Ф. Сосонкина. – Минск: СтройМедиаПроект, 2016. – 304 с.

19. *Сосонкина, В.Ф.* Мы помним вас поименно. К 70-летию Победы в Великой Отечественной войне (1941 – 1945) / В.Ф. Сосонкина. – Минск: Издательство Минский государственный ПТК типографии, 2015. – С. 4 – 17.
20. *Сосонкина, В.Ф.* Деятельность женщин-фармацевтов в партизанском движении на оккупированной территории Беларуси в годы Великой Отечественной войны (1941 – 1944 гг.) / В.Ф. Сосонкина // Сточиковские чтения: Сборник статей 21-й научной конференции с международным участием (г. Москва, 15 ноября 2024 г.) под ред. Хабриева Р.У. и др. – Москва: Издательство ФГБНУ «национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 2024. – С. 172 – 177.
21. *Сосонкина, В.Ф.* Деятельность фармацевтов еврейской национальности в период оккупации Беларуси (1941 – 1944) / В.Ф. Сосонкина // Беларусь і Германія: гісторыя і сучаснасць: матерыалы Міжнароднай навуковай канференцыі (Мінск, 7 красавіка, 2023 г) пад рэдак.: А.А. Каваленя, С.Я. Новікава [і інш.]. – Минск, МДЛУ, 2024. – С. 149 – 159.
22. *Сосонкина, В.Ф.* Организация лекарственного обеспечения гражданского населения в период оккупации Беларуси (1941 – 1944 гг.) / В.Ф. Сосонкина // Сточиковские чтения: Сборник статей XXIII Международной научной конференции (г. Москва, 13 ноября 2025 г.) под ред. Хабриева Р.У. и др. – Москва: Издательство ФГБНУ «национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, 2025. – С. 134 – 141.

УДК 94:61 (091)

ИНСТИТУТ СОВМЕСТИТЕЛЬСТВА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ВРАЧЕБНОГО ДОЛГА В ПЕРМСКОМ ОКРУГЕ В 1920-е гг.

Короткова Мария Николаевна

Кандидат политических наук, доцент, зав. кафедрой, кафедра истории и философии, Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России (614000, Российская Федерация, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26). E-mail: korotkova_mariya@mail.ru

Основной фокус статьи сосредоточен на институте совместительства и его воздействии на врачебный долг. В исследовании проанализированы причины, условия и масштабы распространения совместительства в Пермском округе в 1920-е гг. В работе использованы архивные документы, статические издания и нормативно-правовые акты тех лет.

Ключевые слова: *врачебный долг, совместительство, побочные занятия, здравоохранение, Пермский округ.*

ADDITIONAL JOB AS A FACTOR OF MEDICAL DUTY'S REALIZATION IN THE PERM DISTRICT IN THE 1920S.

Korotkova Mariya Nikolaevna

PhD of Political sciences, Assistant professor, Head of History and Philosophy Department, Medical University PGMU them. Acad. E. Wagner MoH (Perm, 614000 RUSSIA).

The article focuses on the institution of additional job and its impact on medical duty. The study analyzes the causes, conditions and the scales of additional job in the Perm district in the 1920s. The article uses archival documents, statistics and legislative acts of those years.

Keywords*: medical duty, additional job, side job, healthcare system, Perm district*

Врачебный долг многогранен, в его основе можно и должно выделить базовые принципы, без которых он невозможен. К ним относится в том числе, компетентность врача, обуславливающая его способность помочь пациенту.

Реализация врачебного долга зависит не только от самого специалиста, но также от исторических условий, в которых он существует. Россия в конце 1910-х – начале 1920-х гг. пережила масштабный исторический кризис, который повлек за собой несколько крупных военных конфликтов, революций и Гражданскую войну. Безусловно, это не могло не затронуть врачей и их работу [12, с. 93-94].

Специалисты по данному периоду часто уделяют внимание рассмотрению тяжелого материального положения, в котором оказались медики [17, с. 91]. Но

мало – такому побочному эффекту кризиса как институт совместительства и его воздействию на способность врачей следовать своему долгу.

В качестве источниковой базы для статьи послужили статистические сборники, отчеты административных органов, нормативно-правовые акты, архивные фонды. В работе были использованы общенаучные методы, системный подход.

Для того чтобы ответить на вопрос о роли совместительства в реализации врачебного долга, для начала необходимо проанализировать основные причины его внедрения, а также принципы и условия функционирования в указанный период.

Как известно, в первые годы советской власти началось формирование принципиально новой революционной модели здравоохранения (с сохранением некоторых элементов старой земской). Одним из важных принципов этой модели стала общедоступность медицинской помощи населению. Для осуществления задуманного требовалось значительное расширение как сети лечебно-профилактической учреждений, так и численности медико-санитарного персонала. К сожалению, этому препятствовало несколько серьезных факторов. Во-первых, дефицит кадров. Ему способствовали уже упомянутые войны и революции [14, с. 71-87]. Кроме того, – тяжелое материальное положение врачей, особенно в заводских и сельских областях (прежде всего по причине отсутствие условий для проживания – квартир, как например, в Лысьве) [15, с. 50]. Улучшению ситуации не способствовали и низкие заработные платы [7, л. 73-76; 17, с. 91].

Во-вторых, основанием для разрешения совместительства стало желание власти максимально эффективно использовать уже имеющихся специалистов с опытом работы «в целях поднятия производительных сил страны» [20].

Важно отметить, что с точки зрения советской власти совместительство являлось «злом», приносящим вред как медицинским работникам в частности, так и системе здравоохранения в целом. Поэтому оно позиционировалось как временная вынужденная мера [18, с. 356-357].

Здесь уместно рассмотреть вопрос, каким образом производился расчет необходимого числа санитарно-медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях. Рациональный подход в кризисное время состоял в том, чтобы равномерно распределить число уже имеющихся специалистов по стране. Так в Циркуляре от 14 июня 1920 года были посчитаны все «зубоврачебные силы» и пропорционально расписаны среди различных групп населения. В итоге, в среднем на одного зубного врача в сельской местности приходилось 28 400 человек; на 1 врача-ординатора в заведениях психиатрического профиля – 50-100 больных [18, с. 79]. Однако задумка не была осуществлена по нескольким причинам. Во-первых, недостаток финансов в начале 1920-х гг. привел к вынужденному сокращению медперсонала. Во-

вторых, отмена военного положения после Гражданской войны и более низкие зарплаты, как в провинциях, так и сельской местности, привели к текучести кадров и концентрации медиков в больших городах. Что препятствовало реализации, как реализации плана по созданию повсеместной помощи, так и приводило к феномену совместительства.

Исходя из вышесказанного, работа на нескольких оплачиваемых должностях была разрешена Декретом СНК РСФСР от 18 октября 1918 года только «в случае крайне необходимости» и отсутствия «незаменимых» специалистов. На ее реализацию было наложены строгие ограничения: требовалось выполнение двух условий, – «мотивированного» разрешения с основного места работы и отсутствие возражений со стороны специально созданной Комиссии [9].

В феврале 1919 года было принято решение о запрете платного совместительства [19]. Но уже в сентябре этого же года оно было пересмотрено. В новом Декрете говорилось, что совмещение должностей допускалось в не более чем двух предприятиях/учреждениях, за исключением основного места работы. Чтение лекций и преподавание с научно-технической целью, заседание в комиссиях и литературная деятельность в качестве совместительства не рассматривались. Все случаи совместительства регистрировались в Народном Комиссариате Труда [11].

Медики получили право на совместительство согласно постановлению Совнаркома от 8 сентября 1919 года. Был составлен список доступных медицинских профессий [19, 357-358]. В марте 1920 года в него были включены фармацевты, зубные врачи и фельдшеры (медицинские и ветеринарные) [19, с. 357]. В июле 1921 года в Декрете СНК РСФСР было указано, что совместительство для квалифицированного медицинского персонала допускается лишь в свободное от основной работы время, только с разрешения уездного или губернского отделов здравоохранения [10].

Особое место в законодательных актах занимало нормирование оплаты труда. Декрет СНК РСФСР 1918 года предусматривал «потолок» в виде 50% оклада по основной должности сотрудника [9]. Постановление ВЦИК 1919 года оговаривало оплату за сверхурочное время в полуторном размере [19]. Постановление Народного Комиссариата Труда 1919 года и Декрет СНК РСФСР 1919 года устанавливало формы дополнительного вознаграждения (почасно, пожетонно или в форме премий), а также его размер (не более 50% предельного оклада 35 разряда) [11; 20].

Интересно, что труд медико-санитарного персонала не был ограничен этими рамками [18, 357-358]. Оплата их труда производилась согласно тарифной сетке по количеству отработанного времени, а не по количеству выполненных единиц (например, пролеченных пациентов) [10]. Для контроля над исполнением в августе 1927 году в Пермском округе на основании Циркуляра Народного

Комиссариата Здравоохранения № 195/17 введена табельная система учета рабочего времени. Она была распространена на всех сотрудников лечебно-профилактических учреждений, в том числе совместителей и хозяйственный персонал [1, л. 1-4].

Оценить масштабы совместительства в 1920-е гг. довольно сложно, так как статистические сборники той поры не дают конкретных цифр. Рассмотрим косвенные данные. В качестве отправной точки изучим степень участия медико-санитарного персонала в побочных, то есть не связанных с основной деятельностью, занятиях (были распространены среди жителей Пермского округа) [12, с. 71-72]. Как видно из Таблицы 1 (составлена автором на основе данных переписи населения 1926 года) в Верещагинском, Чермозском, Добрянском, Нытвинском, Лысвинском районах побочные занятия были не зафиксированы. В г. Перми, Мотовилихинском, Ильинском, Оханском, Очерском и Чусовском районах доля медико-санитарного персонала, участвующего в побочной деятельности в сельском и не сельском хозяйстве была незначительна [12, с. 212-238]. Что, учитывая низкие заработные платы и крайнюю материальную нужду, вероятно, *косвенно* указывало на высокий уровень совместительства, как источника выживания для врачей.

В остальных районах Пермского округа, согласно переписи 1926 года, медико-санитарного персонала попросту не было.

Таблица 1. Распределение населения в районах Уральской области по полу, самодеятельности, преобладающим и побочным занятиям и положению в них: Пермский округ

Наименование	г. Пермь	Районы				
		Мотовилихинский	Ильинский	Оханский	Очерский	Чусовской
% медико-санитарного персонала от общего числа служащих в районе	11,3	6,1	7,1	8,9	5,62	5,56
--а) старший медицинский персонал	20,4	7,8	-	-	-	13,3
--б) средний медицинский персонал	37,3	40,2	-	-	-	51,1

--в) младший медицинский персонал	42,3	52	-	-	-	35,6
% служащих, имеющих побочные занятия						
--а) в сельском хозяйстве	0,7	0,41	4,88	6,2	12,1	1,73
--б) не в сельском хозяйстве	0	0,5	1,3	0,8	1,3	0,4
% медико-санитарного персонала, имеющего побочные занятия						
--а) в сельском хозяйстве	0	0	0	2,1	3,2	0
--б) не в сельском хозяйстве	1,2 (71% приходится на старший медперсонал)	1,1 (равное распределение)	6,25 (нет данных)	0	0,0	0,7 (100% приходится на средний медперсонал)

Еще одним показателем, указывающим на высокий уровень совместительства медико-санитарного персонала, являются сведения о колоссальной нагрузке, превышающей нормы в несколько раз. Так, в 1928/29 году на одного врача сельской амбулатории округа приходилось до 80 посещений в день (вместо положенных 40), [3, л. 11] в отдельных случаях, как в Павловской больнице – до 150 в день [5, л. 19].

Как вышесказанное влияло на реализацию врачебного долга? Безусловно, от вынужденного совместительства страдали как качество медицинской помощи, так и компетентность медико-санитарного персонала. В отчетах органов здравоохранения и статистических сборниках тех лет были зафиксированы значительные ухудшения в области психиатрической и зубоврачебной помощи, школьно-санитарном надзоре и пр. [5; 16, с. 20, 59]. Больницы сельской местности в результате нехватки высшего медицинского персонала нередко возглавляли фельдшеры: в 1928 году – в 22% случаев [4, л. 1-5]. Стаж работы более 5 лет имели только 12,5% окружных врачей [6, л. 45].

Недовольство медицинской помощью получило отражение в наказах избирателей депутатам Пермского городского совета 10-го созыва от 27 апреля 1929 года. Среди них встречались требования: «увеличить число зубных врачей», специалистов по внутренним, глазным и детским болезням, «изжить очереди в больницах», «изжить очереди в консультациях», «увеличить пропускную

способность амбулаторий», «изжить грубое отношение врачей и медперсонала в амбулаториях и больницах с больными рабочими и невнимательного отношения к ним» [2, л. 55-56].

Ситуация с совместительством начнет постепенно улучшаться с 1928/29 года. Немаловажную роль в этом сыграет стабилизация финансов советского государства. Основными механизмами борьбы с совместительством станут как количественное увеличение состава медико-санитарного персонала, так и качественная работа по повышению уровня квалификации [8, л. 117].

Подводя итоги, нужно отметить следующее. Во-первых, в первые годы советской власти институт совместительства получил широкое распространение. Во-вторых, совместительство и побочные занятия врачей были вынужденной мерой, вызванной тяжелым материальным положением, низкой заработной платой и острым дефицитом кадров на местах. Эти обстоятельства приводили к повышенной нагрузке, – работе на износ, – и неизбежно влияли на выполнение врачебного долга.

Список литературы

1. Государственный архив Пермского края (далее ГАПК). – Р-132. Оп. 1. Д. 108.
2. ГАПК. – Ф. Р-132. Оп. 1. Д. 119.
3. ГАПК. – Ф. Р-132. Оп. 1. Д. 120.
4. ГАПК. – Ф. Р-132. Оп. 1. Д. 142.
5. ГАПК. – Ф. Р-132. Оп. 1. Д. 201.
6. ГАПК. – Ф. Р-132. Оп. 1. Д. 338.
7. ГАПК. – Ф. Р-132. Оп. 1. Д. 57.
8. ГАПК. – Ф. Р-15. Оп. 2. Д. 142.
9. Декрет СНК РСФСР от 18.10.1918 «Об оплате труда служащих и рабочих Советских учреждений» / СУ РСФСР. 1918. № 75, ст. 815 // СПС КонсультантПлюс.
10. Декрет Совета Народных Комиссаров от 01.07.1921 «О совместительстве квалифицированного медицинского и ветеринарного персонала» / СУ РСФСР, 1921, № 52, ст. 304 // СПС КонсультантПлюс.
11. Декрет Совета Народных Комиссаров от 11.09.1919 «О порядке совместительства должностей» / СУ РСФСР, 1919, № 46, ст. 449 // СПС КонсультантПлюс.
12. Занятия населения Уральской области: (По данным разработки всесоюзной переписи населения 1926 года) / Уральский областной статистический отдел. – Свердловск: Издательство Уралстатотда, 1929. – 426 с.
13. *Короткова, М.Н.* Трудный путь возрождения пермской медицины (1918-1919 годы) / М.Н. Короткова, Н.А. Невоструев // Вестник Пермского университета. История. – 2024. – № 1(64). – С. 93-101. – DOI 10.17072/2219-3111-2024-1-93-101. – EDN PJGUHV.
14. *Короткова, М.Н.* Трудный путь Возрождения Пермской медицины (1919-1923) / М.Н. Короткова, Н.А. Невоструев // Технологос. – 2023. – № 4. – С. 71-87.
15. Материалы к отчету Пермского Окружного Исполнительного Комитета Советов Раб., Кр. и Кр. Деп. за 1927 и 1928 год. – Пермь: Издание Окрисполкома, 1929. – 68, [2] с.

16. Материалы о работе Пермского городского совета рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов 9-го созыва. (Февраль-сентябрь 1927 года). – Пермь: тип. изд-ва «Звезда», 1927. – 69 с.
17. *Островкин, Д.Л.* Развитие советской системы здравоохранения на Урале в 1917–1941 гг.: дис. ... канд. ист. наук: 07.00.02 / Островкин Денис Леонидович. – Екатеринбург, 2017. – 233 с.
18. Положения, циркуляры и инструкции Народного комиссариата здравоохранения: Российская Социалистич. Федеративн. Советская Республика. – Б. м.: Гос. изд-во, – 1921. – 374, IX с.
19. Постановление ВЦИК от 21.02.1919 «О повышении заработной платы» / СУ РСФСР, 1919, № 5, ст. 52 // СПС КонсультантПлюс.
20. Постановление Народного Комиссара Труда от 20.03.1919 «Об использовании знаний и опыта высшего технического, коммерческого, ученого и врачебного персонала в свободное от занятий время (Положение)» / СУ РСФСР, 1919, № 15, ст. 174 // СПС КонсультантПлюс.

УДК 614

ВРАЧЕБНЫЙ ДОЛГ И ПОИСК БЕССМЕРТИЯ: ЭТИЧЕСКИЕ ТРАНСФОРМАЦИИ В СОВЕТСКОЙ МЕДИЦИНЕ (1920-1940-е гг.)

Ващенко Дарья Александровна

Аспирант, институт социальных наук, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). E-mail: dashav837@gmail.com

Статья посвящена анализу трансформации понятия врачебного долга в СССР в 1920–1940-е годы в контексте государственных программ по продлению жизни и омоложению. В указанном периоде рассматривается, как традиционные взгляды на долг и обязанности замещалась новой парадигмой «социального бессмертия», где долг врача трактовался как обязанность перед государством сохранить человеческий ресурс «строителей нового государства».

Ключевые слова: *врачебный долг, омоложение, ВИЭМ, биоэтика*

MEDICAL DUTY AND THE QUEST FOR IMMORTALITY: ETHICAL TRANSFORMATIONS IN SOVIET MEDICINE (1920–1940)

Darya A. Vaschenko

Postgraduate Student, Institute of Social Sciences, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University).

This article analyzes the evolution of the concept of medical duty in the USSR during the 1920s–1940s, examined through the lens of state-sponsored programs for life extension and rejuvenation. The study explores how traditional perspectives on professional duty and responsibility were supplanted by a new paradigm of "social immortality." Within this framework, a physician's duty was redefined as a state obligation to preserve the human resources of the "builders of the new state".

Keywords: *medical duty, rejuvenation, VIEM (All-Union Institute of Experimental Medicine), bioethics.*

История отечественной медицины несет в себе большое количество научных открытий и достижений, период 1920–1940-х годов занимает важное место. В это время происходить не только перестройка системы здравоохранения, но и происходит переосмысление этических оснований

врачебной деятельности. Традиционная этика Гиппократа, которая была ориентирована на благо индивида и интимность отношений «врач – пациент», начинает трансформироваться в духе материализма и коллективизма.

Феномен врачебного долга в раннем СССР приобрел новое, социалистическое звучание. Советский врач становиться «совершенно новой интеллигенцией, связанной всеми корнями с рабочим классом и крестьянством» [16, с. 4], чья задача – служить не богатым классам, как при капитализме, а народу. В этой парадигме борьба со смертью и старением перестала быть вопросом личного благополучия пациента и превратилась в государственную задачу, исполнение которой стало высшим проявлением врачебного долга.

Формирование новых этических взглядов происходило на фоне глобального социального эксперимента. Как отмечает Я.Г. Григорьян, с начала 1920-х годов Наркомздрав рассматривал медицину и социальную гигиену как важнейший инструмент воспитания «нового человека» [9, с. 126–131]. Н.А. Семашко выдвигал тезис о том, что болезнь – это не только состояние тела, но и результат социальных условий, и потому долг врача расширялся до обязанности «оздоровления» всех сторон жизни: труда, питания, быта и отдыха. Врач становился не просто целителем, а «инженером» социального благополучия, ответственным за создание условий для гармонического развития личности [16, с. 9–14].

Однако этот переход сопровождался радикальным разрывом с традицией. А.Я. Иванюшкин пишет, что в первые десятилетия советской власти официально насаждался «этический нигилизм». Классические понятия врачебной этики объявлялись «буржуазными пережитками», а деятельность Пироговского общества, отстаивавшего независимость врачебной корпорации, была запрещена в 1922 году. Врач переводился в разряд государственного служащего, что фундаментально меняло структуру его долга: лояльность государству и классу становилась выше лояльности отдельному пациенту [10, с. 186–212].

В 1920-е годы в СССР, на волне революционного энтузиазма, сформировался запрос на продление жизни. Человек и его организм рассматривался как сложный биологический механизм, который можно и нужно «чинить» и усовершенствовать. Газета «Известия» в 1926 году писала: «Нельзя ли чинить человеческий организм, как чинят часы? В конце концов, организм – лишь необычайно сложный механизм... Если удастся заменить сработавшийся орган новым, то человеческий механизм начнет действовать... А ведь часы, в которых всякий раз сработавшуюся часть заменяют новой, Бессмертны» [4, с. 3].

В этом контексте долг врача трансформировался в некую инженерную задачу, которая включала в себя обеспечение бесперебойной работы «человека-машины». Этот подход породил огромный интерес к экспериментальным

методикам омоложения, которые в дореволюционной этике могли бы считаться сомнительными. Речь идет о методах профессора Э. Штейнаха (вазектомия) и С. Воронова (ксенотрансплантация семенников обезьян. С. Воронова рассматривал смерть не как общий закон для всего живого, а как следствие специализации клеток в сложных организмах. Ссылаясь на бессмертие простейших (амеб и инфузорий), он утверждал, что старение — это лишь процесс вытеснения «высококвалифицированных» клеток (мозга, сердца) грубой соединительной тканью. Миссия врача приобретала эволюционный масштаб: победа разума над законами природы и возвращение организму способности к восстановлению, утраченной в процессе биологического усложнения [2, с. 31].

Сергей Воронов четко разграничивал подходы. Профессор Штейнах искал источники силы внутри самого дряхлеющего тела, а метод Воронова базировался на радикальной идее «замены изношенных частей новыми», подобно ремонту любого механизма. Была критика предыдущих попыток омоложения с помощью вытяжек и экстрактов (метод Броун-Секара). С. Воронов на их токсичность и отсутствие свойств «живой железы». Ключевым этическим и техническим вызовом для него стало обеспечение выживаемости трансплантата, что достигалось через «искусственное раздражение» тканей для создания новых кровеносных сосудов в месте пересадки [2, с. 31].

Н.К. Кольцов в своем сборнике статей «Омоложение» указывал на высокую социальную значимость таких операций, отмечая, что «каждый еще сохранившийся в живых орловский жеребец, каждый племенной бык представляют для нас огромную ценность», и переносил эту логику на человека, где омоложение становилось «проблемой высокой важности» [11, с. 5–10].

Особое звучание тема омоложения получила в работах Александра Богданова, который в 1926 году возглавил первый в мире Институт переливания крови. В отличие от механистических подходов по замене органов, Богданов развивал теорию «физиологического коллективизма» [17, с. 185-191]. Он полагал, что обменное переливание крови способно помочь стареющему организму, передавая ему стойкость и «материалы молодых тканей». В этой концепции биомедицина соединялась с марксизмом: переливание крови рассматривалось не просто как лечение, а как акт «товарищеского сотрудничества» и создания братской связи между поколениями, что позволяло совершенствовать природу человека в рамках социалистических реалий [13, с. 48-49.].

Однако внедрение таких методов вызвало множество дискуссии, которые отражали этические разногласия в медицинской среде. С одной стороны, газеты пестрели заголовками о победе над старостью. Сообщалось о большом количестве лекций на тему омоложения и старости. С другой стороны,

осторожно настроенные врачи, такие как профессор А. Немилов, предупреждали о «печальных последствиях» операций, называя их «агонией половой железы» и «растратой последних ресурсов» [14, с. 2].

Примечательно, что защитники методов омоложения апеллировали не только к физиологии, но и к профессиональной этике и долгу перед пациентом. Профессор К. Викторов, оппонируя Немилову, утверждал, что отказ от попыток омоложения при наличии научных данных – это пренебрежение возможностями медицины помочь страдающему человеку [3, с. 2]. Таким образом, риск вмешательства в природу человека оправдывался высоким долгом борьбы со старением.

В то же время, представители советской медицины рассматривают вариант того, что путь к «новому человеку» состоит не только из хирургических вмешательств в человеческий организм, но и из изменения среды. В концепции социальной гигиены, болезнь и старость рассматривались как следствие капиталистической эксплуатации и бескультурья. Семашко утверждал: «Мы не можем назвать культурным того человека, который... живет в грязи, нечистоте, плодит эпидемии». Следовательно, долг врача заключался в привитии населению гигиенических навыков, что само по себе рассматривалось как путь к долголетию и физическому совершенству, альтернативный «буржуазным» методам омоложения [9, с. 126–131].

К 1930-м годам разрозненные эксперименты по омоложению начинают переходить к планомерной государственной политики. Одним из центральных учреждений этой системы стал Всесоюзный институт экспериментальной медицины (ВИЭМ), созданный при участии А.М. Горького. Идея института заключалась во всестороннем изучении человека с целью радикального улучшения его природы.

ВИЭМ стал символом нового понимания врачебного долга – долга научного поиска. В газетах того времени подчеркивалось: «Такого института нет за границей. В создании его в СССР нельзя не видеть нового отношения и к человеку, и к науке...» [18, с. 3]. Врач начинает представляется как некий творец, чья обязанность – расширить границы человеческих возможностей.

В работе ВИЭМ четко прослеживается, как проблема долголетия становилась одной из плановых задач. В планах научной работы на 1935 год значится раздел «Старение», включающий темы: «Нормативы обмена при старении», «Изменение биоколлоидов при старении» и «Продолжительность жизни» [5, л. 1]. На 1936 год в отделе биофизики планировалось изучение «физико-химических свойств биоколлоидов в связи с явлением старости» [6, л, 20–21].

В этой гонке за научным результатом актуализировался вопрос о границах допустимого риска, который В.В. Вересаев поднимал еще в начале XX века. Как отмечает А.Я. Иванюшкин, В.В. Вересаев сформулировал проблему прав человека перед лицом наступающей медицинской науки, назвав ее «коренным, центральным вопросом врачебной этики». В условиях 1930-х годов, когда интересы коллектива и государства ставились выше интересов индивида, предупреждения Вересаева звучали диссонансом, но оставались важным этическим ориентиром для части врачебного сообщества [10, с. 186–212].

Интересной страницей советской биоэтики 1930–1950-х годов стало активное участие в вопросе омоложения не только специализированных врачей, но и «сведущих в медицине». Начали появляться разработки методов по омоложению и продлению жизни, которые были не несли в себе реальных научных продвижений, а иногда были и достаточно опасны для человечной жизни. Об этом на говорит дело врача-рентгенолога Павла Олейника, который в 1952 году писал лично И.В. Сталину. Олейник просил разрешить ему провести опасный эксперимент над самим собой по «омоложению костной системы», утверждая: «Я обновляю костную систему, следовательно и молодеет весь организм... Если человек живёт примерно 70 лет, то при моем вмешательстве жизнь его продлиться до 100 лет и более». После ознакомления ученым медицинским советом, было принято решение, что метод Олейникова неправильный, так как таким способом будет создана резкая дисгармония между частями, составляющими целостный организм, и тем самым вызовет не омоложения человека, а его болезнь и при этом очень тяжёлую [7, л. 8-12].

Реакция медицинского сообщества на такие запросы демонстрирует функционирование этических фильтров в советской системе. Ученый медицинский совет Минздрава СССР в ответе Олейнику подчеркнул: «Органы Здравоохранения не имеют права разрешить опасный эксперимент никому и даже самому экспериментировать над собой» [7, л. 17]. Это свидетельствует о том, что, несмотря на идеологическую установку на «покорение природы», принцип «не навреди» оставался базовым элементом врачебного долга, охраняемым на бюрократическом уровне.

Другой пример – предложение гражданина А.И. Голова о методе омоложения через «сливание молодого и старого организма» (парабиоз) и использование плацентарной сыворотки. Наркомздрав, рассматривая это предложение, указывал на отсутствие теоретического обоснования и недопустимость риска, однако в 1930-е годы подобные идеи все же получали резолюции: «Считать предложение... заслуживающим внимания и дальнейшего изучения» [8, л. 30]. Это показывает, как врачебный долг (защита пациента)

конфликтовал с научным долгом (поиск новых методов) в условиях идеологического давления, требующего «чудес» от советской науки.

Важной фигурой в формировании советской этики долголетия стал академик А.А. Богомолец. Его концепция соединительной ткани и создание антиретикулярной цитотоксической сыворотки (АЦС) рассматривались не просто как медицинское достижение, а как выполнение долга перед обществом.

В своих выступлениях Богомолец связывал долголетие с социальными условиями. В статье «Продление человеческой жизни» он утверждал: «В условиях капиталистического общества... люди гибнут жертвами эксплуатации... Только в условиях социализма социальная среда может стать благоприятной для здоровья и долголетия» [1, с. 4].

Этика А.А. Богомольца смещала фокус с индивидуального «омоложения» (которое критиковалось как буржуазное эгоистичное стремление, свойственное пациентам Воронова на Западе) на продление трудоспособности советского гражданина. «Секрет продления человеческой жизни заключается в том, чтобы не сокращать ее», – цитировали академика газеты, призывая к разумному режиму труда и отдыха как форме исполнения гражданского долга [15, с. 3].

Формирование этики советского врача шло через отрицание и критику «буржуазной» медицинской морали. Н.А. Семашко в своей программной работе «Об этике советского врача» подчеркивал коренное различие между советской и зарубежной системами: «Там [за рубежом]... гланды существуют в человеческом организме только для снабжения врачей-специалистов закрытыми автомобилями», в то время как в СССР здоровье – «основная забота государства». Семашко осуждал корпоративную замкнутость западных врачей, их коммерческие сговоры с аптекарями и «беспринципную рекламу», противопоставляя этому бескорыстное служение советского медика [16, с. 9–14].

Однако за идеологическим фасадом скрывались реальные биоэтические проблемы. Одной из наиболее острых стала проблема врачебной тайны. Н.А. Семашко провозгласил «твердый курс на уничтожение врачебной тайны», считая ее пережитком буржуазной медицины, скрывающим социальные пороки. В советской этике интерес коллектива ставился безусловно выше интереса отдельного больного. Врач был обязан сообщать о заболеваниях, препятствующих вступлению в брак или работе в коллективе, и даже «гиппократовское обещание» рассматривалось лишь как моральное обязательство, не имеющее абсолютной силы перед лицом государственных задач [16, с. 9–14].

Это создавало специфическое поле для экспериментов по омоложению: данные о результатах операций часто становились публичными, обсуждались в прессе как достижения советской науки, что видно по многочисленным

публикациям в «Вечерней Москве» и «Известиях». Личность пациента часто отступала на второй план перед демонстрацией триумфа науки, что, по мнению современных биоэтиков, является следствием «технизации» медицины и рассмотрения больного как биологической особи, а не как личности.

К концу 1930-х – началу 1940-х годов волна увлечения хирургическим омоложением спала. На смену ей пришел комплексный подход, который в 1960–1980-е годы оформился в «ювенологию» – науку о продлении молодости через здоровый образ жизни.

В газетах 1980-х годов мы видим уже другую риторику. Институт ювенологии на общественных началах пропагандирует не пересадку желез, а «двигательную активность, закаливание, саморегуляцию». Врачебный долг трансформировался в просветительскую деятельность. Врач теперь обязан не «омолодить» пациента скальпелем, а научить его «не сокращать свою жизнь».

Как отмечал профессор Е.Б. Красовский: «Ювенология – это наука о сохранении и восстановлении молодости... Мы воздействуем на организм человека естественным, не медикаментозным путем» [12, с. 4]. Это знаменовало собой возврат к более консервативной, но и более безопасной биоэтической модели, где ответственность за здоровье разделялась между врачом и пациентом, что перекликается с идеей Семашко о том, что «физическое оздоровление... есть дело трудящихся» [9, с. 126–131].

История врачебного долга в контексте советских исследований долголетия демонстрирует сложную траекторию. В 1920-е годы доминировала революционная биоэтика, допускавшая рискованный эксперимент ради великой цели победы над природой и создания «нового человека» с помощью социальной гигиены. Врач выступал одновременно как инженер тела и как наставник в вопросах быта и культуры. Деятельность ВИЭМ в 1930-е годы ввели этот поиск в русло государственной науки, сделав долголетие вопросом политической лояльности и экономической необходимости.

Столкновение с реальностью, неудачи ряда методов (таких как операции Штейнаха) и развитие этической мысли привели к трансформации понятия долга. От отрицания «буржуазной» этики и врачебной тайны советская медицина пришла к формированию собственного взгляда, где высокий профессионализм сочетался с гражданской ответственностью, а гуманизм – с классовым подходом. В социалистическом обществе врачебный долг приобрел черты большого общественного служения, слитого с целями государства.

Архивные документы и материалы прессы позволяют увидеть «живую ткань» этого процесса: от интересных писем граждан с рецептами бессмертия до глубоких философских споров о правах человека в медицине. Этот уникальный опыт, сочетавший смелый эксперимент с идеологическим диктатом, заложил

основы отечественной биомедицинской этики, проблемы которой (отношение к тайне, патернализм, доступность помощи) остаются актуальными и сегодня.

Список литературы

1. *Богомолец, А.А.* Продление человеческой жизни // Правда. – 1936. – № 360 (29 дек.).
2. *Воронов, С.А.* Борьба за молодость / С. Воронов ; пер. с франц. В. Фина. – Москва : Изд-во газ. «Гудок», 1928. — 31 с.
3. *Викторов, К.* Что дают операции Штейнаха по омоложению // Вечерняя Москва. – 1926. – № 44 (23 февр.).
4. Возможности омоложения // Известия. – 1926. – № 206 (8 сент.).
5. ГА РФ. – Ф. 6742. Оп. 1. Д. 38. Л. 1. (План научной работы отделов и лабораторий ВИЭМа на 1935 г.).
6. ГА РФ. – Ф. 6742. Оп. 1. Д. 61. Л. 20–21. (Планы научно-исследовательской работы отделов ВИЭМа на 1936 г.).
7. ГА РФ. – Ф. 8009. Оп. 2. Д. 1864. Л. 2–12, 17. (Письмо врача П.Г. Олейника И.В. Сталину и заключение Ученого медицинского совета).
8. ГА РФ. – Ф. 8009. Оп. 2. Д. 828. Л. 1, 53. (Предложение А.И. Голова «Метод омоложения организма» и переписка с Наркомздравом).
9. *Григорьян, Я.Г.* «Новая жизнь должна быть непременно здоровой жизнью»: социальная гигиена как инструмент воспитания «нового человека» в концепции наркома здравоохранения Н. А. Семашко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2023. – № 1. – С. 126–131.
10. *Иванюшкин, А.Я.* От этики Гиппократа к биоэтике (2009) // Россия в окружающем мире: 2009. Устойчивое развитие: экология, политика, экономика: Аналитический ежегодник. – М.: Изд-во МНЭПУ, 2009. – С. 186–212.
11. *Кольцов, Н.К.* Омоложение: Сборник статей / под ред. Н.К. Кольцова. – Вып. 2. – М.-Пг.: Госиздат, 1924. – С. 5–10.
12. *Красовский, Е.Б.* «Ювенис» – значит молодой // Вечерняя Москва. – 1989. – № 14 (17 янв.).
13. *Литвинко, Ю.А.* Анализ исторических фактов становления первого научного института переливания крови / Ю. А. Литвинко, В. А. Усманов // Экономика и эффективность организации производства. – 2018. – № 28. – С. 48-49.
14. Надо быть осторожным (печальные последствия «омоложения» по Штейнаху) // Вечерняя Москва. – 1926. – № 28 (4 февр.).
15. Проблемы долголетия // Вечерняя Москва. – 1940. – № 265 (15 нояб.).
16. *Семашко, Н.А.* Об этике советского врача / Н.А. Семашко // Гигиена и санитария. – 1945. – № 1–2. – С. 9–14.
17. *Сергеева, М.С.* Физиологический коллективизм А.А. Богданова как воплощение идеи совершенствования человека в рамках социалистических реалий первой трети XX в / М. С. Сергеева, Е. Л. Панова // В мыслях о своевременном и ином : материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 150-летию со дня рождения М. Горького, Нижний Новгород, 21–22 апреля 2018 года / Приволжский исследовательский медицинский университет; Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского. – Нижний Новгород: Приволжский исследовательский медицинский университет, 2018. – С. 185-191
18. Строительство ВИЭМ // Известия. – 1934. – № 32 (5 февр.).

УДК 929

ПЕРВАЯ! К 125-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА КАРШИНОЙ ЛИДИИ ЕВСТАФЬЕВНЫ (1901-1975)

Левина Татьяна Александровна

Руководитель центра истории, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (414000, Российская Федерация, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121). E-mail: tatlevina@gmail.com

Садретдинов Ренат Ажимахмудович

Доктор медицинских наук, доцент, кафедра клинической иммунологии с курсом последипломного образования, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (414000, Российская Федерация, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121). E-mail: likhoradka@mail.ru

В статье анализируется жизненный и профессиональный путь выдающегося учёного, врача, профессора Каршиной Лидии Евстафьевны. Раскрыта ее роль в развитии медицинской науки и становлении медицинского образования. Через ее жизненный путь раскрывается незыблемость медицинской этики, основанной на милосердии, верности профессии и готовности служить людям.

***Ключевые слова**: врач, женщина, ректор, профессор, первая, Астрахань*

THE FIRST! ON THE 125TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR KARSHINA LIDIA EVSTAFYEVNA (1901-1975)

Levina Tatyana Aleksandrovna

Head of the history center, Astrakhan State medical university, Bakinskaya street 121, Astrakhan 414000 RUSSIA.

Sadretdinov Renat Agimahmudovich

Doctor of medical sciences, associate professor, department of clinical immunology, Astrakhan State medical university, Bakinskaya street 121, Astrakhan 414000 RUSSIA.

The article analyzes the life and professional path of the outstanding scientist, doctor, and professor Lydia Evstafievna Karshina. It reveals her role in the development of medical science and the establishment of medical education. Through her life journey, the article highlights the importance of medical ethics based on compassion, dedication to the profession, and willingness to serve others.

***Keywords**: doctor, woman, rector, professor, first, Astrakhan*

Выпускница Астраханского государственного медицинского института (АГМИ) 1926 г. Стала первой женщиной-профессором, женщиной-ректором в истории вуза.

Л.Е. Каршина родилась в г. Уральске, в семье сапожника. С 1908 по 1911 гг. обучалась в Уральской приходской школе, с 1911 по 1918 гг. – во 2-ой женской гимназии. В 1920 году она окончила кратковременные курсы медицинских сестер. В 1921 году принимала участие в ликвидации холерной эпидемии.

С 1921 по 1926 гг. училась в Астраханском государственном медицинском институте имени А.В. Луначарского, одновременно совмещая учебу с работой медсестры во 2-ой областной больнице [2, с. 157]. 1926-1927 гг. – инструктор губотдела здравоохранения по охране материнства и детства. 1927-1937 гг. – ассистент кафедры гигиены АГМИ; 1936 год – защита кандидатской диссертации; 1937-1938 гг. – доцент кафедры гигиены, 1938-1969 гг. – заведующая кафедрой гигиены. 30 июня 1942 года приказом Наркомздрава СССР назначена и.о. директора АГМИ. Июль 1942 г.- июль 1945 г. – директор АГМИ.

В сентябре 1942 года институт получил приказ об эвакуации в г. Куйбышев. Собрав оборудование и фонды библиотеки, профессорско-преподавательский состав и студенты отправились в опасный путь. Под обстрелами и бомбежками плыли на барже по Каспийскому морю сначала в г. Гурьев. Но здесь сойти на берег им не разрешили из-за распространившейся холеры. Л.Е. Каршиной потребовались огромная энергия, готовность к самопожертвованию, вера в свои силы, чтобы всё-таки перевезти своих сотрудников и имущество до пункта назначения – в Куйбышев. После этого возникла новая проблема: АГМИ предложили объединиться с Куйбышевским мединститутом, но тогда бы астраханский вуз терял свою независимость. Другой путь лежал через эвакуацию в Барнаул, где АГМИ сохранил бы свою самостоятельность. Директор вуза Л.Е. Каршина и проректор института Н.И. Артемьев выбрали именно его. Лютыми морозами, метелями их встретил Алтайский край.

1 января 1943 года они прибыли в Барнаул, разместились в неотапливаемой школе и продолжили свою основную деятельность – подготовку врачей. В 1943 году было выпущено 13 врачей, которые ушли на фронт. С большим энтузиазмом осуществлялся сбор добровольных денежных средств среди коллектива сотрудников и студенческой молодежи на строительство военной техники. Один из танков был передан войсковой части №39980, а коллектив вуза был удостоен благодарности от Верховного Главнокомандующего И.В. Сталина [1, с. 21].

Осенью 1943 года вуз вернулся в Астрахань. Все военные годы Л.Е. Каршина по-матерински оберегала альма-матер от всех невзгод. В первые дни 1945 года в вузе проходила 13 научная сессия. Она открылась 6 января в 19 часов в большой аудитории АГМИ. Было проведено 4 пленарных заседания, заслушаны 22 сообщения профессоров, доцентов и ассистентов. Всего за годы войны астраханский мединститут выпустил около 1000 врачей. По приказу Наркомздрава No515 от 29 июня 1945 года директор института доцент Лидия Евстафьевна Каршина сложила с себя обязанности директора института с 5 июля и передала дела вновь назначенному директору института профессору С.С. Серебренникову.

Вместе с тем, профессиональный путь Л.Е. Каршиной достойно продолжился: защита докторской диссертации, активное участие в общественной и партийной жизни города и родного вуза. 1947-1952 гг. – по совместительству доцент по школьной гигиене в Астраханском государственном педагогическом институте им. С.М. Кирова. 20 декабря 1953 года Л.Е. Каршина была зачислена в докторантуру ЦНИИ малярии, медицинской паразитологии и гельминтологии сроком на 2 года. 1953-1955 гг. – докторант, 1956 год – декан АГМИ, зав. кафедрой гигиены, 1957 год – заместитель директора по научной работе, доктор медицинских наук, 1958 год – утверждена в звании профессора. По личному заявлению просит освободить ее от должности заместителя директора, в связи с избранием на должность председателя общества по распространению политических и научных знаний. Председатель научного общества гигиенистов. Автор более 300 научных работ.

Общественная работа: депутат окружного совета ветеранов труда (1939–1941 гг.), депутат горсовета (1948–1950 гг.), член Пленума горкома ВКПб (1939–1940 гг.), член Пленума Сталинского райкома ВКПб (1939–1940 гг.).

Награды: медаль «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», значок «Отличнику здравоохранения СССР» (1946 г.), орден Трудового Красного Знамени, благодарности АГМИ.

Имя Лидии Евстафьевны Каршиной присвоено кафедре общей гигиены Астраханского государственного медицинского университета, а на здании учебного корпуса установлена мемориальная доска.

Список литературы

1. Архив Астраханского государственного медицинского университета. – Ф. 10. Оп. 4. Д. 422.
2. Доктора наук, профессора Астраханского государственного медицинского университета 100-летию ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России посвящается / В.М. Мирошников [и др.]. – Астрахань, 2018. – 447 с.

УДК 929:617-089.844

ПРОФЕССОР Ф.Г. УГЛОВ – УЧЕНЫЙ, ВРАЧ, ПЕДАГОГ, ПИСАТЕЛЬ И ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ

Сокгуев Баир Сыдынович

Кандидат медицинских наук, преподаватель, Иркутский базовый медицинский колледж (664043, Российская Федерация, г. Иркутск, ул. Сергеева, 3). Email: bairsydynovich@rambler.ru

В статье рассмотрены некоторые аспекты деятельности выдающегося хирурга, ученого, педагога, писателя и общественного деятеля Федора Григорьевича Углова.

Ключевые слова: *Иркутская губерния, хирургия, научные труды, книги.*

PROFESSOR F.G. UGLOV IS A SCIENTIST, DOCTOR, TEACHER, WRITER, AND PUBLIC FIGURE

Soktuev Bair Sydynovich

Candidate of Medical Sciences, Lecturer, Irkutsk Basic Medical College (664043, Russian Federation, Irkutsk, Sergeev str., 3).

The article discusses some aspects of the work of Fyodor Grigoryevich Uglov, an outstanding surgeon, scientist, teacher, writer, and public figure.

Key words: *Irkutsk Province, surgery, scientific works, and books.*

Федор Григорьевич Углов родился в 1904 году в маленьком селе Чугуево Киренского уезда Иркутской губернии (ныне Киренский район, Иркутская область) за тысячу километров от города Иркутска. «Силы мне дала прекрасная русская река Лена», – любил повторять о себе Федор Углов. Его отец – Григорий Гаврилович Углов (1870-1927), ссыльный рабочий-слесарь, и мать-крестьянка – Анастасия Николаевна Углова (ур. Бабошина) (1872-1947). Всего в семье было шестеро детей [2, с. 440].

Первым настоящим авторитетом для мальчика стала мать, простая женщина без образования. Она была мягкой с людьми, но строгой к себе и детям. «Делайте как можно больше добра и не ждите благодарности», – повторяла Анастасия Николаевна Углова. Он пронес ее завет через всю жизнь: не стремился к славе, честно выполнял работу и учил студентов относиться к каждому пациенту так, словно перед ними самый близкий человек [1, с. 24].

Федор Григорьевич Углов про себя писал: «А начало пути, полного труда и дерзаний, проглядывается в далёких днях детства. Мои приятели по улице и школе хотели быть моряками и путешественниками, машинистами на не виденной нами железной дороге и знаменитыми сыщиками, с понятной мальчишеской лёгкостью меняя свои привязанности, наделяя себя новой мечтой… А я не помню, когда бы не хотел стать хирургом, твёрдо знал и стремился к одному – буду врачом, и именно хирургом». Примером для него

послужил киренский хирург Светлов, человек с искусными руками, светлой душой, сострадательный к чужой беде, который служил в единственной имевшейся на 500 вёрст больнице и, казалось, мог вылечить любого.

В 1923 году, окончив учительскую семинарию и получив благословение отца, Фёдор Углов, совсем как Ломоносов, отправился в путь за знаниями, чтобы осуществить свою мечту. В Иркутске, путешествие до которого растянулось на двадцать два дня, он поступил на медицинский факультет Восточно-Сибирского университета (ныне Иркутский государственный университет). Учился с упорством. Услышав однажды от преподавателя «С такими руками вам не то, что хирургом, даже дворником быть нельзя», Федор не сдался. Каждый день он тренировал пальцы, развивал ловкость и силу, делал швы на мокрой марле, отрабатывал движения до идеала. Вскоре тот же наставник уже хвалил студента за мастерство и точность. На втором курсе после поездки в Ленинград тяжело заболел: перенёс брюшной и сыпной тиф с осложнениями, сепсис, длительное время находился без сознания на грани жизни и смерти. Выжил только благодаря стараниям однокурсницы Веры Трофимовой, взявшей (несмотря на имевшегося маленького ребёнка) еле передвигавшегося после болезни молодого человека к себе на попечение и ставшей впоследствии его женой.

Федор Григорьевич Углов учёбу на пятом курсе продолжил в Саратовском университете, который окончил в 1929 году. Получив диплом, Федор Григорьевич работал участковым врачом в селе Кисловка Нижневолжского края (1929), затем – в селе Отобая Гальского района Абхазской АССР (1930-1931) и в больнице имени Мечникова в Ленинграде (1931-1933). Федор Григорьевич Углов по окончании интернатуры в городе Киренске работал главным врачом и заведующим хирургическим отделением межрайонной больницы водников (1933-1937).

Методы Федора Григорьевича Углова тогда казались невероятными: коллеги просто не верили, что можно делать такие операции. «Это все сказки барона Мюнхгаузена», – усмехался профессор Антон Мартынович Заблудовский. Но, увидев работу Углова собственными глазами, изменил мнение раз и навсегда. В блокадные годы Федор Григорьевич спасал раненых и больных. На мизерном пайке, при чудовищной нагрузке он едва держался на ногах, перед глазами часто темнело. И только случай помог ему выжить: на месяц его назначили заместителем директора госпиталя, он обязан был пробовать еду для пациентов. Эти крохи, дали ему силы работать и бороться за жизнь других [1, с. 95].

В 1937 году Федор Григорьевич Углов поступил в аспирантуру Ленинградского медицинского института усовершенствования врачей. Среди его первых научных работ были статьи «О гнойниках прямой мышцы живота при брюшном тифе» (1938), «К вопросу об организации и работе хирургических отделений на далекой периферии» (1938). После защиты кандидатской

диссертации на тему «Смешанные опухоли (тератомы) пресакральной области» (1939) Ф.Г. Углов работал ассистентом (1940-1943), доцентом (1944-1950) кафедры хирургии этого института. В 1949 году Федор Григорьевич Углов защитил докторскую диссертацию на тему «Резекция лёгких» [2, с. 524].

Во время советско-финской войны Федор Григорьевич служил старшим хирургом медсанбата на Финском фронте.

После начала Великой Отечественной войны на протяжении всех 900 дней блокады Ленинграда Федор Григорьевич Углов работал в осаждённом городе хирургом начальником хирургического отделения одного из госпиталей. Выжил, по собственному признанию, благодаря тому, что в течение месяца замещал директора госпиталя и имел обязанность снимать пробу с еды для больных на кухне [3, с. 65].

После войны врач Федор Григорьевич Углов остался в Ленинграде. Он ездил по всей Ленинградской области, оперируя в маленьких селах и райцентрах. Сколько жизней он спас – никто уже не подсчитает. Ф.Г. Углов одним из первых в стране успешно выполнил сложнейшие операции на пищеводе, средостении, при портальной гипертензии, аденоме поджелудочной железы, при заболеваниях легких, врождённых и приобретённых пороках сердца, аневризме аорты. Он является автором изобретения «Искусственный клапан сердца и способ его изготовления» (1981, 1982). Ф. Г. Углов как хирург обладал уникальной хирургической техникой, нашедшей высокую оценку многих известных хирургов мира [3, с. 85].

Американский кардиохирург Майкл Эллис Дебейки, сам легенда мировой хирургии, говорил: «Профессор Ф.Г. Углов – ваше национальное достояние. Он продвинул хирургию так же высоко, как вы продвинули покорение космоса». Но Федор Григорьевич Углов не ограничивался только медициной. Он вел кампанию по борьбе с алкоголизмом: читал лекции, писал письма в правительство. В 1950-е он стал пропагандировать здоровый образ жизни, объясняя людям, как питаться, тренироваться и трудиться, чтобы жить дольше и не знать болезней.

С 1950 года Федор Григорьевич Углов преподавал в 1-м Ленинградском медицинском институте (ныне – Санкт-Петербургском государственном медицинском университете имени академика И. П. Павлова). С 1950 по 1991 год руководил кафедрой госпитальной хирургии № 2 с клиникой Первого Ленинградского медицинского института, до 1972 г. был директором ВНИИ пульмонологии МЗ СССР, создал большую хирургическую школу.

Выдающийся хирург, учёный и педагог, Ф.Г. Углов до последних дней был полон энергии. Работая в должности профессора кафедры госпитальной хирургии СПб ГМУ имени академика И.П. Павлова, он проводил обходы и консультации хирургических больных, занятия со студентами и молодыми хирургами, выполнял операции, многие из которых по-прежнему уникальны.

Свою последнюю операцию Федор Григорьевич Углов сделал в возрасте 100 лет [3, с. 121].

В 1974 году в свет вышла первая художественная книга Федора Григорьевича Углова «Сердце хирурга». Она несколько раз переиздавалась в России, переведена на многие языки мира. Ещё до Великой Отечественной войны Фёдор Григорьевич начал борьбу за трезвость в стране: читал лекции, писал статьи. Убеждённый сторонник трезвости, Ф.Г. Углов активно выступал за искоренение привычек к употреблению алкоголя и табака, рассказывал читателю о действии спиртного и табачного дыма на важнейшие внутренние органы: мозг, сердце, лёгкие, органы желудочно-кишечного тракта, подкрепляя свои тезисы многочисленными примерами собственной врачебной практики.

Федором Григорьевичем Угловым были написаны следующие книги: «Сердце хирурга» (1974); «Человек среди людей (записки врача)» (1978); «Живём ли мы свой век» (1983); «Под белой мантией» (1984); «Образ жизни и здоровье» (1985); «В плену иллюзий» (1985); «Из плена иллюзий» (1986); «Береги здоровье и честь смолоду» (1988); «Ломехузы» (1991); «Самоубийцы» (1995); «Капкан для России» (1995); «Человеку мало века» (2001); «Правда и ложь о разрешённых наркотиках» (2004); «Тени на дорогах» (2004); «Воспоминание русского хирурга. Одна революция и две войны».

Академик Федор Григорьевич Углов, опираясь на собственный опыт и многолетние научные наблюдения, оставил потомкам своеобразный кодекс долголетия – простые, но предельно ясные правила жизни: 1) Люби Родину и будь готов ее защищать. Человек без корней не живет долго; 2) Люби труд – не только умственный, но и физический; 3) Учись владеть собой. В любых обстоятельствах сохраняй стойкость духа; 4) Избавься от алкоголя и табака. Все прочие советы окажутся бесполезны, если нарушить это правило; 5) Береги семью и умей нести за нее ответственность; 6) Следи за весом. Переедание – враг здоровья; 7). Будь внимателен на дорогах – сегодня это одна из главных угроз жизни; 8) Не откладывай визит к врачу, если есть повод; 9) Держи детей подальше от ядов современной культуры – разрушительной музыки и агрессивной рекламы; 10) Цени баланс труда и отдыха. Организм устроен так, что без этого он разрушается; 11) Бессмертия нет, но продолжительность твоей жизни во многом зависит от тебя самого; 12) Делай добро — это основа человеческого существования. Федор Григорьевич Углов оставил отличную инструкцию, понятную любому поколению. Никаких модных диет и хитрых методик – только дисциплина и честность перед собой.

Федором Григорьевичем Угловым изданы следующие монографии: «Резекция лёгких» (1950, 1954); «Рак лёгкого» (1958, 1962; переведена на китайский и польский языки); Тератомы пресакральной области» (1959) (в соавторстве с Р. А. Мурсаловой); «Диагностика и лечение слипчивого перикардита» (1962) (в соавторстве с М. А. Самойловой); «Хирургическое

лечение портальной гипертензии» (1964) (в соавторстве с Т. О. Корякиной); «Осложнения при внутригрудных операциях» (1966) (в соавторстве с В. П. Пуглеевой, А. М. Яковлевой); «Катетеризация сердца и селективная ангиокардиография» (1974) (в соавторстве с Ю. Ф. Некласовым); «Патогенез, клиника и лечение хронической пневмонии» (1976); «Основные принципы синдромальной диагностики и лечения в деятельности врача-хирурга поликлиник» (1987). А также Федор Григорьевич Углов автор более 200 статей в художественно-публицистических и более 600 статей – в научных журналах [3, с. 174].

Таким образом, трудно переоценить роль Федора Григорьевича Углова в воспитании не одного поколения врачей, которым, кроме профессионального опыта, он стремился передать и свои взгляды на то, каким должен быть настоящий врач и его отношения с больным: «В хирургии нет пустяков. От искусства врача зависит, сможет ли пациент жить нормальной жизнью или останется инвалидом. Поэтому хирург всегда обязан делать всё с такой нежной заботой, как будто перед ним находится близкий и любимый человек».

Список литературы

1. *Дягилев, В.Я.* Волшебник в белом халате [о хирурге Ф.Г. Углове]. – М.: «Сов. Россия», 1963. – 192 с.
2. *Зубцовский, В.Н.* Углов Федор Григорьевич // Большая медицинская энциклопедия: В 30 томах / Главный редактор Б. В. Петровский. – 3-е издание. – М.: Советская энциклопедия, 1985. – 560 с.
3. *Правдин, Д.А.* Фёдор Углов. Хирург, победивший время. – АСТ, 2024. –192 с.

УДК 93

ВКЛАД К.В. КАРАФФА-КОРБУТТА В ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСА ОЧИЩЕНИЯ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ОТ ХОЛЕРНОГО ВИБРИОНА В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ НА ФРОНТАХ ПЕРВОЙ МИРОВОЙ ВОЙНЫ.

Токарь Александра Анатольевна

Кандидат исторических наук, преподаватель, Институт профильного обучения «Импульс», Ресурсный центр «Медицинский Сеченовский Предуниверсарий» ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119048, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2). E-mail: tokar_a_a@staff.sechenov.ru

Во время Первой мировой войны в российской армии наблюдался устойчивый рост многих инфекционных заболеваний: брюшного тифа, холеры и дизентерии. Одной из причин роста была проблема качества питьевой воды. В статье рассмотрена работа выдающего российского врача-гигиениста К.В. Караффа-Корбутт и его практические рекомендации по очищению питьевой воды от холерного вибриона. Для более быстрого и лучшего выполнения санитарных и эпидемиологических задач и проведения экспресс-анализа источников водоснабжения он предложил создать подвижную вагон-лабораторию, которая сначала появляется в санитарной части армии Северо-западного фронта, а в дальнейшем подобные учреждения создаются на всех фронтах.

Ключевые слова: *холерный вибрион, обеззараживание воды, лимонная, соляная, виннокаменная кислоты.*

CONTRIBUTION OF K.V. KARAFFA-KORBUTT TO THE STUDY OF THE ISSUE OF PURIFICATION OF DRINKING WATER FROM VIBRIO CHOLERAE IN WARTIME CONDITIONS ON THE FRONTS OF THE FIRST WORLD WAR.

Alexandra Anatolevna Tokar

PhD in History, lecturer, Institute of Specialized Education «Impulse», Resource Center «Medical Sechenov Pre-University» of the Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University) (119048, Moscow, Trubetskaya str., 8, building 2).

During the First World War, the Russian army saw a steady increase in many infectious diseases: typhoid fever, cholera, and dysentery. One of the reasons for the increase was the problem of drinking water quality. The article examines the work of K.V. Karaffa-Corbutt, an outstanding Russian hygienist, and his practical recommendations for purifying drinking water from vibrio cholerae. For faster and better fulfillment of sanitary and epidemiological tasks and rapid analysis of water supply sources, he proposed the creation of a mobile laboratory car, which first appears in the sanitary unit of the army of the Northwestern Front, and later similar institutions are created on all fronts.

Key words: *vibrio cholerae, disinfection of water, citric, hydrochloric, tartaric acids.*

Профессор Казимир Викентьевич Караффа-Корбутт относится к крупнейшим врачам-гигиенистам первых десятилетий XX в. Родился он 26 апреля 1878 г. в Лепсинске (в настоящее время село Лепси в Казахстане), в семье участника восстания 1863 г. в Польше. В январе 1906 г. К.В. Караффа-Корбутт с отличием закончил Военно-медицинскую академию и остался в ней для дальнейшей подготовки к профессорскому званию. После завершения обучения работал в клинике хирурга С.П. Фёдорова в Санкт-Петербурге. Одновременно занимался экспериментальными исследованиями в лабораториях И.П. Павлова и П.М. Альбицкого, где овладел приемами экспериментальной техники на животных.

В 1909 г. молодой ученый перешел на кафедру гигиены. В 1911 г. К.В. Караффа-Корбутт руководил организацией отдела военной гигиены на выставке в Дрездене. В марте 1914 г. он получил доцентуру на кафедре гигиены в Военно-медицинской академии. В начале Первой мировой войны служил в армии эпидемиологом, а позже руководил санитарной лабораторией Западного фронта. В 1918 г. К.В. Караффа-Корбутт был избран профессором гигиены Института усовершенствования врачей в Петрограде и профессором профессиональной гигиены в Технологическом институте [4, с. 50].

В годы Первой мировой войны круг научных интересов К.В. Караффа-Корбутт расширяется, растет практическая значимость его работ. В 1916 г. было издано краткое пособие по практической дезинфекции и дезинсекции в условиях войны в котором были сформулированы организационные принципы военной эпидемиологии и противоэпидемического обеспечения войск в различные периоды боевых действий. В своей основе они действенны и в настоящее время [1].

В военных условиях возрастает необходимость санитарного контроля над питанием солдат, снабжения их чистой водой, условиями их размещения и т.д. К.В. Караффа-Корбутт в своих работах подчеркивает связь между питанием армии и развитием таких болезней как цынга, мясные отравления (ботулизм), куриная слепота, а также острые желудочно-кишечные заболевания, брюшной

тиф и т.д. Область его научных интересов в этом направлении была сосредоточена на вопросах гигиены мяса (в том числе заморозки), его консервирования, производства колбасных изделий и соления мяса новыми методами, отравления мясным ядом [2].

Особенно важной проблемой для командования стало обеспечение армии питьевой водой. Окопный характер боевых действий Первой мировой войны приводил к тому, что на небольшой территории сосредотачивалось огромное количество людей и животных. Регулярные обстрелы и применения различных отравляющих веществ могли нанести вред близлежащим источникам воды - рекам и озерам. В некоторых случаях намеренно отравлялись источники питьевой воды, поэтому необходимо было их охранять. Большинство военнослужащих попадали в такую ситуацию впервые, и не все точно знали, какую воду можно пить, а какую лучше не употреблять.

В войсках Франции для солдат было составлено практическое руководство для определения пригодности воды для питья. Она должна была быть свежей, без какого-либо запаха и прозрачной. Существовал у французских солдат и переносной песчаный фильтр. Фильтр состоял из кирпича, выложенного в два слоя на самом дне сосуда. Сверху кирпича укладывали 50-60 см. большого гравия. Далее поверх этого добавлялся в таком же количестве мелкий гравий. В фильтр также добавляли крупный песок, а затем мелкий. На самом дне сосуда был небольшой кран. Открывая его можно было получить отфильтрованную воду пригодную для употребления. Но при применении такого фильтра была пометка, что фильтр не обеззараживал воду от кишечной палочки и тифа. Как только солдаты прогоняли воду через фильтр, её надо было несколько раз прокипятить.

В немецкой армии командование так же требовало обязательного кипячения воды. Но большинство солдат не хотели ждать, особенно после тяжелого боя и могли употреблять воду без процедуры кипячения. По этой причине в войска поступил фильтр Беркефельда. Он был выполнен в форме свечи и заполнялся горной мукой. Но такой фильтр не пользовался популярностью у солдат, его составляющие нужно было часто менять, а делать это в условиях боевых действий было сложно. Также использовали «Дезозон» – пакет с 20 трубочками, из которых 10 содержали высокопроцентную хлорную известь (1 трубка на 1 литр воды), а 10 – антихлор «ортизон» (перекись водорода и карбомида). В емкость сначала опускали порцию хлора, затем через 10 минут – порцию антихлора и через 1-2 минуты вода становилась пригодной для питья.

В перечни противохолерных мер, которые следовало выполнять в российской армии, подчеркивалось, что необходимо использовать все возможности, чтобы нижние чины не пили сырой воды. Поэтому в распоряжение

каждого батальона должен был находиться один кипятильник, а также запас клюквенного или черничного экстракта. Кроме того, в тех частях, где наблюдались острые энтериты, должны были снабжаться красным вином для ежедневного отпуска по чарке или небольшому стакану на человека.

В приказах по действующей армии встречались также рекомендации, что для обеззараживания воды следует использовать соляную и лимонную кислоты.

К.В. Караффа-Корбутт, заведующий подвижной лаборатории Начальника санитарной части армии Северо-западного фронта, в реальных условиях военного времени (используя материал взятый в районе расположения действующей армии, для посевов были взяты расы холерного вибриона, выделенного от больных, находившихся в военно-лечебных заведениях) произвел химико-бактериологическими исследованиями и ряд опытов для выяснения реального значения предлагаемых средств для обеззараживания воды, а также исследовал несколько таких препаратов, которые еще не рекомендовались, но могли бы найти применение в практике военного времени.

Для исследования были выбраны следующие вещества: красное вино, кислоты – лимонная, соляная, виннокаменная, клюквенный экстракт и чай, а также смесь красного вина с кислотами.

Методика проведенных исследований была выбрана следующая: заготовлялись эрленмейеровские колбы, в которые наливалось по 50 куб.см. каждого из раствора вещества (красного вина, кислот, чая, клюквенного экстракта), и подвергались стерилизации в текучепаровом аппарате в течение трех суток по 20 минут. Затем в колбы вносился посев по 1 петле суточной агаровой культуры vibrio cholerae asiaticae (посев «по 1 петле» - микробиологический метод переноса фиксированного количества биомассы с плотной питательной среды). После определенных промежутков времени 5,10, 15 и 30 минут из колб делались посевы на пептонную воду (основная жидкая элективная среда для обогащения холерного вибриона при лабораторной диагностике) или бульон.

Посевы выдерживались в термостате в течение нескольких суток. Каждая серия экспериментов сопровождалась контрольным опытом со стерилизованной водой, которая употреблялась для приготовления растворов.

Результаты исследования показали следующие. Красное вино может действовать бактерицидно различными составными частями, например, алкоголем, кислотами. В чистом красном вине, кислотность которого в среднем составляет 1% (при расчете на виннокаменную кислоту), холерные вибрионы гибнут в течение нескольких минут.

Что же касается бактерицидного действия различного процентного содержания красного вина в растворах на vibrio cholerae asiaticae, то данные

исследования показали, что концентрации в 2%-10% не останавливают рост вибрионов.

Только при концентрации в 15% красное вино убивает в воде холерные вибрионы, действуя на них в течение 15 минут, 20% раствор уничтожает вибрионы уже за 10 минут.

Лимонная кислота обладает значительно большей бактерицидной силой. Одна чайная ложка 20% раствора лимонной кислоты на флягу кипяченой или сырой воды (емкость фляги приблизительно 700 куб. см., следовательно во фляге получается 0,14% раствора лимонной кислоты) убивает холерного вибриона в течение 2-3 минут, и вода оказывается стерильной при чем выяснилось, что такой раствор умерщвляет и некоторые другие неспороносные формы водных сапрофитов.

Однако, при значительном содержании в воде органических веществ, бактерицидное действие лимонной кислоты ослабевает. К.В. Караффа-Корбутт в своих исследованиях добавлял к воде пептон. Оказалось при содержании 1% пептона в воде посев через 30 минут дал рост, а через час роста не последовало. Следовательно, при использовании лимонной кислоты для очистки воды требовалось увеличить время ее действия до момента употребления воды.

Исследования бактерицидного действия растворов виннокаменной кислоты на vibrio cholerae asiaticae показало, что рост холерного вибриона прекращается в течении 15 минут, а при разведении 0,5% однопроцентный раствор убивает через 5 минут. Интересно отметить, что применяемый в быту «шипучий порошок» (pulvis aerogenes) для изготовления освежающего напитка, содержит 2,5% виннокаменной кислоты: значит, если растворить такой порошок в большом стакане воды и подождать 5 минут до прибавления углекислого натрия, то можно будет очистить воду от холерных вибрионов.

Следующим веществом, которое исследовалось на бактерицидное действие была соляная кислота. При разведении 1:2000 соляной кислоты холерный вибрион погибал за 5 минут, если же прибавить на ведро воды одну столовую ложку соляной кислоты, то получим раствор приблизительно 1:1000. И действие его на холерный вибрион повториться.

Таким образом, оказалось, что кислоты соляная, лимонная и в меньшей мере виннокаменная могут очистить питьевую воду от холерного вибриона в солдатских флягах или походных кухнях. Однако, использование кислот изменяло вкус воды и это могло вызвать у нижних чинов нежелание подкислять воду. С другой стороны, прибавление вина, придающего воде привычный и приятный вкус, оказывало малое бактерицидное действие.

Для решения этого вопроса К.В. Караффа-Корбутт изготовил смеси красного вина с лимонной и соляной кислотой.

При добавлении к вину лимонной кислоты получились следующие результаты. Бактерицидное действие лимонной кислоты в присутствии вина уменьшается по сравнению с действием кислоты в чистой воде. Этот факт объясняется присутствием органических веществ, находящихся в вине. Во всяком случае, прибавление кислоты даже в небольшом количестве усиливает бактерицидное действие вина, однако не настолько, чтобы это могло иметь практическое значение, только при 10% содержании красного вина и 0,140 % содержании лимонной кислоты в 30 минутный срок рост вибрионов прекращался.

Если вместо лимонной кислоты добавить к красному вину 1% соляной кислоты, то получим что 5 куб. см. соляной кислоты в вине на 100 куб. см. воды прекратит рост вибрионов в течении 15 минут.

Здесь наблюдалось более энергичное действие подкисленного вина, хотя одно и тоже разведение соляной кислоты в воде и вине обладает неодинаковым бактерицидным действием, именно, в вине оно меньше, чем в воде. Очевидно, часть соляной кислоты связывается соединениями, находящимися в вине. Однако, бактерицидное действие такого подкисленного вина оказывается недостаточным.

При добавлении к красному вину 2% и 3% соляной кислоты, бактерицидное действие раствора увеличивается на столько, что рост холерного вибриона прекращается после пятиминутного действия однопроцентного раствора в воде подкисленного вина. На вкус такое подкисленное вино является кислым, но не чрезмерно, хотя пить его в чистом виде вряд ли было возможно.

Исследование клюквенного экстракта, как бактерицидного раствора показало следующие результаты. Прибавляемый в количестве 1, 2 и 4 капель на 100 куб. см, т.е. на стакан воды около 2,4 или 8 капель раствор оказывал весьма слабое действие на задержку роста вибрионов, и он продолжался после 30 минут действия.

Последним раствором, который был изучен на бактерицидные свойства бал чай. Для исследования был взят чай фирмы «Бр.К. и С. Поповы» №3. Был взят 1,0 чая и прибавлен к 50 куб. см воды в колбу, которая затем в течение 15 минут стояла на водяной бане. Полученный настой крепостью 2:100 профильтрован через бумажный фильтр, разлит в пробирки и стерилизован обычным образом в течение трех суток. В пробирки была введена агаровая культура холерного вибриона и сделаны через 5, 10, 15 и 30 минут посевы на пептонную воду. Во всех пробирках был обнаружен рост, доказавший, что настой чая не обладает, в принятых нами пределах времени, бактерицидным действием по отношению vibrio cholerae asiaticae.

Сопоставляя данные произведенных исследований, были сделаны следующие выводы и даны практические рекомендации для очищения воды от холерного вибриона в условиях военного времени:

1. а) Прибавление на ведро воды одной столовой ложки концентрированной соляной кислоты;
   б) Прибавление на флягу воды столовой ложки красного вина, подкисленного 2 или 3 процентами соляной кислоты;
   в) Прибавление на флягу воды чайной ложки 20% раствора лимонной кислоты.
2. Чистое, не подкисленное красное вино не пригодно для очищения воды, так как для достижения эффекта потребовалось бы использование большого количества вина. Прибавление же подкисленного вина заслуживает рекомендации.
3. Клюквенный экстракт обладал слабым бактерицидным действием.
4. Настой чая крепости 2:100 не обладал бактерицидным действием в отношении vibrio cholerae asiaticae [3].

Первая мировая война, как и все предыдущие и последующие войны показали, что проблема обеспечения питьевой водой армии стояло остро. Ведь если добыть воду является не сложной проблемой, то обеззаразить ее довольно сложно. Врачи-гигиенисты продолжили исследования в этом направлении. Обязательным оставалось кипячение воды и ее хлорирование. Обеззараживание воды происходило также с помощью перекиси водорода или других ингредиентов, которые могли улучшить качество воды после хлорирования. Использовали лимонную или виннокаменную кислоту.

После Великой Отечественной войны в сухпайки солдат стали добавлять таблетки под названием «Пантоцид». Такая таблетка содержит 3 мг активного хлора,соду и соль. Её применяли для обеззараживания одной порции воды в фляге - 750 мл. Но такая таблетка сильно портила вкус воды и довольно медленно растворялась (около 30 мин.). В современное время появились таблетки «Аквасепт», «Спороцид» и другие. В них уже содержание активного хлора увеличивается до 6 мг. Современные обеззараживатели растворяются около 15 минут. Российские солдаты в настоящее время обеспечены тремя таблетками «Аквабриза» или «Акватабса» в сухпайке. В их составе 3,5 г натрия дихлоризоцианурата. По инструкции надо применять одну таблетку на один литр. Если таблеток нет в доступности, рекомендуют воспользоваться солдатской аптечкой. В воду надо добавить две капли 10% йода и ждать примерно полчаса. Вкус у воды будет не самый лучший, но это поможет военному не умереть от обезвоживания. Использование специальных химических препаратов уже более ста лет остается лучшим средством для обеззараживания воды.

Активно продолжаются работы по усовершенствованию конструкции очищающих фильтров воды для солдат. Без воды солдат ждет быстрая смерть. Поэтому сейчас все армии мира активно продолжают прорабатывать вопрос того, как можно военным легко и быстро очищать воду в современных условиях.

Список литературы

1. *Караффа-Корбутт, К.В.* Краткое руководство практической дезинфекции в условиях военного времени / К.В. Караффа-Корбутт. — Петроград: Практическая медицина В.С. Эттингер , 1916. — 96 с.
2. *Караффа-Корбутт, К.В.* Борьба с инфекционными болезнями в действующей армии в условиях текущей кампании / К.В. Караффа-Корбутт. —Петроград: Государственная типография, 1917. — 164 с.
3. *Караффа-Корбутт, К.В.* К вопосу об освобождении питьевой воды от холерного вибриона в условиях военного времени / К.В. Караффа-Корбутт // Военно-медицинский журнал. –1915. – № 9. – С. 96 –107.
4. *Рафес, Ю.И.* Караффа-Корбутт — выдающийся гигиенист России и Польши / Ю.И. Рафес // Гигиена и санитария. — 1960. — №3. — С.50 — 53.

УДК 17.034.3:341.33:614.253

ДОЛГ ВРАЧА СКВОЗЬ ИСПЫТАНИЯ: ОТ ФРОНТОВЫХ ГОСПИТАЛЕЙ К ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

Щетинина Надежда Александровна

Ассистент кафедры управления в здравоохранении Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации (394036, Воронежская область, г. Воронеж, улица Студенческая, д. 10). E-mail: shchetinina.2016@inbox.ru

Маркосян Заруи Самвеловна

Ассистент кафедры управления в здравоохранении Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации (394036, Воронежская область, г. Воронеж, улица Студенческая, д. 10). E-mail: 01zara@mail.ru

Черных Екатерина Алексеевна

Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры управления в здравоохранении Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации (394036, Воронежская область, г. Воронеж, улица Студенческая, д. 10). E-mail: katya_kosinova@mail.ru

Статья посвящена участникам Великой Отечественной войны 1941-1945 гг., врачам кто исполнял свой долг в военное и послевоенное время. Наши герои прошли войну в разных званиях, в трудностях и лишениях, но вернулись с войны и работали на благо Родины и благо здравоохранения нашей страны.

Ключевые слова: *Великая Отечественная война, долг врача, долг, медицинская помощь, организация здравоохранения.*

THE DOCTOR'S DUTY THROUGH TRIALS: FROM FRONTLINE HOSPITALS TO PEACETIME HEALTHCARE ORGANIZATION

Shchetinina Nadezhda Aleksandrovna

Assistant Professor of the Department of Management in Healthcare, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «N.N. Burdenko Voronezh State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Markosyan Zarui Samvelovna

Assistant Professor of the Department of Management in Healthcare, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «N.N. Burdenko Voronezh State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Chernykh Ekaterina Alekseevna

Assistant Professor of the Department of Management in Healthcare, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «N.N. Burdenko Voronezh State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

This article is dedicated to the participants of the Great Patriotic War of 1941-1945, the doctors who fulfilled their duty during the war and in the post-war period. Our heroes fought in various ranks, faced difficulties and hardships, but they returned from the war and worked for the benefit of their homeland and the healthcare system of our country.

Keywords: *Great Patriotic War, doctor's duty, medical assistance, healthcare organization.*

В сложившихся геополитических условиях прослеживается подъём силы духа и патриотизма в Российской Федерации, спровоцированный введением масштабных антироссийских санкций со стороны многих стран. Глобальный мир XXI века сталкивается с новыми вызовами, испытывающими на прочность национальные ценности и идентичность [1, с. 11].

Идея развития отечественного патриотизма остаётся актуальной, несмотря на обширную научную и публицистическую литературу, посвящённую её различным аспектам: определению понятия, историческим формам проявления и методам эффективного патриотического воспитания [1, с. 28].

Целью данной работы явилось — осветить вклад участников Великой Отечественной войны и организаторов здравоохранения Воронежского медицинского института как исполнение долга врача и гражданина в тяжелый исторический период.

Фурменко Иван Павлович (1912–1983 гг.). Иван Павлович Фурменко родился в 1912 г. Встретил начало войны в Воронеже. В июне 1941 года, в условиях острой нехватки врачебных кадров, был назначен начальником хирургического госпиталя. Боевой путь начал в июне 1941 и по ноябрь 1942 был начальником эвакогоспиталя № 2617 на Воронежском фронте, затем эвакогоспиталя № 292 на Южном фронте;

В ноябре 1942 переместился в Сталинград, где по декабрь 1943 г. возглавлял эвакогоспиталь № 2920 на Сталинградском фронте.

Дальнейшего его путь был таким: начальник эвакогоспиталей № 5069 и № 1687 на Третьем Украинском фронте [2, с. 43]. В декабре 1943 по май 1945: майор медицинской службы, начальник полевого подвижного госпиталя (ППГ) № 4386 на Украинском фронте.

Особенно тяжёлым был период работы под Сталинградом: госпиталь подвергался авианалётам, персонал оперировал в боевой готовности, а сам И.П. Фурменко получил контузию в 1942 году. Принимал участие в освобождении Сталинграда, Одессы, Днепропетровска, Бухареста, Будапешта. Награды, которых удостоился Иван Павлович были следующими: орден Отечественной войны II степени; орден Красной Звезды (за бои на озере Балатон); ещё два ордена; две медали.

В мирное, но тяжелое послевоенное время с 1947 года — руководитель Воронежского городского отдела здравоохранения Фурменко и его соратники развивали отечественную медицину и укрепляли патриотический дух. С 01.02.1956 до октября 1983 года — заведующий кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения, а также ректор Воронежского государственного института до 1983 года. Доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РСФСР, награждён орденом Ленина и двумя орденами Трудового Красного Знамени. Скончался 12.10.1983, похоронен на Коминтерновском кладбище в Воронеже.

Алёхин Дмитрий Михайлович (1923–2012 гг.). Призван в армию 17.10.1941 г., после окончания Старо-Оскольского медицинского училища ушёл добровольцем на фронт. Служил фельдшером на Воронежском фронте. Ключевые этапы службы: боевое крещение 28.06.1942 под артналётом; работа в районе Отроженских железнодорожных мостов; оказание медицинской помощи северо-восточнее Туапсе (награждён медалью «За оборону Кавказа»); старший фельдшер батальона связи 30-й стрелковой дивизии; участвовал в Прохоровском танковом сражении (1943 г.). Сражался под Киевом (награждён медалью «За отвагу»); участие в наступлении через Польшу, Венгрию, Чехословакию, Германию. День Победы встретил в г. Оломуц (Южно-Моравская область, Чехословакия) в звании майора медицинской службы.

С 1965 по 1998 год работал лаборантом кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения Воронежского государственного института, и вместе с И.П. Фурменко (1965-1983 гг.) развивал отечественное здравоохранение.

Безукладный Игорь Петрович был рожден в Воронеже, призван Грибановским районным военкоматом в январе 1943 года. Служил в 252-м гвардейском стрелковом полку 83-й гвардейской стрелковой дивизии Западного фронта. Награды: медаль «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.», орден Красной Звезды [2, с. 52].

Окончил Воронежский медицинский институт в 1949 году. С июля 1955 до февраля 1972 года работал ассистентом кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения ВГМИ.

Алабовский Юрий Иванович (1926–2002 гг.). Родился в селе Костино-Отделец Терновского района Воронежской области. В 1944 году ушёл добровольцем на фронт, служил в 203-й Запорожской Краснознамённой дивизии 2-го Украинского фронта. Участвовал в боях в Венгрии, Румынии, Чехословакии.

В 1945 году под Будапештом получил тяжёлое ранение, в результате которого лишился правой руки. Его деятельность, научная и педагогическая тесно связана В ВГМИ. Окончил Воронежский государственный институт (1951, с отличием), аспирантура при кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения ВГМИ (1951–1954 гг.); кандидат медицинских наук (1954 г.); ассистент и доцент кафедры (1951–1958); заведующий курсом организации здравоохранения Ставропольского медицинского института (с 1958 г.); заведующий кафедрой организации здравоохранения СГМИ (с 1960 г.). Стал доцентом в1962 г., профессор в 1972 г. на кафедре «Социальная гигиена и организация здравоохранения» Получил значок «Отличнику здравоохранения» в 1966 г.; доктор медицинских наук - 1971 г., тема диссертации: «Состояние здоровья и медицинское обслуживание пожилого населения». Под его руководством защищено 12 диссертаций, опубликовано свыше 100 работ. Умер 16.07.2002, похоронен в Ставрополе.

Жизненные и профессиональные траектории И. П. Фурменко, Д. М. Алёхина, И. П. Безукладного и Ю. И. Алабовского демонстрируют неразрывную связь патриотизма, самоотверженного служения Родине в годы войны и последующего вклада в развитие здравоохранения и медицинской науки. Их опыт служит ярким примером для патриотического воспитания молодого поколения медиков.

Список литературы

1. Россия и мир: 2022. Экономика и внешняя политика. Ежегодный прогноз / Рук. проекта – А.А. Дынкин, В.Г. Барановский. – М.: ИМЭМО РАН, 2021. – 136 с.
2. Книга боевой славы Воронежской государственный медицинской академии Н.Н. Бурденко (к 70-летию Великой Победы) [Текст] : монография / под общ. Ред. И.Э Есауленко. – Изд. 3-е, испр., перераб. и доп. - Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2015. – 128 с.
3. Память народа 1941-1945. Герои войны. - URL: https://pamyat-naroda.ru/heroes/podvig-chelovek_nagrazhdenie29068565/ (дата обращения: 04.05.2022).

УДК 93/94

ПОЛКОВНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ДОКТОР ВИКТОР ДЬЯКОВ, НАГРАЖДЕННЫЙ ДОНСКОЙ КАЗАК, ЮГОСЛАВСКИЙ НЕЙРОПСИХИАТР

Станкович Славолюб Тале

Профессор истории (18 000 Сербия, г. Ниш, ул. Цара Душана 97 III 4). E-mail: taless1970@gmail.com

В статье впервые на основе скромных источников, представлена биография русского белого змигранта Виктора Дьякова. Он прибыл в Королевство сербов, хорватов и словенцев как донский казак, награжденный орденом Святого Георгия 4-й степени. Он окончил медицинский факультет в Белграде и был известным военным нейропсихиатром во времени Королевства Югославии. Сразу после Второй мировой войны он стал первым председателем комиссии по приему пилотов и вторым директором Авиационного медицинского института. В некоторых статьях упоминается его имя, но ни один автор не написал биографию этого видающегося врача.

Ключевые слова. *Виктор Дьяков, донский казак, югославский нейропсихиатр*

MEDICAL COLONEL DR. VIKTOR DJAKOV, DECORATED DON KOSSACK, YUGOSLAV NEUROPSYSHIATRIST

Stanković Slavoljub Tale

Professor of History (18 000 Niš, Serbia, Cara Dušana 97 III 4)

The article introduces the Russian white emigre Viktor Djakov for the first time, based on modesst with sources. He arrived in the Kingdom of SHS as a Don Kossack decorated with the Order of St. George 4th degree. He graduated from the Faculty of Medicine in Belgrade and was a well known military neuropsychiatrist during the time ofthe Kingdom of Yugoslavia. Some articles mention his name, but no author has written a biography of physician.

Key words: *Viktor Djakov, Don Kossack, Yugoslav neuropsyhiatrist*

В Военном архиве в Белграде хранится лишь неполное офицерское удостоверение (на бланке времен Королевства сербов, хорватов и словенцев, а следующее офицерское удостоверение времен Королевства Югославии, которое также содержит фотографию офицера и гораздо больше личной информации – не сохранилось). В личном служебном удостоверении офицера указано следующее: Лейтенант медицинской службы (капитан 2-го ранга) доктор Виктор Александрович Дьяков.

Уходил из армии, и почему? *Я уволился из русской армии 17 декабря 1920 года после отбытия срока службы.*

Когда снова поступил на службу в армию? *Я вступил в Армию Королевства СХС 3 января 1928 года.*

Какие отличия есть у нашей страны, когда ими награжден? –

Какие отличия есть у другой стороны, когда ими награжден? *Военный орден Святого Георгия 4-я степень, 4 марта 1920 года.*

Отсутствовал: в каком году и как долго? *В 1928 году – 19 дней, в 1929 году – 11 дней, в 1930 году – 10 дней.*

Болел, в каком году и как долго? *В 1930 году – 4 дня.*

Какие обязанности выполнял и когда? *По приказу министра армии и флота от 11 января 1928 года, приказ № 867, я был назначен врачом 25-го артиллерийского полка. От 22 апреля 1931 года – врач 8-го пехотного полка (Официальный военный вестник, стр. 781).*

Место рождения: город, округ и район? *Варош Качалинача, Донская область, Россия. Я стал подданным Королевства СХС в Панчевском военном округе.*

Когда родился; (день, месяц и год) и от каких родителей? *11 октября 1897 года, отец Александр, мать Мария.*

Какая религия: *Православная*

Когда поступил в военную службу в армию и в какую именно? *3 января 1928 года, указ № 875 от 3 I 1928 года.*

Кем был до поступления в армию? *Независимым врачом*

Какое звание получил в армии? *Назначен лейтенантом 3 января 1928 года, указом № 175 (Официальный военный вестник, 5/28). За капитана 2-го класса 17 XII – 932goda № 24700 (Официальный военный вестник, стр. 2291).*

Какие гражданские учебные заведения окончил? Есть ли у него какие-либо подтверждающие документы? *Средняя школа с выпускным экзаменом в городе Новочеркасск, Донская область, Россия (у меня есть документы). Медицинский факультет в Белграде (у меня есть диплом).*

В каком военном училище учился и где? *Военный курс по боевым ядам в 1932 году в Обиличево (конфиденциальный документ № 6966/1932).*

Когда и в какой зарубежной стране служил в школе или войсках, в каком роде войск, профессии или учебном заведении? *Я служил в Донском казачьем полку русской армии в России.*

На каких языках говорит? *Русский, сербохорватский, слабо владеющий немецким и французским языками* [1. с. 1-4]

Военный врач доктор Виктор А. Дьяков во время Королевства СХС/Югославии согласно официальны военным вестникам:

По предложению нашего министра армии и флота назначаем на должность военного лейтенанта: ... Д-р Виктора А. Дьякова... (Приказ № 175, от 3 января 1928 года, Белград).

По предложению нашего министра армии и флота по просьбе были назначены следующие лица: ... врачом 25-го артиллерийского полка, вновь назначенный лейтенант медицинской службы доктор Виктор А. Дьяков... (Приказ № 867 от 11 января 1928 года, Белград).

С 22 апреля 1931 года были назначены сотрудники в соответствии с потребностями службы в соответствии с приказом № 9439: ... для врача 8-го пехотного полка «Князь Александр» лейтенанта медицинской службы доктора Виктора А. Дьякова, до настоящего времени врача 25-го артилерийского полка, зто стало известно.

По распоряжению нашего министра армии и флота они били назначены в соответствии с потребностями службы: ... для врача авиационной стрелковой школы капитана медицинской службы 2-го класса доктора Дьякова А. Виктора, до настоящего времени врача 8-го пехотного полка »Князь Александр»...(С 6 июля 1933 года, Белград, приказ № 13128).

Королевские губернаторы по предложению министра армии и флота повышают в звании: В звании капитана 1-го класса, капитана 2-го класса... в медицинской службы ... Дьяков А. Д-ра Виктора ... (С 31 декабря 1935 года, Белград, приказ № 32273).

От имени Его Величества ПЕТРАII короля Югославии, королевский регент, по предложению министра армии и флота награждает: ... Золотой медалью за усердную службу... в медицинской службе ... капитана 1-го класса ... Дьяков А Д-р Виктор (Приказ № 20009 от 6 сентября 1937 года, Белград).

От имени Его Величества ПЕТРА II короля Югославии, королевский регент по предложению министра армии и флота принять решение о повышении в звании: ... в медицинской службе: ... до майора, капитана 1-го класса: ... Дьяков А. Д-р Виктор... (Приказ № 38760 от 31 декабря 1938 года, Белград) [8].

Недостаток данных в военных архивах о передвижениях доктора Дьякова во время службы частично компенсируется двумя документами, регистрирующими его пребывание в Белграде.

Регистрация проживания от 17 июля 1937 года, улица Приштина № 70, в Белграде (имя арендодателя – Крстич Илия); Dr Ђаков Виктор, майор-военный врач, рожденный 29 октября 1897 года, Качалино, Россия, Муниципалитет родного города-Панчево, Гражданин Югославии, Семейное положение – женат, Религия – православная, Родители; отец Александр (умер), мать Мария урожденная Бикадоров, Женщина и дети младше 18 лет: Ольга урожденная

Живанович 17 января в Баваниште, сын Александр Дьяков урожден 27 ноября 1936 в Панчево (от 31 октября 1939 года, улица Святого Саввы № 41 в Белграде-имя арендодателя – Лалович Ж.).

Регистрация проживания от 29 августа 1946 года, улица Дубровацкая №2, (имя арендодателя Петрович Павле). Откуда прибыл? Панчево. Др. Дьяков Виктор, директор Института авиационной медицины, рожденный 29 октября 1897 года, Качалинек, Сталинград, СССР, Национальность: русский (от 18 марта 1947 года улица Пантелицева № 4, имя арендодателя: Командование ВВС, от 4 марта 1948 улица Маршала Тито № 48, имя арендодателя: Митич Джура, от 7 октября 1948 улица Советской Армии № 14, имя арендодателя: Милеуснич Славица, от 18 марта 1951 года, улица Вртларска № 21, день отъезда 17 апреля 1953 года – Скопье (жена остается) [5. с. 1-4].

Отделение нервных и психических заболеваний было создано 1 июня 1932 года. Указом короля Александра I от 30 июня 1932 года исполняющим обязанности директора был назначен подполковник доктор Джордан Р. Тасич (1890-1960) вернувшийся из Вены после прохождения специализации. Единственным сотрудником Тасича был капитан II класса медицинской службы доктор Драголюб Йованович. После сдачи квалификационного экзамена в 1936 году доктор Йованович был назначен врачом второго уровня на отделение, а в 1939 года переведен в Скопье где он основал нейропсихиатрическое отделение в Департаменте внутренних дел Третьего армейского окружного госпиталя. В начале 1938 года капитан 2-го класса медицинской службы доктор Радослав Райич из артиллерийской части крепости Бока-Которска и майор медицинской службы доктор Виктор Дьяков из авиационного отдела пришли на специализацию. Подобный медицинский персонал существовал до 20 марта 1941 года, когда доктор Райич и доктор Дьяков отправились в свои мобилизационные части и в департаменте остался только доктор Йордан Тасич [2. с. 4].

С самого начала работы Комиссии медицинской авиации (ЛЛК-лекарско летачка комисија) она состояла от: хирурга, терапевта, офтальмолога, отоларинголога, нейропсихиатра и психометриста. Работа этой комиссии проходила в Земуне (Команда Југословенског Ратног Ваздухопловства), а ее первым председателем был полковник медицинской службы доктор Виктор Дьяков. Задача этой комиссии заключалась в отборе кандидатов в летную школу, которая была создана в начале марта 1945 года в Панчево и Подгорице.... . ... Авиационный медицинский институт (Воздухоплавательный медицинский институт ВМИ) был основан 11 ноября 1945 года. Первым начальником был капитан медицинской службы доктор Бранислав Остоич (до 3О июня 1946 года), а вторым начальником был полковник медицинской службы доктор Виктор Дьяков (до 31 декабря 1948 года) [3. с. 501-503].

Доктор Виктор Дьяков также публиковал научные статьи [4. с. 129-131].

Полковник медицинской службы на пенсии доктор Виктор А. Дьяков умер в Белграде 7 марта 1976 года [6. с. 1].



Майор медицинской службы доктор Виктор Дьяков (1940 г.) [7].

Список литературы

1. Војни архив у Београду; фонд: Досијеа: Министарство војно и морнарице Краљевине Срба, Хрвата и Словенаца, Опште војно одељење, Ађунтурни одсек, *КАРТОН личних и службених односа официра, Санитетски (поручник) капетан II класе Dr Виктор Александра Ђаков*
2. На правом путу-осамдесет пет година војне неуропсихојатрије // Специјални прилог 179, *Одбрана*, Број 293, 1 децембар 2017.
3. Ваздухопловна медицина у Југославији после другог светског рата // *Војносанитетски преглед*, Број 4, 2003, 501-503.
4. Ђаков, В. За потпуну чистоту језика и правописа у тексту научних радова // *Војносанитетски преглед*, Број 11 (свеска 3-4), 1954, 129-131.
5. Историјски архив у Београду. Дигитални репозиторијум, Управа града Београда, Картотека житеља града Београда и Земуна, *Ђаков др Виктор*
6. Приватна архива аутора, *Изводи из Матичне књиге умрлих*
7. Приватна архива унуке проф. др Татјане А. Ђаков (фотографија из 1940 године).
8. *Службени војни лист*, Београд*; 06. 01. 1928, 2-3; 14. 01. 1928, 8; 24. 04. 1931, 7; 08. 07. 1933, 14; 01. 01. 1936, 25; 06. 9. 1937, 19; 1. 1. 1939, 26.*

УДК 614

ЮНОСТЬ, ОПАЛЕННАЯ ВОЙНОЙ: БОЕВОЙ И ТРУДОВОЙ ПУТЬ ЗАСЛУЖЕННОГО ВРАЧА РСФСР К.А. ГРИШИНОЙ

Теремов Даниил Дмитриевич

Ассистент, кафедра пародонтологии, врач-стоматолог хирург стоматологической поликлиники, Тверской государственный медицинский университет (170001, Российская Федерация, г. Тверь, ул. Советская, д. 4). E-mail: daniilteremov@mail.ru

Нагорная Светлана Владимировна

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии, биоэтики, истории медицины и социальных наук, директор музея истории, Смоленский государственный медицинский университет (214019, Российская Федерация, г. Смоленск, ул. Крупской, д.28). E-mail: svetlananagor@mail.ru

Статья представляет собой описание боевого и трудового пути доцента кафедры госпитальной хирургии Смоленского государственного медицинского института (СГМИ), участницы Великой Отечественной войны, фронтовой медицинской сестры, заслуженного врача РСФСР Клавдии Афанасьевны Гришиной (1920-2004).

Ключевые слова: *Великая Отечественная война, СГМИ, Соловьёва переправа.*

A YOUTH BLOWN BY WAR: THE MILITARY AND WORK JOURNEY OF HONORED DOCTOR OF THE RSFSR K.A. GRISHINA

Teremov Daniil Dmitrievich

Assistant Professor, Department of Periodontology, Dentist-Surgeon, Dental Clinic, Tver State Medical University 4, Sovetskaya St., Tver 170001 RUSSIA

Nagornaya Svetlana Vladimirovna

PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Philosophy, Bioethics, History of Medicine, and Social Sciences, Director of the History Museum, Smolensk State Medical University 28, Krupskoy St., Smolensk 214019 RUSSIA

This article describes the military and professional career of Klavdiya Afanasyevna Grishina (1920-2004), Associate Professor of the Department of Hospital Surgery at the Smolensk State Medical Institute (SSMI), participant in the Great Patriotic War, frontline nurse, and Honored Doctor of the RSFSR.

Keywords: *Great Patriotic War, SSMI, Solovyova Ferry.*

Ты помнишь взрывов грохот сумасшедший,

Ты помнишь переправу на Днепре,
Где генерал, сквозь три войны прошедший,
Вручил медаль курносой медсестре…
Алексей Заурих

Великая Отечественная война стала временем беспримерного подвига Советского народа. На передовой все – от рядового до маршала, стояли насмерть, до последней капли крови и последнего патрона защищая Родину от врага; вся страна от мала до велика в тылу делала все возможное, чтоб приблизить долгожданный День Победы. На территории Российской Федерации и стран СНГ организовано большое количество воинских мемориалов и памятников морякам, танкистам, летчикам и др. Подвиг медицинских работников в годы Великой Отечественной войны на протяжении многих лет был в тени славы боевых частей Советской армии. Один из мемориальных комплексов в память о медиках-участниках войны был сооружен в 1967 г. на территории Смоленского государственного медицинского института. На памятнике размещены плиты с именами погибших сотрудников и выпускников института – тех, кто ушел на фронт, кто сражался в подполье и партизанских отрядах, выполнив свой врачебный и гражданский долг.

Время быстротечно – на сегодняшний день не осталось в живых ни одного участника Великой Отечественной войны, чья трудовая биография была так или иначе связана со Смоленским мединститутом.

На протяжении двадцати восьми лет, в период с 1955 по 1988 гг. на кафедре госпитальной хирургии СГМИ работала Клавдия Афанасьевна Гришина – человек необычайной судьбы, врач-хирург, участница Великой Отечественной войны.

К.А. Гришина родилась 25 декабря 1920 г. в деревне Рафенино Смоленской губернии в крестьянской семье. В 1938 г. после окончания школы поступила в Смоленский государственный медицинский институт, окончить который ей не довелось из-за начавшейся Великой Отечественной войны. Пять студенток третьего курса уже 24 июня 1941 г. добровольно вступили в ряды Красной армии, среди них была и Клавдия Гришина [2, с. 57]. Фронт быстро подошел к древнему городу Смоленску, уже в июле 1941 г. госпиталь, в котором медицинской сестрой служила К.А. Гришина оказался в районе д. Соловьёво Кардымовского района. Переправа через Днепр постоянно обстреливалась вражескими орудиями, сотни бомб были сброшены на нее нацистами с самолетов, понтоны и паромы сносились огнем и фугасами практически сразу после наведения. Сама Клавдия Афанасьевна вспоминала, что в те дни вода в Днепре была красной от крови [1]. Сотрудники госпиталя переправили на другой

берег реки 275 тяжелораненых, после чего длительное время отступали на восток страны. В конце этого пути в живых остались лишь две студентки СГМИ и три врача. С 1942 г. Клавдия Афанасьевна служила операционной медсестрой в военно-санитарном поезде №326 [2, с. 274].

1418 дней назывались военными – все эти дни медсестра Гришина была на важных участках фронта, там, где шло сражение за жизнь и здоровье бойцов. Клавдия Афанасьевна шла сквозь войну, пронося в сердце боль знакомых и незнакомых людей. В 1943 г. санитарный поезд №326 попал под бомбежку, погибло много раненых. Среди умерших от ран была и подруга Клавдии Афанасьевны врач Раиса Борисова. Горе потери боевой подруги К.А. Гришина пронесла через всю жизнь. На фронте в 1943 г. вступила в ВКП (б) [2, с. 273].

В августе 1946 г. Клавдия Афанасьевна в звании младшего лейтенанта медицинской службы была демобилизована из Советской армии и зачислена на 3-й курс Смоленского государственного медицинского института, который с отличием окончила в 1949 г. и поступила в ординатуру на кафедру госпитальной хирургии. На протяжении трех лет работала врачом-хирургом в Приморском крае. С 1955 г. ее трудовая биография была связана с кафедрой госпитальной хирургии СГМИ. В 1955-1973 гг. работала ассистентом, в 1973-1983 гг. – доцентом кафедры госпитальной хирургии. В 1967 г. защитила кандидатскую диссертацию. В 1973 г. Клавдия Афанасьевна была удостоена высокой правительственной награды – звания «Заслуженный врач РСФСР». После выхода на пенсию К.А. Гришина продолжила работать врачом-хирургом Смоленской клинической больницы скорой медицинской помощи. В 1985 г. Клавдия Афанасьевна была награждена орденом Отечественной войны 2-ой степени [2, с. 58].

Более тридцати пяти лет отдала К.А. Гришина медицине. По воспоминаниям современников, для нее было нормой трудиться с полной отдачей, скупо рассказывать о своей трудовой и боевой биографии. И в годы военного лихолетья, и в годы мирного труда не могла участник Великой Отечественной войны врач-хирург Клавдия Афанасьевна Гришина равнодушно смотреть в глаза больного.

Заслуженный врач РСФСР, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии СГМИ Клавдия Афанасьевна Гришина умерла 10 мая 2004 г. на 84-ом году жизни.

В истории мировой медицины есть множество примеров беззаветного служения делу спасения больных и раненых. Боевой и трудовой путь Клавдии Афанасьевны Гришиной является подтверждением высокого уровня профессионализма и гуманизма, полной самоотдачи. Подвиг советских медиков

в годы Великой Отечественной войны навсегда останется и в сердцах спасенных ими воинов, и в памяти их потомков.

Список литературы

1. Материалы Музея истории Смоленского государственного медицинского университета.
2. *Теремов, Д.Д.* Поклонимся великим тем годам… Ратный и трудовой подвиг сотрудников Смоленского государственного медицинского института в годы Великой Отечественной войны / Д.Д. Теремов, С.В. Нагорная, И.А. Бородавкин // Смоленск: Издательство «Смоленская городская типография», 2020. – 328 с.

УДК 930

ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СОТРУДНИКАМИ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЙ АРМИИ В ПЕРИОД БИТВЫ ЗА КАВКАЗ (1942–1943 ГГ.)

Карташев Игорь Владимирович

Кандидат исторических наук, ведущий специалист, музей истории, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (355017, Российская Федерация, г. Ставрополь, ул. Мира, 310). E-mail: kartashev_iv@mail.ru

Статья посвящена исследованию вопросов, связанных с оказанием медико-санитарной помощи населению сотрудниками военно-медицинской службы Закавказского и Северо-Кавказского фронтов в период битвы за Кавказ. Рассматриваются направления, в которых эта помощь была наиболее значимой, а также достигнутые военными медиками результаты в контексте рассматриваемой проблематики.

Ключевые слова. *Великая Отечественная война, битва за Кавказ, военно-медицинская служба, медико-санитарная помощь, население.*

PROVISION OF MEDICAL AND SANITARY CARE TO THE POPULATION BY EMPLOYEES OF THE MILITARY MEDICAL SERVICE OF THE RED ARMY DURING THE BATTLE FOR THE CAUCASUS (1942-1943)

Kartashev Igor Vladimirovich

Candidate of Historical Sciences, Leading specialist, Museum of History, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Stavropol State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation (310 Mira St., Stavropol, 355017, Russian Federation).

The article is devoted to the study of issues related to the provision of medical and sanitary care to the population by employees of the military medical service of the Transcaucasian and North Caucasian fronts during the Battle for the Caucasus. The article examines the areas in which this assistance was most significant, as well as the results achieved by military doctors in the context of the issues under consideration.

Keywords. *The Great Patriotic War, the battle for the Caucasus, military medical service, medical and sanitary care, population.*

В тяжелейших условиях Великой Отечественной войны перед военно-медицинской службой Красной Армии стояли непростые задачи по обеспечению медико-санитарного благополучия советских войск. Однако практически повсеместно в прифронтовых и подвергшихся вражеской оккупации районах после их освобождения ей пришлось решать и вопросы, связанные с оказанием помощи органам здравоохранения в налаживании системы охраны здоровья гражданского населения. Не стал исключением и Северный Кавказ, на территории которого развернулось одно из самых продолжительных и драматичных сражений Великой Отечественной и Второй мировой войн.

Битва за Кавказ началась 25 июля 1942 года, когда после захвата Ростова-на-Дону противник устремился на юг, стремясь захватить плодородные земли Кубани и Ставрополья и прорваться к нефтяным промыслам Грозного и Баку. Однако полностью реализовать свои планы врагу не удалось, на ряде направлений он был остановлен. А после довольно длительного периода обороны, продолжавшегося до конца 1942 года, советские войска перешли в наступление. Завершилась битва за Кавказ изгнанием врага с Таманского полуострова 9 октября 1943 года.

Военные медики в ходе боевых действий, в первую очередь, осуществляли лечебно-эвакуационную работу, а также обеспечивали санитарно-эпидемиологическую безопасность советских войск. Однако с первых дней битвы за Кавказ им пришлось выполнять и другие, несвойственные им, казалось бы, функции. Так, при захвате противником Ставрополя (тогда – Ворошиловска) 3 августа 1942 года под руководством начальника управления Местного эвакуационного пункта № 94 военврача 2 ранга А.Н. Тихомирова оказывалась помощь местному населению, пострадавшему во время мощного авианалета на город [10, л. 295]. Подобный случай был далеко не единичным. Здесь же, в Ставрополе, при эвакуации из города сотрудники эвакогоспиталя № 3800 во главе с военврачом 2 ранга А.Я. Дорштом также оказали медицинскую помощь большому числу пострадавших от вражеских бомб [12, л. 286].

Яркой страницей в истории военно-санитарной службы Красной Армии стало проведение уникальной операции, связанной с массовой эвакуацией из района боевых действий в глубокий тыл пациентов и сотрудников Абинского и Холмского лепрозориев Краснодарского края во второй половине сентября 1942 года. В условиях захвата региона противником специалисты санитарной службы Черноморской группы войск в сложнейших условиях горной местности провели групповую эвакуацию около 500 человек мирных граждан, большинство из которых с большой долей вероятности были бы уничтожены нацистами. В дальнейшем, после освобождения региона от оккупантов, сотрудники военно-

медицинской службы оказали содействие в возвращении лепрозориев на прежнее место и возобновлении их работы [4, л. 175–176].

На военных медиков Закавказского фронта легла основная нагрузка по ликвидации вспышки холеры в Дагестанской АССР в августе–октябре 1942 года. В общей сложности в период с 11 августа по 10 октября 1942 года было зарегистрировано 317 случаев заболевания. Число заболевших из числа военнослужащих составило 228 [8, л. 272], из числа жителей региона – 89 человек.

Наибольший всплеск заболеваемости среди гражданских лиц был отмечен на Ленинакертской трассе, где в период с 28 сентября по 10 октября 1942 года заболели холерой 65 человек из трудовой армии [1, с. 19–20]. На трассе и карантинной площадке работали военврачи 3 ранга А.И. Мананчикова и В.Л. Удовиченко. За 2 месяца ими было осмотрено около 20 тыс. военнослужащих и гражданского населения. В организации медицинских пунктов по обслуживанию рабочих, осуществлявших строительство оборонительных сооружений, в проведении профилактических мероприятий принимал участие военврач 2 ранга М.А. Дебиров, лично сделавший 5,5 тысяч прививок против холеры [9, л. 215, 216, 236].

В мае 1943 года в целях исключения новых вспышек холеры среди населения в Дагестанскую АССР был командирован главный эпидемиолог Северо-Кавказского фронта военврач 2 ранга М.В. Курис. Он организовал проведение профилактических мероприятий с привлечением сотрудников военных санитарно-бактериологических лабораторий. Они осуществляли проверку на бациллоносительство местных жителей, в том числе переболевших холерой в 1942 году, большинство из которых проживало в высокогорных районах. После получения необходимых препаратов военные медики провели массовое вакцинирование населения республики [4, л. 68].

Огромный вклад внесли сотрудники военно-медицинской службы в дело налаживания эпидемической обстановки на Кубани и Ставрополье после их освобождения от врага. Они организовывали проведение санитарно-эпидемиологической разведки и работ по истреблению грызунов, осуществляли лабораторно-аналитические исследования, оказывали методическую и практическую помощь учреждениям здравоохранения, восстанавливавшим свою деятельность в послеоккупационный период.

Так, благодаря усилиям специалистов санитарно-эпидемиологической лаборатории № 315 Северо-Кавказского фронта на территории Ставропольского края было предотвращено распространение среди населения ряда особо опасных инфекций и паразитарных заболеваний. Количество случаев заболевания

сыпным тифом в крае по сравнению с маем 1943 года снизилось в июне с 282 до 70, дизентерией – с 47 до 30, брюшным тифом – с 45 до 17 [7, л. 303].

Также Военный совет и санитарное управление Северо-Кавказского фронта оказали помощь в восстановлении производственной базы институтов эпидемиологии и микробиологии в Ставрополе и Пятигорске. Именно они ходатайствовали об обеспечении институтов топливом и лошадьми, электроэнергией, имуществом и подготовленными кадрами [4, л. 203–206].

В Краснодарском крае сотрудники санитарно-эпидемиологического отряда № 42 и других подразделений санитарной службы Северо-Кавказского фронта совместно с органами здравоохранения проводили осмотры населения и госпитализировали больных сыпным тифом, принимали меры борьбы с вшивостью, обеспечивали восстановление и строительство новых бань и дезинфекционных камер. В результате подобных мероприятий завшивленность жителей в станицах Кубани снизилась в июле по сравнению с маем 1943 года с 30 до 3%, практически полностью была ликвидирована заболеваемость сыпным тифом [2, л. 16–22]. В ходе проведения мероприятий против сыпного тифа среди населения отличились отряды военных врачей С.Н. Покровского, П.С. Мальта и Н.М. Соломина [11, л. 47, 51].

Не допустить массовых заболеваний сыпным тифом среди населения во второй половине сентября 1943 года в ходе освобождения Таманского полуострова также во многом удалось благодаря эффективной организации работы военно-медицинской службы фронта. Следом за наступающими войсками 56-й армии двигались две автомобильных лаборатории санитарно-эпидемиологического отряда № 90. Они выявляли очаги сыпного тифа и проводили комплекс необходимых мероприятий. Так, только в станице Варениковской и поселке Верхнебаканском санитарно-дезинфекционной обработке подверглось более 6 000 жителей [5, л. 87–91].

Активное участие специалисты военно-санитарной службы Северо-Кавказского фронта приняли в борьбе с распространением заболеваний малярией среди населения ряда районов Краснодарского края. Сотрудники санитарно-эпидемиологического отряда № 42 проводили санитарную разведку и составляли донесения об обстановке в населенных пунктах. Ими давались указания руководителям медицинских служб частей и санитарно-эпидемиологических лабораторий фронта. Наряду с прочим, они предписывали оказывать помощь гражданским медицинским учреждениям в проведении противомалярийных мероприятий, по возможности предоставляя им транспорт, рабочую силу и др. [3, л. 4].

Серьезным испытанием для подразделений военно-санитарной службы и учреждений здравоохранения стало появление заболеваний туляремией в

освобожденных от врага районах региона. Отдельные вспышки этого заболевания отмечались на Кубани и Ставрополье в 1943 году практически повсеместно. Наиболее мощная из них, несмотря на принятые меры, возникла в сентябре 1943 года среди населения села Воронцовка, а позднее и других населенных пунктов Ейского района Краснодарского края. Ухудшению эпидемической обстановки способствовало наличие на полях неубранного урожая, резкое увеличение популяции мышевидных грызунов и определенные упущения в работе органов здравоохранения. Подобная картина наблюдалась в целом ряде северных районов Кубани, которые в довоенное время считались неблагополучными по туляремии. Массовые заболевания туляремией отмечались в них и в период вражеской оккупации [6, л. 40].

Только с 28 сентября по 1 октября 1943 года в Воронцовке было зафиксировано 40 заболевших туляремией. Руководство санитарного управления Северо-Кавказского фронта командировало на место специалиста отдела особо опасных инфекций санитарно-эпидемиологической лаборатории № 315, одновременно уведомив Краснодарский краевой отдел здравоохранения о целесообразности отправки в Воронцовку бригады подготовленных специалистов. Однако в середине октября в ней отмечалось уже 140 случаев заболевания жителей туляремией, после чего в район вспышки прибыл главный эпидемиолог фронта подполковник медицинской службы М.В. Курис [4, л. 113, 443].

Дальнейшие мероприятия осуществлялись совместно с Краснодарским институтом микробиологии и эпидемиологии, краевым отделом здравоохранения и краевым земельным отделом. Краевым исполнительным комитетом был вынесен ряд решений, выполнение которых гражданскими учреждениями было взято под контроль специалистами санитарно-эпидемиологической лаборатории Северо-Кавказского фронта. Вспышку заболеваний до того, как она приобрела масштаб эпидемии, удалось погасить.

Заслуги многих военных медицинских работников, принимавших участие в ликвидации вспышек опасных заболеваний среди военнослужащих и местного населения на Северном Кавказе были высоко оценены государством. Многие из них, наряду с благодарностями командования, были награждены орденами и медалями.

Подводя итог, отметим следующее. В период битвы за Кавказ медицинская служба Красной Армии, выполняя задачи по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия участвовавших в боевых действиях войск, оказывала большую помощь органам гражданского здравоохранения. В значительной мере это касалось организации и осуществления противоэпидемических мероприятий в ходе наступательного этапа битвы за

Кавказ. Во многом благодаря хорошо поставленной работе военно-медицинской службы совместными усилиями военных и гражданских медиков удалось не допустить эпидемий опасных заболеваний, сохранить жизнь и здоровье жителей региона.

Список литературы

1. *Адамов, А.К.* Холера в СССР в период VII пандемии / А.К. Адамов, Ю.М. Ломов, В.В. Малеев и др. – М.: Медицина, 2000. – 470 с.
2. Филиал Центрального архива Министерства обороны Российской Федерации (далее – ЦАМО). – Ф. 28. Оп. 7557. Д. 2.
3. Филиал ЦАМО. – Ф. 28. Оп. 7559. Д. 18.
4. Филиал ЦАМО. – Ф. 28. Оп. 7559. Д. 19.
5. Филиал ЦАМО. – Ф. 28. Оп. 7559. Д. 21.
6. Филиал ЦАМО. – Ф. 28. Оп. 7559. Д. 27.
7. Филиал ЦАМО. – Ф. 28. Оп. 7559. Д. 37.
8. Филиал ЦАМО. – Ф. 28. Оп. 7559. Д. 57.
9. ЦАМО. – Ф. 33. Оп. 682525. Д. 256.
10. ЦАМО. – Ф. 33. Оп. 682526. Д. 590.
11. ЦАМО. – Ф. 33. Оп. 682526. Д. 704.
12. ЦАМО. – Ф. 33. Оп. 682527. Д. 33.

УДК 93/94

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВ В ЛЕНИНГРАДЕ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Газиева Людмила Леонидовна

Кандидат исторических наук, преподаватель, Институт сестринского образования, Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. ак. И.П. Павлова (Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8). Email: llghist@yandex.ru

В статье раскрыта деятельность медицинских научных обществ в Ленинграде в 1941 – 1944 гг. на основе архивных материалов и литературы. Затронуты вопросы взаимодействия медицинской общественности с Советскими органами власти, результатов и значимости медицинских научных исследований, отмеченных государственными премиями, а также жизнеобеспечение ученых в период блокады.

Ключевые слова: *Ленинград, блокада, медицинские научные общества, Сталинские премии, Продовольственная комиссия.*

THE ACTIVITIES OF MEDICAL SCIENTIFIC SOCIETIES IN LENINGRAD DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

Gazieva Lyudmila Leonidovna

Candidate of Historical Sciences, Lecturer, Medical College, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (197022, Russia, Saint Petersburg, Lev Tolstoy str., 6/8).

This article covers the activities of medical scientific societies in Leningrad from 1941 to 1944, based on archival materials and literature. It addresses the interaction of the community with Soviet authorities, the results and significance of medical research awarded state prizes, as well as the provision of life support to scientists during the siege.

Key-words: *siege of Leningrad, medical scientific societies, Stalin Prizes, Food Commission.*

В период войны в Ленинграде работал целый ряд медицинских научных обществ, некоторые из которых имели традиционные связи, сложившиеся еще с дореволюционных времен. Общества продолжали заниматься своей обычной работой в необычных условиях блокады: организацией научной деятельности сообществ ученых, научными публикациями, проведением конференций. В то же время к ним присоединились забота о выживании ученых: их дополнительном продовольственном обеспечении, создании стационаров.

23 июня 1941 г. было принято решение Президиума Академии наук СССР, согласно которому отделениям и институтам предлагалось пересмотреть темы

научно-исследовательских работ с учетом задач обороны и хозяйства страны. 5 июля 1941 г. газета «Ленинградская правда» опубликовала обращение академиков А. А. Байкова, И. И. Мещанинова, В. В. Струве, А. А. Ухтомского, А. Е. Фаворского и др. к работникам науки с призывом отдать все знания и опыт интересам фронта [10, с.559-560]. При горкоме ВКП(б) с июля 1941 г. начала работу Комиссия по реализации оборонных предложений и изобретений, под председательством А. Ф. Иоффе. Результаты работы Комиссии были отмечены решением горкома ВКП(б) от 14 июля 1944 г. [10, с.562; 11, с.119].

Перечислим основные медицинские научные общества, действовавшие в Ленинграде в период блокады. Перед самой войной в Академию Наук СССР вошли Всесоюзное общество физиологов, биохимиков и фармакологов, а также Всероссийское общество гельминтологов. Кроме того, в Ленинграде работали Всесоюзное общество детских врачей, Хирургическое общество Пирогова, Ленинградское отделение Всесоюзного общества врачей-терапевтов имени С.П. Боткина, Ленинградское отделение Всесоюзного общества психиатров и невропатологов.

Важную роль в научной жизни Ленинграда играли общества клубного типа. Перед войной Дом ученых имени Горького вошел в состав Академии Наук СССР. В Доме ученых работали научные секции, а также в «смертное время» действовал стационар для ученых, заболевших дистрофией.

Несмотря на тяжелые условия блокады продолжали свою работу ученые, члены Всесоюзного общества физиологов, биохимиков и фармакологов. Так, в 1941 – 1942 гг. лаборатория академика А. А. Ухтомского под его руководством исследовала механизмы травматического шока. Последняя работа ученого «Система рефлексов в восходящем ряду» была опубликована после его смерти в трудах сессии, посвященной очередной годовщине со дня рождения академика И. П. Павлова в сентябре 1942 г. [9]. В 1942 г. в Кирове, в эвакуации был издан фундаментальный труд профессора К. М. Быкова, нач. кафедры физиологии Военно-Морской Медицинской Академии, «Кора головного мозга и внутренние органы» (382 с.), завершенный в блокадном Ленинграде [12].

В Ленинграде работало отделение Всероссийского общества гельминтологов, важную роль в котором играл чл.-корр. АН СССР Валентин Александрович Догель, продолжавший работу в Ленинграде до марта 1942 г., когда он эвакуировался с Ленинградским государственным университетом.

В правление Всесоюзного общества детских врачей входили ленинградские педиатры: Ю. А. Менделева, А. Ф. Тур, М. С. Маслов (с ноября 1941 г. в эвакуации), П. С. Медовиков (умер в 1941 г.), В. О. Мочан (с ноября 1941 г. в эвакуации) [1]. С 1938 г. председателем общества являлся Г. Н. Сперанский, он же – ответственный редактор журнала Наркомата

здравоохранения СССР «Педиатрия», где впервые, в январе 1943 г., были опубликованы научные данные о состоянии детей в блокированном Ленинграде, а также инструктивный материал о лечении дистрофии и пеллагры у детей, подготовленные А. Ф. Туром [3]. В этом же журнале был опубликован отчет о состоявшемся 9–11 марта 1943 г. Всесоюзном совещании по детскому здравоохранению, на котором выступили профессор Ю. А. Менделева, директор Ленинградского педиатрического института, и профессор Г. Н. Сперанский. Оба доклада были посвящены борьбе с детской дистрофией в блокаде и в эвакуации [13].

Помимо лечебной и научной работы, члены общества вели активную общественную работу. Так, профессор А. Ф. Тур не только являлся Главным педиатром Ленинграда, но и входил вместе с Ю. А. Менделевой (с 21 июля 1942 г.) в Совет старейшин Выборгского Совета депутатов трудящихся. Тур возглавлял постоянную комиссию по здравоохранению Выборгского райсовета [16, л.80,88,167].

В марте 1942 г. X сессией возобновилась работа Выборгского районного Совета депутатов трудящихся. Выступая на сессии, А. Ф. Тур говорил: «…сегодня речь идет о тех мероприятиях, которые должны быть проведены в районе и которые имеют громадное практическое и профилактическое значение. То безкультурье и грязь, которые были разведены везде в общежитиях, на улицах, в квартирах и домах, это верная дорога к инфекционным заболеваниям, к сыпному тифу, дизентерии, брюшному тифу и так далее. Если сейчас не будут приняты меры, о которых так четко говорил тов. Тихонов, то несомненно в самом недалеком будущем мы будем свидетелями больших жертв в результате эпидемий, которые должны будут вспыхнуть и вспыхнут… Если перед нами стоят неотложные задачи в отношении приведения нашего города в порядок, нужно помнить всем врачам района, лечебным, профилактическим и другим учреждениям района, всей медицинской общественности в районе, что они не могут и не должны оставаться в стороне от этого большого серьезного дела…детское население сильно пострадает от тех кишечных заболеваний, которые вспыхнут в этом году…весной, как только начнет пригревать солнце» [16, л.16об-17об.].

О значении, которое придавалось участию врачей в работе научных обществ можно судить по отчету Приморского районного Совета в период войны, в котором прямо указывалось: «Регулярно посещают наши врачи заседания научных обществ, научные конференции» [23, л.28об]. Такую же высокую оценку участию врачей и медсестер в работе научных конференций находим в отчете Куйбышевского райсовета: «В больнице им. Куйбышева научная работа не прерывалась даже в самое тяжелое время зимы 1941/42 гг., а с

весны 1942 г. возобновили свою работу научные конференции терапевтов, хирургов и др. специалистов, а также клинико-анатомические конференции. Врачи других больниц также приглашались на эти конференции. С осени 1942 г. под руководством ст. терапевта района, в начале проф. Рысс С.М., а затем проф. Вальдман В. А., стала проводиться регулярная учеба врачей терапевтов в больницах и поликлиниках района по самым актуальным темам: дистрофия, авитаминозы, гипертоническая болезнь и др., а также поручается самостоятельная проработка тем врачам с последующим их докладом на конференциях больничных врачей и поликлиник» [18, л.20]. За период Отечественной войны, под руководством старших терапевтов района (проф. С. М. Рысс и проф. В. А. Вальдман) были проведены в районе две научные районные конференции врачей: 28 и 29 ноября 1942 г. по дистрофии и авитаминозам, и 30 и 31 июля 1943 г. по гипертонической болезни. 25 и 26 декабря 1943 г. прошла I-я Районная научная конференция медсестер [18, л.20].

С 26 апреля 1942 г. проходили систематические заседания Хирургического общества Пирогова, где обсуждалось «обслуживание докладов по проведенным в Ленинграде хирургическим операциям». С мая 1942 г. возобновило деятельность Ленинградское отделение Всесоюзного общества врачей-терапевтов имени С.П. Боткина. При Ленгорздравотделе с 15 мая 1943 по июль 1944 г. действовал Комитет, созданный обществом, по изучению алиментарной дистрофии и авитаминозов, имеется отчет о работе общества за годы войны [21;22]. В Комитет входили: В. Г. Гаршин, А. Ф. Тур, С. М. Рысс, М. Д. Тушинский, М. В. Черноруцкий и другие [11, с.125-126].

С 1 мая 1942 г. возобновило свою работу Ленинградское отделение Всесоюзного общества психиатров и невропатологов. Имеется отчет о работе невропатологической секции общества с 1 мая 1942 по 1 июля 1943 г. 1 октября 1944 г. была проведена конференция «Нервно-психические нарушения при артериальной гипертонии» [19;20].

С установлением блокады предпринимались попытки сохранить выдающихся ленинградских ученых. 17–18 сентября 1941 г. заместителем начальника Управления НКВД по Ленобласти Макаровым были представлены в Ленгорисполком списки деятелей культуры, подлежащих обязательной эвакуации. Среди них были академики, профессора, директора академических институтов, в том числе: 66-летний академик физиолог А. А. Ухтомский [24, л.18-29]. В Постановлении Совета по эвакуации от 28 октября 1941 г. предусматривалась немедленная эвакуация самолетами 200 наиболее видных представителей науки. В этот период в Ленинграде трудились 12 академиков и 15 членов-корреспондентов АН СССР [10, с. 565, 568]. Следует сказать, что

академик А. А. Ухтомский, как и ряд других выдающихся ученых, отказался уехать.

К февралю 1942 г. в Ленинграде находилось не менее 64 научных учреждений, в том числе АН СССР, и 46 вузов, в которых работало не менее 1583 ученых (докторов и кандидатов наук), в том числе 10 чл.-корр. АН СССР и 4 академика АН СССР [14, л.1-26;15, л.1-25]. В течение 1942 г. было эвакуировано 11 из 14 институтов Академии Наук, в которых, после завершения эвакуации, оставалось еще 118 научных сотрудников [10, с. 569].

Продовольственное снабжение деятелей науки и высшей школы в течение всего периода блокады оставалось проблематичным. Происходила жесткая стратификация интеллигенции, в соответствии с которой осуществлялось снабжение. В соответствии с решениями Продовольственной Комиссии Военного Совета Ленинградского фронта, созданной 18 января 1942 г., ведущие сотрудники научных учреждений и организаций обеспечивались пайками и карточками дополнительного питания в специальных столовых. Так, с февраля 1942 г. 599 чел. докторов наук, профессоров по спискам, представленным обкомом Союза Высшей школы и научных учреждений, прикреплялись к специальному магазину №1 «Гастроном» (Дом Елисеева). Однако на 14 марта 1942 г. реально питались лишь 457 чел.

На февраль 1942 г. от обкома Союза Высшей школы и Научных учреждений (пред. А. Фомин) в Продовольственную комиссию Ленфронта были представлены порайонные списки ученых на получение продовольственных карточек 1 категории. Среди них около 223 человек ученых-медиков из 32 научных медицинских учреждений и организаций, включая АН СССР, а также высших медицинских учебных заведения [14, л. 29-98; 15, л. 1-25,37].

За год это количество уменьшилось на 40 человек. 1 декабря 1942 г. были утверждены списки работников науки, искусства и литературы на получение карточек 1 категории, среди которых около 183 человек ученые – медицинские работники, работники больницы им. Свердлова [14, л. 29-98]. По специальным спискам решением от 9 декабря 1942 г. были выделены дополнительные пайки из спецмагазина №1 на 432 человека ученых: академиков, профессоров, доцентов, докторов и кандидатов наук, а также деятелей искусства, физической культуры и спорта [15, л.267-273].

Для ленинградских деятелей культуры была характерна взаимная поддержка и выручка. Уже 7 апреля эвакуированные ученые АН СССР направили коллегам в Ленинград из Казани подарок к 1 мая два вагона с продовольствием, в сопровождении уполномоченных Президиума АН СССР [8, с.95]. Из этих и других подарков был сформирован фонд, из которого бесплатно

и раздавались подарки в виде продовольственных выдач через спецраспределитель.

Конечно такая «точечная» помощь была каплей в море.

В Докладной записке уполномоченного президиума АН СССР горкому ВКП(б) о работе академических институтов за период с июня 1941 по декабрь 1943 г. отмечалось, что за время войны среди сотрудников АН СССР в Ленинграде умерло три академика, а также шесть профессоров, 16 докторов и 54 кандидата наук [7]. 27 января 1942 г. скончался находившийся в блокированном Ленинграде один из основателей общества физиологов, биохимиков и фармакологов, заслуженный деятель науки РСФСР А. А. Лихачев, возглавлявший с 1899 по 1942 г. кафедру фармакологии в Женском медицинском институте (в войну 1 ЛМИ). 31 августа в том же году скончался академик А.А. Ухтомский, основатель и директор Института физиологии ЛГУ (с 1934 г.), электро-физиологической лаборатории АН СССР (с 1937 г.).

Об эффективности научных исследований по медицине в условиях блокадного города можно судить по государственным (Сталинским) премиям, присужденных в 1941 – 1943 гг. ленинградским ученым-медикам.

В соответствии с Постановлением СНК СССР № 486 от 10 апреля 1942 г. «О присуждении Сталинских премий за выдающиеся работы в области науки» [4, л. 317-325], были присуждены премии первой степени в размере 200 тыс. рублей за работы в области медицины: А. И. Абрикосову и Н. Н. Аничкову (работал зав. кафедрой пат. анатомии ВМА им. Кирова), действительным членам АН СССР, за научный труд «Частная патологическая анатомия», ч. II. Сердце и сосуды, опубликованный в к. 1940 г.; Н. Н. Петрову (работал в Ленинградском институте онкологии), чл.-корр. АН СССР, за научные работы по онкологии и хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, опубликованные в 1941 г. в книге «Краткий очерк сравнительной патологии опухолей у животных и человека» и в сборнике «Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ее хирургическое лечение»; премии второй степени в размере 100 тыс. рублей: А. А. Заварзину, профессору Всесоюзного института экспериментальной медицины, за научную работу «Эволюционная гистология нервной системы», опубликованную в 1941 г. (работал в блокированном Ленинграде, зав. кафедрой гистологии в 1 ЛМИ, с 1943 г. в ВМА им. Кирова, в 1944 г. – в Институте цитологии, гистологии и эмбриологии).

Согласно Постановлению СНК СССР № 341 от 22 марта 1943 г. «О присуждении Сталинских премий за выдающиеся работы в области науки за 1942 год» [5, л. 270-281], Сталинские премии получили следующие ленинградские ученые в области медицинских наук: премию первой степени в

размере 200 тыс. рублей В. Н. Шевкуненко, ген-лейт. мед. службы, профессор ВМА Красной Армии им. С. М. Кирова, А. Н. Максименков, А. А. Вишневский, профессора той же Академии, за научный труд: «Атлас нервной и венозной системы», законченный в 1942 г.; в области биологических наук премию второй степени в размере 100 тыс. рублей: В. Я. Александров, сотрудник Всесоюзного Института экспериментальной медицины им. А. М. Горького (в соавторстве с Насоновым Д. Н., профессором того же института), за научную работу: «Реакция живого вещества на внешние воздействия», опубликованную в 1941 г. (Александров участвовал в обороне Ленинграда, в блокадном городе находились его родители).

Постановлением СНК СССР № 342 от 22 марта 1943 г. [5, л.282-301], премии второй степени в размере 100 000 рублей за изобретательство были удостоены: С. С. Гирголав, генерал-лейтенант медицинской службы, начальник кафедры военно-медицинской академии им. Кирова, зам. Главного хирурга Красной Армии, Т. Я. Арьев, зам. Главного хирурга Карельского фронта (а также В. Н. Шейнис, заместитель ученого секретаря Ученого Медицинского Совета Главного Военно-Санитарного Управления Красной Армии), за научную разработку новых методов, ускоряющих лечение при обморожении.

Отдельно хочется отметить Постановление СНК СССР № 487 от 11 апреля 1942 г. «О присуждении Сталинских премий за выдающиеся работы в области искусства и литературы за 1941 год» [4, л. 327-333], которым была присуждена премия второй степени в размере 50 тыс. рублей: режиссеру В. В. Эйсмонту, сценаристам С. В. Михалкову и М. Я. Розенбергу, артистке З. А. Федоровой, оператору В. А. Раппопорту, за кинокартину «Фронтовые подруги» (на основе исторических фактов о работе сандружины Красного Креста Кировского района г. Ленинграда во время Советско-финской войны).

Значительное количество отмеченных премиями работ по медицине и биологии за 1941–1942 гг. могут свидетельствовать о росте патриотизма, а также об эффективности работы ленинградских ученых.

Постановление СНК СССР № 1366 от 9 декабря 1943 г. объявляло о порядке присуждения Сталинских премий за 1943 год, однако награждения были перенесены на послевоенный период [6, л. 188-189]. Одной из причин являлись пожертвования учеными и изобретателями своих премий на нужды обороны. Так, свою премию в 1943 г. пожертвовали ленинградские ученые-медики С. С. Гирголав, Т. Я. Арьев, В. Н. Шейнис.

Следует заметить, что труд ленинградских ученых – медиков был отмечен в связи с празднованием 25-летия советского здравоохранения.

22 июня 1943 г. Горкомом ВКП(б) была создана Комиссия по празднованию 25-летия советского здравоохранения под председательством

М. Ф. Машанского. В Комиссию вошли также М. Д. Тушинский, М. В. Черноруцкий, А. Ф. Тур, И. Д. Страшун, М. Я. Никитин, Л. Н. Левицкая и другие. Предполагались праздничные мероприятия, в том числе освещение работы ленинградского здравоохранения в печати и по радио [2, с.477]. В связи с юбилеем прошли награждения научных работников, врачей, медсестер, санитаров.

Таким образом, активное взаимодействие общественных организаций ученых с Советскими органами власти свидетельствовало о росте патриотических настроений в среде лояльно настроенных ученых, что способствовало эффективности научных исследований, их значительному вкладу как в оборону Ленинграда, так и в спасение жизни ленинградцев. В то же время имели место недостаточность, избирательность и запоздалость мер по спасению жизни научных работников внутри блокадного кольца.

Список литературы и источников

1. *Альбицкий, В.Ю., Шер, С.А., Закирова, Л.А.* К истории Всероссийского общества детских врачей // Вопросы современной педиатрии. – 2016. – Том 15. – №4. С. 332.
2. Блокада в решениях руководящих партийных органов Ленинграда. 1941 – 1944 гг. Сборник документов. Постановления бюро ленинградских горкома и обкома ВКП(б), стенограммы заседаний. Часть III. Январь 1943 г. – январь 1944 г. В 2 кн. / отв. сост. К. А. Болдовский. – Санкт-Петербург: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2022.
3. *Газиева, Л.Л.* Борьба за спасение детей и подростков в блокированном Ленинграде. 1941–1944. – СПб.: Нестор-История, 2014. С. 72.
4. ГА РФ. Ф. Р-5446. Оп. 1. Д. 199.
5. ГА РФ. Ф. Р-5446. Оп. 1. Д. 212.
6. ГА РФ. Ф. Р-5446. Оп. 1. Д. 221.
7. Документ № 123. Докладная записка уполномоченного президиума АН СССР по ленинградским учреждениям Академии Наук горкому ВКП(б) о работе академических институтов за период с июня 1941 по декабрь 1943 г.// 900 героических дней. Сборник документов и материалов о героической борьбе трудящихся Ленинграда в 1941–1944 гг. С. 391–395.
8. *Кольцов, А.В.* Ученые Ленинграда в годы блокады (1941–1943). – М. - Л.: Изд-во АН СССР, 1962. – С. 95.
9. Санкт-Петербургский государственный университет. Библиотека им. Горького. Выставки, Знаменитые универсанты, Виртуальные выставки [Электронный ресурс] // URL: https://library.spbu.ru/ru/815-iz-tsiklaznamenitye-universanty-vystavka-aleksej-alekseevich-ukhtomskij-vydayushchijsya-fiziolog-akademik-sozdatel-ucheniya-o-dominante-k-150-letiyu-so-dnya-rozhdeniya-1875-1942.html (Дата обращения: 15.03. 2026).
10. *Соболев, Г.Л.* Глава девятнадцатая. Высшая школа и научно-исследовательская работа // Очерки истории Ленинграда. Т. 5. Период Великой Отечественной войны Советского Союза. 1941–1945 гг.
11. *Соболев, Г.Л.* Ученые Ленинграда в годы Великой Отечественной войны. С. 125–126.
12. Столетний юбилей физиологического общества имени И. П. Павлова Российской

Академии Наук / А. Д. Ноздрачев, Е. Л. Поляков, Е. П. Вовенко, И. Э. Есауленко. – М.: Изд-во «Научная книга», 2017. С. 201, 202, 203. [Имеется электронный ресурс].
13. *Хохол, Е.Н.* Отчет о всесоюзном совещании по детскому здравоохранению. 9–11 марта 1943 // Педиатрия. – 1943. – № 3. С. 61–71.
14. ЦГАИПД СПб. Ф. Р-4000. Оп. 20. Д. 51.
15. ЦГАИПД СПб. Ф. Р-4000. Оп. 20. Д. 52.
16. ЦГА СПб. Ф. Р-148. Оп. 2. Д. 100.
17. ЦГА СПб. Ф. Р-148. Оп. 2. Д. 192.
18. ЦГА СПб. Ф. Р-568.Оп.3. Д.146.
19. ЦГА СПб. Ф. Р-3253. Оп.1. Д. 43.
20. ЦГА СПб. Ф. Р-3253. Оп.1. Д. 47.
21. ЦГА СПб. Ф. Р-3254. Оп.1-1. Д. 9.
22. ЦГА СПб. Ф. Р-3254. Оп.1-1. Д. 8.
23. ЦГА СПб. Ф.Р-4905. Оп.1. Д. 12.
24. ЦГА СПб. Ф. Р-7384. Оп. 3. Д. 5.

УДК 614.2

ПОДВИГ ЛЕНИНГРАДСКИХ ПЕДИАТРОВ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941–1945)

Власова Надежда Леонидовна

Председатель Ассоциации врачей первичного звена СИРАНО (117587, Россия, г. Москва, Варшавское ш., д. 125Ж, к. 6). E-mail: nvlasova@event-triton.com

Статья посвящена подвигу ленинградских педиатров в годы блокады (1941–1944). На основе исторических материалов раскрывается самоотверженная работа врачей по спасению детей в условиях тотального дефицита, голода и холода. Показана ключевая роль профессоров А.Ф. Тура, Ю.А. Менделевой, а также уникальное междисциплинарное взаимодействие педиатров с химиками и витаминологами. Делается вывод, что именно душевная сила, ответственность и сплоченность медицинского сообщества стали главным фактором выживания детского населения блокадного города.

Ключевые слова: *блокада Ленинграда, педиатры, история медицины, алиментарная дистрофия, подвиг врачей.*

THE FEAT OF LENINGRAD PEDIATRICIANS DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR (1941–1944)

Vlasova Nadezhda Leonidovna

Chairperson, General Practitioners Association "SIRANO" (bld. 6, 125Zh Varshavskoye Sh., Moscow, 117587, Russia).

The article is devoted to the feat of Leningrad pediatricians during the siege (1941–1944). Based on historical materials, the selfless work of doctors to save children in conditions of total shortage, hunger and cold is revealed. The key role of professors A.F. Tur, Yu.A. Mendeleva, as well as the unique interdisciplinary interaction of pediatricians with chemists and vitaminologists, is shown. It is concluded that it was the spiritual strength, responsibility and cohesion of the medical community that became the main factor in the survival of the child population of the besieged city.

Keywords*: Siege of Leningrad, pediatricians, history of medicine, alimentary dystrophy, A.F. Tur, medical heroism.*

«Во время блокады мы страдали многими дефицитами, но у нас не было дефицита совести» - эти слова профессора Александра Федоровича Тура [1] стали нравственным камертоном, определившим подвиг ленинградских педиатров в годы Великой Отечественной войны. В осажденном городе, где после пожаров на Бадаевских складах счет оставшегося продовольствия шел на тонны, а зима 1941–1942 годов стала временем тотального голода и холода,

оставались сотни тысяч детей. Их спасение стало главной задачей, миссией и подлинным научно-медицинским подвигом.

В блокадном Ленинграде находилось около 400 тысяч детей, из которых 120 тысяч были в возрасте до трех лет [2]. Именно они, наиболее уязвимая часть населения, требовали особого внимания.

Масштаб трагедии отражала сухая статистика. Физическое развитие новорожденных резко ухудшилось в 1942 году – средний вес при рождении снизился более чем на 600 граммов [2]. Алиментарная дистрофия диагностировалась у 45–53 % детей, причем у школьников, получавших иждивенческий паек, этот показатель был максимальным [2].

Организация детского здравоохранения в этот период стала примером высочайшей ответственности и сплоченности. Все ясли и детские сады уже зимой 1941–1942 годов были переведены на круглосуточный режим работы, принимая до 70 % детей на полное попечение государства [3]. Это решение позволило не только централизовать скудные ресурсы питания, но и обеспечить постоянное медицинское наблюдение.

Ключевую роль в координации усилий сыграл Ленинградский педиатрический медицинский институт (ЛПМИ). В 1942 году под председательством профессора Ю.А. Менделевой была создана комиссия по изучению алиментарной дистрофии, авитаминозов и аменореи [4,5]. Госпитальный совет, объединивший ведущих специалистов, координировал работу всех лечебных учреждений города, а ЛПМИ взял на себя научную разработку режимов питания детей [4, 5].

Главным педиатром блокадного Ленинграда был назначен профессор Александр Федорович Тур. В условиях, когда привычные продукты исчезли, а материнское молоко стало роскошностью, перед наукой встала задача создать питание буквально «из ничего». Тур и его коллеги разработали 18 рецептов заменителей молока: из сои, солода и других доступных компонентов, что стало спасением для грудных детей [5]. Его «Краткий терапевтический справочник детского врача», вышедший в блокадном городе в 1942 году тиражом 8000 экземпляров, можно назвать настольной книгой для каждого педиатра, где были представлены четкие рекомендации по тактике ведения пациентов в экстремальных условиях [1].

Однако подвиг педиатров был бы невозможен без теснейшего междисциплинарного взаимодействия. Это один из самых ярких примеров того, как сплоченность ученых разных специальностей победила голод. Огромный вклад внес профессор Михаил Михайлович Котон – химик, начальник лаборатории МПВО. В его лаборатории из технической олифы было выделено пищевое масло, а из хвои - витамин С [6]. Директор Всесоюзного научно-

исследовательского витаминного института профессор Александр Александрович Шмидт организовал производство дрожжевого супа, богатого витаминами группы В [6]. Терапевт, гастроэнтеролог и витаминолог профессор Симон Михайлович Рысс обеспечил научное сопровождение витаминной терапии, позволив компенсировать тяжелейшие авитаминозы у детей [6].

Работа молочных кухонь стала отдельной героической страницей. Все дети были прикреплены к молочным кухням при поликлиниках. Профессор кафедры госпитальной педиатрии Мария Николаевна Небытова-Лукьянчикова, крупнейший специалист по молоковедению, осуществляла контроль за работой молочно-пищевой станции института [4]. Благодаря ее усилиям городские точки питания ежедневно обеспечивались смесями. Только за один 1942 год 23 молочные кухни отпустили 24,5 миллиона порций, достигая пиковой производительности в 60 тысяч порций в день (1500 литров смеси и 500 литров каши) [4]. Для самых маленьких была разработана технология приготовления простокваши из сгущенного и сухого молока с использованием ацидофильной и болгарской палочек. Этот продукт стал спасением для детей с дистрофией и диспепсией [4].

На фоне дистрофии свирепствовали инфекции: дифтерия, дизентерия, тубинтоксикация, поражавшая все органы [4]. Ответом на вызов стала самоотверженная противоэпидемическая работа. Педиатры организовали строгий санитарный режим в убежищах, впервые в истории провели массовую вакцинацию детей дошкольного возраста против брюшного тифа, создавали коклюшные группы и вводили контактным детям сыворотку в первый же день контакта [7]. Это война на эпидемиологическом фронте была выиграна.

Важно отметить, что детская медицинская служба блокадного города была полностью укомплектована кадрами. ЛПМИ не останавливал работу ни на один день: за годы войны институт произвел 7 досрочных выпусков и подготовил 947 врачей [3]. С января 1943 года были организованы курсы по подготовке врачей по системе «единого педиатра», которую к июню освоили 157 специалистов, а к 1944 году по этой системе работали уже все 36 поликлиник города [3].

К 1943 году, несмотря на продолжение блокады, наметилась положительная динамика в состоянии детей. Началось непрерывное улучшение физического развития новорожденных. Недоношенных детей стали оставлять в роддомах до двух месяцев, а выписка проводилась в сопровождении медсестры, с использованием специальных обогреваемых «чемоданов». Эти, казалось бы, мелкие детали говорят о колоссальной душевной работе врачей, которые даже в условиях тотального дефицита ресурсов сохраняли человеческое отношение к каждому маленькому пациенту.

Подводя итог, можно сказать: историю каждого ленинградского детского доктора можно расценивать как подвиг. Но сами они, как точно подмечено в архивных материалах, не считали это подвигом [1]. Они просто не умели иначе. Их сплоченность, готовность прийти на помощь коллегам (химикам, терапевтам, витаминологам) и колоссальная ответственность за жизнь ребенка стали той самой силой, которая позволила городу выстоять и сохранить свое будущее - своих детей. Память об этом подвиге не просто дань истории, но и нравственный ориентир для современного врачебного сообщества.

Список литературы

1. *Тур, А.Ф.* Научные работы по педиатрии, выполненные в Ленинграде во время войны (1.07.1941–1.06.1944) // Педиатрия. – 1944. – № 4. – С. 75–77.
2. Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда. Алиментарные дистрофии и авитаминозы у детей. – Л.: Медгиз, 1944. – 142, [2] с. : ил., табл.
3. *Эрман, М.В.* Вопросы педиатрии в дни блокады Ленинграда: взгляд сквозь годы / М.В. Эрман, Л.В. Эрман, Т.М. Первунина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. – 2014. – Вып. 3. – С. 232–242.
4. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны : сб. ст. Вып. 6 : Инфекции. Авитаминозы / под ред. проф. С.В. Висковского [и др.]. – Л.: Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1945. – 159 с.
5. *Тур, А.Ф.* Лечение алиментарных дистрофий у детей / А.Ф. Тур, Н.В. Балинская // Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны. – Л.: Медгиз. Ленингр. отд-ние, 1944. – Вып. 5. – С. 30–42.
6. *Микиртичан, Г.Л.* Характеристика патологии и организация питания детей в Ленинграде в годы Великой Отечественной войны // Вопросы современной педиатрии. – 2010. – Т. 9, № 3. – С. 158–162.
7. *Токаревич, Н.К.* История Института Пастера в Ленинграде в годы блокады // Сборник статей, посвященный 75-летию Победы в Великой Отечественной войне. – СПб : РИЦ ПСПбГМУ, 2020. – 178 с.

УДК 93/94

ВКЛАД ВЫДАЮЩИХСЯ УЧЕНЫХ В РАЗВИТИЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД БЛОКАДЫ ЛЕНИНГРАДА (М.В. ЧЕРНОРУЦКИЙ И М.Д. ТУШИНСКИЙ)

Акимова Людмила Денисовна

Медицинская сестра, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (НИИ Нефрологии) (Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8). E-mail: ludmilochka.akimova@gmail.com

Статья посвящена вкладу в развитие Скорой помощи Михаила Дмитриевича Тушинского и Михаила Васильевича Черноруцкого. Деятельность этих ученых, несмотря на наличие публикаций, остается недостаточно популяризованной и представленной в музейных материалах, а также в современной историко-медицинской литературе. Мы рассмотрим их работу не только как медицинскую практику, но и как акт гражданского мужества и самопожертвования.

Ключевые слова: *Врачебный долг, медик, деятельность врача, общественный долг.*

THE CONTRIBUTION OF OUTSTANDING SCIENTISTS TO THE DEVELOPMENT OF AMBULANCE SERVICES DURING THE SIEGE OF LENINGRAD (M. V. CHERNORUTSKY AND M. D. TUSHINSKY)

Akimova Lyudmila Denisovna

First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlova (Research Institute of Nephrology), a nurse

Medical College, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (197022, Russia, Saint Petersburg, Lev Tolstoy str., 6/8).

The article is devoted to the contribution of Mikhail Dmitrievich Tushinsky and Mikhail Vasilyevich Chernorutsky to the development of Emergency medicine. The work of these scientists, despite the availability of publications, remains insufficiently popularized and presented in museum materials, as well as in modern historical and medical literature. We will consider their work not only as a medical practice, but also as an act of civic courage and self-sacrifice.

Key-words: *Medical duty, Medic, activity of a doctor, public duty.*

В Санкт-Петербурге первая станция Скорой помощи начала действовать 19 марта 1899 года. В настоящее время мы не можем представить жизнь без этой структуры, хотя еще 120 лет назад ее не было, и пострадавших доставляли полицейские, пожарные или извозчики в приемные покои при

полицейских домах. С ее появления и по наши дни, она оказывает гражданам первую помощь при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. [1]

Большое влияние на формирование экстренной медицинской помощи оказали выдающиеся ученые-медики, работавшие в Женском медицинском институте, в Великую Отечественную войну 1 ЛМИ (ныне ПСПбГМУ им. ак. И.П. Павлова), такие как: В.К. фон Анреп, Н.А. Вельяминов, Г.А. Ивашенцов, И.И. Джанелидзе, П.А. Куприянов, Г.Ф. Ланг, М.Д. Тушинский, М.В. Черноруцкий, В.А. Шаак, Ф.Г. Углов, В.И. Колесов, М.В. Гринев.

Михаил Васильевич Черноруцкий родился в селе Мелеузе Стерлитамакского уезда Уфимской губернии (ныне Мелеузовского района Республики Башкортостан) в семье Василия Михайловича Черноруцкого (1859—1895).

Окончив гимназию в Ташкенте, в 1902 г. Михаил Васильевич переехал в Санкт-Петербург и в августе поступил в Императорскую Военно-медицинскую Академию. В студенческие годы он интересовался научно-исследовательской деятельностью, тем самым обратив на себя повышенное внимание профессоров и преподавателей. Окончив в 1908 г. Императорскую Военно-медицинскую Академию (ныне «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»), по конкурсу был оставлен на три года при академии врачом для повышения квалификации и улучшения своих профессиональных качеств. Он работал одновременно в госпитальной терапевтической клинике у профессора В.Н. Сиротинина и в Институте экспериментальной медицины, в лаборатории биологической химии у профессора Н.О. Зибер-Шумовой [8, с. 7].

С 1922 года М. В. Черноруцкий заведовал кафедрой диагностики и частной патологии с терапией 1 Ленинградского Медицинского Института, а с 1923 года – кафедрой госпитальной терапии там же.

Опыт службы на должности главного врача 304-го полевого запасного госпиталя в Первую мировую войну пригодился в 1924 – 1934 гг., когда он стал консультантом терапевтической клиники института «Скорой помощи». Работая консультантом, Михаил Васильевич отвечал за организацию и проведение научных исследований по неотложной терапии. При этом особое внимание он уделял составлению истории болезни, рассматривая ее как логический план обследования и лечения пациента. Так для лучшего изучения анамнеза болезни, он ввел отдельный раздел: «функциональное состояние организма». Благодаря этому сейчас можно более точно произвести индивидуальную диагностику и составить оптимальный план лечения [5, с. 13-15].

В Великую Отечественную войну Михаил Васильевич входил в консультативное бюро терапевтов при Северном Санитарном управлении

Ленинградского фронта. Это бюро разработало: схему эвакуации больных с заболеваниями внутренних органов, объем терапевтической помощи на всех ее этапах, а также инструкцию для терапевтов хирургических госпиталей.

Работая в осажденном городе, М.В. Черноруцкий изучал патологию военного времени. Большое значение для развития науки имеют его работы, которые посвящены алиментарной дистрофии, гипертонической болезни, авитаминозам. Эти работы оказались результатом тщательного изучения военной патологии в период ленинградской блокады. В наше время они представляют наибольшую ценность не только для изучения и выявления патологии в военное время, а также в них присутствует ряд теоретических выводов об этиологии и патогенезе заболеваний: алиментарной дистрофии, гипертонической болезни и авитаминозам [8, с. 7].

В 1944—1947 гг. Михаил Васильевич опубликовал ряд трудов по материалам наблюдений и лечения больных в блокадном Ленинграде: «Основные вопросы клиники цинги в Ленинграде в 1942 году», «О гипертонической болезни в Ленинграде в 1942—1943 гг.», «Изменения обмена веществ при гипертонической болезни в связи с ее клиникой в 1943—44 гг. в Ленинграде», «О желтухах военного времени в Ленинграде», «Ревматизм и его особенности за годы Великой Отечественной войны в Ленинграде» и «Проблемы алиментарной дистрофии».

В работе «Проблемы алиментарной дистрофии» Михаил Васильевич подверг детальному разбору частоту дистрофии в каждом из четырех периодов, разделив их в зависимости от условий питания и военной обстановки, а также выделил основные клинические картины, характерные для каждого периода. Детальный разбор патологических механизмов дистрофии на базе изучения изменений обмена веществ при данной проблеме, который был произведен в его работах и является ценным вкладом в науку [4, с. 148].

Большие силы ученых Первого медицинского университета были направлены на изучение специфики блокадной гипертонии. В факультетской терапевтической клинике Первого Ленинградского медицинского института академик Г.Ф. Ланг вел по этому поводу обширную монографическую работу, вместе с М.В. Черноруцким и Н.И. Озерецким. В дни блокады на базе Первого Ленинградского медицинского Института при участии Ленгорздравотдела были созданы комитеты по изучению алиментарной дистрофии и гипертонической болезни, во главе с профессорами: М.В. Черноруцким и Д.М. Гротэль [8, с. 7].

Михаил Дмитриевич Тушинский родился 24 января 1882 года. Его отец, Абдул Карим Мустафа Оглы Мехмандаров, окончил в 1877 году медико-хирургическую академию в Петербурге и был одним из видных врачей в Азербайджане. Так сложилось, что отец практически не принимал участия в

воспитании сына, и впервые они встретились только в 1929 году, когда Михаилу было 47 лет. Большую роль в выборе профессии сыграла мать Тушинского – Александра Михайловна, которая была одной из первых женщин-врачей в России. Атмосфера медицинского окружения, царящая в семье, и вся система воспитания, призывает к самоотверженному служению народу [3, с. 6-10].

После окончания военно-медицинской академии в Петербурге Михаил Дмитриевич в 1907 году начал работать в Обуховской больнице, где набирался опыта. В этом деле ему помогала медсестра этой больницы – А.Ф. Тарасова.

С 1922 по 1952 годы М.Д. Тушинский являлся консультантом по вопросам неотложной терапии ленинградской скорой помощи, одновременно (с 1929 года) руководя кафедрой диагностики и частной патологии с терапией 1 ЛМИ.

В 1923 г., по предложению М.Д. Тушинского и при его непосредственном участии, ленинградская Скорая помощь начала применять промывание желудка при острых отравлениях. В 1936 г по его инициативе впервые в Советском Союзе, Ленинградская «Скорая помощь» внедрила в практику своей работы новый препарат, предложенный польским токсикологом Стржжижевским, – противоядие против отравления тяжелыми металлами, в частности сулемой, который полностью обезвреживает невсосавшуюся сулему [6, с. 35-36].

В годы Великой Отечественной войны Михаил Дмитриевич занимался преподавательской деятельностью. В эти тяжелые годы, в городе остались студенты нескольких старших курсов, и все лекции он читал сам, во время занятий часто демонстрировал больных. На протяжении всей жизни, он был требователен и внимателен к персоналу и студентам [3, с. 12-25].

В период с 1942 по 1949 годы Михаил Дмитриевич стал одним из организаторов здравоохранения в Ленинграде, а также являлся первым и главным терапевтом в городе. С 1932 по 1952 год был научным руководителем службы скорой и неотложной медицинской помощи, а затем стал главным консультантом горздравотдела исполкома Ленинградского городского Совета депутатов трудящихся [3; 10, с. 7].

В годы войны М. Д. Тушинский занимался общественной деятельностью. Являясь заместителем председателя Ленинградского терапевтического общества им. С.П. Боткина, он выполнял значительную часть организационной работы по подготовке заседаний общества [5]. Всего за период с 12 мая 1942 г. по 22 июня 1943 г. таких заседаний состоялось 27. На трех заседаниях общества М.Д. Тушинский выступал со своими докладами, в которых, вместе с группой врачей, давал характеристику волнообразного течения патологии в Ленинграде в трудные времена, а также причастность наличия и частоты состояний гиповитаминоза А, Б и С среди различных групп населения. Докладчиками была дана характеристика как клиники и патогенеза цинги в целом, так и клинические

особенности цинги в Ленинграде в 1942 г. [11, с. 173]. В докладе М.Д. Тушинского, В.В. Свешникова и З.Р. Зейц приведены данные изучения пунктата костного мозга при цинге [7].

В научно-исследовательской работе Ленинградского Терапевтического Общества отмечалось тесное взаимопроникновение теоретических и практических вопросов, часто возникали неотложные их решения и приведение их в жизнь. Кроме того, общество энергично продолжало работу по проведению консультативной терапевтической помощи и в эвакогоспиталях Ленинграда, начавшуюся в начале войны. Члены общества, и в частности члены Президиума Общества, систематически привлекались Горздравотделом для участия в различных комиссиях по выработке номенклатуры, классификации новых форм заболеваний, выработке инструкций по лечению алиментарной дистрофии и авитаминозов, и других болезней. Работа протекала в тесном контакте с представителями Горздрава во главе с проф. Ф.И. Машанским [11, с. 176].

За свою жизнь Михаил Дмитриевич написал более 100 работ, посвященных актуальным проблемам советской медицины: 17 из них посвящены вопросам изучения инфекционных заболеваний (такие как сыпной тиф, малярия, грипп, холера). Его работы о свойствах крови и спинномозговой жидкости у сыпнотифозных больных принадлежат к лучшим трудам по этому направлению, а труды о лечении малярии и гангрены легких являются первыми отечественными работами на данную тему. Работы по изучению гематологии, а также по заболеваниям дыхательных органов считаются ведущими. Эти темы разрабатывались коллективом клиники, которой руководил Михаил Дмитриевич [2, с. 4]. Работа об инфекционном мононуклеозе представляет значительный интерес, так как Михаил Дмитриевич представляет данную болезнь, с другой стороны [3, с. 10-12].

Михаилу Дмитриевичу Тушинскому были присущи такие черты, как: патриотизм, мужество, умение зажечь и увлечь делом людей, окружающих его. Он стремился поддерживать в них силы и надежду, а это было очень важно для жителей города. Даже в период, когда его здоровье серьезно ухудшилось, он категорически отказался эвакуироваться. Была сильная убежденность в несомненной победе Советского Союза. Весь Ленинград и в том числе Михаил Дмитриевич всеми силами стремились помочь достижению этой победы. Это и стало ее залогом.

Таким образом, рассмотрев биографии двух выдающихся ученых 1 ЛМИ и их работу накануне и в годы Великой Отечественной войны, можно сказать о выдающемся вкладе ученых-медиков 1 ЛМИ в спасение населения Ленинграда. М.В. Черноруцкий и М.Д. Тушинский оказали большое влияние на формирование института экстренной медицинской помощи, внеся значительный

вклад в научно-исследовательскую работу службы скорой помощи и непосредственно в организацию скорой помощи. В течение всей блокады и «Скорая помощь», будучи резервом МПВО, и ученые-медики оказывали героическую помощь населению Ленинграда, спасая не только жизнь, но и здоровье людей, в том числе на Дороге жизни.

В наше время, при возникновении военной обстановки, медики Первого медицинского института оказывают огромную помощь в зоне специальной военной операции, помогая и бойцам, и гражданскому населению. Как и восемьдесят лет назад, они осуществляют научно-методическое сопровождение при реорганизации экстренной медицинской помощи в современных условиях.

Список литературы

1. *Бойков, А.А.* Скорая медицинская помощь в Санкт-Петербурге. 1899-2019/ Бойков А. А., Ханин А. З., Колчина Е. И., Попова Н. В. – СПб., 2019.
2. *Ланг, Г.Ф.* Клиническая медицина / Ланг Г.Ф, Вовский М. С., Гельштейн Э. – М. 1929, январь. – Том XXVI. [переиздание: Москва: Государственное издательство медицинской литературы, 1948]. С. 4.
3. *Лопатенко, А.А*. М. Д. Тушинский (1882-1962)/ Лопатенко А. А., Фишер А. М. – Москва: Медицина, 1983. – С. 6-39.
4. *Мусийчук, Ю.И.* Михаил Васильевич Черноруцкий: (Врач, ученый, педагог). Ленинград: Медицина. – 1965. – С. 148-149.
5. Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2007. – №2\1 (40). – С. 13-15.
6. Организация работы городской станции скорой медицинской помощи / под ред. М.А. Мессель. – Ленинград, 1968. – С. 35-36.
7. *Тушинский, М.Д.* Клинические наблюдения над страдающими алиментарной дистрофией (изменения крови и костного мозга) / М. Д. Тушинский, З. Р. Зейц, В. В. Свешников // Работы Ленинградских врачей за годы Отечественной войны. – Л.: Медгиз, 1943. – Вып. 3. – С. 48 – 64.
8. *Ноздрачев, А.Д., Поляков, Е.Л., Вовенко, Е.П.* Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН в биографиях. [Электронный ресурс] URL: https://www.infran.ru/News/Documents/IFRAN_biogr_2016_body_FIN_opti2.pdf. (дата обращения: 15.03.2026).
9. 1 ЛМИ в годы блокады Ленинграда. [электронный ресурс] URL:https://www.1spbgmu.ru/images/home/75letPobede/1_ЛМИ_в_годв_блокады_Ленинграда.pdf (дата обращения: 16.03.2026).
10. Отчет Ленинградского отделения Всесоюзного общества терапевтов имени С.П. Боткина за период второй Отечественной войны // Труды эвакогоспиталей системы Фронтового эвакуационного пункта № 50 и лечебных учреждений армий. – Ленинград, 1943. – № 7. Вопросы расстройств питания. – С. 172-176. – Электронная копия доступна в Электронной библиотеке РНБ. URL: https://vivaldi.nlr.ru/ab000001546/view/?#page=173 (дата обращения: 11.03. 2026).

УДК 61(092)

ПРОФЕССИЯ ВОЕННОГО МЕДИКА – ЭТО ВСЕГДА РИСК ДЛЯ ЖИЗНИ

Черных Екатерина Алексеевна

Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры управления в здравоохранении, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко (396000, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Студенческая д. 10). E-mail: Katya_Kosinova@mail.ru

Щетинина Надежда Александровна

Ассистент кафедры управления в здравоохранении, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко (396000, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Студенческая д. 10). E-mail: Shchetinina.2016@inbox.ru

Маркосян Заруи Самвеловна

Ассистент кафедры управления в здравоохранении, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко (396000, Российская Федерация, г. Воронеж, ул. Студенческая д. 10). E-mail: 01zara@mail.ru

Статья посвящена судьбе молодого врача-хирурга, старшего лейтенанта медицинской службы Дмитрия Петровича Звягинцева. Описаны ключевые этапы становления Звягинцева как специалиста. Особое внимание уделяется героизму и самоотверженности, проявленным Дмитрием в условиях экстремального риска, а также достижению высшей формы официального признания его заслуг — ордену Жукова.

Ключевые слова: *военный врач, медицинская служба, воин, целитель*

THE PROFESSION OF A MILITARY MEDIC IS ALWAYS A RISK TO LIFE

Chernykh Ekaterina Alekseevna

Assistant Professor of the Department of Management in Healthcare, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «N.N. Burdenko Voronezh State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Shchetinina Nadezhda Aleksandrovna

Assistant Professor of the Department of Management in Healthcare, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «N.N. Burdenko Voronezh State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

Markosyan Zarui Samvelovna

Assistant Professor of the Department of Management in Healthcare, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «N.N. Burdenko Voronezh State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation.

The article is devoted to the fate of a young surgeon, Senior Lieutenant Dmitry Petrovich Zvyagintsev of the Medical Service. The key stages of Zvyagintsev's development as a specialist are described. Special attention is paid to the heroism and selflessness displayed by Dmitry in extreme risk situations, as well as to the highest form of official recognition of his achievements - the Order of Zhukov.

Keywords: *military doctor, medical service, warrior, healer.*

Военный врач представляет собой уникальную фигуру, сочетающую в себе две важные роли: целителя и воина. Это сочетание проявляется в том, что военный врач не только лечит раненых солдат, обеспечивая их выживание и восстановление здоровья, но и участвует в боевых действиях, защищая свою страну и своих товарищей.

Военный врач играет ключевую роль в обеспечении медицинской помощи военнослужащим. Они оказывают первую помощь на поле боя, проводят хирургические операции в полевых условиях, обеспечивают реабилитацию и поддержку психического здоровья военнослужащих. Их работа требует высокого уровня профессионализма, быстроты реакции и способности принимать решения в экстремальных ситуациях [1,2].

Помимо медицинских обязанностей, военные врачи часто участвуют в боевых действиях. Они могут находиться непосредственно на передовой, оказывая помощь своим товарищам и поддерживая боевой дух подразделения. Военные врачи проходят специальную подготовку, включающую обучение тактическим действиям, обращению с оружием и выживанию в сложных условиях [3].

История военных врачей насчитывает тысячи лет. От древних времен до наших дней они играли важную роль в вооруженных конфликтах. Например, в Древнем Риме военные врачи были частью армии и обеспечивали медицинскую помощь легионерам. В Средневековье монахи и священники часто выполняли роль военных врачей, заботясь о раненых рыцарях и солдатах.

В Новое время развитие медицины привело к созданию специализированных подразделений военной медицины. Во время Первой и Второй мировых войн военные врачи проявили героизм и самоотверженность, спасая жизни тысяч солдат. Сегодня военные врачи продолжают играть важную роль в современных вооружённых силах, обеспечивая медицинское обслуживание и поддержку войск в мирное и военное время.

Каждый врач - герой своего собственного романа. Но некоторые становятся героями и всей страны. Наша статья посвящена судьбе молодого врача-хирурга старшего лейтенанта медицинской службы Дмитрия Петровича Звягинцева, чье призвание и жизненный путь привели его к участию в одной из самых драматичных глав современной военной медицины.

Дмитрий Петрович Звягинцев родился и вырос в Калининградской области, воспитывался в семье военного офицера. Уже в школе, учась в химико-биологическом классе, он твёрдо решил связать свою судьбу с медициной. Особенно сильное влияние на выбор будущей специальности оказали отец и Санкт-Петербург - оба фактора стали решающими факторами выбора медицинского института и стремления стать профессиональным хирургом. В 2016 году Дмитрий Петрович поступил в Военно-медицинскую академию имени С.М. Кирова.

Первая серьезная проверка наступила в 2023 году, когда младший офицер медицинской службы отправился в первую командировку в зону конфликта. Там Дмитрий столкнулся с реальной жизнью, полной боли, страданий и тяжелых испытаний. Под руководством опытных коллег и старших офицеров он быстро освоился в непростой обстановке и приступил к выполнению обязанностей: сортируя раненых, организуя эвакуацию, проводя операции в экстремальных условиях.

Одним из наиболее ярких эпизодов той командировки стала ночь, когда Дмитрий провёл сложную операцию прямо под обстрелом противника. Раненый солдат лежал неподвижно на столе, ожидая исхода. Спокойствие пациента помогло врачу сосредоточиться и провести процедуру аккуратно и качественно. Подобные случаи неоднократно повторялись, закаляя волю и укрепляя уверенность врача в правильности выбранного пути.

За своё усердие и преданность делу Дмитрий Звягинцев был удостоен награды - медали имени Георгия Жукова. Этой чести удостаиваются лишь самые достойные военные врачи, показавшие выдающиеся успехи в деле оказания помощи пострадавшим в ходе боевых действий.

Однако самое большое достижение Дмитрия Звягинцева — это тысячи спасённых жизней, пациенты, возвращающиеся домой благодаря мастерству и вниманию врача. Каждое утро, приходя на дежурство, он видит лица выживших солдат и гражданских лиц, осознавая важность своей работы.

Судьба Дмитрия Звягинцева демонстрирует высокую степень ответственности и патриотизма, присущих современным врачам Российской армии. Его опыт - яркий пример настоящего служения обществу и Отечеству, вне зависимости от обстоятельств и трудностей.

В настоящее время старший лейтенант медицинской службы Звягинцев Дмитрий Петрович продолжает нести свою нелегкую службу, поддерживая высокие стандарты профессиональной подготовки и этики, заложенных предшественниками. Благодаря таким специалистам медицинская служба нашей армии сохраняет высокий уровень доверия среди военнослужащих и населения.

Эта история напоминает каждому из нас о ценности человеческой жизни и труде настоящих героев, которые, рискуя собственной жизнью, помогают сохранить здоровье и благополучие окружающих.

Таким образом, военный врач - это уникальная фигура, объединяющая в себе качества целителя и воина, играющая важнейшую роль в защите и поддержке своей страны и её защитников.

Список литературы

1. *Макаров, Д.А.* Роль врача, как общественно значимого члена общества в военное и мирное время / Д. А. Макаров, С. А. Кособуцкая // Молодежный инновационный вестник. – 2020. – Т. 9, № S4. – С. 31-32.
2. *Листратенко, М.А.* Роль II факультета военно-Медицинской академии в профильной подготовке военных врачей / М. А. Листратенко // У истоков медицины столицы Российской Империи: к 300-летию закладки Петром Великим здания Санкт-Петербургских Военно-сухопутного и Адмиралтейского госпиталей: Материалы научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 06 ноября 2015 года. – Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, 2015. – С. 63-64.
3. *Мамчур, А.М.* Ведущая роль творческого саморазвития в процессе формирования экологической готовности будущих военных врачей / А. М. Мамчур, Л. Г. Скоробогатова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2004. – Т. 7, № 2. – С. 67-69.

УДК 159.97:616.89-008.441.13

ПРИМЕНЕНИЕ EMDR ПРИ ВОЕННОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОТРАВМЕ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛЕВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Тюре Татьяна Сергеевна

Руководитель полевого исследования, психолог, сертифицированный тренер и супервизор EMDR-IMO, Institute EMDR-IMO France (58 улица Фоли-Мерикур, 75011, г. Париж), преподаватель Института социального развития «Социум» по курсу EMDR (141092, Московская область, г. Королёв, ул. Пушкинская, д. 23, оф. 115). E-mail: thurettatiana@gmail.com

Представлены промежуточные результаты полевого исследования EMDR при военной и комплексной психотравме. В анализ включены 60 участников. Наиболее выраженная динамика отмечена у завершивших маршрут T0–T3: снижение симптомов ПТСР, тревоги, депрессии, нарушений сна и улучшение функционирования.

Ключевые слова: *EMDR, ПТСР, военная травма, моральная травма, реабилитация, психотравма.*

EMDR FOR WAR-RELATED AND COMPLEX PSYCHOLOGICAL TRAUMA: PRELIMINARY RESULTS OF A FIELD STUDY

Thuret Tatiana Sergueyevna

Field study leader, psychologist, certified EMDR-IMO trainer and supervisor, Institute EMDR-IMO France, 58 rue de la Folie-Méricourt, 75011 Paris, France; lecturer at the Institute for Social Development “Socium”, 23 Pushkinskaya St., office 115, Korolev, Moscow Region, 141092, Russian Federation.

The article presents preliminary results of a field study of EMDR for war-related and complex trauma. The analysis included 60 participants. The strongest improvement was observed in the T0–T3 group: PTSD, anxiety, depression and sleep symptoms decreased, while functioning improved.

Keywords*: EMDR, PTSD, war trauma, moral injury, rehabilitation, psychological trauma.*

Актуальность.

Психологическая травматизация, связанная с воздействием боевых действий, сопровождается симптомами посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), депрессии, тревоги, нарушений сна, диссоциации, эмоциональной дисрегуляции, агрессии, чувства вины, моральной травмы и снижения повседневного функционирования [1; 4; 8].

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) является международно признанным травма-фокусированным методом работы с посттравматической симптоматикой [2; 6]. Метод основан на модели адаптивной переработки информации и направлен на снижение дистресса, связанного с

травматическими воспоминаниями [6]. При наличии данных об эффективности EMDR при ПТСР [2; 3] ограниченными остаются сведения о его применении у действующих военнослужащих и гражданских лиц в условиях продолжающегося стрессового воздействия, особенно о нелинейной динамике симптомов в ходе терапии.

Цель исследования.

Цель исследования — оценить промежуточную динамику симптомов у участников, проходящих психологическую помощь с использованием метода EMDR в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы.

Исследование имеет квази-экспериментальный лонгитюдный одно-групповой дизайн с повторными измерениями: T0 — до начала работы, T1 — после 6 сессий, T2 — после 12 сессий, T3 — через 1 месяц после завершения курса терапии.

По состоянию на 24 апреля 2026 г. участники распределены по трём временным волнам неодинаковой длительности: Группа 0 (T0) — n = 5; Группа 1 (T0 → T1) — n = 32; Группа 2 (T0 → T1 → T2) — n = 12; Группа 3 (T0 → T1 → T2 → T3) — n = 11.

Психологическая помощь проводится на территории военных госпиталей и военных частей с действующими военнослужащими, а также онлайн с гражданскими лицами, находящимися в условиях продолжающегося стрессового воздействия: военными корреспондентами, жителями приграничных территорий, волонтерами, членами семей военнослужащих. Травматизация в этих группах часто носит кумулятивный и продолжающийся характер.

Курс включает 12 сессий по 60–90 минут с частотой 1–3 раза в неделю. Используется стандартный 8-фазовый протокол EMDR, техники стабилизации, ресурсирование (RDI), R-TEP и E-TEP для недавних травматических событий, работа с диссоциацией, эго-состояниями, моральной травмой, ключевыми травматическими воспоминаниями и шаблон будущего.

В промежуточный анализ включены 60 участников: 75% — действующие военнослужащие, 25% — гражданские лица. Средний возраст составил 30,5 года, диапазон — 19–50 лет. Период исследования: 15 февраля — 30 июня 2026 г.

Шкалы и диапазоны. PCL-5 (для определения вероятности ПТСР, диапазон инструмента 0–80), GAD-7 (уровень тревоги, 0–17), BDI-II (уровень депрессии, 0–56), WHODAS 2.0 (функционирование, 12–36), PSQI (качество сна, 0–20), DES-II (уровень диссоциации, 0–40.4) находятся внутри допустимых границ инструментов [1; 8]. Выбросов нет.

Анализ включал описательную статистику, критерий Фридмана (Friedman Test), коэффициент конкордации Кендалла (Kendall’s W), критерий Уилкоксона (Wilcoxon signed-rank test) с поправкой Бонферрони (Bonferroni correction),

расчет размера эффекта Коэна (Cohen’s d) и индекс надежного изменения (RCI) [5].

Этические аспекты.

Исследование проводилось в рамках практической психологической помощи с соблюдением принципов добровольного участия, конфиденциальности и информированного согласия. Все данные представлены в обезличенном виде. Участники могли прекратить участие на любом этапе без негативных последствий для получения помощи. Активная суицидальная опасность являлась критерием исключения; при выраженном риске участники направлялись на специализированную помощь.

Результаты.

На T0 показатели PCL-5, соответствующие вероятному ПТСР, наблюдались у 19 участников; депрессивная симптоматика умеренного и более выраженного уровня — у 22 участников; нарушения сна — у 25; умеренная или выраженная тревога — у 11 участников; суицидальные мысли или намерения — у 9; высокая диссоциация — у 3 участников. Из-за единичных пропусков число валидных наблюдений различается по шкалам. Выборка клинически неоднородна и включает как участников с выраженной симптоматикой, так и лиц с субклиническими проявлениями стресса.

Поскольку участники находятся на разных этапах терапевтического маршрута, результаты отражают динамику доступных завершенных траекторий, а не итоговую динамику всей выборки N = 60.

На фоне прохождения EMDR-вмешательства наиболее выраженная положительная динамика наблюдалась у участников, завершивших маршрут T0–T3: PCL-5 снизился с 21,45 до 3,91 балла, GAD-7 — с 5,64 до 1,09, BDI-II — с 15,73 до 1,80, PSQI — с 5,00 до 3,00, WHODAS 2.0 — с 16,82 до 12,90. Количество участников, сообщивших о суицидальных мыслях и намерениях, снизилось с 9 до 2 человек.

Таблица 1. Динамика средних значений и статистические показатели

Группа / маршрут	n	Динамика по основным шкалам	Статистика	Клиническая значимость RCI по PCL-5	Вывод
Группа 0 Участники только с T0, прошедшие первое тестирование	5	Имеют наиболее высокие исходные показатели: PCL-5 ≈ 46, GAD-7 ≈ 8,4, BDI-II ≈ 20, WHODAS ≈ 27,75, PSQI ≈ 11,20.	В динамический анализ не включались, так как нет последующих точек.	RCI не рассчитывается.	Потенциально наиболее тяжёлая подгруппа; отсутствие последующих измерений может быть источником смещения оценки динамики.
Группа 1	32	Наблюдаются	Friedman не	Надёжное	На раннем этапе

Группа / маршрут	n	Динамика по основным шкалам	Статистика	Клиническая значимость RCI по PCL-5	Вывод
T0–T1 короткий маршрут, до 6 сессий		небольшие снижения: PCL-5: 16,66 → 14,56; GAD-7: 4,72 → 3,69; BDI-II: 10,53 → 8,31. Эффекты малые: d ≈ 0,21–0,38.	применяется, так как только 2 точки. Wilcoxon: статистически значимых различий нет; по GAD-7 есть тенденция, p = 0,063.	улучшение: 6 из 32, 18,8%. Надёжное ухудшение: 2 из 32, 6,2%. Клинически значимое улучшение: 3 из 32, 9,4%.	наблюдаются только малые изменения. 6 сессий могут быть недостаточны для устойчивого статистически значимого эффекта, особенно при выраженной и комплексной травматизации.
Группа 2 T0–T1–T2 маршрут до 12 сессий	12	Динамика нелинейная. PCL-5: 18,83 → 29,33 → 19,17. На T1 наблюдается усиление симптомов, затем снижение к T2 почти до исходного уровня. GAD-7 почти без изменений: 4,50 → 4,83 → 4,33. BDI-II: 10,33 → 12,00 → 7,58. PSQI: 5,36 → 4,00, сильный эффект d = 0,939.	Friedman по PCL-5 значим: $\chi^2(2)=10,500$, p=0,005, Kendall's W=0,438. По GAD-7 значимых различий нет. По BDI-II — тенденция, p=0,054. Post-hoc: значимое улучшение PCL-5 именно на T1→T2, p_bonf=0,008.	Надёжное улучшение: 3 из 12, 25,0%. Надёжное ухудшение: 4 из 12, 33,3%. Клинически значимое улучшение: 2 из 12, 16,7%.	Группа демонстрирует фазу активации травматического материала: на T1 возможно временное усиление симптомов, после чего к T2 начинается снижение. Эту группу нельзя подавать как «ухудшение от терапии», но и нельзя подавать как устойчивое улучшение. Корректнее говорить о нелинейной промежуточной динамике.
Группа 3 T0–T1–T2–T3 полный маршрут с последующим наблюдением через 1 месяц	11	Наиболее выраженная положительная динамика. PCL-5: 21,45 → 21,18 → 11,50 → 3,91. GAD-7: 5,64 → 4,36 → 3,11 → 1,09. BDI-II: 15,73 → 14,27 → 8,80 → 1,80. WHODAS: 16,82 → 12,90. PSQI: 5,00 → 3,00. Эффекты: PCL-5 d=1,277; GAD-7 d=0,986; BDI-II d=1,032; WHODAS d=0,610; PSQI	Friedman значим по основным шкалам: PCL-5: $\chi^2(3)=23,571$, p<0,001, W=0,786; GAD-7: $\chi^2(3)=18,047$, p<0,001, W=0,668; BDI-II: $\chi^2(3)=18,346$, p<0,001, W=0,679. Это указывает на согласованную динамику изменений внутри группы.	Надёжное улучшение: 6 из 11, 54,5%. Надёжное ухудшение: 0 из 11, 0%. Клинически значимое улучшение: 5 из 11, 45,5%.	В подгруппе участников, завершивших полный маршрут до T3, наблюдается наиболее выраженная положительная динамика по симптомам ПТСР, тревоги, депрессии, сна и функционирования. Однако из-за малого n=11 эти данные следует рассматривать как предварительные и не распространять автоматически на всю выборку N=60.

Группа / маршрут	n	Динамика по основным шкалам	Статистика	Клиническая значимость RCI по PCL-5	Вывод
		d=1,663.			

По PCL-5 в группе T0–T1 наблюдаются малые изменения (16,66→14,56). В группе T0–T1–T2 наблюдается нелинейная динамика: 18,83 на T0, 29,33 на T1 и 19,17 на T2, что может отражать временную активацию травматического материала в процессе травма-фокусированной терапии [3; 6]. В группе T0–T3 снижение PCL-5 статистически значимо: $\chi^2(3)=23,571$, $p<0,001$, Kendall's $W=0,786$, $d=1,277$.

В Группе 3 также наблюдается снижение тревоги и депрессии, интерпретируется как статистически значимое: для GAD-7 $\chi^2(3)=18,047$, $p<0,001$, $W=0,668$, $d=0,986$; для BDI-II $\chi^2(3)=18,346$, $p<0,001$, $W=0,679$, $d=1,032$. Снижение PSQI сопровождается большим размером эффекта ($d=1,663$), а улучшение функционирования по WHODAS 2.0 — среднему эффекту ($d=0,610$).

Динамика суицидальных мыслей и намерений имеет клиническую значимость, однако требует осторожной интерпретации: оценка проводилась в рамках общего клинического и психометрического мониторинга, а не с использованием специализированной шкалы суицидального риска [1]. Поэтому корректно говорить о наблюдаемом снижении частоты самоотчетных суицидальных мыслей и намерений на фоне EMDR-вмешательства, но не о доказанном антисуицидальном эффекте метода.

Клинически значимые изменения.

По RCI для PCL-5 наиболее выраженные индивидуальные изменения отмечены у участников, прошедших полный маршрут T0–T3: надежное улучшение — у 6 из 11 (54,5%), клинически значимое улучшение с переходом ниже порога вероятного ПТСР — у 5 из 11 (45,5%), надежного ухудшения не выявлено. Для сравнения, в группе T0–T1 надежное улучшение отмечалось у 6 из 32 (18,8%), а в группе T0–T2 — у 3 из 12 (25%).

Обсуждение.

Промежуточные результаты свидетельствуют о положительной клинической динамике у участников с военной и комплексной психотравмой, проходящих EMDR-вмешательство. Наиболее выраженные изменения наблюдались у завершивших полный терапевтический маршрут и последующее наблюдение. Важным результатом является нелинейная динамика: раннее усиление симптомов у части участников не обязательно означает неэффективность терапии и может отражать активацию травматического материала в ходе работы.

В целом полученные данные позволяют выделить несколько уровней интерпретации. На краткосрочном этапе T0–T1 после 6 сессий изменения

присутствуют, однако остаются малыми и статистически неустойчивыми. На промежуточном этапе T0–T2 наблюдается нелинейная динамика с временным усилением симптомов на T1 и последующим снижением к T2. Наиболее выраженные улучшения отмечаются у участников, имеющих данные до T3, то есть после полного курса и последующего наблюдения. По RCI наиболее благоприятная картина также выявлена в группе T0–T3: 54,5% участников надёжно улучшились, 45,5% перешли ниже клинического порога вероятного ПТСР, надёжного ухудшения не выявлено. Вместе с тем данные не следует интерпретировать как окончательное доказательство эффективности EMDR-вмешательства, поскольку исследование проводится без контрольной группы, подгруппы имеют малый размер, часть участников имеет только T0, а сбор данных продолжается.

Ограничения исследования.

Исследование проводится без контрольной группы, поэтому не позволяет делать строгий причинный вывод об эффективности EMDR-вмешательства. Выборка неоднородна и включает действующих военнослужащих, гражданских лиц, военных корреспондентов, волонтеров и лиц с различными формами военной психотравмы. Участники находятся на разных этапах терапевтического маршрута, поэтому анализ выполнен по доступным завершенным траекториям; оценка суицидальности проводилась без специализированного инструмента.

Практическое значение.

Результаты указывают на потенциальную применимость EMDR-вмешательства в условиях реальной практики при работе с действующими военнослужащими и гражданскими лицами, подвергшимися военной травматизации. Практически значимы три наблюдения: наиболее выраженные улучшения формируются при прохождении полного курса; ранняя динамика может быть нелинейной; на фоне терапии наблюдается снижение симптомов ПТСР, тревоги, депрессии, нарушений сна, функциональных ограничений и частоты суицидальных мыслей.

Заключение.

Промежуточный анализ данных полевого исследования показывает положительную клиническую динамику у лиц с военной психотравмой, проходящих психологическую помощь с использованием EMDR. Полученные данные поддерживают целесообразность дальнейшего изучения EMDR при военной и комплексной травме с контрольной группой, расширением выборки, использованием специализированных инструментов оценки суицидального риска и анализом пропущенных данных.

Благодарность.

Автор выражает благодарность участникам исследования, Институту социального развития «Социум», а также психологам, проводящим терапию и

сбор клинических данных: Ермиловой Ю.Н., Зориной А.А., Копнину А.А., Экономовой А.Н.

Список литературы

1. Американская психиатрическая ассоциация. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (5-е изд., текстовая редакция; DSM-5-TR). – Вашингтон: APA Publishing, 2022.
2. *Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R., Lewis, C.* Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. – № 12. – CD003388.
3. *Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., Cohen, J.A.* Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. – New York: Guilford Press, 2009.
4. *Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A., Brewin, C.R.* Considering PTSD for DSM-5 // Depression and Anxiety. – 2011. – Vol. 28, № 9. – P. 750–769.
5. *Jacobson, N.S., Truax, P.* Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1991. – Vol. 59, № 1. – P. 12–19.
6. *Shapiro, F.* Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic principles, protocols, and procedures. 3rd ed. – New York: Guilford Press, 2018.
7. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. – Geneva: WHO, 2013.
8. World Health Organization. International classification of diseases 11th revision (ICD-11). – Geneva: WHO, 2022.

УДК 159.99

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ И САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ: ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО КАК ФАКТОР ТРУДОВОЙ РЕАДАПТАЦИИ

Ермилова Юлия Николаевна

Аспирант, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9); e-mail: julie.82@mail.ru

В статье рассматривается проблема долга медицинского и психологического сообщества перед участниками боевых действий, выходящая за пределы терапии ПТСР. Предпринимательство анализируется как терапевтическая стратегия, способствующая развитию самоэффективности и социальной интеграции. Представлена интегративная модель реадаптации, включающая подготовку ветеранов-менторов с использованием EMDR-терапии.

Ключевые слова: *ветераны боевых действий, посттравматический рост, самоэффективность, предпринимательство, волевые качества, политический интеллект, EMDR, трудовая реадаптация.*

POST-TRAUMATIC GROWTH AND SELF-EFFICACY OF COMBAT VETERANS: ENTREPRENEURSHIP AS A FACTOR OF LABOR READAPTATION

Ermilova Yulia Nikolaevna

Postgraduate Student, Saint Petersburg State University (7/9 Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); e-mail: julie.82@mail.ru

The article examines the issue of the duty of the medical and psychological community towards combatants, which extends beyond the therapy of PTSD. Entrepreneurship is analyzed as a therapeutic strategy that promotes the development of self-efficacy and social integration. An integrative model of readaptation is presented, which includes the training of veteran mentors using EMDR therapy.

Keywords*: combat veterans, post-traumatic growth, self-efficacy, entrepreneurship, volitional qualities, political intelligence, EMDR, labor readaptation.*

Введение

Актуальность проблемы социально-психологической реадаптации участников боевых действий в современных условиях не вызывает сомнений. Специальная военная операция (СВО), характеризующаяся высокой интенсивностью и психологической нагрузкой, актуализирует необходимость

поиска эффективных механизмов возвращения военнослужащих к мирной жизни [2, с. 236]. Как отмечает А.Г. Караяни, с каждым днем образовательное пространство и социальная сфера все больше наполняются людьми с военным опытом, и для того, чтобы быть им полезными, необходимо четко представлять психологические последствия участия в боевых действиях [3].

Традиционно фокус реабилитационных программ сосредоточен на преодолении негативных последствий боевого стресса, в частности, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [8, с. 39]. Однако, как показывает анализ зарубежного и отечественного опыта, такой подход не является исчерпывающим [1, с. 2]. В зарубежной и отечественной практике сформировались эффективные программы первичной реадаптации, такие как «декомпрессия» или «психологический карантин», направленные на постепенный перевод психики с «военного» на «мирный» режим функционирования [17; 3, с. 257]. Параллельно развиваются программы обучения ветеранов предпринимательству. В США за последние два десятилетия сформировалась целая индустрия ветеранского предпринимательства (VEI), включающая специализированные образовательные программы (Boots to Business, EBV, Bunker Labs), ресурсы Администрации малого бизнеса (SBA) и ветеранские бизнес-центры (VBOC) [16]. Эти программы демонстрируют положительное влияние на предпринимательскую страсть, нетворкинг и самоэффективность участников [11]. Однако, как показывают новейшие исследования, существующие подходы к поддержке ветеранов-предпринимателей часто изолированы и не интегрированы в общую систему реадаптации, а их эффективность в решении специфических ветеранских проблем неоднородна [16].

Цель данной статьи – теоретически обосновать необходимость интеграции программ обучения предпринимательству в комплексную систему социально-психологической реадаптации ветеранов боевых действий, рассматривая предпринимательство как фактор посттравматического роста (ПТР) и повышения самоэффективности, а также представить модель подготовки ветеранов-менторов с использованием EMDR-терапии.

1. Теоретические основания реадаптации ветеранов: типология последствий и концепция посттравматического роста.

Для понимания того, какую помощь и в каком объеме необходимо оказывать ветеранам, крайне важно учитывать неоднородность психологических последствий участия в боевых действиях. А.Г. Караяни, опираясь на идеи М. Мэтьюза, предлагает выделять три группы ветеранов по характеру переживания последствий войны [3].

Первая группа (15-20%) – группа посттравматического роста. Эти ветераны отмечают, что обрели в процессе участия в боевых действиях новые личностные свойства, которые сделали их сильнее физически и духовно, открыли иное видение жизни, задали новую энергетику личностного роста. Они обладают мощным ресурсом, энергией и мотивацией для более активной жизни. Однако, как подчеркивает Караяни, если эта энергия не находит социально приемлемого выхода, она может быть направлена в асоциальное русло или проявиться в девиантных формах поведения. Поэтому важнейшая задача реадаптации – маршрутизировать энергию и активность этой группы, создавать привлекательные сферы реализации их потенциала.

Вторая группа – военнослужащие, временно переживающие сложный кризис психологического возвращения в мирный социум. У них могут проявляться отдельные посттравматические симптомы: повышенная возбудимость, агрессивность, конфликтность. Эта группа составляет большинство и особенно остро нуждается в удовлетворении потребностей, которые Караяни обозначает как «комплекс 4П»: потребность быть понятым (зачем воевал?), признанным (как воевал?), принятым (кем вернулся?) и поддержанным (как относится общество?) [3].

Третья группа (от 3% до 11% по данным НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева) – лица, страдающие ПТСР, которые нуждаются в специализированной медицинской и психотерапевтической помощи.

Данная типология имеет принципиальное значение для нашего исследования, так как позволяет дифференцировать подходы к реадаптации. Если для третьей группы приоритетна клиническая терапия, а для второй – психологическая поддержка и удовлетворение «комплекса 4П», то для первой группы (ПТР) необходимы инструменты, позволяющие реализовать их возросший личностный потенциал.

Концепция посттравматического роста, разработанная Р. Тедески и Л. Кэлхоуном, предлагает теоретическую рамку для понимания позитивных изменений. ПТР определяется как позитивное психологическое изменение, возникающее в результате борьбы с тяжелыми жизненными обстоятельствами, которое проявляется в пяти сферах: улучшение отношений с другими, открытие новых возможностей, усиление личной силы, духовное развитие и повышение ценности жизни [14, p. 455]. Мета-анализы показывают, что около 53% людей, переживших травму, испытывают как минимум умеренный ПТР [15]. В контексте боевого опыта это означает, что ветеран способен не просто восстановиться, но и выйти на новый уровень личностного развития [2, с. 240].

2. Политический интеллект в структуре множественного интеллекта: от Гарднера к модели предпринимательской самоэффективности.

Для понимания роли политического интеллекта (ПИ) в деятельности ветерана-предпринимателя необходимо рассмотреть его место в более широкой теории интеллекта. Основоположник теории множественного интеллекта Г. Гарднер, бросив вызов традиционному пониманию интеллекта как единой общей способности (g-фактора), обосновал существование ряда относительно автономных видов интеллекта [4]. К ним относятся вербально-лингвистический, логико-математический, визуально-пространственный, телесно-кинестетический, музыкальный, межличностный, внутриличностный, натуралистический и экзистенциальный интеллекты. Особое значение для нашей работы имеют межличностный интеллект (способность понимать других людей, их мотивы и намерения) и внутриличностный интеллект (способность понимать себя и управлять своими импульсами). Политический интеллект, согласно современным представлениям, интегрирует эти способности применительно к задачам управления, взаимодействия с властью и навигации в сложной социально-политической среде.

Значительный вклад в операционализацию понятия ПИ внес Дж. Оуэн, который ввел термин «коэффициент политического интеллекта» (PQ), утверждая, что для эффективного руководителя недостаточно высокого IQ или EQ. По Оуэну, политическая сообразительность позволяет менеджеру успешно действовать в бизнес-ситуациях, эффективно использовать власть и влиять на окружающих [5]. Оуэн подчеркивает, что именно наличие политического интеллекта позволяет топ-менеджеру показывать наилучшие результаты в реализации организационных задач.

В российской науке проблематика политического интеллекта разрабатывается в контексте психологического портретирования личности политика. Н.М. Ракитянский в своих работах, обобщающих отечественный и зарубежный опыт построения психологического портрета, рассматривает политический интеллект как сложное образование, включающее когнитивные, аффективные и ценностно-мотивационные компоненты, позволяющие политическому деятелю адекватно воспринимать и интерпретировать политическую реальность, принимать эффективные решения и прогнозировать их последствия [6].

Особый интерес для нашего исследования представляет параллель между политическим и военным интеллектом. Еще Б.М. Теплов в своем классическом труде «Ум полководца» показал, что эффективному военному лидеру необходимо умение быстро принимать решения в условиях неопределенности,

действовать на основе ограниченной информации, творчески и стратегически использовать силу [7]. Эта идея перекликается с концепцией К. фон Клаузевица, который рассматривал войну не как изолированный акт, а как продолжение политики иными средствами, подчеркивая тем самым единство политического и военного мышления [8; 9]. Современные исследователи также отмечают, что политический интеллект может рассматриваться как один из видов практического интеллекта, родственный военному [9].

Для ветерана боевых действий, чье мышление сформировано в логике военной эффективности и стратегического планирования, развитие политического интеллекта становится естественным мостом для переноса этих компетенций в гражданскую сферу. Если на войне требуется умение «читать» поле боя и противника, то в бизнесе и гражданской жизни требуется умение «читать» социально-политический ландшафт, интересы стейкхолдеров и «правила игры» во властных структурах.

3. Эмпирическое исследование связей самоэффективности, политического интеллекта и копинг-стратегий у предпринимателей.

В рамках моего диссертационного исследования под руководством профессора О.С. Дейнеки была поставлена задача эмпирически проверить, как связаны самоэффективность предпринимателя с его политическим интеллектом, волевыми качествами и копинг-стратегиями [10; 12]. В исследовании приняли участие 193 представителя малого бизнеса (48 человек на первом, очном этапе и 145 на втором этапе в формате онлайн). Использовались методики: шкала общей самоэффективности Р. Шварцера, опросник «Политический интеллект» Е.А. Петровой и В.И. Шелест (в модификации для предпринимателей), опросник копинг-стратегий Р. Лазаруса и методика оценки волевых качеств Н.Е. Стамбуловой.

Ключевые результаты:

1. Уровень самоэффективности и политического интеллекта. У предпринимателей выявлен уровень самоэффективности, соответствующий норме (31.8-32.0 при норме 31.93), но при этом значительно более высокий уровень политического интеллекта (129.8-133.8 при норме 118.2) [12, с. 32]. Это говорит о том, что успешная предпринимательская деятельность в современных российских условиях требует повышенной политической компетентности и включенности. Наиболее высокие показатели получены по шкалам «Направленность на политику» и «Политическая компетентность», что указывает на включенность предпринимателей в политическую жизнь страны.

2. Волевые качества как фундамент самоэффективности. Корреляционный анализ выявил высокозначимые связи между самоэффективностью и всеми

компонентами волевой сферы: целеустремленностью (r=0.494), настойчивостью (r=0.521), инициативностью (r=0.620), самообладанием (r=0.450) [12, с. 35].

3. Волевые качества как медиатор. С помощью структурного моделирования было показано, что волевые качества выступают ключевым посредником (медиатором), связывающим политический интеллект и самоэффективность [10, с. 148]. Выраженный политический интеллект и склонность к рациональным копинг-стратегиям формируют волевые качества личности, которые, в свою очередь, в значительной степени определяют выраженность самоэффективности. Это принципиально важный вывод: воля является проводником, через который интеллектуальные и поведенческие ресурсы влияют на веру в свои силы.

4. Копинг-стратегии. Подтверждена гипотеза о том, что успешные предприниматели чаще используют конструктивные проблемно-ориентированные копинг-стратегии (планирование решения проблем, поиск социальной поддержки). Обнаружена отрицательная связь между использованием эмоционально-ориентированных стратегий (избегание, принятие ответственности) и самоэффективностью [10, с. 143].

5. Демографические особенности. Выявлено, что молодые предприниматели демонстрируют более высокую политическую мобильность и гибкость, что косвенно указывает на их способность быстрее адаптироваться к новым условиям [12, с. 40]. Это важный фактор для программ переобучения ветеранов, где необходимо учитывать возрастные и статусные когорты (офицеры/рядовые).

Таким образом, полученные нами данные дают эмпирически верифицированную модель того, как развитые волевые качества, политический интеллект и конструктивные копинг-стратегии приводят к высокой самоэффективности. Для ветерана предпринимательство становится идеальной средой для развития всей этой триады, позволяя трансформировать военный опыт и навыки в гражданские компетенции.

4. Индустрия ветеранского предпринимательства (VEI): эффективность и ограничения.

В США за последние два десятилетия сформировалась разветвленная инфраструктура поддержки ветеранов-предпринимателей. Исследование Tihic, Pritchard и McKelvie (2025) на базе Национального исследования военных предпринимателей (NSMAE) с выборкой 2222 респондентов позволило впервые комплексно оценить эффективность этой индустрии и выявило ряд ограничений [16].

Неоднородность эффекта. Потребление ресурсов VEI и общих предпринимательских ресурсов (EI) по-разному влияет на ключевые для

ветеранов показатели. Значимое положительное влияние VEI обнаружено на чувство принадлежности и поддержки ($\beta = 0.191$, $p < 0.01$) и на социальный капитал ($\beta = 0.249$, $p < 0.001$). Однако влияния на чувство цели и легкость перехода к гражданской жизни не выявлено [16, p. 8]. Это эмпирически подтверждает наше теоретическое положение о том, что предпринимательство не является универсальным решением всех проблем ветерана. Оно эффективно для одних аспектов (социальная интеграция) и менее эффективно для других (экзистенциальные вопросы, связанные с поиском смысла).

Роль времени и статуса. Время, прошедшее с момента увольнения со службы, положительно связано с чувством цели и принадлежности, и отрицательно с трудностью перехода. Офицеры демонстрируют значительно более легкий переход по сравнению с рядовым составом [16, p. 9]. Это говорит о глубокой внутренней неоднородности ветеранского сообщества и подтверждает необходимость дифференцированного подхода, который мы обосновываем через типологию Караяни.

Сравнение ветеранских (VEI) и общих предпринимательских программ (EI). Ветеранские программы не всегда имеют однозначное преимущество, и их ценность наиболее ярко проявляется именно в сфере создания социального капитала и чувства общности [16, p. 8]. Авторы исследования приходят к выводу, что VEI требует не простого наращивания ресурсов, а «стратегического уточнения» с учетом разнообразия ветеранского опыта [16, p. 2].

5. Стратегии успешного ветеранского предпринимательства: качественный анализ K. Chamberland.

Качественное исследование K. Chamberland (2015), основанное на интервью с 13 владельцами малого бизнеса из числа ветеранов во Флориде, чьи компании просуществовали более 5 лет, позволило выявить ключевые стратегии успеха, которые напрямую соотносятся с описанными выше психологическими конструктами [13]. Анализ интервью показал, что:

Бизнес-практики опираются на волевые качества. Все участники подчеркивали, что их успех основан на личной решимости, приверженности делу и способности принимать необходимые решения [13, p. 95].

Маркетинговые исследования выступают проявлением политического интеллекта. Ветераны использовали различные подходы к анализу рынка: от простого наблюдения до глубокого демографического анализа [13, p. 97].

Преодоление трудностей демонстрирует трансформацию копинг-стратегий. Ветераны сталкивались с различными проблемами, но их стратегии преодоления включали использование технологий, нетворкинг и "чистую решимость" [13, p. 100].

Выявлен парадокс низкой обращаемости за внешней поддержкой. 85% опрошенных ветеранов практически не пользовались государственными или специализированными ветеранскими программами поддержки из-за неосведомленности, бюрократии и разочарования [13, p. 104]. Это перекликается с выводом Tihic et al. (2025) о том, что простого наличия ресурсов VEI недостаточно, они должны быть доступны и понятны ветеранам.

6. Интегративная модель реадаптации: подготовка менторов с использованием EMDR.

Синтез представленных данных позволяет построить интегративную модель. Ветеран, прошедший этап первичной «декомпрессии», должен получить возможность перехода к обучению предпринимательству. Для ветеранов из группы ПТР (по Караяни) это прямой путь. Для ветеранов из группы кризиса возвращения необходим предварительный этап психологической поддержки, направленный на стабилизацию состояния и удовлетворение «комплекса 4П».
Ключевую роль в этом переходе могут сыграть ветераны-менторы, ипредставители группы ПТР, успешно прошедшие путь реадаптации. Они становятся живым примером и наставниками. Данные Tihic et al. (2025) подтверждают, что именно социальная поддержка и чувство общности являются зоной наибольшей эффективности VEI [16, p. 8]. Данные Chamberland (2015) показывают, что успешные ветераны полагались на нетворкинг, но оставались вне поля зрения официальных программ [13, p. 110]. Ментор мог бы стать мостом между "невидимым" сообществом и инфраструктурой поддержки.

Однако подготовка менторов требует особого подхода. Ментор должен быть психологически устойчив и способен распознавать травму у подопечных. В 2026 году мы приняли участие в исследовании под руководством Тюре Татьяны Сергеевны, преподаватель Института социального развития «Социум» (г. Королев), направленном на разработку комплексной клинической модели и клинического алгоритма EMDR для переработки ПТСР и боевой травмы у российских военнослужащих. Полученные результаты позволяют говорить об эффективности EMDR в проработке травматического опыта.

Мы предлагаем включить EMDR-терапию в процесс подготовки ветеранов-менторов для решения двух задач:

1. Терапевтическая: проработка собственной травмы у будущего ментора, что делает его более устойчивым и аутентичным.

2. Обучающая и превентивная: формирование у ментора компетенции распознавать ранние признаки травматизации у начинающих предпринимателей и способности вовремя направить подопечного к специалисту, реализуя принцип «не навреди».

Планируемое эмпирическое исследование на выборке участников СВО позволит проверить гипотезу: у ветеранов, прошедших обучение предпринимательству в интегративной программе (включающей подготовку менторов с использованием EMDR), показатели ПТР и самоэффективности будут выше, и это будет опосредовано развитием политического интеллекта и конструктивных копинг-стратегий (согласно полученной мной модели).

Заключение. Теоретический анализ, опирающийся на типологию А.Г. Караяни, теорию множественного интеллекта Г. Гарднера, концепции политического интеллекта Дж. Оуэна и Н.М. Ракитянского, параллели с военным мышлением Б.М. Теплова и К. фон Клаузевица, эмпирические данные, полученные мной под руководством профессора О.С. Дейнеки, а также результаты исследований Tihic et al. (2025) и Chamberland (2015), позволяет утверждать, что интеграция программ обучения предпринимательству в систему социально-психологической реадаптации ветеранов боевых действий является научно обоснованным и практически целесообразным шагом. Предпринимательство создает уникальную среду для запуска механизмов посттравматического роста, реализуя потенциал личности ветерана через развитие волевых качеств (выступающих ключевым медиатором), политического интеллекта и адаптивных копинг-стратегий. Ключевым звеном этой модели выступают ветераны-менторы из группы ПТР, чья подготовка требует включения методов проработки травмы, в частности EMDR. Планируемое эмпирическое исследование на выборке участников СВО позволит проверить выдвинутые гипотезы и разработать конкретные практические рекомендации.

Список литературы

1. *Зелянина, А.Н., Падун, М.А.* К проблеме посттравматического личностного роста: современное состояние и перспективы // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 53. С. 12.
2. *Караяни, А.Г.* Посттравматический рост у участников боевых действий: есть повод для оптимизма // Человеческий капитал. 2024. № 8(188). С. 236-244.
3. *Караяни, А.Г.* Общие принципы поддерживающего общения с ветеранами боевых действий // Вестник Московского университета МВД России. 2025. № 4. С. 253-264.
4. *Гарднер, Г.* Структура разума: теория множественного интеллекта. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2007. 512 с.
5. *Оуэн, Дж.* Как управлять людьми. Способы воздействия на окружающих. М.: Альпина Паблишер, 2019. 248 с.
6. *Ракитянский, Н.М.* Личность политика: теория и методика психологического портретирования. М.: Издательство Московского университета, 2011. 264 с.
7. *Теплов, Б.М.* Ум полководца // Избранные труды: в 2-х т. М.: Педагогика, 1985. Т. I. С. 223-305.
8. *Клаузевиц, К.* О войне. М.: Эксмо; СПб.: Мидгард, 2007. 864 с.

9. *Сорина, Г.В., Телешова, Ю.Н.* Политический интеллектуал: философско-методологический анализ проектной деятельности // Вестник Московского университета. Серия 7. Философия. 2012. № 2. С. 74-86.
10. *Ермилова, Ю.Н., Дейнека, О.С., Забелина, Е.В.* Копинг-стратегии и политический интеллект как факторы самоэффективности современных российских предпринимателей // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. 2025. Т. 10. № 4(40). С. 132-151.
11. *Kerrick, S.A., Cumberland D., Church-Nally M., Kemelgor B.* Military veterans marching towards entrepreneurship: An exploratory mixed methods study // The International Journal of Management Education. 2014. Vol. 1. P. 1-10. DOI:10.1016/j.ijme.2014.05.006
12. *Chamberland, K.J.* Success Factors of Veteran-Owned Small Businesses. Doctoral Study. Walden University, 2015. 138 p.
13. *Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G.* The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma // Journal of Traumatic Stress. 1996. Vol. 9. N 3. P. 455-471. DOI: 10.1007/BF02103658
14. The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis / Wu X. [et al.] // Journal of Affective Disorders. 2019. Vol. 243. P. 408-415. DOI: 10.1016/j.jad.2018.09.023
15. *Tihic, M., Pritchard, A., McKelvie, A.* The emergence and impact of the military veteran entrepreneurship industry // Small Business Economics. 2025. Vol. 66. P. 737-751. DOI: 10.1007/s11187-025-01133-z
16. The use of psychological decompression in military operational environments / Hughes J.G. [et al.] // Military Medicine. 2008. Vol. 173. N 6. P. 534-538. DOI:10.7205/MILMED.173.6.534

УДК 13; 174; 177

ВРАЧЕБНЫЙ ДОЛГ: ПОНЯТИЕ И ПРОБЛЕМА.

Кутыкова Ирина Валентиновна

Доктор философских наук, заведующий кафедрой, кафедра философии и биоэтики, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8). E-mail: irina.kutykova@gmail.com

В статье рассматриваются вопросы нравственного бытия в контексте взаимоотношений пациента и врача. Анализируется понятие «врачебный долг» и рассматривается врачебный долг как проблема. В центе внимания представлены вопросы развития культуры пациента и роли личности врача, медицинского учреждения в данном контексте. Акцентируется внимание на вопросе внутренней культуры пациента, повышения уровня его философской грамотности и культуры, значении принципа долженствования. Сформулированы предложения по преодолению проблемы.

Ключевые слова*: нравственное бытие, долг, врачебный долг, долг пациента, этика взаимоотношений пациента и врача, принцип долженствования.*

MEDICAL DUTY: CONCEPT AND PROBLEM

Kutykova Irina Valentinovna

Doctor of Philosophy, head of department of philosophy and bioethics, First Saint-Petersburg medical university named after academician I.P. Pavlov. (Saint-Petersburg, Leo Tolstoy st., 6-8).

This article examines issues of morality in the context of patient- doctor relationships. It analyzes the concept of "physician duty" and examines medical duty as a problem. It focuses on the development of patient culture and the role of the physician and the medical institution in this context. It also focuses on the patient's internal culture, enhancing their philosophical literacy and culture, and the importance of the principle of obligation. Suggestions for overcoming this problem are presented.

Key words*: moral being, duty, medical duty, patient duty, ethics of patient-doctor relationships, principle of obligation.*

К началу первой трети XXI века следует констатировать актуальность философичности бытия, в том числе, нравственного бытия. Что значит долг в нравственной и социально-исторической жизни человека? Что есть человек без долга? Что есть профессиональный (врачебный) долг? Почему долг и врачебный

долг способны предстать в качестве проблемы? Данные вопросы составляют предметное поле настоящей статьи.

Прежде всего, обратимся к понятию «долг». В философском словаре 1980-х годов долг определяется как одна из основных в этике, «отражающих особое моральное отношение» [12, с. 102-103]. В школьном философском словаре 1990-х годов подчеркивается, что долг есть внутренняя потребность человека в поступке, согласно определенным моральным ценностям, существующим в обществе; он предполагает «опору на нравственные чувства личности, которые способствуют успешному выполнению долга»; долг есть понятие конкретно-историческое, ибо «каждая эпоха, социальная группа, класс, религиозная и этническая общность имеют свое представление о долге, которое складывается в рамках той или иной культуры с присущими ей ценностями. Понимание долга помогает человеку преодолеть разрыв между тем, что есть, и тем, что должно быть». Примечательно, что «выполнение долга может быть связано и с отрицанием, отказом от тех моральных норм и ценностей, которые хотя и приняты в данном обществе, но уже неприемлемы в силу изменившихся обстоятельств» [14, с. 37-38]. В новейшем философском словаре отмечается, что «долг - универсалия культуры, этическое и социальное понятие; механизм, включающий моральное сознание личности непосредственно в акт выбора поступков (моральный долг), а также ориентирующий человека на достижение определенных целей, отражающих историческую необходимость (общественный долг). (…) Непреложность долга не означает полного подавления субъективного желания индивида, а лишь более полную реализацию гуманной сущности человека в отношении семьи, коллектива, государства, человечества» [7]. Этимология понятия долга неоднозначна: «восходит к тому же общеевропейскому корню, что и готское dulgs – «долг»; «одного корня с долгий, и первоначальное его значение – «то, чего долго ждут» [15].

Долг тождественен понятию «ответственность», что отражают толковый словарь В.И.Даля («все должное, что должно исполнить, обязанность») и словарь эпитетов русского языка; выделяют, следовательно, гражданский долг, человек долга, сыновий долг, чувство долга, долг перед Родиной, долг дружбы, гостеприимства [11; 7]. Синонимичность долга ответственности и предназначению поддерживает народная мудрость и русские писатели: «Долг есть тягостное бремя, отнимает сон и время», «долг не ревет, а спать не дает», «дома – как хочу, а в людях – как велят» [9, с. 144-145]; «…назначенье человека – служить и вся жизнь наша есть служба» (Н.В.Гоголь) [1, с.169]. Таким образом, долг отражает обязанности человека перед самим собой, своей совестью, другими людьми (семьей, коллективом, другом, соотечественником), обществом, Родиной, историей. Человек долга реализует этические идеи стоиков, смысл

которых хорошо выражает известная всем фраза: «делай, что должно и будь, что будет». Долг предусматривает приверженность самоотверженности и неотвратимости следования выбору, поступку, действию в соответствии с идеей «как должно быть».

В нравственной и социально-исторической действительности человек долга – зрелая и сильная личность, на которую во всем можно положиться, которая свершает подвиг повседневного труда и ратного противостояния вплоть до самопожертвования, во имя служения, исполненного предназначения. Долг нельзя рассматривать вне таких нравственных категорий, как «совесть», «честь», «достоинство». В данной связи нельзя не отметить принцип долженствования, исповедуемый философами ригористического направления в этике, а также русскими религиозными философами, космистами, для которых нравственное бытие человека и человечества составляют и выражают суть человеческого и исторического бытия в его земном и небесном, духовно-нравственном и физическом измерениях [5].

Волна времени социально-исторической трансформации выбрасывает на берег современного и повседневного бытия проблемы, которые выражаются циничной фразой: «я ничего никому не должен…». Периодически приходится слышать и наблюдать ее воплощение в общественном быту, например, в общественном транспорте, представляющем собой своеобразный индикатор нравственности. Конечно, человек, не ведая того, признается в собственной невоспитанности, безнравственности и инфантильности. Однако, в данной фразе заключен и целый спектр актуальных проблем: философских, педагогических, психологических, социальных, исторических. Как воспитывать современного человека, чтобы для него долг и сопряженные с ним нравственные ориентиры были достоянием общества и истории? Почему возникает явление и проблема безнравственного человека? Каковы современные смыслы воспитания и образования личности, специалиста, гражданина? Как должны соотноситься преемственность и изменчивость, традиции и инновации, права и обязанности, исторический опыт и современность? Каковы пути адекватного для здоровой и сильной личности понимания нравственных начал? Каким должен стать нравственный портрет современника, спасающего и возрождающего Отечество в условиях угроз современности? Как должны грамотно и нравственно пониматься соотношения индивидуализма и коллективизма, я и мы, потребительства и созидания (делания, обожения), повседневности и вечности? Человек без долга есть человек без «человеческого», культуры, воспитания; на него нет надежды; он есть проблема для общества и истории. Что способствует этому: цивилизационные достижения и опасности (техника, технологии, упрощенчество, ускорение), упущения воспитания и образования, неактивное

общественное мнение и присущая терпимость к безнравственности? Как представляется, данный ряд вопросов должен обсуждаться не только профессиональным сообществом.

Обозначенная проблемность понимания морального отношения обусловливает проблемные точки в профессиональной среде, где деятельность специалистов реализуется в системе отношений «человек-человек». Поребительский запрос «на услугу», с доминантой «я-свободы», в том числе от нравственных начал и повседневной культуры, имеющей вековые традиции и ценности, находит себе место в образовании и медицине. В данной связи статус учителя и врача, традиционные проявления к ним пиетета, почитания, доверия со стороны действующих лиц процессов обучения и врачевания стали философскими актуальными вопросами (?!). «Вы должны», как псевдонравственная позиция родителей школьника и, собственно, школьника, пациента в медицинском учреждении указывают на размежевание двух парных понятий: «права» и «обязанности». Нравственный мир человека должен быть наполнен правильным понимаем соотношения «прав» и «обязанностей». Свобода не предполагает разгул прав. Права согласуются с обязанностями. Проблемность неправильного употребления понятий и слов современником должна быть преодолена в контексте его философской грамотности и высокой морали, составляющей фундаментальное основание воспитания, образования, медицины и других социальных сфер.

Рассмотренные вопросы отражают проблемный характер морального отношения современника и позволяют обратиться к проблеме врачебного долга. Наряду с темой «врачебный долг», которая в тысячелетиях и в веках заслужила самые высокие нравственные характеристики (от Гиппократа до современных врачей, писателей и поэтов, художников и др.) на фоне нравственного кризиса современника социально-исторической трансформации, наметились черты философского вопроса «врачебный долг как проблема». Конечно, проблема, как задача, носит многоаспектный характер: одно – неукоснительность следования врачебному долгу во время пандемии первой четверти XXI века, оказания медицинской помощи в период СВО, неуклонный научный поиск лекарственных препаратов от болезней века, разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения в контексте современной задачи продолжительности и качества жизни (примеры и образцы истинного нравственного отношения к профессии, людям, обществу, Родине, истории), другое – дихотомия сознания врача и понимание своего социального статуса в контексте реализуемого потребительского запроса пациентов на оказание медицинских услуг (рассогласование с историческим опытом, культурой).

Традиционно вопрос врачебного долга рассматривается как нравственная доминанта и детерминанта жизнедеятельности отечественного врача. Так, данный вопрос является центральным в работах отечественных врачей XIX-XXI вв. Их духовное наследие непременно рассматривается и осмысливается современным студентом на занятиях по дисциплинам «история», «философия», «биоэтика». Например, в публикациях 1970-1980-х годов данный вопрос рассматривается с высоких оценочных позиций [3; 4; 10]. В публикациях первой четверти XXI века врачебный долг рассматривается наряду с гражданским долгом [13], что подчеркивает значение личности врача в обществе и истории. И традиционно подчеркивается современными авторами: «Стать врачом – значит ценить здоровье и жизнь больного превыше всего. Стать врачом – значит быть самоотверженным человеком, который не жалеет своих сил на повседневный и тяжелый труд врачевания. Совокупность всех этих аспектов врачебной жизни и есть врачебный долг» [6].

Врачебный долг – непреложное основание подготовки и деятельности врача. Врачебный долг российского врача – тема для особого рассмотрения. Деятельность российского врача реализуется в строгом соответствии с этическими нормами и законодательством (ст. 71 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» (Клятва врача), обязывающая честно лечить, хранить тайну и соблюдать гуманизм). Воспитательная и образовательная деятельность студента-медика, будущего российского врача, осуществляется в соответствии с историческим, медицинским, философским и биоэтическим знанием, неукоснительно согласующимся с морально-нравственными основаниями образа врача. Что же тревожит современного врача с точки зрения врачебного долга как проблемы? Необходимость соблюдения нравственных норм пациентом. Как отмечает врач Н.Б.Егорова, «философский подход к этой проблеме выделяет основные этические принципы, которые пациент должен соблюдать для достижения оптимального результата лечения», «необходимо не забывать, что наилучший результат достигается совместными усилиями медицинских работников и пациента, что немыслимо без обоюдного соблюдения этических принципов», «необходимо обсуждать вопросы этики в профессиональном сообществе, постепенно формируя междисциплинарное пространство диалога врачей, организаторов здравоохранения» [2, с. 199-204]. Что замечает наблюдатель за поведением, поступками пациентов? Одна из выраженных тенденций – кризис повседневной культуры, культуры поведения, общения, поступка, действия, внешнего вида. В чем это выражается? В громких телефонных разговорах пациентов медицинского учреждения в коридоре во время ожидания приема, готовность пройти к кабинетам в верхней одежде, сообщать в вышестоящие медицинские учреждения о прекращении приема

врачами без понимания сути происходящего, специфики времени и врачебной деятельности и т.д. Пациенты, являющие подобные примеры поведения в медицинском учреждении, не учитывают и/или игнорируют целостность понимания больного (единство тела-души-духа, био-психо-социо-культурно-историческую сущность человека), высокопрофессиональность подготовки врача, историю медицинского учреждения и его традиции, наконец, культуры и нравственности как основы социального и персонального здоровья. В стремлении к здоровью, преодолении недуга, прохождению реабилитации, профилактике значительную роль играет духовно-душевное состояние человека, его здоровые (основанные на здоровых нравственных основаниях) взаимоотношения с людьми. Вот, что в связи с рассматриваемыми вопросами, писал Сенека, один из ярких представителей стоицизма: «… всякая дикость и глупость происходят от душевной слабости (…), *блаженная жизнь – это жизнь, сообразная своей природе. А как достичь такой жизни? – Первейшее условие – это полное душевное здоровье*, как ныне, так и впредь; кроме того, *душа должна быть мужественной и решительной*; в-третьих, *ей надобно отменное терпение, готовность к любым переменам*; *ей следует заботиться о своем теле и обо всем, что его касается, не принимая этого слишком близко к сердцу; со вниманием относиться и ко всем прочим вещам, делающим жизнь красивее и удобнее; словом, нужна душа*, которая будет пользоваться дарами фортуны, а не рабски служить им» *(курсив – И.К.)* [8, с. 25-26].

Подводя итоги рассмотрения вопроса о врачебном долге как понятии и проблеме, следует обратить внимание на следующие положения:

- долг есть заповедь врачебной деятельности и подготовки врача;

- долг есть нравственное основание пациента и посетителя медицинского учреждения;

- долг неразрывно связан с ответственностью, совестью, честью, достоинством, служением, уважением;

- необходимо повышение уровня философской культуры, проявляющейся в грамотном владении современником понятиями «права» и «обязанности» в их взаимосвязи;

- факторы становления и развития нравственных качеств пациента – воспитание (семья, дошкольное учреждение, школа, университет) и самовоспитание (вторичная социализация и инкультурация), образование, деятельность медицинских учреждений;

- врач выступает и просветителем, и философом в соответствии с принципом долженствования его деятельности и в контексте взаимоотношений врача и пациента;

- знание и соблюдение этических и этикетных норм, соблюдение норм повседневной культуры пациентом – дополнительное направление деятельности медицинского учреждения (например, буклеты, реклама, брошюры, видеоролики, фильмы);

- популяризация в средствах массовой информации знаний о медицине, взаимоотношениях врача и пациента, с точки зрения оказания медицинской помощи.

Список литературы

1. *Гоголь, Н.В.* Афоризмы, изречения, сентенции / Составители Т.Михед, П.Михед; Вступительная статья П.Михеда. – СПб.: Изд-во «Пушкинский Дом», 2025. – 256 с.
2. *Егорова, Н.Б.* Этика пациента: философский взгляд // Педагогика и психология в медицине: проблемы образования и воспитания – вопросы и обсуждение. – М.: Издательство «Перо», 2024. – Мб. [Электронное издание]. – С 199-204.
3. *Концевич, И.А.* Долг и ответственность врача: (Судебно-медицинские аспекты). - Киев: Высшая школа, 1983. – 110 с.
4. *Купреева, Е.А.* Врачебный долг: [Врач Каргалин. суконного комбината И.А. Алибеков] / Е. Купреева. – Алма-Ата: Казахстан, 1975. – 32 с.
5. *Кутыкова, И.В.* Принцип долженствования историософии В. С. Соловьева / И. В. Кутыкова // Минувшее и непреходящее в жизни и творчестве В. С. Соловьева: материалы междунар. конф., 14-15 февраля 2003 г. Серия «Simposium». Выпуск 32. – СПб.: С.-Петербургское философское общество, 2003. – С. 94-97.
6. *Микаилова, В.А.* К вопросу о врачебном долге // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2014. URL: www.medconfer.com. – Дата обращения: 10.03.2026.
7. Новейший философский словарь / Гл. науч. ред. и сост. А.А.Грицанов. – Минск: В.М.Скакун, 1999. – 877 с. – URL: https: philosophy.niv.ru/doc/dictionary/newest-dictionary/articles/972/dolg.htm – Дата обращения: 10.03.2026.
8. *Сенека*. О скоротечности жизни: [сборник]. – М.: Изд-во АСТ, 2024. – 384 с.
9. *Снегирев, И.М.* Русские народные пословицы и поговорки. – М.: Эксмо, 2010. – 576 с.
10. *Струганова, А.С.* Высокий долг врача. - Л.: Лениздат, 1982. – 39 с.
11. Толковый словарь Даля – URL: https: slovardalja.net/letter/ php. charkod = 206 – Дата обращения: 1.03.2026.
12. Философский словарь / Под ред. И.Т.Фролова. – М.: Политиздат, 1980. – 444 с.
13. *Харламов, Е.В., Киселева, О.Ф., Склярова, Е.К.* Долг врача и гражданина: учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Мини Тайп, 2018. – 215 с.
14. Школьный философский словарь / Т.В.Горбунова, Н.С.Гордиенко, В.А.Карпунин и др. – М.: Просвещение: АО «Учебная литература», 1995. – 399 с.
15. Этимологический словарь Крылова. – URL: https://gufo.me/dict/krylov/%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%B3. – Дата обращения: 16.03.26.

УДК 13; 174; 177

ПОНЯТИЕ ДОЛГА КАК АНТРОПОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Кузьмин Андрей Александрович

Старший преподаватель кафедры философии и биоэтики, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова (Санкт-Петербург, ул.Льва Толстого, д.6-8). E-mail: kuzandr@list.ru

В статье рассматриваются вопросы онтологического обоснования понятия «долг», в рамках парадигмального подхода. Понятие долга анализируется как антропологическая проблема в связи с развитием технологий и мировоззренческих изменений в понимании человека. Акцентируется внимание на феномене дегуманизации в контексте научно-технического прогресса. Предложена оптика понимания проблематичности понятия долга в свете философского и медико-биологического дискурсов.

Ключевые слова: *долг, антропология, проблема, дегуманизация, парадигма, традиция, модерн, постмодерн, кризис, объект, онтология, этика.*

THE CONCEPT OF DEBT AS AN ANTHROPOLOGICAL PROBLEM

Andrey Aleksandrovich Kuzmin

Senior Lecturer, Department of Philosophy and Bioethics, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I.P. Pavlov
(Saint Petersburg, Leo Tolstoy Street, 6-8)

This article examines the ontological foundations of the concept of "debt" within the paradigmatic approach. The concept of debt is analyzed as an anthropological problem in relation to technological developments and ideological shifts in understanding humanity. Attention is focused on the phenomenon of dehumanization in the context of scientific and technological progress. A perspective on the problematic nature of the concept of debt is offered in light of philosophical and medical-biological discourses.

Key words*: debt, anthropology, problem, dehumanization, paradigm, tradition, modernity, postmodernity, crisis, object, ontology, ethics.*

Владимир Даль дает следующее определение понятию «долг»: все должное, что должно исполнить, обязанность. Для понимания значения термина «долг», необходимо определится с контекстом рассуждения. Во-первых, в рамках какой мировоззренческой парадигмы мы оперируем этим понятием. Во-вторых, если речь идет о руководстве к действию, то какая задача ставится в манифестации идеи долга.

Именно эти вопросы помещают нас в пространство антропологии как общих представлений о человеке. Не ограничиваясь специфическими рамками антропологии как самостоятельной дисциплины, поставим вопрос о долге в наиболее общем смысле. Долг есть проявление человека, или способ его самореализации. И в этом контексте, долг есть добродетель, лежащая в сфере деонтологической этики. Человек же, как существо нравственное, проявляется в долженствовании.

Медицина как особое пространство смыслов и практик, сопряженное с пограничной ситуацией между жизнью и смертью, понимает долг как фундаментальный фактор терапевтической деятельности врача. Терапия от греческого «θεραπεύω» – заботиться, лечить, что есть долг врача. Более того, реализация долга, обнаруживает сопричастность врачевателя некоему сущностному содержанию.

Исходя из тезиса «медицина – наилучшее из искусств», на основании именно эстетического аспекта, возможно онтологическое обоснование понятия долга. Искусство становится отправной точкой понимания долга как смыслообразующего понятия для медицинской практики.

Однако в свете возможных горизонтов будущего, в понимании долга обнаруживается проблема. От греч. от το πρόβλημα, — «брошенное вперёд, поставленное впереди». Задача, предположение. И предполагаемая нами проблематичность долженствования – во всё более нарастающей отмене человека.

Претерпеваемый ныне цивилизационный кризис иллюстрирует определенную закономерность и необходимость этой проблематичности. Современность имеет свою симптоматику: нивелирование ценностей, тотальный редукционизм, исчезновение субъекта. Понятие долга же может стать определенной скрепой, сохраняющей человека в его традиционном понимании.

Для лучшего выявления динамики развития проблематичности дегуманизации, а значит, и понятия долга как формы самореализации человека, можно предложить парадигмальный подход и рассмотреть феномен человека в рамках трех философских или мировоззренческих парадигм:

1. Традиционной, классической парадигме до эпохи модерна.
2. В нововременной философии модерна.
3. В контексте новейших проявлениях постомодерна.

Парадигмы определяются господствующими смысловыми приоритетами, содержат, в той или иной мере, сюжет долженствования и способны сосуществовать одновременно.

Традиционная парадигма.

Традиционная парадигма «пре-модерна» понимает человека как разумное, духовно-телесное существо, обязательно сопричастное высшему онтологическому началу. Наиболее иллюстративно выраженная в контексте античной философии и средневековой схоластики, традиционная парадигма, содержит представления об иерархии, во главе которой, полагается вечный и священный первопринцип. Такая онтологическая вертикаль создает главное для человека – его место и назначение.

Человек понимается в контексте сакральной топологии, в соотнесённости с определенным «этосом». Понятие «этос» к классическому периоду античной философии имеет характер до-морально-нравственной категории и означает уникальную особенность, место или подлинное значение. Как отмечает А.Ф.Лосев: «Корень этого слова указывает на привычность, обыкновение или обычай, причем сначала имеются в виду или прямо неорганические вещи, или живые существа ниже человека» [1, с. 295]. Именно в свете сущностной топологии раскрывается традиционное понятие человека и долга как добродетели.

В период античной классики начинает преобладать эстетическое восприятие мироздания. Античность формирует специфическую художественно-мифологическую картину мира, где организующим принципом выступает красота. Мир предстает как космос, красота и порядок, где элементы собраны в гармоничное единство, а человек как микрокосмос должен соответствовать своему месту.

Более того. Человек античности сопричастен судьбе и должен воплотить свою «театрально-космическую роль». «…Человек трактовался как свободный исполнитель решений судьбы, то есть как свободно действующий актёр при разыгрывании роли в том космическом театральном представлении, сюжет которого придумал не он сам, но судьба. Поэтому последняя конкретность античного человека заключалась в свободном и максимально талантливом актерстве в общекосмической драме, которая понималась как преподанная судьбой» [1, с. 302].

В этом контексте мир понимается как миф и как драматическое театральное действие, побуждающее человека соответствовать определенной роли и своему предназначению, «этосу», Истине.

М.Хайдеггер в работе «Европейский нигилизм» так иллюстрирует пафос традиционного понимания человека: «Если «истина», т. е. истинное и действительное, выводится и возводится в некий самосущий мир, то это подлинно сущее выступает как нечто такое, чему должна покориться вся человеческая жизнь. Истинное есть само по себе должное и желанное. Человеческая жизнь только тогда на что-то годится, только тогда определена

истинными добродетелями, когда эти последние только к тому устремлены и только тому способствуют, чтобы осуществить желанное и должное, следовать за ними и так подчинить себя «идеальному» [2, с. 105].

Нововременная философия модерна.

В философии модерна Нового времени наблюдается отказ от «вертикальной» онтологии. Осуществляется тотальная десакрализация мира и человека. Священное нивелируется, а природа представляется как бесконечная материальная вселенная. В ситуации исчезновения сакрального центра, осуществляется подмена подлинно сущего на понимаемое таковым. Человек же становится самостоятельным и единственным законодателем во всех сферах жизнедеятельности и понимается как subiectum, как единственное основание, на котором устанавливается отношение ко всему сущему как к пред-мету, любое сущее вне человека становится объектом для субъекта.

Понятие долга переводится из онтологической сферы в область морали и нравственности, где становится формой, представлением, наделяемой содержанием в зависимости от задач и контекста. Долженствование становится предметом секулярной этики, абстрактным понятием, определяемым как ценность, самим человеком. Концепция «tabula rasa» Джона Локка, весьма иллюстративно свидетельствует об антропологической проблеме в рамках мировоззрения периода Нового времени и Просвещения. Ключевые понятия, выражающие фундаментальные маркеры человеческой природы переносятся в контекст значений, определяемых субъектом. Категории истины, сущего, долга, редуцируются задачей решения исключительно утилитарных и практических целей.

В эпоху модерна формируется преимущественно потребительское отношение к миру как к источнику ресурсов. Формируется специфическая капиталистическая этика, где долг становится маркером чисто экономических и финансовых взаимодействий. Долженствование, реализуется в контексте установленных концептов и обусловлено рациональной схемой, системой представлений. Например, марксизм или психоанализ, понимающие человека, соответственно, как продукт экономических отношений и политического строя, или воспитания и сферы бессознательного. Долг здесь становится понятием номинальным и обусловленным контекстом, в котором осуществляется функциональная деятельность человека.

В итоге модерн нивелирует фундаментальную вертикальную и сущностную характеристику человека, помещая его в пространство относительного, горизонтального и временного. Упраздняется истинное, вечное и священное Бытие, сопричастность которому и определяло человека и его долженствование. В просвещенческом приведении всего сущего к

универсальным алгоритмам рационального мышления и научного познания полагается начало нигилизма и преодоления человека в парадигме постмодерна.

Постмодерн.

Дегуманизация в парадигме постомодерна начинается с «растворения» человека с такими внешними по отношению к нему факторами, как тексты, социальные структуры или виртуальная реальность. Симптоматичным свидетельством радикального отказа от человека в его классическом представлении становится манифестирование тотального плюрализма смыслов в концепте «ризомы» Ж.Делеза и Ф.Гватари. Согласно которому, все представления о человеке необходимо вывести в дискуссионное поле множественности интерпретаций, где допустима любая трактовка человека. Особенную актуальность такой релятивистский подход приобретает в свете технического прогресса, виртуализации и кибернетизации действительности. Основной тезис постгуманизма заключается в том, что развитие научного знания неизбежно приведет к преодолению человека в строго биологическом смысле. Оцифровка сознания, киборгизация, генная инженерия, клонирование, с необходимостью, изменят антропологический ландшафт будущего.

В этом контексте реальность не только редуцируется к материальным или цифровым основаниям, но и дробится допущением абсолютной автономностью вещей и объектов. Апофеозом такого мультиплицирования действительности становится «объектно-ориентрованная онтология», постулирующая онтологическую самостоятельность объектов. Вещи, интерфейсы, системы, есть независимые от человека реальности, существующие не только как функции или объекты человеческого восприятия. Искусственные, природные, воображаемые объекты мира независимы и не сводимы к человеческому восприятию и существуют сами по себе.

Человек отныне не является единственным смысловым, онтологическим центром мироздания, а является всего лишь эпизодом и частью множества самодостаточных вещей, явлений и процессов. Роль человека в том, чтобы исчезнуть в децентрализованном «Великом всеобщем». В частности, для одного из ярчайших представителей «объектно-ориентрованной онтологии», Ника Лэнда, характерны представления о человеке как агенте земного ядра. Вся же биологическая эволюция есть не более чем, формирование геологической силы для преодоления ядром терротравмы. Концепция «Ктулхуцена» Донны Харауэй предполагает переход всего сущего к тотальному синтезу органики и неорганического. Человек должен мутировать и растворится в единстве промышленного мусора, биологического и виртуальной реальности.

В наступающей ныне форме постмодерна долг как объективная онтологическая категория окончательно нивелируется. В актах мутаций,

виртуализации и киборгизации человечество как биологический вид, в его привычном понимании перестает быть. Долженствование как моральный поступок всё более превращается в анахронизм. Более того, человек должен исчезнуть и уступить новым формам существования.

В свете такой возможной перспективы с необходимостью возникает задача сохранения человека. Именно биомедицинская этика сегодня способна сохранить онтологические скрепы будущего антропологического типа и манифестировать антропоцентричность науки. Современные философские вызовы требуют формирования оптимистического концепта долженствования, сочетающего традиционную онтологию «этоса» и развитие новых технологий. Личность врача может стать отправной точкой для понимания долга не только как фактора мотивации, но и как фундаментальной философской категории антропологии будущего.

Список литературы

1. *Лосев, А.Ф.* История античной эстетики. Итоги тысячелетнего развития. Книга II. – М.: Издательство «Искусство», 1994. – 606 с.
2. *Хайдеггер, М.* Время и бытие: Статьи и выступления. – М.: Республика, 1993. – 447 с.
3. *Харман, Г.* Спекулятивный реализм: введение. — М.: РИПОЛ классик, Панглосс, 2020. — 288 с.
4. *Бибихин, В.В.* Лес: (проблема материи, история понятия, живая материя в античной и современной биологии). — СПб.: Наука, 2011. — 425 с.

УДК 061.231

ФЕНОМЕН ДОЛЖЕНСТВОВАНИЯ В АСПЕКТЕ ДИХОТОМИИ «ОБЯЗАТЕЛЬСТВО/ОБЯЗАННОСТЬ»

Грехов Александр Васильевич

Доктор философских наук, профессор, кафедра социально-гуманитарных наук, Приволжский исследовательский медицинский университет (603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1). Email: grekhov@yandex.ru

В статье рассматривается социальный феномен долженствования с позиций обязательства и обязанности. Утверждается, что обязательство как сознательно-детерминированное действие, происходящее в движении и развитии, идентифицируется с праксиологической репрезентацией служения; обязанность как проявление внешней интенции не обладает потребностью творения реального бытия и ассоциируется с актом услужения.

Ключевые слова: *долженствование, обязательство, обязанность, служение, услужение.*

THE PHENOMENON OF OBLIGATION IN THE ASPECT OF THE DICHOTOMY OF "OBLIGATION/DUTY"

Grekhov Aleksandr Vasilyevich

Doctor of Philosophical Sciences, Professor, Department of Social Sciences and Humanities, Privolzhsky Research Medical University (603005, Russian Federation, Nizhny Novgorod, Minin Sq., 10/1).

This article examines the social phenomenon of obligation from the perspective of commitment and duty. It argues that obligation, as a consciously determined action occurring in motion and development, is identified with the praxeological representation of service; duty, as a manifestation of external intention, lacks the need to create real existence and is associated with an act of suppleness.

Key words: *duty, obligation, responsibility, service, suppleness.*

Проблема долженствования, начиная с И. Канта, определяла совокупность этических принципов, не всегда идентифицированных с национально-традиционными устоями конкретного народа или индивида. В последующем понимание должного предполагало соблюдение принятых обществом идеалов, законов, норм, ценностей во всех сферах человеческой жизнедеятельности. В современной отечественной философской литературе долженствование рассматривается как возможный поступок [7], как отвлеченное проявление свободной человеческой воли, как осуществление свободы выбора [6]. При этом

абсолютно затушевывается общественно-историческое воздействие на любой субъективный акт, на конкретное действие. В статье мы рассматриваем данную проблему с позиции дихотомии «обязательство/обязанность».

Обязательство – это не «возможный поступок», а сознательно-детерминированное действие, происходящее в движении и развитии. Причинно-следственные отношения в человеке – особая, уникальная форма детерминации, несущей в себе интенционный заряд, будирующий творческую активность субъекта, – активность как познавательную, так и прикладную.

Нельзя согласиться с утверждением, что «...долженствование – это всегда только возможность, позволяющая человеку производить свободный выбор в следовании по нравственному или безнравственному направлению...» [7, с. 120], поскольку отрицается творческая, созидательная деятельность человека по достижению поставленной цели. А деятельность, напомним, – это целесообразное взаимодействие человека с предметным миром [4, с. 49]. Необходимо учитывать, что родовая сущность человека – это раскрытие способностей во имя удовлетворения потребностей. Потребности и способности, как побудительные и деятельные силы человека, лежат в основе деятельности. Целью деятельности являются ценности не личностные, но ценности реально-ситуативные, т.е. общественно-значимые, несущие смысл всеобщего нравственного блага.

Если побудителем деятельности является личностная или общественная потребность, то и появляется такой феномен как долг или внешнее долженствование, требующее достижения предъявленных потребностей, т.е. обязательства – личностного или общественного.

Отсюда детерминация человеческой деятельности всецело зависит от волевых способов ее осуществления – личностных или общественных. Таким образом, деятельность субъекта детерминирована долгом, а обязательство есть истинное, естественное раскрытие долженствования.

Исходя из этого, в категории «долженствование» в обязательном порядке заложена субстанция субъективного, т.е. долженствование существует в контексте с волей и проявлением воли. На опережающее действие субъектов истории одним из первых обратил внимание Г.В. Плеханов: «Задача материализма в области истории – как понимал эту задачу Маркс – заключалась, стало быть, именно в том, чтобы объяснить, *каким образом "обстоятельства" могут изменяться теми людьми, которые сами создаются обстоятельствами*» [8, с. 169].

Сразу оговоримся, что долженствование, как характеристика явления, присуще только деятельному субъекту, т.е. человеку. Следовательно, долженствование, как социальный феномен проявления человеческой сущности,

содержит в себе как объективное, так и субъективное начала. Более того, при аналитическом исследовании долженствования, как явления человеческой истории, выявляется, что отсутствие субъективного начала определяет сущность «возможного поступка», а с проявлением волевых свойств субъекта происходит процесс движения и созидания: «Субъект – это единственное реальное образование, в котором долженствование актуального бытия может превратиться в реальную тенденцию» [3, с. 222]. Субъект обладает свободой выбора реализации поставленной цели, волевой устремленностью и решимостью к действию.

Триединство «цель–воля–действие» демонстрирует свою реальную осуществимость уже с первых шагов: целеполагание раскрывает ценностно-ориентированную сущность человека, которая зиждится на нравственно-этических основаниях и мироощущениях его; воление детерминируется его силой/слабостью; наконец, действие как реализация может зависеть от многих, в том числе, случайных обстоятельств.

При реализации поставленной цели важно не столько ее достижение, поскольку достигнутый должный результат не будет коррелировать с задуманным, целеполагаемым идеальным образом, а само практическое действие (достижение намеченной цели оценивают как позитивный результат, отторгая нередко те нравственные ценности, которые сопровождали весь процесс реализации поставленной цели). Продукт реализации примет такие формы, которые уже были заложены в природе индивидуального или общественного этоса.

Воление человека следует понимать как свободу личностного субъекта по отношению к долженствованию. В этом смысле долженствование в личностной оболочке вполне можно считать посредником между нравственными ценностями и реальной действительностью.

Человеку как самодеятельному существу присуща внутренняя мотивированность творческой деятельности. Деятельность – это универсальное, всеобщее качество и сущность человека. Мотиватором деятельности являются потребности, а мотором деятельности – способности. Потому проявление человеческой воли есть неизбежный атрибут обязательства.

Соподчиненным элементом обязательства является ответственность, т.е. поручительство человека за свой образ действий с его нравственно-ценностным характером. Ответственность есть визитная карточка конкретного человека: здесь проявляется реальная нравственная позиция как в отношении к самому себе, так и в отношении к «другому» и в целом к обществу. В данном акте волеизъявления раскрывается не только мнимая позиция человека, но и действительная, актуальная, влекущая за собой бремя деяния: «Ответственность

как одна из наиболее присущих человеческой личности черт, в той же мере, как внутренняя структура любого человеческого сообщества, является не чем иным, как конкретным воздействием того, ″как должно быть‟, на различные человеческие действия…» [2, с. 32]. Чувство ответственности принимает реальное содержание как реально-этический факт и проявляет себя в конкретной значимости (совесть, честь, достоинство, верность, клятвенность, воля, самоутверждение, самодостаточность, лидерство и т.д.). Способность человека взять на себя ответственность и нести это бремя есть непосредственное проявление истинно нравственной свободы.

Обязательство есть мощный побудительный мотив движения и развития, достижения нового качества.

Обязанность не обладает подобным интенционным качеством. Если обязательство как элемент долженствования располагает внутренней интенцией, то обязанность есть абсолютное проявление внешней интенции.

Человек в статусе обязанного находится в рамках отрешенности, отчуждения от творения реального бытия, от со-творчества, происходящих, вроде бы при его участии и посредничестве, но помимо его воли и нравственных установок: «Человек здесь метафизически избавлен от всякой ответственности и вменения; совесть и сознание вины суть иллюзии» [3, с. 241].

Внутреннее содержание человека наполнено отстраненными от родовых свойств человека качествами, такими как покорность, холопство, униженность, подчиненность, раболепие, страх, уход от ответственности и лидерства, безынициативность, апатия, склонность к обману и т.д. «Возможность его свободы и ответственности, а тем самым и способность быть носителем нравственных ценностей, которые могут соответствовать только свободному и способному к ответственности человеку, устранена» [3, с. 241]; человек теряет свою природой данную человеческую сущность, превращаясь фактически в природное существо. Человек, как личностное существо, низвержен, потеряв способность принимать решения, проявлять волю, быть ответственным!

Обязанность к тому же – не возможный поступок, а неизбежное исполнение каких-либо правил, инструкций, регламентов, таких, как, например, Протокол врачебной деятельности, СППВР – система поддержки принятия врачебных решений. Деятельность субъекта при воздействии внешнего долженствования детерминирована установкой «стандарт». «При исполнении обязанностей», по образному выражению русского философа и писателя В.В. Розанова [10, с. 186], человек несет повинность как вынужденность, как неизбежную данность.

«Должник»...

Деятельность человека по долгу и по стандартам одновременно является уже общественной деятельностью. При осуществлении своей деятельности человек всецело зависим от общественного долженствования и от общественной нормативности. Ввиду этого возможно гармоничное взаимодействие «долга» и «стандарта» при совпадении личностных и общественных потребностей. Более того, «…правила, по которым действуют люди, применяются интенционально и могут также нарушаться или вовсе игнорироваться» [2, с. 29].

Но здесь необходимо ввести нейтрально критериальный элемент в оценке долженствования; таковым является общественно-исторический характер отношений «человек–долг». Долженствованная ценность создается объективно лишь в ходе общественной жизни, а не является результатом индивидуальной субъективности. Долженствованная реальность возникает в ходе общественно-исторической деятельности человеческого общества, а деятельность общественного человека с детерминированной необходимостью оказывается творческой и созидательной: «И то, что в малом справедливо для поведения отдельного человека, в великом относится, соответственно, к поведению общества, поколения, эпохи» [3, с. 89].

Именно в данном противоречии сокрыты истоки индивидуально-общественного долга человека, не имеющего ничего общего с категорией «обязанность». В аспекте единства индивидуального и общественного интересов возникает такое дихотомическое равновесие.

Объективным проявлением долженствования, вытекающим из дихотомии «обязательство/обязанность», является противопоставленность «служение/услужение».

Данная бинарная категория указывает на состояние вектора профессиональной деятельности субъекта, в том числе, и медицинского работника: или созидательно-ответственная миссия, или потребительско-исполнительская линия профессионализации (компетентности).

Человек, отвечающий не только за свои поступки, но и за конечные результаты своей онтологической предназначенности, кардинальным образом отличается от индивида с заниженным осознанием своей родовой сущности.

Аксиологический статус феномена *«служение»* всегда находился в центре мировоззренческой традиции российского общежития в условиях общинно-социалистского мироустройства. В XIX в., одновременно с формированием отечественной медицинской практики и науки, утверждались и гносеологически обозначались консервативное, либеральное и радикальное направления в общественной мысли России. Парадоксально, но все представители этих направлений с презрением относились к понятию «услужение» и с почтением к

понятию «служение». Демаркационной чертой являлся феномен долженствования.

Видные сторонники консервативных взглядов историк Н.М. Карамзин, Президент Академии наук Российской империи С.С. Уваров, обер-прокурор Священного Синода К.П. Победоносцев в триаде «Православие, самодержавие, народность» [12, с. 347–348], в девизе «За веру, царя и Отечество!» рассматривали личностную и социальную жизнь народа сквозь призму понятия «служение».

Размышляя о тщеславном стремлении многих карьеристов к власти, К.П. Победоносцев вывел управленческий принцип: «Но каково бы ни было людское представление, нравственное начало власти одно, непреложное: ″Кто хочет быть первым, тот должен быть всем слугой‟» [9, с. 271]. Быть слугой, по Победоносцеву, означает руководствоваться, в первую очередь, интересами общественного блага. Для любого человека, имеющего властные полномочия (а врач по отношению к пациенту их имеет!), печальны последствия ситуации, когда «бледнеет сознание *долга*» [9, с. 402]: наступает разложение власти, потеря авторитета для всех подвластных.

Уделяя большое внимание школьному обучению и воспитанию с позиции «школы служебного долга», Победоносцев всего важнее в деятельности учителя выделял «сознание своего долга и верность ему» [9, с. 547] (абсолютно созвучно с уваровским: «…здесь образуется юноша, долженствующий со временем…» [12, с. 207]).

Российская действительность со всеми ее мрачными и смрадными тенетами неустанно демонстрировала приверженность всего народа и отдельного индивида к почитанию феномена долженствования в аспекте служения. Известный французский писатель и путешественник Астольф де Кюстин в беседе с российским самодержцем Николаем I обратил его внимание на вдохновленность и настойчивость государя в критические моменты (подавление восстания декабристов, борьба с холерой), но в ответ услышал тривиальное: «Я этого не чувствовал, я исполнял лишь свой долг» [5, с. 494]. Как же это созвучно с постулатом русского философа С.Л. Франка: «Чтобы быть осмысленной, наша жизнь <…> должна быть служением высшему и абсолютному благу» [13, с. 165].

Стремление утвердить и реализовать начала справедливости и миропонимания в отрыве от служения приводит человека к утрате статуса социально-духовного существа, полагающего и реализующего ценности, а общество – к скатыванию в пучину анархии (Смутное время) или деспотической тирании. Отход от принципа служения подталкивает человека к рабскому смирению, нередко фанатичному и самоотверженному, перед внешними обстоятельствами.

И, наоборот, сознательное следование принципу служения в качестве первоочередного и абсолютного принципа определяют для исторически-конкретного человека все базовые ценности его социального бытия – свобода, солидарность, справедливость, деятельность, законопослушность, потребность и пр. Любой человек волен сотворить самое себя только в служении, поскольку только в данной ипостаси он обретает собственное достоинство и подлинную свободу – свободу воли, свободу деятельности, свободу творчества.

Мы можем оценивать данное понимание со знаком плюс или минус, но должны признать ценностное восприятие долженствования в исторической ретроспективе, которое проявляется как в позитивном, так и негативном содержании. В человеческой истории случаются такие периоды, когда базовые ценности социального бытия трансформируются в интенсивное социальное творчество (Великая французская революция, Великая российская революция), проникнутое духом служения.

Фактов проявления подобного жизнепонимания преисполнено медицинское сообщество. На всероссийских съездах Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова, к примеру, неоднократно поднимался вопрос о частной практике врачей. Яростно ораторствовал против этого явления в медицинской практике известный земский врач, активный член Правления Пироговского общества Д.Н. Жбанков, ассоциировавший частную практику врачей с проституцией [11, с. 7].

Эту сторону в жизни российского медицинского сообщества подметил и депутат Государственной думы А.И. Шингарев в своем итоговом выступлении на заключительном общем собрании X съезда Русских врачей в память Н.И. Пирогова (1907 г.), предлагая и дальше развивать принцип бесплатности медицинской помощи, как величайшее достижение русской земской медицины (в отличие от положения дел в Германии и Франции) [1, с. 243]. Кстати, данную проблему оратор развернул амбивалентно: с профессиональной позиции подчеркнул моральное извращение врача, превращающегося в «торгаша», а с общественно-политической бесплатность медицинской помощи диктуется общественной необходимостью укрепления здоровья всего населения. В итоге Шингарев утверждал: «Мы должны остаться политиками не только как граждане, но и как специалисты, жаждущие оздоровления своего народа» [1, с. 244].

При этом российские врачи были единодушны в отношении внедрения в систему отечественного здравоохранения таких демократических принципов как общедоступность и бесплатность [11, с. 5; 1, с. 182–183, 243]. Здравоохранительное служение девятнадцатого столетия органично продолжилось в веке двадцатом (советская система здравоохранения вводила

принцип бесплатности оказания медицинской помощи). но натолкнулось на денежную завесу в третьем тысячелетии…

Современная Российская Федерация…

Введение института платных медицинских услуг полностью извратило гуманистический смысл врачебного долженствования!!! Выбор между службой и услужением оказался подвластен меркантильной сущности отдельно взятого медицинского работника, изолированного от традиционных идеалов и норм медицинской профессии, от общественно-идеологического воздействия государственных структур.

Диктат Мамоны отвел современное российское медицинское сообщество от служения к услужению, совершив над ним акт величайшего глумления: как общество оценивает своих сынов, таковыми они себя и осознают! Гуманистическая аксиома («служить бы рад, прислуживаться тошно»)…

Таким образом, понятие «служение» в контексте долженствования выполняет функцию мировоззренческого идеала, определяющего не только деятельностно-поведенческую сущность социума, но и в целом онтологический и аксиологический смысл социального бытия. Понятие «услужение» способствует отчуждению социума от фундаментальных основ его существования и выживания, ведет к деградации нравственно-этических, мировоззренческих, научно-праксиологических оснований его движения.

Список литературы

1. X Съезд русских врачей в память Н.И. Пирогова. Москва, 25 апреля – 2 мая 1907 года / Под редакцией д-ра мед. Г.И. Дембо. – СПб: Издание журнала «Практическая медицина» (В.С. Эттингер), 1907. – 252 с.
2. *Агацци, Э.* Человек как предмет философии / Э. Агацци // Вопросы философии. –1989. – № 2. – С. 24–35.
3. *Гартман, Н.* Этика / Перевод с нем. А.Б. Глаголева / Н. Гартман. – СПб.: «Владимир Даль», 2002. – 712 с.
4. *Зеленов, Л.А.* Антропономия // Зеленов Л.А. Собрание сочинений: в 4 т. Т. 3. – Н.Новгород: Гладкова О.В., 2006. – 244 с.
5. *Кюстин де, Астольф.* Россия в 1839 году / А. де Кюстин // Россия первой половины XIX в. глазами иностранцев / Сост. Ю.А. Лимонов. – Л.: Лениздат, 1991. – С. 421–660.
6. *Лаказова, Г.В.* Долженствование и ответственность в системе социальных отношений: дисс. … кандидата философских наук: 09.00.11 / Г.В. Лаказова. – Ставрополь, 2011. – 152 с.
7. *Мулюкова, Л.Ф.* Долженствование как возможный поступок / Л.Ф. Мулюкова // Вестник Челябинского государственного университета. – 2014. – № 17. Серия: Философия. Социология. Культурология. – Вып. 33. – С. 115–120.
8. *Плеханов, Г.В*. Основные вопросы марксизма // Плеханов Г.В. Избранные философские произведения: в пяти томах. Том III. – М.: Госполитиздат, 1957. – С. 124–196.

9. *Победоносцев, К.П.* Избранное / Сост., автор вступ. ст., коммент. А.В. Репников / К.П. Победоносцев. – М.: РОССПЭН, 2010. – 648 с.
10. *Розанов, В.В.* Сумерки просвещения / Сост. В.Н. Щербаков / В.В. Розанов. – М.: Педагогика, 1990. – 624 с.
11. Труды Чрезвычайного Пироговского съезда (Москва, 4–8 апреля 1917 г.). – М., 1918. – 80 с.
12. *Уваров, С.С.* Избранные труды / Автор перевода В.С. Парсамов, сост., авторы вступ. ст., коммент. В.С. Парсамов, С.В. Удалов / С.С. Уваров. – М.: РОССПЭН, 2010. – 720 с.
13. *Франк, С.Л.* Смысл жизни // Франк С.Л. Духовные основы общества. – М.: Республика, 1992. – С. 147–216.

УДК 61(08)

ЧЕЛОВЕК В ПЛЮРАЛИЗМЕ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ МЕДИЦИНЫ

Владимиров Александр Анатольевич

Доктор философских наук, профессор, профессор кафедры философии и социально-правовых наук, ФГБОУ ВО «Волжский государственный университет водного транспорта» (603950, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, ул. Нестерова, д. 5). E-mail: vladimirov-1945@mail.ru

Историческое развитие медицинской сферы демонстрирует плюрализм ценностных ориентаций как ее субъектов (врачи), так и объектов (больные).

Наиболее показательно это в современной России. Хаос, который творится во всех сферах общества (плюрализм экономики, плюрализм образования, плюрализм медицины, плюрализм искусства и т.д.), – прекрасный предмет для философско-аксиологического исследования. Особенно это заслуживает специального рассмотрения в медицинской сфере общества.

Ключевые слова: *медицина, медицинская сфера общества, медицинская деятельность, ценностные ориентации людей в медицинской сфере, плюрализм.*

HUMANITY IN THE PLURALISM OF VALUE ORIENTATIONS IN MEDICINE

Alexander Anatolyevich Vladimirov

Doctor of Philosophy, Professor, Professor in the Department of Philosophy and Social and Legal Sciences, Volga State University of Water Transport (5 Nesterov Street, Nizhny Novgorod, 603950, Russian Federation).

The historical development of medicine demonstrates the pluralism of value orientations of both its subjects (doctors) and objects (patients).

This is especially evident in modern Russia. The chaos that pervades all spheres of society (economic pluralism, educational pluralism, medical pluralism, artistic pluralism, etc.) is an excellent subject for philosophical and axiological research. The medical sphere of society especially deserves special consideration.

Key words: *medicine, medical sphere of society, medical activity, value orientations of people in the medical sphere, pluralism.*

Историческое развитие медицинской сферы демонстрирует плюрализм ценностных ориентаций как ее субъектов (врачи), так и объектов (больные). Наиболее показательно это в современной России с аморфно-непонятным постмодернистским курсом «строительства капитализма». Хаос, который

творится во всех сферах общества (плюрализм экономики, плюрализм образования, плюрализм управления, плюрализм экологии, плюрализм искусства, плюрализм спорта), – прекрасный предмет для философско-аксиологического исследования. В некоторых наших работах результаты таких исследований представлены: «Атрибутивная теория социального государства», 2015; «Общая теория мировоззрения», 2017; «Русский дух», 2018; «Альтернативная философия», 2016; «Метатеория педагогики», 2016 и др.

Показательно, что только научная сфера общества в силу преданности науки как номологического типа мировоззрения объективной истине стремится освободиться от плюралистического хаоса, хотя постмодернизм через квазинаучные домыслы проникает и в науку. Это и объясняет, в частности, интуитивно-врожденным чувством объективности медицину трактовать однозначно как «профессионально-научную» во всех трех ее функциях: диагностике, профилактике, лечении.

Богатый материал для анализа ценностного плюрализма медицинской сферы дают специальные передачи и круглые столы на каналах телевидения, поскольку они обращены ко всем категориям граждан и определяют их предпочтения и ценностные ориентации. Министерству здравоохранения и соответствующему Комитету Госдумы необходимо учитывать этот плюрализм, хотя они делают это неохотно.

Министерство здравоохранения уже основательно зомбировано однозначной «рыночной психологией», но отвечает ли это требованиям граждан.

Наш анализ явленных ценностных ориентаций людей в медицинской сфере позволяет представить всю их плюралистическую типологию.

1. Профессионально-государственная ориентация представлена деятельностью государственных медицинских учреждений (поликлиник, больниц, аптек, санаториев, пансионатов, профильных клиник). Там еще работают квалифицированные медики-профессионалы, гуманистически преданные своей профессии, ориентированные на научно-обоснованные медицинские методики, героически переживающие финансово-экономические трудности и соблюдающие клятву Гиппократа. В такие профессиональные учреждения пока еще терпеливо и с оптимистическими надеждами обращаются больные люди со своими проблемами, хотя частнособственническая «братия» скептически называет их «пережитками-совками» или «недалекими лохами».

2. Частнособственническая (буржуазная) ориентация все более утверждается в деятельности частнорыночных медицинских учреждений, функционирующих на основе все более возрастающих финансово-денежных механизмов и стимулов («Капитал там правил бал!»). Это и захудалые провинциальные «медпункты», «аптечки», «амбулатории» и фешенебельные,

элитарные клиники, больницы, санатории с миллионными оборотами в долларах и рублях. Понятно, что подобные частные учреждения с десятками тысяч платы за медуслуги привлекают финансово-обеспеченную публику, олигархов, предпринимателей, «звезд» и бизнесменов. Обычный гражданин боится этих дорогостоящих «медуслуг», но завлеченный в частные медучреждения рекламой или болезнью приходит в отчаяние от цен, залезает в спасительные кредитные долги.

3. Религиозная (теологическая) ориентация постепенно завоевывает «освобождающееся» от государственных учреждений с их научно-профессиональной ориентаций место и различными методами и средствами внушает и медикам, и больным единственную спасительно-медицинскую надежду на Бога, Божественную милость и Божественные молитвы. Это явно было представлено в советах митрополита Илариона, увещеваниях писательницы Донцовой, «свидетельствах» исцеленных, хотя сами священнослужители не игнорируют все другие способы и варианты исцеления: госучреждения, частные клиники, народную медицину, фармацевтику… Эта тенденция усиливается в перспективе, учитывая стратегическую программу социально-повседневной деятельности религиозных организаций, владеющих, кроме медицины, образованием, искусством, армией, спортом, управлением и даже наукой.

4. Оккультно-мистические ориентации представлены массовой деятельностью астрологов, экстрасенсов, знахарей, шаманов, медицинских мошенников всех видов. Их подогревают финансовый интерес, медицинская и правовая безграмотность населения, поддержка СМИ, толерантность органов власти, неодобрительное отношение к гуманистической деятельности Комитета по борьбе с лженаукой в составе РАН. Финансовая стимуляция, иногда высмеиваемая на канале ОТР, способствует распространению мистических технологий исцеления. Даже православная церковь перестала возражать относительно решения Минобрнауки о восстановлении астрономии в учебных программах средней школы: астрологию РПЦ тоже не одобряет, как и разные формы неоязычества.

5. Народно-медицинские ориентации многих медиков и пациентов выражаются доверием к рекомендациям, советам, технологиям и методикам народной медицины, сложившимся у многочисленных этносов в ходе их исторического развития. Речь идет не только о всемирно известной китайской, индийской, японской и т.д. медицине, но и о медицине всех иных этносов: якутов, монголов, финнов, эвенков, ненцев и т.д. Народная медицина плохо представлена в учебном процессе медицинских образовательных учреждений, в популярной литературе, но даже в устной популяризации старших поколений

она становится «домашней медициной» многих семей, «домашней скорой помощью», и люди охотно и успешно прибегают к ее помощи в экстремальных ситуациях. Народ как объект верит народу как субъекту!

6. Самодеятельная медицинская ориентация является формой преодоления ограниченностей медицинской деятельности (профессиональной, государственной, частной, мистической, религиозной и т.д.) и обращением людей к собственному, личному опыту, собственному медицинскому творчеству, самолечению, самодеятельности как «свободной деятельности» (Маркс). Разумеется, эта медицинская самодеятельность личности опирается на богатство традиций народной медицины многих этносов, но композиции из этих традиций создаются персонально каждым человеком. В этом отношении показателен цикл ряда медицинско-значимых программ телевидения.

7. Индивидуальный плюрализм медицинских ориентаций в диагностике, профилактике, лечении характеризует людей, которые отчаялись надеяться на помощь названных выше типов медицинских ориентаций, когда остается только одна однозначно бесконечная надежда на случайность, которая может неожиданно явиться как рок, фатум, судьба: Надежда – последняя крепость, заменяющая «Бога, царя, героя». Всех.

Названные семь типов ценностных ориентаций людей в медицинской сфере характеризуют семь типов субъектов в современном российском обществе, которое оказывается ценностно поляризованным, аморфно-эклектическом. Эта констатация оказывается эвристически значимой в методологическом отношении.

Во-первых, она представляет интерес для социологических исследований (анкетирование, интервью, статистический анализ) ориентаций людей в сфере медицинских услуг, позволяя в процентном отношении представить ценностные позиции российского населения. А это окажется полезным для Министерства здравоохранения и соответствующего Комитета Госдумы для определения медицинской политики Российского государства.

Во-вторых, такая ситуация в медицинской сфере подтверждает отсутствие «единых духовных скреп», которые бы объединяли россиян и о которых много говорят в последнее время. А «духовные скрепы» – это ценностные ориентации граждан, духовно-нравственные их позиции.

В-третьих, аналогичный субъектно-типологический анализ других сфер общества выявляет подобный плюрализм ориентаций, оценок, ожиданий, идеалов. А все это имеет значение для социально-политического «портретирования» населения современной России, особенно в аспекте преодоления поляризации, нахождения согласия, единства и мира между

«белыми» и «красными». В дискуссионных программах каналов телевидения эта проблема стала регулярно обсуждаемой.

В-четвертых, представленный нами подход можно рассматривать как своеобразный «алгоритм» социально-демографического анализа экономической, образовательной, художественной, управленческой, медицинской и т.д. сфер общества, своеобразную «матрицу» субъектного исследования этих сфер. Этот подход представлен, например, ранее в одной из работ Философского клуба: «Матричная теория социальной сферы» (Н.Новгород: ОАЧ, НФК, 2015).

В конечном счете субъектно-типологический анализ российского общества и его сфер позволяет представить возможные альтернативные проекты, программы стратегического развития России и ответить на постоянно возникающий у людей вопрос к органам власти: «Какое же общество мы строим?». Пока власть ответа не дает, занятая решением оперативных вопросов российского общества (пенсионных, энергетических, транспортных, жилищно-коммунальных и т.д.).

Список литературы

1. Законы медицинской сферы общества: Материалы 13-й Международной Нижегородской ярмарки идей, 37 академического симпозиума. – Н.Новгород: Изд. салон Гладкова О.В., 2009. – 260 с.

2. Система медицинской сферы общества: материалы 46 академического симпозиума. – Н.Новгород: ННГАСУ, ОАЧ, 2018. – 173 с.

УДК 614.253

КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ВРАЧА: МЕЖДУ ДОЛГОВЫМИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВАМИ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ СВОБОДОЙ

Морозова Ирина Михайловна

Преподаватель, кафедра философии, биоэтики и права, Волгоградский государственный медицинский университет (400066, Российская Федерация, г. Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1). E-mail: irina.morozova@volgmed.ru

Статья посвящена культурно-историческому анализу профессиональной этики врача, интеллектуальному базису биоэтики в контексте противоречия между чувством долга и внутренней свободой. Рассматривается эволюция этических моделей от античности до современности, включая сегмент российской истории. Особое внимание уделяется проблемам выгорания, уязвимости врача, коммерческому и правовому давлению. Обосновывается необходимость этической парадигмы, включающей заботу о самом враче.

Ключевые слова: *медицинская этика, биоэтика, долг, свобода, врач, выгорание, уязвимость.*

CULTURAL AND HISTORICAL ANALYSIS OF THE PROFESSIONAL ETHICS OF A PHYSICIAN: BETWEEN DUTY AND INDIVIDUAL FREEDOM

Morozova Irina Mikhailovna

Lecturer, Department of Philosophy, Bioethics and Law, Volgograd State Medical University (400066, Russian Federation, Volgograd, pl. Fallen fighters, 1).

The article is devoted to the cultural and historical analysis of the professional ethics of a doctor, the intellectual basis of bioethics in the context of the contradiction between the sense of duty and inner freedom. The evolution of ethical models from antiquity to the present, including a segment of Russian history, is considered. Special attention is paid to the problems of burnout, the vulnerability of a doctor, and commercial and legal pressure. The necessity of an ethical paradigm that includes care for the doctor himself is substantiated.

Keywords: *medical ethics, bioethics, duty, freedom, doctor, burnout, vulnerability.*

Профессия врача с древнейших времен является эталоном благородства и в то же время существует в весьма напряжённом этическом поле. С одной стороны, на него возложены высокие требования, обусловленные гуманистическими идеалами и, самое главное, борьбой за жизнь человека.

Закреплённые клятвами и профессиональными кодексами, эти требования и принципы не дают права на ошибку. С другой стороны, врач остаётся человеком со своими личными интересами, усталостью и уязвимостью.

В разные исторические эпохи баланс между этими полюсами смещался, отражая не только развитие медицины, но и изменения в культуре, религии, государственном устройстве. Целью данной статьи является анализ эволюции врачебной этики как между внешним долгом и внутренней свободой, выявить ключевые точки напряжения и предложить современное прочтение этой дилеммы.

Современная биомедицинская этика (биоэтика) представляет собой «междисциплинарную область знания, академическую дисциплину и социальный институт, которые возникли как ответ на сложнейшие антропологические и этические проблемы, порождаемые бурным прогрессом биомедицинской науки и практики» [3, с. 6]. В процессе исследования историко-культурного развития биоэтических принципов были сформулированы четыре базовых принципа (на основе типологизации этических моделей американскими исследователями Т. Бичампа и Д. Чилдреса), полный анализ которых представлен и адаптирован к отечественной науке Б.Г. Юдиным [1, с.6].

Вкупе с многообразием историко-культурного наследия выделены четыре сосуществующие модели:

1. «Не навреди» (модель Гиппократа)
2. «Делай добро» (модель Парацельса»)
3. Принцип автономии личности
4. Принцип справедливости

Интеллектуальным базисом современной биоэтики является многогранный культурно-исторический опыт человечества с древнейших времен и становление биоэтических конструктов.

Первая этическая профессиональная модель поведения врача зафиксирована в Древней Греции и связана с именем Гиппократа (V–IV вв. до н.э.). Клятва Гиппократа представляет собой манифестацию морально-этических принципов врача. Врач в античном полисе *посвященный,* связанный обязательствами перед учителями, учениками и перед больными. Формула «В какой бы дом я ни вошёл, я войду туда для пользы больного, будучи далёк от всего намеренного, неправедного и пагубного» определяет абсолютный приоритет долга [4, с. 87]. Поэтому индивидуальная свобода врача уступает место профессиональному императиву.

В средневековой Европе вокруг медицины сложилась неоднозначная ситуация: теоцентризм ставил врача в подчинение догматам. Врач воспринимается как орудие Божественного промысла, его долг не только лечить

тело, но и спасать душу. Как отмечает Д. Амундсен, «средневековый врач действовал в рамках мировоззрения, где болезнь часто рассматривалась как кара или испытание, а исцеление — как акт милосердия, в котором врач был лишь проводником» [11, с. 124]. С другой стороны, во многих университетах уделяли вопросам здоровья, исцеления. Известен «Салернский кодекс здоровья», созданный врачебной школой в небольшом городе Салерно близ Неаполя, претендовавшей «на статус высшего учебного заведения в Европе» [6]. Одним из ярких представителей средневековой медицины в Европе был Парацельс, швейцарский алхимик, философ, врач. Главным профессиональным девизом его стал: «Делай добро, твори милосердие» [7, с. 462]. Зеркалом профессиональной этики Парацельса является любовь: «Из сердца растет врач, из Бога происходит он, и высшей степенью врачевания является любовь».

В то же время на Ближнем Востоке медицине придавали особое значение и, в частности, «Великий Шелковый путь…сыграл важную роль в диалоге культур и цивилизаций Востока и Запада, в том числе и в распространении знаний по фармакологии и медицине» [10, с. 1006]. Медицина постепенно становилась «профессией и мужским занятием. Женщинам запрещалось заниматься медициной, хотя бывали и исключения (в офтальмологии – Зайнаб, акушерстве – Аль-Хафида-ибн-Зухр и ее дочери)»; характерно, что в Арабском Халифате «знания делились на «арабские» (традиционные и связанные с исламом) и «иноземные» (древние, общие всем народам и всем религиям). Изучение «иноземных» наук диктовалось потребностями развития общества. Больницы и бани имели мужскую и женскую половины. Мечети были своеобразными центрами медицинского образования» [8, с. 58]. В частности, Ибн Ридван сформулировал несколько важных принципов настоящего врача: крепкое физическое здоровье, психическая стабильность и добрый нрав. Также он отмечал необходимые требования к врачу, как опрятность, соблюдение гигиены, врачебная этика и тайна. Не стоимость, а именно исцеление от недуга является главной целью врача, по представлениям арабских мудрецов и врачевателей.

В эпоху Нового времени, особенно в XVIII веке, в период Просвещения и последующие столетия, статус врача кардинально меняется. Медицина становится светской профессией, возникают университетские кафедры, научные общества, первые профессиональные ассоциации. Врач теперь, как и требует научное мировоззрение, пришедшее на смену религиозному, учёный и профессионал.

В этой связи нельзя не отметить влияние философии (особенно немецкой классической философии) на становление *современной* медицинской этики. Проблемы познания мира, трансформация мировоззрения, выход за пределы

догматов, споры между эмпиризмом и рационализмом формируют не просто новое отношение к медицине, но и закладывают научный фундамент, методологию медицины. В контексте познания человека расширяются пределы гуманизма (Юм, Гольбах, Руссо и др.).

Т. Персиваль, автор труда «Медицинская этика, или Свод правил и предписаний, адаптированный к профессиональному поведению врачей и хирургов» писал о необходимости деликатного отношения как в коммуникации между докторами, так и с пациентами. Индивидуальная свобода врача ограничивается уже не волей богов, а мнением коллег и требованиями профессионального альянса.

С развитием капитализма возникает новая коллизия: долг перед пациентом вступает в конфликт с коммерческим интересом. Врач вынужден балансировать между необходимостью зарабатывать и обязательством помогать всем, независимо от их платёжеспособности. Это первый отчётливый симптом будущего разрыва между «долгом» и «свободой» в современном понимании.

В России медицина развивалась весьма противоречиво, во многом это было обусловлено патриархальным укладом. Были сильны традиции народной медицины, равно как и роль знахарей, травников как целителей. С конца XVI века стали привлекаться западные медики, аптекари. Большой акцент был сделан на военную медицину, учитывая коллизии XVIII века. Лишь на руб. XVIII-XIX вв. начинает развиваться общественное здравоохранение, в русле европейских традиций, но с ярко выраженной национальной спецификой. Здесь долг врача осмыслялся не только как профессиональная обязанность, но и как нравственный подвиг, служение народу. Земская медицина, уникальное явление мировой практики, сформировала особый тип врача — бескорыстного подвижника, для которого помощь крестьянам и бедным слоям города была не работой, а призванием.

Врачебная этика связана в нашей стране с именем Н.И.Пирогова (1810-1881), выдающегося деятеля российской и мировой медицины хирурга, педагога и общественного деятеля, создателя топографической анатомии и экспериментального направления в хирургии, одного из основоположников военно-полевой хирургии. Своей деятельностью Пирогов доказал, что свобода врача реализуется через добровольное принятие тяжелейших обязательств.

Оценивая войну как «травматическую эпидемию», Н. И. Пирогов заявлял, что «не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны», и борьба с «тупоумием официального медицинского персонала», «ненасытным хищничеством госпитальной администрации» шла исключительно его собственными силами и его сподвижниками [9, с. 163]. Именно Н. И. Пирогов привлек женщин к уходу за

ранеными на войне, образовав «Крестовоздвиженскую общину сестер попечения о раненых и больных воинах». [9, с. 163].

В земской медицине этот принцип воплотился с особой силой. Врач, работающий в условиях бездорожья, нищеты и эпидемий, имел огромную свободу действий, но именно эта свобода становилась для него тяжким бременем долга. Он сам принимал решения, сам нёс за них ответственность, сам балансировал между необходимостью лечить всех и невозможностью спасти каждого. Как отмечает историк медицины М.Б. Мирский, «В условиях ограниченности числа врачей особенно важной была универсальность медицинской помощи, оказываемой в сельской земской больнице: здесь принимали страдавших и с острыми, и хроническими заболеваниями, взрослых и детей, мужчин и женщин. В соответствии с этим сложился тип земского врача как врача-универсала, обладавшего широким кругом знаний и практических навыков» [1].

В 1917 году на съезде врачей впервые был поднят вопрос о создании единого профессионального кодекса, который бы защищал как интересы пациентов, так и права самого врача. Однако долг перед государством, согласно новому нарративу социалистического мира, полностью вытеснил свободу личности.

Дореволюционная традиция в виде врача как носителя свободы через служение, оказалась прервана, но не уничтожена. Даже несмотря на то, что врач в советском обществе стал практически частью государственной машины, своего рода «исполнителем» воли государства, традиция служения и сподвижничества возродилась и в подвигах врачей и медсестер на фронтах Великой Отечественной, и в самоотверженной работе в глубинке послевоенного времени.

Таким образом, ключевой конфликт между свободой и долгом переживался особенно остро, когда врач нес долг перед пациентом, но фактически был подчинен интересам государства. Врач был максимально свободен в своём выборе — и максимально обязан перед лицом страдающего человека. Эта диалектика, заложенная земской медициной и трудами Пирогова, до сих пор остаётся этическим идеалом для многих поколений врачей.

Сегодня врач находится в ещё более сложном положении. С одной стороны, от него требуют следования высоким этическим стандартам, доказательной медицине. С другой, он включён в жёсткую коммерческую систему, где его «свобода» часто сводится к выбору между выполнением плана и соблюдением совести. Все чаще мы слышим о профессиональном выгорании среди врачей. Причины выгорания не только перегрузки, но и глубинный этический конфликт: невозможность реализовать свой долг в условиях ограниченных ресурсов и коммерческого давления (планы по услугам,

навязывание платных услуг, дополнительных анализов, давление фармацевтических компаний и т.д.).

Особого внимания требует проблема уязвимости самого врача. Общество и пациенты склонны воспринимать врача как носителя *абсолютного* знания и силы. Психика врача вынуждена вырабатывать защитные механизмы, которые часто принимают форму цинизма или эмоциональной отстранённости.

Пандемия COVID-19 обнажила эту проблему с особой остротой. Медицинские работники оказались на передовой, не имея права на слабость, даже когда ресурсы были исчерпаны. Это привело к катастрофическому росту посттравматического стрессового расстройства, депрессий и суицидальных настроений среди врачей.

Отдельного рассмотрения и крайне деликатного подхода требует проблема врачебной ошибки.

Интеллектуальный культурно-исторический базис современной биоэтики – это поиск баланса между внешним долгом и внутренней свободой. От античного служения через средневековый теоцентризм, корпоративную этику Нового времени к новым рыночным условиям, врач всегда находился в точке напряжения. Сегодня, в эпоху выгорания и коммерциализации, этот баланс особенно хрупок. Общество, требующее от врача безупречного долга, нередко забывает, что врач – это не функция, а человек, имеющий право на усталость, на ту самую индивидуальную свободу, без которой невозможны ни подлинная эмпатия, ни настоящее исцеление. Уязвимость врача – это данность профессии. Признание этого факта — первый шаг к созданию этики, которая включает не только требования к врачу, но и заботу о нём.

Список литературы

1. *Баданов В.Г.* Земская медицина на Русском Севере во второй половине XIX – начале XX века (по материалам Вологодской губернии) [Электронный ресурс] / В.Г. Баданов // https://site.kizhi.karelia.ru/library/ryabininskie-chteniya---2023-materialyi-ix-konferentsii-po-izucheniyu-i-aktualizatsii-t/2212.html. – Дата обращения: 16.03.2026.
2. Биоэтика: принципы, правила, проблемы. Под ред. Б.Г. Юдина. – М.: Эдиториал УРСС, 1998. – 470 с.
3. Брызгалина Е.В. Биоэтика. / Е.В. Брызгалина. – М.: Философский факультет МГУ, 2022. – 138 с.
4. *Гиппократ.* Избранные книги. / Гиппократ. Пер. В.И. Руднева — М.: Биомедгиз, 1936. – 360 с.
5. *Кирова Т.А.* О правовом значении медицинской этики [Электронный ресурс] / Кирова Т.А.// https://cyberleninka.ru/article/n/o-pravovom-znachenii-meditsinskoy-etiki/viewer. – Дата обращения: 16.03.2026

6. *Колбанов В.В.* Становление учения об индивидуальном здоровье человека [Электронный ресурс] / В.В. Колбанов // https://cyberleninka.ru/article/n/stanovlenie-ucheniya-ob-individualnom-zdorovie-cheloveka/viewer. – Дата обращения: 16.03.2026
7. *Панина А.А.* Врачебная этика и моральная медицина Парацельса / А.А. Панина // Форум молодых ученых. 2017. – №4. – С.462-465
8. *Симонян Р.З.* История медицины: с древнейших времен до современности / Р.З. Симонян. – Чебоксары: «Среда», 2020 – 224 с.
9. *Сорокина Т.С.* История медицины / Т.С. Сорокина. – М.: «Академия», 2008. – 560 с.
10. *Ходжагельдыев Р., Мыратгельдыев Т.* Наследия Великого Шелкового пути: средневековые врачеватели и их методы лечения / Р. Ходжагельдыев, Т. Мыратгельдыев // Вестник науки. – 2024. – №6. – том 3. – С. 1006 – 1012.
11. *Amundsen D.W.* Medicine, Society, and Faith in the Ancient and Medieval Worlds / D.W. Amundsen — Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1996. – 320 p.

УДК 1(091)

ОСНОВАНИЕ НРАВСТВЕННОГО ДОЛГА: АВТОНОМИЯ СУБЪЕКТА ИЛИ ЭНТЕЛЕХИЯ СОБОРНОСТИ?

Золотарев Алексей Вадимович

Кандидат философских наук, доцент кафедры философии и биоэтики Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, email: avzolo@yandex.ru

В статье рассматриваются два подхода к пониманию оснований нравственного долга. Для европейской философской традиции в качестве такого основания выступает автономия субъекта, В русской философии основанием нравственного долга является соборная природа человека. Показана связь первой парадигмы с концепциями транс- и постгуманизма, идеей «соматических прав человека». Вторая парадигма утверждает соборность как энтелехию человеческой разумной природы.

Ключевые слова: *автономный субъект, нравственный долг, человеческая природа, соборность, сознание, соматические права, энтелехия.*

THE BASIS OF MORAL DUTY: THE AUTONOMY OF A SUBJECT OR THE ENTELECHY OF SOBORNOST

Zolotarev Alexey Vadimovich

Candidate of Philosophical Sciences, associate Professor of philosophy and bioethics, First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia, email: avzolo@yandex.ru

The article discusses two approaches to understanding the basis of moral duty. For the European philosophical tradition, the autonomy of a subject is in a basis; in Russian philosophy, the basis of moral duty is in the sobornost as a nature of man. The connection of the first paradigm with the concepts of trans- and posthumanism and the idea of "somatic human rights" is shown. The second paradigm asserts sobornost as the entelechy of human rational nature.

Keywords: *autonomy of a subject, moral duty, human nature, sobornost, consciousness, somatic human rights, entelechy.*

Философский подход к осмыслению врачебного долга предполагает в первую очередь обнаружение метафизических оснований нравственного долга как такового. Эксплицировав эти основания, мы получаем возможность глубоко продуманного разговора, в частности, и о долге врача в современном мире. Мы сопоставим два альтернативных подхода к таким основаниям – подход европейской философии Нового времени и подход русской философии – показав, какие различия в понимании врачебного долга они предполагают.

В европейской философии Нового времени, по мере ее секуляризации, в качестве основания нравственного долга вместо божественной заповеди или созданной Богом природы человека принимается автономия человеческого субъекта. Именно автономия субъекта мыслится здесь как условие, и в то же время как цель нравственного действия. Автономия субъекта рассматривается в неразрывной связи с универсальностью нравственного закона. Имплицитно эта мысль содержалась уже в докантовской европейской моральной философии, но Кант впервые вполне эксплицировал ее: «для нововременных моральных философов универсальный характер моральных суждений гарантировал автономность морального субъекта в принятии этих суждений, но обратная связь между автономией и универсальностью не стала для них предметом осмысления… Своеобразие подхода Канта к идеям универсальности и автономии состоит… в том, что он интегрировал их в центральном понятии своей этики – понятии морального закона…» [1, с.91-92]. Поэтому именно кантовскую моральную философию мы будем считать парадигмальной для европейской концепции оснований нравственного долга.

В «Критике практического разума» Кант утверждает важнейшее этическое положение: нравственный долг коренится не в природе человека, а в *автономии личности*, автономии, которая мыслится и как автономия по отношению к природе: ««*Долг*!.. где же достойный тебя источник и где корни твоего благородного происхождения?.. Это может быть только то, что возвышает человека над сами собой (как частью чувственно воспринимаемого мира… Это не что иное как личность, т.е. свобода и независимость от механизма всей природы, рассматриваемая вместе с тем как способность существа, которое подчинено особым, а именно данным собственным разумом, чистым практическим законам…» [3, с. 413, 414].

Таким образом, автономия субъекта у Канта, как и вообще в европейской парадигме, отделена от природы, в частности, и *от природы самого человека*. Природа у Канта относится к порядку *сущего*, а автономия субъекта – к порядку *должного*. Должное же никогда не выводится из сущего. Всё, обусловленное природой, в частности естественные человеческие склонности и стремления, не имеют поэтому для Канта нравственного значения. Кант говорит о нравственном долге: «крайне важно остерегаться того, чтобы даже в голову не приходило пытаться выводить реальность этого принципа из *особого свойства человеческой природы*. <…> …принцип автономии есть единственный принцип морали…» [5, с. 265, 284].

В рамках моральной философии, человек для Канта – это лишь разумный автономный субъект. Не носитель уникальной и имеющей ценность человеческой природы, не представитель общечеловеческого братства.

Моральный долг ничуть не изменился бы, если бы таковой субъект был в мире один-единственный. Это ничуть не помешало бы ему «относиться как к цели, а не только как к средству», к человечеству исключительно «в своем лице». Другие живые люди для этого, строго говоря, не требуются. Сказанное не следует, конечно, понимать в том смысле, что мы видим в Канте проповедника эгоистического самоутверждения индивида. Как справедливо замечает О.В. Артемьева, «в отличие от мильтоновского Люцифера моральный субъект в трактовке Канта… не замкнут на самом себе в выборе принципа действия и, более того, воспринимает другого так же, как самого себя, – как цель саму по себе и как утверждающего законы. Благодаря этому и оказывается возможным “мир разумных существ” как “царство целей”» [1, с. 98]. Кант даже говорит о «принципе взаимной любви». Однако, то, что он называет любовью, не предполагает, как то подразумевается, например, в русской философии, «онтологическую связь любимого бытия с любящим существом», «совершенное конкретное единосущие двух или более лиц» [6, с 180, 182], так что «предел любви – да двое едино будут» [10, с. 93]. «Взаимная любовь» у Канта – нечто вроде отстраненного благоволения, которое предполагает строго выверенный баланс сближения и отстранения: «по аналогии с физическим миром связь разумных существ… между собой вызывается *притяжением* и *отталкиванием*. Принцип ***взаимной любви*** учит постоянно *сближаться* между собой; принцип ***уважения***, которое они обязаны оказывать друг другу, – держаться в *отдалении* друг от друга» [4, с. 389].

Существование других субъектов важно для Канта не потому, что как носители человеческой природы они дополняют чем-то сущностную неполноту данной личности. Нет, они ценны исключительно как такие же автономные субъекты, сущностно ничего не прибавляющие к уже имеющемуся единичному субъекту. Реальная общность человечества, коренящаяся в единой человеческой природе, не имеет значения для нравственного долга. Поэтому, говоря о долге, Кант апеллирует не к понятию «человек», а к понятию «разумное существо»: «он должен иметь силу для всех разумных существ (которых только вообще может касаться императив) и лишь поэтому должен быть законом также и для всякой человеческой воли. А то, что выводится из особых природных склонностей человечества… и даже, где возможно, из особого направления, которое было бы свойственно человеческому разуму и не обязательно было бы значимо для воли каждого разумного существа, – это может, правда, служить нам максимой, но не законом» [5, с. 265, 266]. Другими словами, кантианский нравственный долг никак он не изменился бы и в отношении разумных инопланетян или разумных компьютеров. Вполне закономерно поэтому, что сегодня в этой парадигме «вопрос о природе человека в определенном смысле становится вопросом… о

возможности делегирования прав человека другим живым существами даже техническим устройствам (гуманоподобным роботам)» [7, с. 55]. Здесь уже имеется вся необходимая почва для развития современного *постгуманизма* с его отказом от антропоцентризма и бинарной оппозиции «человеческое-нечеловеческое».

Парадоксальным образом, последовательное развитие логики автономного субъекта приходит в конце концов к постгуманистическому провозглашению «смерти субъекта»: в постгуманизме «субъект понимается уже в виде телесных потоков различных виртуальностей» [8, с. 139]. Конечно, и сама человеческая природа теряет при таком подходе всякую безусловную ценность и становится объектом бесконечных произвольных манипуляций. Но и оставаясь в рамках парадигмы реальности и ценностной значимости автономного субъекта, западная этика, развивающая кантианские принципы, приходит к отрицанию значимости человеческой природы. В отличие от постгуманизма, трансгуманизм не отказывается от антропоцентрической системы ценностей: «трансгуманизм парадоксально антропоцентричен, поскольку видит ценность в самом человеке» [8, с 135]. Однако и здесь границы человеческого предельно размываются и с логической неизбежностью ставится вопрос о признании «права на улучшение» *неотчуждаемым правом* человека. С этим связана концепция «соматических прав» человека, которые понимаются как право человека произвольно распоряжаться своим телом.

Нельзя не признать, что «соматические права» вполне реализуют кантиански понятый принцип автономии субъекта. При этом в широкой интерпретации они включают в себя право на смену пола, эвтаназию, аборт, суррогатное материнство и т.п. Понятые как неотчуждаемое право человека, «соматические права» имеют *притязательную сущность*: автономный индивид не только сам по своему произволу распоряжается своим телом, но и требует от общества признать все результаты такого распоряжения: например, не только принимает решение поменять пол, но и требует от общества обеспечить ему такую медицинскую возможность, а также признать его в этом новом телесном качестве. Таким образом, принятие логики «соматических прав» требует признания вмешательства в человеческую природу в качестве части врачебного долга. Между тем произвольное вмешательство в человеческую природу размывает природное единство человечества. Реализация принципов трансгуманизма будет означать прекращение существования человечества как целого, его дробление на множество групп, различающихся уже на уровне своей биологической природы. Однако, как мы видели, природное единство человечества и не рассматривается как ценность в логике автономии субъекта.

Русская философия являет совершенно иную парадигму обоснования нравственного долга. Здесь нравственный долг коренится именно в природе человека, которая – и составляет специфику взгляда русской мысли на вопрос – понимается как принципиальным образом *соборная*. Само сознание человека, совершающего свободный нравственный поступок, не мыслится как нечто автономное от его человеческой природы.

Понятие соборности, имеющее *одновременно и онтологический, и аксиологический смысл*, является центральной идеей русской философии, разворачиваясь в широкую концепцию *всеединства* как осуществления полноты бытия на основе свободного единения в многообразии. Важнейшую роль в развитии идеи соборности сыграла работа С.Н. Трубецкого «О природе человеческого сознания». Трубецкой показывает, что сознание невозможно объяснить ни из индивидуального эмпирического опыта, ни из надындивидуального безличного духа. Сознание, по мысли Трубецкого, имеет не индивидуальную и не универсально-внеличностную, но соборную природу. Эта соборность есть проявление общности жизни всего человечества, начиная с ее биологических форм и заканчивая высшими духовными ее проявлениями.

Внутренняя противоречивость сознания состоит в том, что оно стремится к безусловной, всеобщей истине, но в реальности всегда имеет дело только с ограниченным эмпирическим содержанием. Индивидуальный опыт не способен породить никакого общезначимого содержания сознания, никакой абсолютной истины. Но и причастность индивидуального сознания к универсальному безличному разуму давала бы ему лишь внешнюю, формальную всеобщность – ту всеобщность, которой характеризуется, в частности, кантовский категорический императив. Указанная противоречивость и ограниченность человеческого сознания объясняется тем, что его соборная природа реализована не до конца, что оно лишь *потенциально* вполне соборно. Трубецкой говорит: «Познание наше безусловно только по своей идее, по своему идеалу полной, абсолютной истины. В действительности оно обладает возможной, формальной общностью, чисто логической универсальностью, которой противолежит всегда ограниченное эмпирическое содержание. Чтобы стать абсолютным и полным, всеобъемлющим не по форме только, но по существу, по содержанию, – сознание должно обнять в себе все, стать сознанием всего и всех, сделаться воистину вселенским и соборным сознанием» [9, с. 546]. Таким образом реализовать вполне свою природу сознание может только преодолев остающуюся еще в реальность разобщенность всего сущего, которая в русской философии мыслится как исходная причина всякого зла. Так онтология сознания с необходимостью приводит мыслителя к этике. Трубецкой утверждает: «чтобы разрешить основные противоречия сознания, нужно сделать его действительно

всеобщим, соборным сознанием, осуществить его внутренний идеал. И таким образом вопрос о природе сознания приводит нас к этической задаче» [9, с. 586].

Осуществить идеал соборности можно только на основе любви. Любовь, с точки зрения мыслителя, который в данном отношении движется в русле всей русской философской традиции, есть единственное основание нравственности. Любовь, с одной стороны, есть уже врожденная данность для человека, она не может быть результатом его индивидуального выбора и индивидуальных усилий, она с неизбежностью порождается его существованием внутри соборной жизни человечества. Но поскольку эта наличная соборность жизни еще далеко не полна и не совершенна, совершенная любовь выступает по отношению к человеку как его нравственный долг и требует благодатного дара для своего осуществления.

У Трубецкого сама соборная по своей сути жизнь сознания порождает нравственный идеал и обуславливает нравственный долг. Человек, как свободная личность, как субъект морального долга и морального выбора обретается лишь в соборном единстве жизни человечества. Поэтому само это единство жизни выступает как нечто безусловно нравственно ценное и нравственно должное.

Автономный субъект кантианской парадигмы есть мыслящее и свободное человеческое Я. Но, как показывает русская философия, само существование такого Я, как субъекта нравственного отношения, невозможно вне первичного соборного единства Мы. С.Л. Франк по этому поводу писал: «что же такое есть это первичное единство? Оно есть ничто иное, как начало, грамматически выражаемое в слове “мы”. “Мы” есть, следовательно, некая первичная категория личного человеческого, а потому и социального бытия. <…> Это единство есть не только единство, противостоящее множеству и разделению, но прежде всего единство самой множественности… единство, вне которого немыслимо никакое человеческое разделение, никакая множественность. <…> …”я” так же немыслимо иначе, чем в качестве члена “мы”, как “мы” немыслимо иначе, чем в качестве единства “я” и “ты”» [11, с. 50-52]. Для русской философии очевидно, что условием существования самосознающего и свободного Я выступает его включенность в единство Мы, причем речь здесь идет не о *формальном* единстве в смысле кантовского этического универсализма, а о *содержательном* единстве реальной жизни человечества. Ф. Гиренок замечает: «в абсолютной замкнутости и Я перестает быть Я, и мое перестает быть моим. <…> Мы – это не множественное число от Я. Я – одно. У него нет множественного числа. Мы – это расширение Я, нередуцируемая реальность, элементом которой является Я» [2, с. 236].

Таким образом, в русской философии сама свобода разумного субъекта как носителя нравственного долга возможна лишь в качестве проявления соборного единства человеческого рода. Это единство имеет не внешний, формальный, но

сущностный содержательный характер, это единство интеллектуальной, нравственной, духовной *жизни* человечества. Отсюда следует, что для того, чтобы действие морального субъекта было подлинно свободным, оно должно быть направлено к реализации, максимальному восполнению этого пока еще далеко не полного и не совершенного единства. Становление человека как свободного и нравственного существа может мыслиться только как параллельное становлению общечеловеческой соборности. Степень вовлеченности в соборную жизнь человечества конституирует человека в качестве относительно свободного субъекта нравственного долга. Полнота соборности являет себя здесь как некая целевая причина, *энтелехия* подлинно нравственного субъекта.

Для Канта нравственный поступок есть тот, который не вызван онтологическими причинами, но обусловлен принципами практического разума: «Кант полагает, что нет в мире причин для того, чтобы было добро. Что оно бывает из принципов. Стараниями одномерного человека. Что причины есть для зла. Что злоба – это темперамент. Природа» [2, с. 80]. Для русской же философии нравственный смысл имеет поступок причинно обусловленный, порождаемый природным законом. Но речь здесь идет именно о соборности как причине-энтелехии, законе человеческой природы. Если так, то сама природа человека должна мыслиться как безусловная ценность, врачебный же долг при этом ориентируется на сохранение и осуществление человеческой природы, а не на противопоставленную природе автономию субъекта.

Русская философия утверждает соборность как *единство онтологического и аксиологического*, снимая таким образом кантианское разделение сущего и должного. Соборное единство человечества выступает в русской философии в качестве энтелехии разумной и свободной человеческой природы: как *причина* существования человеческой разумности и свободы выбора, она принадлежит к области сущего, как *цель* – к области должного. Такое единство онтологического и аксиологического устраняет формальный характер нравственного долга и наполняет долг конкретным содержанием, обусловленным человеческой природой. Этот подход утверждает подлинный антропоцентризм, отказ от которого стал повсеместным явлением в современной западной мысли. В сфере врачебного долга подход русской философии означает нравственную неприемлемость трансгуманистских экспериментов, недопустимость калечащего медицинского вмешательства, апеллирующего к «соматическим правам» автономного субъекта, обязанность сохранять человеческую природу.

Список литературы

1. *Артемьева, О. В.* Универсальность и автономия в этике И. Канта / О. В. Артемьева // Философские науки. – 2018. – № 11. – С. 86-102.
2. *Гиренок, Ф.* Фигуры и складки / Ф. Гиренок. М.: Академический проект, 2014. 244 с.
3. *Кант, И.* Критика практического разума / И. Кант. Сочинения в шести томах. М.: Мысль. Т. 4. Ч.I. с. 311-498.
4. *Кант, И.* Метафизика нравов в дух частях /И. Кант. Сочинения в шести томах. М.: Мысль. Т. 4. Ч.2. с. 109-437.
5. *Кант, И.* Основы метафизики нравственности /И. Кант. Сочинения в шести томах. М.: Мысль. Т. 4. Ч.I. С. 220-310.
6. *Лосский, Н.О.* Условия абсолютного добра: основы этики / Н.О. Лосский. Условия абсолютного добра: Основы этики; Характер русского народа. М.: Политиздат, 1991. С. 24-237.
7. *Попова, О. В.* Философско-религиозные аспекты проблемы улучшения человека / О. В. Попова // Человек. – 2018. – № 2. – С. 52-65.
8. *Криман, А. И.* Идея постчеловека: сравнительный анализ трансгуманизма и постгуманизма / А. И. Криман // Философские науки. – 2019. – Т. 62, № 4. – С. 132-147.
9. *Трубецкой, С.Н.* О природе человеческого сознания / С.Н. Трубецкой. Сочинения. М.: Мысль, 1994. С. 483-592.
10. *Флоренский, П.А.* Столп и утверждение истины / П.А. Флоренский. Сочинения в 2-х тт. Т. 1 (I). М.: Издательство «Правда», 1990. 490 с.
11. *Франк, С.Л.* Духовные основы общества / С.Л. Франк. Духовные основы общества. М.: Республика, 1992. – С. 13-146.

УДК 614.623:177.7

БЛАГО И ДОЛГ В ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ЭТИЧЕСКОЙ ТРАДИЦИИ: ОТ КАНТА К БИОЭТИКЕ

Кетова Татьяна Николаевна

Кандидат философских наук, доцент кафедры философии и биоэтики Первого Санкт-Петербургского государственного университет имени акад. И.П.Павлова (197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8.). E-mail: tatiana.ketova@gmail.com

И. Кант рассматривает соотношение понятий «свободная воля». «благо» и «долг». Категорический императив предопределяет содержание морального блага, а долг дает обоснование нравственного поступка. В деонтологической модели биоэтики автономная свободная воля утверждает самоценность жизни человека. Христианская биоэтика развивается на основе деонтологической традиции

***Ключевые слова**: благо, долг, биоэтика. автономия, деонтологическая модель, христианская биоэтика.*

GOOD AND DUTY IN THE DEONTOLOGICAL ETHICAL TRADITION: FROM KANT TO BIOETHICS

Ketova Tatiana Nikolaevna

PhD in Philosophy, Assistant Professor at the Department of Philosophy and Bioethics at the Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (197022, Russian Federation, St. Petersburg, Lev Tolstoy st., b. 6-8)

I. Kant considers relationship between the terms "free will", "good" and "duty". The categorical imperative defines the content of the moral good, and the duty gives reasoning to the moral action. In the deontological model of the bioethics the autonomous free will postulates the self-value of human life. The Christian bioethics develops based on the deontological tradition.

***Key words:** good, duty, bioethics, autonomy, deontological model, Christian bioethics.*

И. Кант является одним из- ярких представителей деонтологического направления в этике. В книге «Критика практического разума» Кант рассматривает соотношение понятий «воля», «благо» и «долг», продолжая анализировать априорные формы сознания, но уже не в сфере гносеологии, а в пространстве морали и нравственности. Формы нравственного поведения должны быть необходимыми и всеобщими. Принципы выступают в виде максим и императивов. Максима есть субъективный, индивидуальный принцип, по которому действует воля, а императив является всеобщим законом, следование которому осознается как долг. Разумный субъект признает безусловность

категорического императива. Кант настаивает на важности не только цели нравственной деятельности, но и средств, определяемых намерениями свободной воли.

В «Критике практического разума» и в работе «Основы метафизики нравственности» Кант дает определения категорического императива: «Поступай так. чтобы максима твоей воли всегда могла стать принципом основы всеобщего законодательства» и «Поступай так, чтобы ты всегда относился к человечеству и в своем лице и в лице всякого другого также как к цели и никогда не относился бы к нему только как к средству».

Свободная воля предопределена формой долженствования. Знание долга является условием нравственного поступка, хотя субъект может отклониться от веления долга, руководствуясь чувственной склонностью или выгодой. Добродетель как условие всегда есть верховное благо. так как она уже не имеет над собой никакого условия, а «счастье всегда есть нечто такое, что хотя оно и приятно тому, кто им обладает, само по себе не есть нечто доброе безусловно…, а всегда предполагает как свое условие моральное целесообразное поведение» [3. с. 195]. Закон предопределяет содержание морального блага, а долг дает обоснование нравственному поведению, облегчая следование категорическому императиву. Путь следования должен быть очищен от чувственных склонностей, любой заинтересованности, иначе, воля, утратив свободу, не сможет привести к общезначимому моральному благу.

Свобода как условие императива и долг как его обоснование все же не могут привести человека к счастью, Счастье как дар бесконечного прогресса с обретением бессмертия души может дать только Бог как всеблагая и разумная личность, а « полное же соответствие воли с моральным законом есть *святость* – совершенство, недоступное ни одному разумному существу в чувственно воспринимаемом мире ни в какой момент его существования.» [3, с. 214], и долг выступает в качестве потребности предположения возможности высшего блага. Кант полагал, что «мораль есть учение не о том, как мы должны сделать себя счастливыми, а о том. как мы должны стать достойными счастья» [3 ,с. 226] и только религия может подарить эту возможность.

Философ и психолог В.Франкл, переживший заключение в нацистских концлагерях, в книге «Сказать жизни «Да»: Психолог в концлагере» пишет о предельных основаниях нравственного подвига, ведущему к пониманию высшего блага : «…однажды для каждого освобожденного наступает день, когда он, оглядываясь на все пережитое, делает открытие: он сам не может понять, как у него хватило сил выстоять, вынести все то, с чем он столкнулся…И главным его достижением становится то несравненное чувство, что теперь он уже может не бояться ничего на свете – кроме своего Бога» [9, с. 175].

В трудах выдающегося русского врача и общественного деятеля Н.И.Пирогова ярко выражена тема тесной взаимосвязи долга и общественного блага. Кантианское «беспощадное суждение о собственных недостатках», необходимость публичной критики врачебных ошибок, героическая борьба за спасение жизни раненых во время Крымской войны, принципиальная этическая позиция на ниве образования и воспитания развернуты на пути служения Отечеству. «…Вечный философский вопрос отношений «должного» и «сущего» предстает в трудах Пирогова как проблема сущности и видимости, или в социально-психологическом смысле – «быть и казаться» [5, с. 313]. Н.И.Пирогов выстраивал тему соотношения долга и блага в перспективе бесконечного развития мира в единстве с Богом как Всеобшим Разумом.

Кант рассматривает мораль не как собрание абстрактных пожеланий, а как воплощение должных конкретных действий: «Я хотел бы, чтобы не утруждали молодежь примерами так называемых благородных (сверхдобродетельных) поступков…так как то, что сводится к пустым желаниям и тоске по недостижимому совершенству, порождает лишь героев романов, которые хвастаясь своим чувством чрезмерно великого, освобождают себя от исполнения обыденной и обиходной обязанности. которая в таком случае кажется им ничтожно малой.» [3, с. 266]

В заключении книги «Критика практического разума» И.Кант выражает надежду на гармоничный союз науки и морали. Наука, по его мнению, «это узкие ворота, которые ведут *к учению мудрости*, если под этим понимают не только то, что *делают,* но и то, что должно служить путеводной нитью» [3, с. 281], предохранять от ложных путей и «хранительницей науки всегда должна оставаться философия…» [3. с.281]

Биоэтика как новый этап развития медицинской этики была представлена одним из ее основателей В.Р. Поттером как «наука выживания» и «мост в будущее». Специфика биоэтики выражена в понимании метафоры «моста» как взаимодействия между настоящим биосоциальным состоянием человечества и перспективами будущего, между различными фундаментальными и прикладными науками, между биомедициной и этикой как практической философией, между специалистами и так называемыми «профанами» - людьми, не имеющими специального образования, но заинтересованными в сохранении не только своего здоровья. но и жизни на планете. Поиск философских и этических оснований развития современной науки приводит к вопросу о ценности жизни, пределах антропологических трансформаций. сохранения человеческой идентичности, диалектики свободы и ответственности в сфере биомедицины, справедливости, уважения достоинства и прав человека. Биоэтика

как сочетание интеллектуальных, нравственных, правовых аспектов становится ответом на вызовы современной цивилизации.

Вызовом становится определение блага в ситуации качественного изменения форм социального взаимодействия в результате виртуализации межличностных и профессиональных коммуникаций. Создается иллюзия расширения пространства общения, но утрачивается его глубина и способность к личностной критической рефлексии. Особенно остро проблема деградации межличностного общения раскрылась во время короновирусной пандемии, когда возникла потребность в ограничении свободы и прав личности ради достижения большей степени безопасности общества.

Позиция взаимодействия субъектности и социальности представлена в концепции соотношения максимы воли и общезначимого императива И. Канта, затрагивая такие основополагающие для этики понятия, как «забота» , «общее благо». «ответственность», «долг», «совесть» «солидарность». Мораль как социальный институт, основанный на системе общепризнанных ценностей, предполагает ограничения, а мораль как феномен самосознания морального агента проявляется как самоопределение и самозаконодательство, требующее развития определенных личностных качеств и внутренних усилий. [2, с. 92] Долг предстает как форма направления усилий в соотнесении свободной воли с достижением общего блага на пути осознания необходимости моральной ответственности.

Проблема моральной ответственности приобретает новые аспекты в связи с расширением пространства использования искусственного интеллекта в сфере биомедицины и здравоохранения. Нравственная автономия врача становится уязвимой в связи с применением искусственного интеллекта в клинической практике, так как появляется риск зависимости от его постоянного использования, что приводит к постепенному снижению когнитивных и моральных навыков специалиста. К другим рискам можно отнести «размывание ответственности за решения, принятые с участием экспертных систем на основе ИИ; десубъективацию преимущественно человеческих видов деятельности. таких как врачебная деятельность» [7, с. 15]. Интерпретации применения этических категорий «благо» и «долг» в сфере применения искусственного интеллекта приобретают весьма неопределенный и неоднозначный характер.

Модели биоэтики строятся на различных ценностных основаниях. Западная модель биоэтики основана на системе либеральных ценностей. Пациент позиционирован как автономный субъект, способный рационально мыслить, самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность. Благо выступает как высокое качество жизни, поддержанное развитыми медицинскими технологиями, а долг специалиста – следовать рациональным желаниям

пациента – клиента при оказании качественных медицинских услуг, предлагаемых на рынке. В либеральной парадигме «нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента считается недопустимым. Поэтому патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества, вдохновляемой этикой заботы. Традиционная медицинская этика, ориентируясь на абсолютные трансцендентные идеалы и универсальные принципы, требовала абстрагироваться от обусловленного, временного, изменчивого. Для этики заботы существенными оказываются нюансы ситуаций, порождающие моральные проблемы и уникальность вовлеченных в них людей. В новой этической парадигме моральные суждения формулируются не на языке прав, а на языке ответственности, определяются не универсальными, зачастую противопоставленными жизни принципами, а конкретными, порожденными самой жизнью во всей ее полноте запросами людей» [4, с. 144 -145].

«Новая этическая парадигма» развивается в пространстве этики утилитаризма, рассматривающей благо как полезный результат для большинства, понимаемого как совокупность автономных индивидов. Деонтологическая этика, представителем которой является Иммануил Кант, предлагает рассматривать мораль как систему универсальных абсолютных принципов, следование которым обусловлено осознанием необходимости должного поведения. Ориентация на трансцендентные абсолютные идеалы и универсальные принципы не исключает. а наоборот. предполагает формирование моральной ответственности, выбор достойных средств на пути достижения общего блага. Согласно деонтологической модели автономная свободная воля не следует жестким определяемым извне ориентирам, а на основе критической нравственной рефлексии выбирает путь отстаивания самоценности жизни человека, исходя из идеалов гуманизма.

Христианская биоэтика развивается в поле деонтологической традиции и поэтому утверждение высших ценностей в свете святости и признание Бога как гаранта достижения общественно значимого блага и счастья человека (как полагал Кант) органично для нее. Христианская философия полагает смерть не как окончательную стадию бытия, а как переход к высшему смыслу. Смерть есть не конец, а есть продолжение развития, ибо «весь мир живых существ, даже вся природа являет великий закон постепенного и бесконечного совершенствования форм, и невозможно допустить, чтобы высшее совершенство, достигнутое в земной природе, - духовность человека, не имело дальнейшего развития за пределами земного мира» [1, с. 125]. Отношение к смерти как к переходу и как бесконечному развитию имеет глубокое нравственное основание, так как «каждый момент этой жизни бесконечно значим с точки зрения вечности и для

того, чтобы понять хорошо или дурно мы живем в этой жизни, нужно иметь внеположенный этой жизни критерий» [8, с.124-125].

В христианской биоэтике утверждается идея гуманности рождений и отрицается возможность убийства нерожденных детей, высказываются этические сомнения в необходимости применения репродуктивных технологий, извращающих ценность жизни и разрушающих традиционную семью, а также отвергается активная эвтаназия как намеренное прерывание жизни. Цель христианской биоэтики заключается в сохранении человечности и отвращении от греховной вседозволенности.

Во второй половине XX века и в первой четверти XXI века стало очевидным, что “избавиться” от метафизических вопросов, связанных с определением человеком пределов своего существования невозможно. Мир “вещей в себе” посылает человечеству вызовы, на которые оно не в состоянии ответить, оставаясь на позициях чувственности и рассудка.

В биоэтическом дискурсе ставится вопрос: насколько природное в человеке является предметом нравственной оценки. Так, в современных спорах о допустимости абортов центральным вопросом является личностный статус плода. Болезненной для генетики и развития практики вспомогательных репродуктивных технологий стала проблема «лишних» эмбрионов. В дискуссии по проблеме эвтаназии обсуждается возможность прекращения жизни страдающего или переставшего быть личностью человека. Отношение к живой природе стало предметом спора между антропоцентристами и биоцентристами. В христианской биоэтике утверждается божественность живой природы, драгоценность каждой, даже дефективной жизни, но в то же время, одобряется активность человека в борьбе с болезнями (например, поддерживается практика трансплантации), за сохранение природной среды. Главная цель христианской биоэтики – удержать человечество у опасной черты, разделяющей сферу человечности и греховной вседозволенности в стремлении безграничного совершенствования.

Этические идеи И. Канта продолжают развиваться не только в христианской биоэтике. но и в пространстве осознания необходимости повышения уровня нравственной культуры медицинских работников. Внедрение новых биомедицинских технологий, рост теоретических знаний должны быть органично связаны с борьбой с равнодушием, отношением к пациентам как средствам обогащения, нарушением норм профессионального общения, формальному исполнению долга. Сохранение традиционного смысла ценности жизни и достоинства человека предполагает осознание и решение задач трех уровней: «Задачи образовательного уровня связаны с необходимостью совершенствования гуманитарного образования в медицинской школе.

Юридические задачи относятся к разработкам на законодательном уровне максимально приемлемых форм защиты жизни человека на ранних стадиях развития и на введение принципа информированного согласия на все формы генетического тестирования» [6. с.18].

Список литературы

1. *Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий В.Ф.)* Дух, душа и тело. /Архиепископ Лука (В.Ф. Войно-Ясенецкий). – М.: Даръ. 2006. – 320 с.
2. *Богодельникова, Л.А.* Сообщество в эпоху пандемии: моральная ответственность в ситуации ковид- неопределенности. / Л.А. Богодельникова // Человек. -2022. -Т.33, № 1. – С.85 -103.
3. *Кант, И.* Критика практического разума. / И. Кант; (перевод с немецкого Н.М. Соколова). - М.: Эксмо. 2023. - 288 с.
4. *Кугай, А.И.* Философия и медицина: вечные темы и современные проблемы. / А.И. Кугай. – СПб.: Алетейя. 2022. -202 с.
5. *Мещерина, Е.Г.* Н.И. Пирогов в осажденном Севастополе: контрасты крымской войны. / Е.Г. Мещерина. – М.: Канон+ РОСИ «Реабилитация», 2026. -328 с.
6. 6.*Силуянова, И.В*. Смыслы ценности достоинства человеческой жизни и геноевгенизация. / И.В. Силуянова. // Биоэтика. – 2024.- Т.17, № 1. С.13 -18.
7. 7.*Углева, А.В*. Культура вины и ответственность врача при использовании систем поддержки принятия врачебных решений. / А.В. Углева. // Человек. -2023. -Т.34, № 3. – С.9 – 23.
8. *Филарет, Митрополит Минский и Слуцкий*. Богословие и антропологические концепции XX века. / Филарет. // Человек, - 2002. - № 1. С.122-127.
9. *Франкл, В.* Сказать жизни «Да»: Психолог в концлагере. / В. Франкл; Пер. с нем. – М.: Альпина нонфикшн, 2025. -240 с.

УДК 908

ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА: ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ

Уржумцева Наталья Александровна

Аспирант кафедры философии и гуманитарных дисциплин, Института истории и социологии, ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет» (426000, Российская Федерация, г.Ижевск, ул.Университетская 1, корпус 2). E-mail: natalia.urjumtseva@yandex.ru

Целью статьи выступает переосмысление этических вопросов взаимоотношений врача и пациента с точки зрения философских категорий: благо и долг. Рассматриваются этические принципы взаимного уважительного отношения врача и пациента. Приведены примеры исполнения долга и реализуемого блага в отношении пациента, врачами разных исторических периодов. Возникает необходимость определения «долга» и «блага» для самого пациента. Используются рассуждения Платона о «благе», Канта И. о «долге» человека, Фуко М. «забота о себе».

***Ключевые слова**: благо, долг, врач, пациент, ответственность, нравственность.*

RETHINKING THE ETHICAL ISSUES OF THE DOCTORS-PATIENT RELATIONSHIP: A PHILOSOPHICAL ASPECT

Urzhumtseva Natalia Alexandrovna

PhD student Depatment of Philosophy and Humanities, Institute of History and Sociology, Federal State Budgetary Education Institution of Higher Education Udmurt State University (426000, Russian Federationg, Izhevsk, Universitetskaya str.1, building 2).

The purpose of the article is to rethink the ethical issues of the relation-ship between doctor and patient from the point of philosophical categories: benefit and duty. The ethical principles of mutual respect between the doctor and the patient are considered. Examples of the fulfillment of duty and realized benefits in relation to the patient by doctors of different historical periods are given. There is a need to define «duty» and «benefit» for the patient himself. The arguments of Plato about the «good», Kant I. about «duty», Foucault M. are used «taking care of yourself».

***Keywords**: benefit, duty, doctor, patient, responsibility, morality.*

Этика является философской дисциплиной, объектом изучения которой являются фундаментальные представления о добре и зле, благе, долге, уважении, ответственности, должном поведении человека. Фундаментальные принципы этики регулируют отношения внутри самой медицины: врачом и пациентом. К таким принципам относится взаимное доверие и взаимная ответственность, уважение чести и достоинства, которые считают недопустимым грубость и

унижение человеческого достоинства, как в отношении пациента, так и в отношении врача.

Ключевым пунктом этики является взаимность и уважение. Наряду с тем, что профессия врача автоматически накладывает врачебный долг и обязывает врача в этичном поведении и должном отношении к пациенту, возрастает требовательность общества к самой медицине. При возрастающих требованиях к качеству медицинского вмешательства и проявлению уважения к пациенту равнозначно должно повышаться и требование пациента к самому себе в исполнении персональной ответственности за личное здоровье как бесценного блага. Современные реалии свидетельствуют о том, что конфликт взаимоотношений врача и пациента является неизбежной частью профессиональной медицинской деятельности. Тогда, разрешение конфликта между врачом и пациентом может быть во взаимном исполнении фундаментальных принципов этики.

Целью данной статьи является переосмысление этических вопросов взаимоотношений врача и пациента с точки зрения таких философских категорий, как блага и долга.

На протяжении веков отношения между врачом и пациентом являются важнейшим аспектом медицины. Еще отец медицины Гиппократ уделял особое внимание не только процессу врачевания, но и затрагивал вопросы врачебной морали, обозначая важность врачебной этики. Именно он сформулировал основной принцип этики врача – стремление к благу для пациента. Знаменитый врач Парацельс, как реформатор медицинской науки, акцентирует внимание на этической составляющей взаимодействия врача и пациента, определяя моральный принцип добра, как основополагающий. Выдающиеся отечественные врачи, такие как М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин В.А. Манассеин и др., также определяли важность взаимоотношений между врачом и пациентом, особо выделив заботливое и участливое отношение к больному/пациенту. Данные исторические факты указывают на то, что эффективность процесса врачевания напрямую зависит от уважительного и доброго отношения врача к пациенту. Этичность врача является не просто добродетелью, но и качеством, определяющим рост его профессионализма.

Наряду со стремительным развитием медицины и медицинских технологий, стремительно возрастает актуальность моральных проблем самой медицины. Рождается новый термин «биоэтика» как новая область знания, призванная связать биологические науки и общечеловеческие ценности. Биоэтика есть общая область, в рамках которой выделяются наиболее конкретные специализированные дисциплины. Одной из них является медицинская этика как этическая сторона взаимоотношений врача и пациента.

К числу наиболее значимых морально-нравственных ценностей в медицинской этике и закрепленных в биоэтике относятся: долг и благо. Принцип «делай благо» и «соблюдай долг» фундаментальные основы медицинский этики. Данные принципы включают совокупность морально-этических норм поведения врача «человек поступает морально тогда, когда следует своему долгу» [1]. Он демонстрирует «самоотвержение, чистота души и чистота помыслов» [6]. То есть, с момента выбора своей профессии будущий врач, затем и специалист в области медицины формирует самоотверженное отношение к профессии, доброе отношение пациенту, благодарность персоналу за содействие в организации медицинского процесса.

Врач - носитель медицинской профессии, в основу которой заложен врачебный долг. «Избрав врачевание, отдай все» гласит древнее изречение. Овладевая врачебным мастерством, врач овладевает учением о долге, как своде правил поведения и отношения к тому, кто придет к нему за помощью. Долг диктует бескорыстно оказывать помощь любому нуждающемуся в медицинской помощи, пожертвовать ради спасения жизни человека. Известно, достаточно фактов того, когда врач самоотверженно исполнил свой долг. Ученые-врачи, которые бросались в пекло чумных вспышек легочной чумы, отдав свою жизнь ради уничтожения болезней. Исполняя долг, производили опыт на себе, инфицируясь возвратным тифом Г.П. Минх, И.И. Мечников. В период Великой Отечественной войны врачи, медицинские сестры, санитарки показали высшие образцы врачебного долга. Оперируя под бомбежками, стоя сутками у операционного стола, вынося раненных под шквальным огнем орудий.

Повседневные будни врачей, также не обделены на факты исполнения врачебного долга. Врачебный долг обязывает врача, соответствовать ему. Зачастую врач, завершив рабочий день, но не завершается невидимый процесс врачевания. Врач думает о пациенте, перебирая в мыслях варианты медицинских методик для достижения излечения. Завершив операцию, врач мысленно остается с пациентом, сопереживая и имея самые искренние пожелания быстрейшего восстановления.

Понятие «благо» в медицине неразрывно с принципом «делай благо». Понимание сути блага побуждает делать благо. Оно означает стремление врача к наибольшему возможному благу для пациента. Делать благо или добро для пациента вытекает из самой сущности врачебной профессии, и является обязанностью врача. Врач несет благо, устраняя страдания болящего, понимания его внутреннее состояние и подобрав нужные исцеляющие слова, активируя тем самым веру в улучшение. Врач несет благо, информируя пациента о предстоящем исследовании, предлагая план медицинского вмешательства, при этом учитывает точку зрения пациента. Таким образом, принципы медицинской

этики гарантируют пациенту уважение к его личности, его интересам в излечении, признание прав быть услышанным, получение медицинской помощи и разрешение физических проблем до полного восстановления здоровья.

Этика являет собой принципы эффективного и уважительного сотрудничества. Но, она есть «обоюдоострый меч», что предполагает исполнение данных принципов с каждой стороны, вовлеченной во взаимодействие. Значит, взаимоотношения врача и пациента предполагают не одностороннее понимание и исполнение долга. Пациент, как полноправный участник медицинского взаимодействия исполняет свою часть долга. Он несет ответственность за свое излечение не в меньшей степени, чем врач. Ибо, излечение есть благо. В чем долг пациента и какое благо/добро он обязан осознать и исполнить для эффективного сотрудничества в медицинском процессе?

Понятие «благо» не является статичным или однозначным. Оно включает в себя множество различных аспектов. Платон, рассуждая о благе, выделил главный вид блага, которым наделен человек. К нему относится разумение, второй вид блага есть состояние души. «Благо как бы распространяет само себя, наделяя разумные существа способностью познания, тем самым делая их по своей природе подобным благу». То есть, Платон отождествляет благо с разумом. Разумность обнаруживается в целесообразности или соответствии вещи ее «идеи» [4].

Каждая «идея» для Платона представляет собой совершенство. Идеи Платона составляют иерархию идей, завершаемую верховной идеей, которая есть само добро или благо. Изначально, человек наделен благом, таким как жизнь и здоровье. Разумение данного факта, позволяет человеку принять данность благости. Значит, соответствие человека идеи совершенства или благости, может быть реализована в сознательном стремлении, к нравственному совершенствованию или преображения себя. Преображение личных ценностей, в основе которых умение видеть добро и желание делать добро. Можно сказать, что добро в мыслях и делах есть фундамент здоровья. Иными словами, благо человека находится в нем самом. Хотя, человек предполагает, что благо находится во вне его самого. Он начинает требовать благо от других.

С точки зрения Канта И. человек есть не только природное/физическое существо. Человек есть свободное, разумное существо, приобщенное к высшему миру. В этом мире человек реализует свою свободу и следует долгу как высшему моральному априорному закону. Долг человека разделяется на долг перед самим собой и долг перед другими людьми. Долг перед самим собой рассматривается в двух аспектах. «Во-первых, долг перед самим собой как перед существом живым, во-вторых, как перед существом разумным» [1].

Первый аспект долга затрагивает сохранение человеком своей физической природы и удовлетворение им своих фундаментальных потребностей для развития жизненной силы. Долг человека перед самим собой реализуется в желании быть здоровым, нести ответственность за здоровье, и на постоянной основе проявлять заботу о себе.

«Забота о себе» как понятие изложено Фуко М. В его изложение это означает – «строгий и предельно требовательный способ бытия, лежащий в основе человеческой жизни» [5]. Это не просто стремление к физическому комфорту, комфорту от того, что кто-то отвечает за тебя и обязан гарантировать здоровье. Фуко предлагает строгость и требовательность к себе, чтобы находиться в процессе постоянного осознания ответственности в отношении физического здоровья. Установленное правило ответственности за свое здоровье предполагает свободу от обвинения в адрес кого-либо, в частности врача.

Еще, в Платоновском диалоге «Алкивиад 1», впервые в античном тексте появляется понимание «забота о себе». Сократ призывает своего ученика позаботиться о себе, если он хочет «достичь наилучшим образом своих целей» [3]. Иными словами, долг индивида/пациента перед собой заключается в том, чтобы желать достижения личных целей, удовлетворяя свои потребности.

В первые века новой эры принцип «заботы о себе» приобрел форму «культуры себя». То есть, стал образом действия, манерой поведения и оформился в многочисленные практики для себя. Эти практики включают элементарный уход за телом, режим, помогающий поддерживать физическое состояние, постоянные физические упражнения, умеренное удовлетворение потребностей, размышление, чтение книг, беседы с друзьями. Все эти простые практики есть реализация ответственности человека за свое состояние. Долг человека в том, чтобы преобразовать отношение к себе и сделать это культурой функционирования. Можно сказать, «культура себя» есть долг человека перед собой.

Второй аспект касается достижения соответствия подлинному достоинству человека. Подлинное достоинство человека проявляется во внутренней уверенности и осознание своей ценности. Д.С.Лихачев отметил: «в жизни надо иметь свое служение – служение какому-то делу» [2, с. 190]. То есть, стремление в реализации природных склонностей и талантов во благо себя и совместного бытия есть исполнение человеческого долга. Исполняя этот долг, человек реализует созидательную силу, созидая во имя блага. Созидая, человек наполнен крепостью здоровья. Понимание человеком, сути долга может стать его индивидуальной этикой.

Возникают разные жизненные обстоятельства: трагедии, аварии, агрессивное воздействие окружающей среды, стрессы, физическое недомогание,

физическое страдание от боли, беременность и т.д., при которых человек вступает во взаимоотношения с врачом. Вступив в эти отношения, человек становится пациентом. Став пациентом, он не перестает быть человеком, который должен заботиться о себе. Разумея свой долг перед собой, пациент может культивировать внутри себя ощущение доверия к тем, кто выбрал профессию врача. Забота о себе, включает проявления нравственности во всех отношения, как суть индивидуальной этики.

Пациент остается обладателем блага в разумении. Это благо находится в нем и являет себя в способе мысли. Мысли пациента о надежде в излечении, лучшем исходе медицинского воздействия, благодарности врачу, персоналу за содействие в достижении этой цели. В каком бы физическом состоянии не находился пациент, он не освобождается от долга в отношении своего здоровья и жизни. Врач только содействует обнаружению причин физического недуга, составлению плана лечения и сопровождение в восстановлении физического тела. Акт дыхания, сердцебиение есть бесконечное благо для пациента. Желание жить и верить в быстрейшее восстановление – долг пациента

Врач автоматически исполняет врачебный долг в отношении пациента и стремится профессионально подойти к решению задачи. Пациент исполняет персональный долг в отношении своего здоровья. Взаимное, но персональное исполнение долга и сотворение добра/блага в уважение к тому, кто рядом являет собой реализацию этического принципа взаимности. Можно заключить, что осмысленное понимание и исполнение долга и блага, как врачом, так и пациентом может стать эффективным сотрудничеством во имя жизни.

Список литературы

1. *Кант, И.* Метафизика нравов. 1797//Соч.: в 8 т. – М., 1994. Т.6. – С. 223-540.
2. *Лихачев, Д.С.* Письма о добром. – СПб.: Изд.-во Русско-Балтийский информационный центр. БЛИЦ, 1999. – 190 с.
3. *Платон*. Алкавид 1. Сочинения Платона: в 6 т. / пер. В.Н. Карпова. Т.2. – СПб.: Типография духовного журнала «Сьранник», 1863. – С. 369–450.
4. *Платон*. Законы// Сочинения Платона: в 4 т. / под общ.ред. А.Ф.Лосева и В.Ф.Асмуса; Пер. с древнегреч. – СПб.: Изд-во С.Петерб. ун-та; «Изд-во Олега Абышко», 2007. – С. 89-514.
5. *Фуко, М.* Забота о себе. М.: Изд-во «Рефл-бук», 1998.
6. *Чехов, А.П.* Ионыч // Полное собрание сочинений и писем в 30-ти томах. Т.10. М., Наука, 1986.

УДК 94 (470) (075.8)

ЭТИКА ГИППОКРАТА – ОСНОВА НРАВСТВЕННОГО ОРИЕНТИРА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

Тихоньких Виктор Петрович

Старший преподаватель. Хакасский государственный университет им. Н.Ф. Катанова (655017), свободный исследователь (Российская федерация, г. Абакан, ул. Комарова,16/ 26). E-mail: victor.tikhonkikh@mail.ru

В статье рассматривается актуальная проблема современной биоэтики – эвтаназии в связи с медицинской Клятвой Гиппократа. Предпринята попытка проанализировать этическую составляющую врачебной деятельности гениального древнего врача, которая послужила историческим истоком этики современной медицины.

Ключевые слова: *Гиппократ, И.В. Руднев, Православие, эвтаназия, этика, мораль, медицина.*

HIPPOCRATES' ETHICS – THE BASIS OF THE MORAL GUIDELINE OF MODERN MEDICAL PRACTICE

Tikhonkikh Viktor Petrovich

Senior Lecturer. Khakass State University named after N.F. Katanov (655017), freelance researcher (Russian Federation, Abakan, Komarova St., 16/26). E-mail: victor.tikhonkikh@mail.ru

The article discusses the current problem of modern bioethics – euthanasia in connection with the Hippocratic Oath. An attempt is made to analyze the ethical component of the medical activity of the brilliant ancient physician, which served as the historical source of the ethics of modern medicine.

Keywords: *Hippocrates, I.V. Rudnev, Orthodoxy, euthanasia, ethics, morality, medicine.*

Во второй половине V в. до нашей эры произошел значительный сдвиг в древнегреческой медицине, повлиявшей на современные этические принципы врачебной практики. Связан он прежде всего с именем Гиппократа (около 460 года до н. э.- около 370 года до н. э.), уроженца острова Коса. Древнегреческого целителя и философа, вошедшего в историю как «отец медицины». Это был одаренный врач, значительно превосходивший своих известных коллег-врачевателей по профессиональному уровню. Однако подлинных трудов Гиппократа сохранилось не много. Этические воззрения, требования к работе врача и запреты в врачебной практике Гиппократа изложены в сборнике «Corpus Hippocraticum» (Корпус Гиппократа) состоящем из трактатов: «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления» и других,

переведенных с греческого языка профессором И.В. Рудневым – психолога и историка медицины, который в течение 45 лет вел кропотливую работу над переводом с греческого на русский язык трудов Гиппократа. В «Корпусе» собрано свыше сотни медицинских сочинений. Большая часть сочинений, входивших в корпус Гиппократа, была написана на основе опыта Гиппократа его учениками и более поздними учеными. В «Корпусе» приводится Клятва Гиппократа, этическое содержание которой сохраняет актуальность и в XXI веке [1].

Среди этических принципов Гиппократа автор статьи особо выделяет принцип отрицательного отношения к эвтаназии, получившего в современной западной медицине утверждение хотя и не полное, но используемого притом также за получение денежного вознаграждения, что можно с полным основанием отнести к пособничеству к самоубийству или даже к убийству. Гиппократ был противником эвтаназии. Вот что утверждает Гиппократ: «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» [2; 7, с. 35-42]. В современном медицинском обществе существует различные мнения о проблеме эвтаназии, однако большинство врачей придерживается точки зрения Гиппократа.

Термин «эвтаназия» в изначальном его понимании (греч) означает «хорошая смерть». Он обозначал «блаженную кончину», «доблестную, благородную смерть». При этом философы Древней Греции приравнивали эвтаназию (лёгкую смерть) к суициду, который был широко распространён среди неизлечимо больных, осуждённых к смерти преступников и нежелающих по разным причинам жить отдельных людей. Само значение слова «эвтаназия» внутренне логически глубоко противоречиво. Поэтому трактовка эвтаназии как «хорошей смерти» воспринимается, как правило, негативно, вызывает потребности преодолеть этот диссонанс и вызывает противоречивые интерпретации.

Выделяются два основных вида эвтаназии: пассивная-прекращение медицинскими работниками поддерживающей терапии и активная эвтаназия - введение медицинских препаратов либо другие действия, которые влекут за собой быструю и безболезненную смерть. Список видов и форм эвтаназии можно определять по социальным, психологическим, финансовым аспектам и на фоне действия наркотических препаратов, с целью нанесения близким психологической травмы и т.д. Фактически пассивная и активная эвтаназия в

действиях медицинских работников или других лиц – это убийство или самоубийство, если это делается по требованию и с согласия пациента. Решение о законности или преступности этих действий ложится на плечи общества, родственников, врачей, исходя системы моральных и нравственных норм этики. Совершающий это действие вольно или невольно выполняет роль палача [4, с. 411].

Медицинская этика складывалась как комплекс корпоративных действий относительно обособленной профессиональной группы людей, занимающихся врачеванием на основе опыта выработанных норм и стилей прошлого и современных достижений медицинской науки и опыта врачевания. Основополагающим текстом медицинской этики считается Клятва Гиппократа, которую традиционно принимали врачи носители античной культуры перед тем, как приступить к своим профессиональным обязанностям. Это особенно важно в условиях усложнения отношений в современном обществе. Когда обострилась проблема этичности и законности использования достижений медицины, потенциально приносящих пользу, но при слабом профессионализме приносящие серьезный вред больному. Достижения дают возможности излечивать ранее неизлечимые болезни и одновременно изменять естественную природу организма человека во вред ему.

Современные биомедицинские технологии позволяют вмешиваться в процессы зачатия, рождения и смерти человека, искусственно моделировать состояние здоровья и болезни, совершенствовать физические возможности организма, изменять пол и внешность. Каждое новое достижение медицины дополняется новыми достижениями, которые являются результатом внедрения в практику более продвинутых репродуктивных технологий таких как суррогатное материнство, экстракорпоральное оплодотворение – вспомогательная репродуктивная технология, позволяющая осуществить оплодотворение яйцеклетки вне организма женщины в искусственных условиях. Развитие научно-технического прогресса ставит перед медициной совершенно новые этические проблемы, например, в трансплантологии, реаниматологии, генетике, эвтаназии, создании новых вирусов, вызывающих массовые заболевания. Великие достижения медицины используются во блага людей, но могут использоваться и используются в корыстных целях во вред человеку и обществу.

На протяжении длительной медицинской практики одни из принципов врачебной этики Гиппократа практически не изменились, другие претерпели изменения, а третьи вызывают споры как среди медиков, так и в обществе. Их объединяет то, что они не перестали существовать с окончанием эпохи Гиппократа, но продолжают в той или иной мере сохранять свою актуальность и развиваться вместе с эволюцией общества и научных достижений. Медицина в

каждом столетии требует от медиков соблюдения определённых моральных императивов, характерных для медицинской практики конкретного времени. Историческое время отражается в соответствующем типе личности, ее поведении и уровне профессионализма.

В значительной мере личность является продуктом свой эпохи, генетического кода, уровня культуры общества и среды обитания человека, воспитания в семье, а также школьного обучения, прочитанных книг, исторических событий, газет, слухов, влияния возрастных групп, социальных и политических событий. Личность может быть высокоразвитой и гуманной, а также невежественной, циничной и жестокой, слабовольной, легко поддающейся влиянию и внушению, с отсутствием образования. Человек выступает как продукт современной ему среды и ему свойственно утрачивать принципы жизнедеятельности прошлого, особенно далекого.

Что создает условия отхода от принципа Гиппократа не давать яда больному. Поэтому в сфере морали и этики сохранение и преемственность взглядов имеют фундаментальное значение. Отсюда требуется анализ традиционных вопросов этики поведения врача поскольку расширяются возможности научного и практического потенциала медицины. В медицинской сфере морали сохранение и преемственность позитивных взглядов имеют фундаментальное значение. В сложившихся условиях врачебная этика также претерпевает серьезные изменения.

«Вопросы, касающиеся жизни и смерти, долга и желаний, целей существования человека и сущности человека, относятся к вечным вопросам, на которые в разных культурах и в разные самобытные эпохи давались разные ответы. Вместе с тем в контексте сложных и многомерных феноменов, составляющих античное наследие, клятва Гиппократа обладает чрезвычайной конкретностью и определенностью, и ее беспрецедентно долгое существование в этом качестве должно было уже обеспечить ей некое единство восприятия» [7, с.36].

Гиппократ был противником искусственной смерти человека путем медицинского вмешательства. В Клятве прямо говорится о запрете на использование яда. Последователями клятвы этот шаг был истолкован как запрещение убийства, его пособничества, подстрекательства к убийству, или даже как необходимая мера фармацевтической безопасности. Современные исследователи считают, что это запрет на облегчение самоубийства, т. е. на запрет самоубийства с участием врача [8, с.62-70]. Часть людей, незначительная, уходят из жизни добровольно, в том числе посредством эвтаназии. Иногда больной сам просит его умертвить. Это может происходить в состоянии отчаяния или депрессии сопровождаемой упадком духа. Выполнять такие просьбы

недопустимо. По мнению сторонников легализации эвтаназии, это естественное «право» на самоубийство, и оно должно быть защищено законом и включать соответствующее организационное обеспечение, используя возможности современной фармакологии и социального института здравоохранения.

Насколько это соответствует православной и медицинской этике? Необходимо отметить, что этика Православной Церкви категорически против самоубийства и рассматривает эвтаназию именно в этом ключе. Т.е. неукоснительно следует завету Гиппократа. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике Московского Патриархата заявляет о том, что процедура эвтаназии таит в себе значительный ресурс злоупотреблений и пренебрежение прогрессом в области медицины. Представляет опасность для общества и сдерживает развитие медицины: «Совет выступает против эвтаназии в любой форме, поскольку её применение неизбежно приведет: а) к криминализации медицины и к потере доверия общества к институтам здравоохранения; б) к поруганию бесценного дара человеческой жизни; в) к умалению достоинства врача и извращению смысла его профессионального долга; г) к снижению темпов развития медицинского знания, в частности, разработок методов реанимации, обезболивающих препаратов, средств для лечения неизлечимых заболеваний и т. п.; д) к распространению в обществе цинизма, нигилизма и нравственной деградации в целом, что неизбежно при отказе от соблюдения заповеди «не убий» [11,с.33; 3].

Русская Православная Церковь категорически отрицает легализацию эвтаназии в любой ее форме и считает данное действие отходом от Божественных установлений. Позиция Русской Православной Церкви по вопросу эвтаназии изложена в «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви». В разделе XII §7 данного документа говорится, что Церковь пребывая верной соблюдению заповеди «не убивай» (Исх. 20, 13). РПЦ не признает попытки легализации эвтаназии, намеренного умерщвления даже безнадежно больных. Священное Писание указывает на Бога, как единственного владыку жизни и смерти: «не убий» (Исх. 20, 13) и «Возлюби ближнего твоего, как самого себя» (Мф. 22, 39).

В античной медицине эвтаназия не исключалась. Л. Эдельштейн, исследователь истории медицины, проанализировал этику греческих философских школ на предмет их отношения к эвтаназии: Академии, Ликея, Стоиков, эпикурейского «Сада», пифагорейцев и других. Только одна школа пифагорейцев налагала абсолютный запрет на самоубийство без каких-либо исключений. Это дало Л. Эдельштейну основание утверждать, что Гиппократ как личность особо выделялся на общем фоне деятелей медицины античности в отношении к эвтаназии [12, с. 12-75].

В настоящее время табу, охраняющие святость жизни, утратили свою безусловную неприкосновенность. Тем не менее сакральное отношение к жизни человека проявляется в дискуссиях по вопросам, связанных с её «началом» и «концом». Острота этих медико-социальных проблем свидетельствует, что сакральное все же вплетено в ткань нашего социального бытия [6, с. 63-69]

В наши дни принцип не причинения вреда больному лечением относителен. Теперь говорят не о том, чтобы «не вредить», а о благополучии пациента, его безопасности. Сегодня у врача имеются сильнодействующие препараты: цитостатики, стероиды, антибиотики и т.д. Их применение сопровождается развитием побочных реакций, в том числе опасных для жизни. Но бывают случаи, когда именно такая терапия является единственным выходом, так называемое паллиативное лечение, которое позволяет облегчить участь больного. Риск серьезных осложнений несут современные диагностические процедуры: биопсия органов, лапароскопия и т.д. с целью достижения максимального лечебного эффекта и снижения минимума возможного побочного действия. Однако, положение о том, что врач не имеет права выдавать, кому бы то ни было смертельных средств, бесспорно.

Узаконена эвтаназия была далеко не сразу и не во всех странах. Ее легализацию во многих случаях нередко предваряли судебные процессы и шедшие вокруг них общественные дискуссии. В настоящее время активная эвтаназия полностью легализована в Нидерландах, где она широко практикуется во всех ее формах. В 2001 году правительство Нидерландов окончательно приняло закон, по которому эвтаназия была официально разрешена в ряде строго определенных случаев. Когда человек получает разрешение на смерть, в течение нескольких дней «комитет по этике» (euthanasia review committee) выдает разрешение врачу, который и осуществляет необходимую процедуру. Существуют мобильные команды эвтаназистов - врачи, которые работают по всей стране, чтобы помочь людям уйти из жизни, если их собственный местный врач отказывается брать ответственность на себя [5].

По состоянию на май 2023 года эвтаназия законна в Бельгии, а также в Канаде, Люксембурге, Нидерландах, Новой Зеландии, Португалии, Испании Австралии. Есть несколько стран, где активная эвтаназия разрешена конституционным судом страны, но ее порядок не регламентирован законом: Италия; Германия; Колумбия. Любая форма эвтаназии запрещена только в четырех странах мира: Россия, Беларусь, Кения (Африка), Белиз (Центральная Америка. В России в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ в статье 45. «Запрет эвтаназии» говорится: «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе

прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» [9, с. 57; 10, с. 70]. Вместе с тем активная эвтаназия была ненадолго узаконена в Советской России в 1922 году [13, с. 168-269].

Несмотря на то, что эвтаназия объявлена незаконной, законодательство России не предусматривает наказание за ее использование. Используется лишь Уголовный кодекс, где предусматривается наказание за обычные убийства и непредумышленные преступления. Закона, который бы наказывал конкретно за незаконную практику эвтаназии нет.

Эвтаназия не является лишь медицинской проблемой, а концентрирует в себе всю антропологическую проблематику современности и затрагивает фундаментальные основания человеческого бытия в мире. Она является преступлением человека против самого себя и против общества. В использовании эвтаназии проявляется тенденция создания цивилизации смерти. Что может найти свое решение в уничтожении престарелых поколений как материальную обузу общества. Легализация эвтаназии открывает множество возможностей для злоупотреблений со стороны родственников, врачей и посторонних лиц.

До сих пор эвтаназия остается спорной практикой, так как большинство людей понимает, что суицид – это не лучший способ разрешить жизненные проблемы. Есть целый ряд соображений, по которым страны запрещают такую процедуры. Это прежде всего нравственная сторона вопроса: врач должен лечить человека, а не убивать, или своим бездействием допускать смерть. Мировые религии и религиозные деятели и большинство общества осуждают такие практики.

Клятва Гиппократа имеет непреходящую ценность для сохранения медицинских традиций. В современной культуре её постулаты часто интерпретируются как основа принципов биоэтики и патерналистской практики, характерной для современной медицины. Клятву Гиппократа в ее современной трактовке должны принимать не только врачи, но фельдшеры, медицинские сестры, все работники, участвующие в лечении и обслуживающие больного.

Список литературы

1. *Гиппократ*. Этика и общая медицина; Письма / Гиппократ; [пер. с древнегреческого В. Руднева]. – М.: Мир книги, 2007. – 334 с.
2. *Гиппократ*. Избранные книги / Гиппократ // пер. с греч. проф. В. И. Руднева. Ред., вступ. статьи и прим. проф. В. П. Карпова. – М.: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1936. – 736 с.
3. Заявление Патриарха Московского и всея Руси о современных тенденциях легализации эвтаназии в России. Электронный ресурс // https://pk-semya.ru/analitika/item/946-

zayavlenie-o-sovremennykh-tendentsiyakh-legalizatsii-evtanazii-v-rossii.html?ysclid=mm03rq28lc154250886. Дата обращения: 24.02.2026.
4. *Крайнюков П.Е., Симоненко В.Б., Абашин В.Г., Мусаилов Г.Р*. Клятва Гиппократа и деонтология в современной медицине // Клиническая медицина. - 2021. - С.409-413.
5. *Корнеева А*. В Нидерландах появятся мобильные бригады эвтаназиологов //МЕД-инфо. Мир здоровых новостей и приложения «МЕД-инфо», «Новости медицины». Электронный ресурс// https://med-info.ru/content/view/869?ysclid=mm03gipt7u560175767. Дата обращения: 24.02. 2026.
6. *Максименко Л.А.* Сакральное в медицине: динамика социокультурных смыслов // Социодинамика. -2016. -№ 10. - С. 63-69.
7. *Мелик-Гайказян И.В., Мещерякова Т.В*. Клятва Гиппократа: трансформация семантики и возрождение прагматики // Scholae. Философское антиковедение и классическая традиция. – 2015. – Т. 9. – №. 1. – С. 35-44.
8. *Патрикеева Е.В., Патрикеева Н.С*. Истоки медицинской этики: клятва Гиппократа на протяжении веков // Медицинское образование сегодня. - 4(12). -2020. - С. 62-78.
9. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2023). Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года/ Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года. – 148 с.
10. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 23.07.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2026). - 153с.
11. Церковно-общественный Совет по биомедицинской этике // Заявление «О современных тенденциях легализации эвтаназии в России» / Православие и проблемы биоэтики. Вып. 1 (1998-1999). – М., 2001. – 33 с.
12. *Edelstein L., Chester R. Burns.* The Hippocratic Oath (dans Legacies in Ethics and Medecine), 1977 -p. 12-75.
13. *Lichterman, Boleslav L.* Basic problems of medical ethics in Russia in a historical context //Journal International de Bioéthique. – С. 168—169.

УДК 614.24:61(091)

«ОТ БЛАГОЧЕСТИЯ К ДЕОНТОЛОГИИ»: ЭТИЧЕСКОЕ УЧЕНИЕ М.Я. МУДРОВА В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Ерегина Наталья Тимофеевна

Доктор исторических наук, заведующий кафедрой истории и философии Ярославского государственного медицинского университета (150000, Ярославская область, г. Ярославль, ул. Революционная, 5). E-mail: ereginant@mail.ru

В статье рассматривается этическое наследие Матвея Яковлевича Мудрова в контексте современных требований к профессиональной идентичности врача. На основе речей и наставлений Мудрова анализируются ключевые принципы его этического учения: любовь к ближнему и искреннее милосердие, бескорыстное служение, уважение к личности пациента и сохранение врачебной тайны, ответственное отношение к профессиональному сообществу. Показано, что эти принципы, сформировавшиеся в специфическом историко-культурном пространстве «золотого века» русской культуры и становления русской интеллигенции, обнаруживают прямые параллели с современными кодексами медицинской этики и деонтологии. Обращение к наследию М. Я. Мудрова позволяет не только точнее реконструировать истоки отечественной врачебной этики, но и обозначить ценностные ориентиры для развития гуманистической медицинской практики в условиях современных вызовов.

Ключевые слова: *М. Я. Мудров; медицинская этика; врачебная деонтология; милосердие; бескорыстие; врачебная тайна; русская интеллигенция; «золотой век» русской культуры.*

"FROM Piety to Deontology": M.Ya. Mudrov's Ethical Teaching in the Context of Modern Medicine

Eregina Natalya Timofeevna

Doctor of Historical Sciences, Head of the Department of History and Philosophy at Yaroslavl State Medical University (5 Revolyutsionnaya Street, Yaroslavl, Yaroslavl Region, 150000). E-mail: ereginant@mail.ru

The article examines the ethical legacy of Matvei Ya. Mudrov in the context of contemporary requirements for the professional identity of the physician. Drawing on Mudrov's speeches and instructions, it analyzes the key principles of his ethical doctrine: love of one's neighbour and genuine compassion, selfless service, respect for the patient's personality and preservation of medical confidentiality, and a responsible attitude towards the professional community. It is shown that these principles, which were formed within the specific historical and cultural space of the Russian "Golden Age" and the emerging intelligentsia, display direct parallels with modern codes of medical ethics and deontology. Turning to the legacy of M. Ya. Mudrov makes it possible not only to

reconstruct more precisely the origins of Russian medical ethics, but also to outline value guidelines for the development of a humanistic medical practice under contemporary challenges.

***Keywords**: M.Ya. Mudrov; medical ethics; medical deontology; compassion; selfless service; medical confidentiality; Russian intelligentsia; Russian "Golden Age".*

В условиях стремительного технического оснащения современной медицины и усиления её коммерциализации вопросы профессиональной этики и нравственного облика врача все более часто находятся в центре внимания медицинского сообщества. Более того, «этические нормы становятся неотъемлемой частью государственной политики в сфере науки и технологий, а их соблюдение — важным условием устойчивого и безопасного развития общества [1, с. 26]. Все это актуализирует дискуссии о независимости врача в принятии ответственных решений, о доверии в отношениях врача и пациента, о допустимых границах вмешательства в личную жизнь. Своими корнями они уходят в далекое прошлое, когда медицинская этика в России только зарождалась. В этом контексте обращение к наследию Матвея Яковлевича Мудрова, чье 250-летие со дня рождения отмечается в 2026 году, представляется не только данью уважения выдающемуся врачу и ученому, но и важным инструментом осмысления устойчивых ценностных оснований медицинской профессии.

Матвей Яковлевич Мудров общепризнанно считается одним из ярких представителей отечественной медицины первой трети XIX столетия, основоположником русской терапевтической школы, организатором клинического преподавания в Императорском Московском университете. Его место в истории отечественной медицины не исчерпывается лишь научными и педагогическими достижениями. Важнейшую часть его наследия составляют его рассуждения о благочестии, нравственных качествах врача, о врачебном долге, милосердии, бескорыстии, прилежности, врачебной тайне. Эти идеи формировались в специфическом историко-культурном пространстве России первой трети XIX века, когда общепринятая в государстве христианская этика служения ближнему сочеталась с процессами профессионализации медицины и первыми шагами университетской науки. Это было время зарождения русской интеллигенции как особого социально-культурного слоя, для которого сочувствие, сопереживание, милосердие и нравственная чуткость по отношению к «другому» становились важнейшими признаками подлинно образованного человека. На этом фоне образ врача, сочетающего профессиональную компетентность с готовностью бескорыстно служить больным, естественным образом включался в возникающий идеал интеллигента. При этом убежденность его взглядов в неизменности религиозно-нравственной традиции, в

формирующейся этике русской интеллигенции и в культурной атмосфере «золотого века» придаёт этическому учению М.Я. Мудрова особый характер, отличный от позднейших преимущественно юридически и нормативно ориентированных подходов.

В русской истории первая треть XIX века традиционно рассматривается как «золотой век» русской культуры — время интенсивного развития поэзии, литературы, философской и общественной мысли, формирования особого типа образованного слоя, для которого идеалы служения, чести и нравственной ответственности становились ключевыми ориентирами. На этом фоне происходило и важное переосмысление роли врача в обществе: от «лечца – лекаря-ремесленника» к образу всесторонне образованного профессионала с высокими нравственными требованиями.

Этические взгляды Матвея Яковлевича Мудрова складывались на пересечении этих векторов – христианской традиции милосердия, университетской культуры «золотого века» и практического опыта врача-клинициста. В его представлениях о профессии отчётливо просматривается стремление соединить научную состоятельность и нравственную безупречность, причём последняя воспринимается не как внешнее приложение к знаниям, а как их внутреннее условие. Этот тезис многократно повторяется Мудровым в большинстве дошедших до нас произведений.

Одним из центральных принципов этического наследия Мудрова – любовь к ближнему и деятельное милосердие. Забота о больном для него не сводится к выполнению профессионального долга в узком смысле; она включает искреннее сопереживание, внимание к внутреннему состоянию пациента, уважение к его страхам, надеждам и сомнениям. В «Слове о способе учить и учиться медицине практической, или деятельному врачебному искусству при постелях больных» он пишет: «Начав с любви к ближнему, я должен бы внушить вам все прочее, проистекающее из оной врачебной добродетели, а именно: услужливость, готовность к помощи во всякое время, и днем и ночью; приветливость, привлекающую к себе робких и смелых; милосердие к чужестранным и бедным; бескорыстие; снисхождение к погрешностям больных…» [2. с. 204]. Лейтмотив его многочисленных речей: милосердие –это важнейшая для врача нравственная добродетель, не менее важная для исхода лечения, чем врачебное искусство.

В тесной связи с идеей милосердия стоит его принцип бескорыстия и служения. Мудров последовательно проводит мысль о том, что врач не имеет права ставить материальную выгоду выше блага больного, а стремление к личному обогащению несовместимо с высоким призванием медицины. Для него это высшая врачебная мудрость: «…ибо все, что нужно для мудрости, требуется и для медицины: презрение богатства, целомудрие и стыдливость, умеренность в

одежде, важность, рассудок, приветливость, чистоплотность… [2. с. 180]. Равное отношение к богатым и бедным для Мудрова является важнейшим правилом врачебной профессии: «Иногда лечи даром на счет будущей благодарности, или, как говорится: не из барыша, была бы слава хороша. Показательна его формула: «В лечении больных не поставляй любостяжании и награды целию, но усовершенствование науки и ее распространение. [2, с. 186]. В одной емкой фразе, касающейся врачебных добродетелей, он четко определил важнейшие правила врача: «хранение тайны и скрытность при болезнях предосудительных; молчание о виденных или слышанных семейных беспорядках; обуздание языка в состязаниях, по какому бы то поводу ни было; радушное принятие доброго совета, от кого бы он ни шел; убедительное отклонение вредных предложений и советов; удаление от суеверия; целомудрие, благочестие, богопочитание внутреннее и наружное; покорение самого себя и поручение врачевания власти божией, словом: *мудрость*. Медицину должно соединять с мудростью, ибо, по словам Гиппократа, врач, любящий мудрость, подобен богу» [2, с. 206].

И ещё одна важнейшая составляющая этических взглядов Мудрова – его отношение к коллегам, к врачу как члену профессионального сообщества, к проблеме врачебной ошибки. Он подчёркивает необходимость взаимного уважения между врачами, сдержанности в оценке действий коллег, обращения за советом, если потребуется, недопустимость открытого злорадства и конкуренции за счёт унижения другого. В современной литературе, обобщающей его позиции, это нередко выражают формулой о том, что посредственный врач может принести больному больше вреда, чем пользы [3, с. 89]. Сегодня эта интерпретация его требовательности к профессиональному уровню врача фактически превратилась в часто цитируемую формулу. Для современной практики остаётся особенно значимым мудровский подход к профессиональному сообществу и проблеме врачебной ошибки. Сегодня деонтологические документы и исследования по медицинской этике подчёркивают важность культуры открытого обсуждения ошибок, взаимного уважения и поддержки между коллегами, отказа от практики «поиска виноватых» в пользу анализа системных причин. Мудров, требовавший честного признания своих просчётов, постоянного самосовершенствования и сдержанности в оценке действий других врачей, фактически предвосхищает современные идеи о «культуре безопасности» и профессиональной солидарности. Его позиция напоминает о том, что уважение к коллегам и готовность к совместному поиску решений являются не только организационной, но и этической нормой.

В совокупности эти принципы образуют целостную систему, в которой профессиональное и нравственное начала неразделимы. Любовь к ближнему, бескорыстное служение, уважение к личности пациента, сохранение тайны,

индивидуализированный подход и ответственное отношение к профессиональному сообществу задают тот образ врача, который органично вписывается в ценностный мир «золотого века» русской культуры и зарождающейся интеллигенции. Именно поэтому этические воззрения Мудрова продолжают восприниматься не как историческое курьёзное наследие, а как важный ориентир для современной медицинской практики.

При этом многие исследователи отмечают, что в условиях высокой нагрузки, нехватки времени и роста бюрократических требований именно «человеческое измерение» общения с больным оказывается под угрозой. Взгляд Мудрова, для которого сострадание, внимательность и участие выступали не «дополнительным» качеством, а сердцевиной врачебного призвания, служит напоминанием о том, что без этих компонентов профессиональная идентичность врача оказывается неполной.

Принцип бескорыстного служения, настойчиво проводимый Мудровым, вступает в острый диалог с современными процессами коммерциализации здравоохранения. Сегодня юридические и профессиональные стандарты декларируют приоритет интересов пациента и недопустимость дискриминации по социальному или имущественному признаку, однако на практике врачи нередко оказываются между требованиями бизнеса и своими представлениями о долге. Мудровский идеал врача, для которого материальная выгода не может быть доминирующим мотивом, а помощь бедным и социально уязвимым — естественная обязанность, указывает на те нравственные ориентиры, которые позволяют сопротивляться превращению медицины в исключительно рыночную услугу. В этом смысле его наставление «иногда лечи даром, а паче бедных и сирых» подчёркивает, что забота о социально уязвимых пациентах является не жестом благотворительности, а внутренней нормой врачебного служения.

Чрезвычайно современно звучит формула Мудрова о необходимости «лечить не болезнь, а больного», которая в современных терминах корреспондирует с концепцией пациент-ориентированной и персонализированной медицины. Современные документы по деонтологии подчёркивают важность учёта индивидуальных особенностей пациента, его права на информацию, на участие в принятии решений, на уважение к его ценностям и жизненным целям. Именно такой подход предвосхищал Мудров, настаивая на внимании к образу жизни, социальным условиям и внутреннему миру больного. Его идея о том, что врач должен видеть в пациенте не объект вмешательства, а партнёра, чья личность заслуживает уважения, перекликается с современными моделями «врач–пациент» и подчёркивает необходимость сохранения индивидуализированного взгляда даже в условиях стандартизации и протоколизации лечения.

Таким образом, основные этические принципы М. Я. Мудрова — милосердие и сопереживание, бескорыстное служение, уважение к личности пациента и сохранение тайны, индивидуализированный подход и ответственное отношение к профессиональному сообществу — обнаруживают прямые параллели с ключевыми положениями современных кодексов медицинской этики и деонтологии. Их актуальность обусловлена тем, что они отвечают на те же фундаментальные вызовы, с которыми сталкивается врач и сегодня: как сохранить человечность в условиях технологизации и коммерциализации медицины, как сочетать профессиональную эффективность с нравственной чуткостью и внутренней честностью. Обращение к мудровскому наследию позволяет не только лучше понять исторические корни отечественной врачебной этики, но и наметить ценностные ориентиры для её дальнейшего развития в XXI веке.

Жизненный и творческий путь Матвея Яковлевича Мудрова пришёлся на период глубокой трансформации российского общества — рубеж XVIII–XIX веков и первую треть XIX столетия, традиционно обозначаемую как «золотой век» русской культуры. Это время связано не только с расцветом литературы и искусства, но и с формированием новой образовательной и научной инфраструктуры: укреплением университетов, развитием специализированных медицинских учреждений, становлением профессиональных сообществ. Отечественная война 1812 года, последующие военные кампании и усилия по модернизации государства обострили потребность в подготовленных врачах, способных сочетать клиническую компетентность с организаторскими и нравственными качествами. Мудров занял в этой системе особое место. Получив образование в Московском университете и познакомившись с европейским опытом медицины, он стал одним из создателей отечественной терапевтической школы, развивал клиническое преподавание и участвовал в формировании университетской медицинской среды. В этом контексте этические воззрения Мудрова оказываются не частным «профессиональным кодексом», а отражением более широких цивилизационных сдвигов. Его размышления о благочестии, нравственных качествах врача, о долге перед ближним и ответственности за принятые решения соотносятся с общим поворотом русской культуры к проблемам внутреннего мира человека, его морального выбора, смысла индивидуального служения. Таким образом, фигура Мудрова позволяет увидеть, как на пересечении медицины, религиозно-нравственной традиции и зарождающейся интеллигентской культуры формируется специфически российский вариант профессиональной этики врача, продолжение которого прослеживается и в последующие эпохи.

Особое место в биографии Мудрова занимает его вовлечённость в круги российской образованной элиты и деятелей культуры. Уже в начале своего университетского пути он через профессорскую и меценатскую среду оказался в доме Тургеневых, где познакомился с В. А. Жуковским, И. В. Лопухиным, А. Ф. Мерзляковым, Василием Львовичем Пушкиным. Эти встречи не только расширили его кругозор, но и укрепили убеждение в том, что врач должен быть широко образованным человеком, способным понимать духовные и культурные потребности своих современников.

В дальнейшем среди пациентов и ближнего окружения Мудрова были такие яркие фигуры «золотого века», как историк Н. М. Карамзин, философ П. Я. Чаадаев, поэты К. Н. Батюшков, И. И. Дмитриев, В. А. Жуковский и А. Ф. Мерзляков. Известно, что он лечил семью Пушкиных, а по преданию, в благодарность ему был подарен детский портрет А. С. Пушкина. Таким образом, Мудров выступает не только как врач своего времени, но и как участник того самого культурного круга, который во многом определял облик русской литературы и общественной мысли первой трети XIX века.

Показательно, что жизненная позиция Мудрова, его готовность помогать бедным пациентам, внимание к нравственной стороне врачебного труда сближали его с другими видными врачами-гуманистами эпохи, в частности с Ф. П. Гаазом. Через эти связи становится особенно заметно, как мотив милосердного служения и «сострадательного интеллигента» проявлялся не только в литературе и общественной публицистике, но и в реальной врачебной практике, которую олицетворял Мудров.

Особый интерес представляет то, что имя М. Я. Мудрова вошло не только в медицинскую, но и в художественную «ткань» эпохи. Л. Н. Толстой в романе-эпопее «Война и мир» прямо называет Мудрова среди врачей, лечивших Наташу Ростову в период её тяжёлой болезни: по словам Толстого, иностранные доктора Метивье и Феллер «не поняли» недуга, Фриз «понял», а Мудров «ещё лучше определил болезнь». Для писателя, крайне скептически относившегося к медицине и часто критиковавшего врачей, такое выделение конкретного фамильного персонажа является показателем исключительного доверия к фигуре Мудрова и признания его клинического и человеческого авторитета.

Важно и то, какова именно болезнь Наташи в художественном мире романа. Исследователи отмечают, что Толстой изображает её состояние как «нравственную» болезнь, связанную с внутренним кризисом, жизненным разочарованием и духовным надломом, а не как чисто соматическое страдание. В этом контексте выбор именно Мудрова врачом, «лучше других определившим болезнь», выглядит крайне показательно: он совпадает с историческим представлением о Мудрове как о враче, который умел видеть связь телесного

недуга с душевным состоянием, настаивал на важности заботы, режима, моральной поддержки и участия близких наряду с медикаментозным лечением. Таким образом, художественный эпизод у Толстого подтверждает сложившийся в реальной истории образ Мудрова как врача, сочетающего клиническую наблюдательность с глубоким пониманием духовно-нравственной стороны болезни и выздоровления.

Список литературы

1. Руководство по этике научных исследований / Под общ. Ред. А.Л. Хохлова. – М.: Изд-во ОКИ, 2026.
2. *Мудров, М.Я.* Избранные произведения. – М. Изд-во Акад. мед. наук СССР, 1949.
3. *Силуянова, И.В.* М.Я. Мудров о вопросах «благочестия и нравственных качествах врача» // История медицины. 2014, №2 (2). С. 88 – 92.
4. *Толстой, Л.Н.* Война и мир: роман-эпопея: в 4 т. — М.: Худож. литература, 1978. — Т. 3. Ч. 1. Гл. 16-17.

УДК 612.821.6

ОТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПРИНЦИПА К ВЕРШИНАМ ДУХА: УЧЕНИЕ АКАДЕМИКА А.А. УХТОМСКОГО О ДОМИНАНТЕ МОЗГА И ВЫСШЕЙ ДОМИНАНТЕ ЧЕЛОВЕКА

Варванин Алексей Викторович

Главный специалист Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Курской области (305000, Российская Федерация, г. Курск, ул. Ленина, д. 70). E-mail: alexeivarvanin@yandex.ru

Никишина Нина Алексеевна

Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Института истории естествознания и техники им. С.И. Вавилова РАН (125315, г. Москва, ул. Балтийская, д. 14). E-mail: nan2008@mail.ru

Статья посвящена анализу учения академика А.А. Ухтомского о доминанте – от физиологического принципа работы нервной системы до фундаментальной концепции, объясняющей поведение человека и его нравственную природу. Цель работы – проследить, как доминанта предстает в трех взаимосвязанных ипостасях: как принцип организации нервных центров, как определяющий фактор поведения и восприятия, и как высшее этическое основание человеческого бытия. В первой части статьи рассматривается классическое определение доминанты как временно господствующего очага возбуждения в центральной нервной системе. Далее статья раскрывает применение принципа доминанты к объяснению целостного поведения. Доминанта предстает как ключевой механизм внимания, памяти и мировоззрения. Согласно А.А. Ухтомскому, восприятие реальности человеком напрямую зависит от сложившихся у него доминант: они избирательно притягивают одни впечатления и тормозят другие, формируя активный характер взаимодействия со средой. Особое внимание в статье уделяется введенному А.А. Ухтомским понятию «высшей доминанты поведения человека» — «доминанты на лицо другого». Этот концепт знаменует переход от физиологии к этике. Ученый полагал, что преодоление индивидуализма и замкнутости на себе возможно лишь тогда, когда доминанта ставится на другого человека как на высшую ценность. Именно через эту доминанту, по мысли А.А. Ухтомского, человеку открывается подлинная реальность другого, и он сам становится личностью.

Ключевые слова: *А.А. Ухтомский, нервная система, центральная нервная система, механизмы деятельности мозга, принцип доминанты, доминанта совести, нравственно-этические принципы*

FROM THE PHYSIOLOGICAL PRINCIPLE TO THE HEIGHTS OF THE SPIRIT: THE TEACHING OF ACADEMICIAN A.A. UKHTOMSKY ON THE BRAIN DOMINANT AND THE HIGHER DOMINANT OF MAN

Varvanin Aleksey Viktorovich

Chief Specialist, Department of the Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing in the Kursk Region (70 Lenin St., Kursk, 305000, Russian Federation).

Nina Alekseevna Nikishina

Candidate of Psychological Sciences, Senior Researcher, S.I. Vavilov Institute for the History of Science and Technology, Russian Academy of Sciences (14 Baltiyskaya St., Moscow, 125315, Russian Federation).

The article is devoted to the analysis of the evolution of Academician A.A. Ukhtomsky's teaching on the dominant — from a physiological principle of the nervous system to a fundamental concept explaining human behavior and moral nature. The aim of the work is to trace how, in the scientist's creative work, the dominant appears in three interconnected aspects: as a principle of organization of nerve centers, as a determining factor of behavior and perception, and as the highest ethical foundation of human existence. The first part of the article examines the classical definition of the dominant as a temporarily dominant focus of excitation in the central nervous system. Its key properties are analyzed: heightened excitability, the ability to summate extraneous impulses, inhibition of competing reflexes, and inertia. It is emphasized that Ukhtomsky understood the dominant not as a local point, but as a complex "constellation of centers" — a functional organ transforming the organism into an integrated, purposefully acting system. The article further reveals the scientist's transition from laboratory physiology to explaining holistic behavior. The dominant appears as a key mechanism of attention, memory, and worldview. According to Ukhtomsky, a person's perception of reality directly depends on their established dominants: they selectively attract certain impressions and inhibit others, shaping an active, rather than passive, nature of interaction with the environment. The dominant acts as that "flywheel" which organizes behavior and frees experience from chaos. Special attention in the article is given to the concept introduced by Ukhtomsky — the "higher dominant of human behavior," the "dominant on the face of the other." This concept marks the transition from physiology to ethics. The scientist believed that overcoming individualism and self-absorption is possible only when the dominant is placed on another person as the highest value. It is through this dominant, according to Ukhtomsky, that the true reality of the other is revealed to a person, and they themselves become a personality. The conclusion summarizes that Ukhtomsky's teaching represents a coherent concept in which the dominant of the brain, behavior, and the higher moral dominant form a unified system connecting the biological nature of man with his spiritual and ethical manifestations.

***Keywords**: A.A. Ukhtomsky, nervous system, central nervous system, brain activity mechanisms, dominant principle, dominant of conscience, moral and ethical principles.*

Имя академика Алексея Алексеевича Ухтомского (1875–1942) занимает особое место в истории русской и мировой науки. Он получил очень необычное образование, первоначально закончил военные образование окончив Нижегородский военный корпус, затем окончил Московскую духовную академию, и уже имея научную степень по богословию поступил на естественное

отделение в Императорский Санкт-Петербургский университет и начал работать в лаборатории у физиолога Н.Е. Введенского.

Физиолог, философ и глубокий мыслитель он создал учение, которое переросло рамки естествознания и стало значимым явлением гуманитарной мысли. В центре этого учения – принцип доминанты, который сам ученый называл не теорией и не гипотезой, а «эмпирическим законом вроде закона тяготения». Исследуя физиологические механизмы работы нервной системы, А.А. Ухтомский пришел к выводам фундаментального значения о природе поведения, восприятия и нравственного бытия человека [1, 2].

Как писал сам А.А. Ухтомский, когда он начал заниматься научными исследованиями в области физиологии, то в физиологии господствовало убеждение в неизменности рефлекторных ответов. Это считалось настолько фундаментальной аксиомой, что исследователи игнорировали экспериментальные данные, демонстрирующие обратное. На практике, при целенаправленном раздражении, рефлекторные дуги проявляли поразительную вариативность: их реакции были далеко не всегда предсказуемы, а порой и вовсе противоположны ожидаемым. Это привело к формированию концепции «извращения рефлексов». Данная проблематика и сегодня остается одной из самых активно исследуемых. В самой идее «извращения рефлексов» заложено противопоставление нормы и патологии: подразумевается, что существует некий стандарт работы рефлекторной дуги, а любые отклонения, вплоть до диаметрально противоположных, считаются исключением или искажением правильного функционирования [9].

В качестве конкретного примера доминанты можно привести случай, с которым столкнулся А. А. Ухтомский в 1904 г. Согласно классическим работам Фритча, Гитцига, Ферье и других авторов, раздражение определенных участков коры больших полушарий неизменно вызывает строго локализованную реакцию, например, в мускулатуре конечностей. Однако А.А. Ухтомский обнаружил, что при изменении внутреннего состояния животного, раздражение той же самой зоны перестает давать ожидаемый двигательный эффект. Проводящие пути к конечностям оказываются заторможенными. Причина крылась в том, что в данный момент доминирующее возбуждение принадлежало другим центрам. В результате раздражение коры, от которого ждали реакции, усиливало текущий процесс и вызывало совершенно другие реакции [9, 10].

Перед А.А. Ухтомским вставал выбор: рассматривать подобные явления как случайные аномалии, отклонения от узаконенных физиологических норм, либо признать в них проявление определенной закономерности, требующей изучения, и он избрал второй путь. А.А. Ухтомский подчеркивал, что наука, следуя присущему ей стремлению к обобщению, должна вырабатывать более

широкие правила, которые включали бы подобные «исключения» не как аномалии, а как частные случаи общего закона. В качестве подтверждения этого подхода А.А. Ухтомский ссылался на методологию Н. Е. Введенского, который в своих исследованиях периферической иннервации добился фундаментальных результатов именно благодаря тому, что не игнорировал исключения из прежних правил, а искал новые, более общие закономерности, в рамках которых эти исключения становились предсказуемыми и закономерными [9, 10].

Впервые термин «доминанта» был введен А.А. Ухтомским в научный оборот в 1923 г., хотя первые наблюдения, приведшие к этому открытию, датируются 1904 г. Изначально доминанта понималась как строго физиологический феномен. Согласно определению ученого, доминанта – это временно господствующий очаг возбуждения в центральной нервной системе, который определяет характер текущих реакций организма [3, 4].

Этот господствующий очаг обладает рядом уникальных свойств. Во-первых, он характеризуется повышенной возбудимостью и способностью к суммации – то есть даже посторонние, индифферентные импульсы, поступающие в другие центры, начинают работать на усиление доминанты. Во-вторых, доминанта оказывает тормозящее влияние на другие рефлекторные дуги, подчиняя себе всю деятельность нервного аппарата. В-третьих, ей присуща инертность: возникнув, очаг возбуждения склонен устойчиво поддерживаться и повторяться, даже если исходный раздражитель исчез. Таким образом, доминанта выступает тем физиологическим механизмом, который превращает организм из простой суммы рефлексов в единую, целенаправленно действующую систему [5, 6].

А.А. Ухтомский подчеркивал, что доминанта – это не топографически единый пункт, а сложная «констелляция центров», охватывающая различные этажи головного и спинного мозга. Это функциональное объединение, которое он называл «органом», понимая под этим не морфологически неизменное образование, а любое сочетание сил, приводящее к определенному результату [7, 9, 10].

А.А. Ухтомский называл доминанту «органом» и предложил принципиально новый взгляд на само понятие «орган». Обычно под органом понимают структуру анатомически постоянную: сердце, печень, почку, но А.А. Ухтомский утверждал, что для физиологии нервной системы важнее не статика, а динамика. В мозге органом будет являться сочетание сил (в данном случае — нервных процессов), которое при прочих равных условиях всегда приводит к одному и тому же результату [9, 10].

Если в текучем процессе определенное сочетание возбуждений и торможений всякий раз дает один и тот же рабочий результат (например,

определяет вектор поведения), это сочетание и есть орган. Доминанта подвижна, она возникает и исчезает, переходя из одного центра в другой. Но когда она есть, она работает как целостный механизм. А.А. Ухтомский называет ее «подвижным физиологическим органом» или «органом поведения» [9, 10].

Уже в своих ранних работах А.А. Ухтомский вышел за пределы физиологического изучения рефлексов и доминанты. Он увидел в доминанте ключ к пониманию целостного поведения. Если на уровне физиологии доминанта объясняет, почему животное с половой доминантой игнорирует пищу, то в применении к человеку этот принцип раскрывает механизмы внимания, памяти и мировоззрения [8, 9, 10].

Ученый утверждал, что восприятие человеком реальности напрямую зависит от того, какие доминанты сформированы в его коре головного мозга. «Человек видит реальность в зависимости от того, какие доминанты он имеет» [9, 10]. Доминанта действует как фильтр: она избирательно притягивает одни впечатления и тормозит другие, интегрируя их в целостный образ. По словам А.А. Ухтомского, «я узнаю вновь внешние предметы, насколько воспроизвожу в себе прежние доминанты, и воспроизвожу мои доминанты, насколько узнаю соответствующие предметы среды» [9, 10]. Это означает, что поведение и познание – это не пассивное отражение мира, а активный, доминантно-организованный процесс взаимодействия со средой [9].

Доминанта становится тем «маховым колесом», которое избавляет опыт от пестроты и хаотичности, направляя поведение в определенное русло. Она может быть как конструктивной, так и разрушительной. Так, например, травматический опыт формирует устойчивую патологическую доминанту, которая будет искажать восприятие мира, пока не будет замещена новой, «бодрой» доминантой [10].

Наиболее глубокое развитие учение А.А. Ухтомского получило в его размышлениях о природе человека. Проводя различие между «низшими» и «высшими» доминантами, он отмечал, что первые носят преимущественно физиологический характер и связаны с удовлетворением базовых потребностей. Вторые же, формируясь в коре головного мозга, составляют физиологическую основу «акта внимания и предметного мышления» [7, 10].

Однако вершиной иерархии доминант, по мнению А.А. Ухтомского, является особая доминанта, свойственная только человеку как существу нравственному, – «доминанта на лицо другого». Именно здесь физиология смыкается с этикой. Ученый считал, что фундаментальная проблема человеческого существования – это «проклятие индивидуалистического отношения к жизни», замкнутость на себе, на своем «Двойнике». Преодоление

этого эгоцентризма возможно лишь через постановку в центр своего поведения и восприятия другого человека [4, 6].

Эта высшая доминанта поведения есть необходимое условие подлинной самореализации и нравственного развития. Другой человек в общении выступает не как средство, а как цель и ценность. Через любовь и «идеализацию» другого, через наделение его лучшими чертами человек получает возможность выйти за границы собственного солипсизма и построить подлинное «Мы». Так физиологический принцип доминанты в творчестве А.А. Ухтомского превращается в краеугольный камень философской антропологии, объясняя, как биологическое начало в человеке служит фундаментом для высших проявлений его духа [9].

Таким образом, учение А.А. Ухтомского представляет собой стройную концепцию, в которой доминанта предстает в трех ипостасях: как фундаментальный принцип работы нервных центров (доминанта мозга), как организующее начало поведения и познания (доминанта поведения) и, наконец, как высшее нравственное мерило человеческого бытия (доминанта на лицо другого). Этот переход от физиологии к этике и составляет главную ценность и уникальность научного наследия русского мыслителя.

Список литературы

1. Из истории кафедры гистологии Курского государственного медицинского университета / Курский государственный медицинский университет. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2018. – 152 с. – ISBN 978-5-7487-2132-5.
2. История становления естественно-научных направлений исследований в г. Курске / Н. А. Никишина, П. В. Ткаченко, А. В. Иванов [и др.] // История и педагогика естествознания. – 2022. – № 4. – С. 25–31. – DOI 10.24412/2226-2296-2022-4-25-31.
3. История становления научных школ Курского государственного медицинского института: 1935–1940 / А.В. Иванов, П.В. Ткаченко, С.А. Долгарева [и др.] // История науки и техники. – 2022. – № 9. – С. 22–31. – DOI 10.25791/intstg.9.2022.1376.
4. *Коротько, Т.Г.* Научные школы кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии / Т.Г. Коротько, Н.А. Никишина, А.В. Иванов // Образовательный процесс: поиск эффективных форм и механизмов: сборник трудов Всероссийской научно-учебной конференции с международным участием, посвященной 82-й годовщине КГМУ, Курск, 03 февраля 2017 года / под редакцией В. А. Лазаренко [и др.]. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2017. – С. 325–329.
5. Научные исследования в Курском государственном медицинском институте с 1935 г. по 1940 г. / А.В. Данилова, С.А. Долгарева, В.Т. Дудка [и др.] // Коллекция гуманитарных исследований. – 2022. – № 4 (33). – С. 47–65. – DOI 10.21626/j-chr/2022-4(33)/7.
6. *Никишина, Н.А.* Методика самостоятельной работы студентов при подготовке к практическим занятиям по дисциплине «Гистология, эмбриология, цитология» / Н.А. Никишина // Университетская наука: взгляд в будущее : сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского

государственного медицинского университета, Курск, 07 февраля 2020 года : в 2 томах. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2020. – С. 786–789.
7. Памяти военных хирургов, преподавателей кафедры нормальной анатомии КГМИ / Н.А. Никишина, А.В. Иванов, В.В. Харченко, Л.М. Рязаева // Духовно-нравственная культура в высшей школе: историческая память как основа патриотизма и гражданственности : материалы VIII Международной научно-практической конференции в рамках XXIX Международных Рождественских образовательных чтений, Москва, 16–19 мая 2021 года. – Москва : Российский университет дружбы народов (РУДН), 2021. – С. 328–336.
8. *Ткаченко, П.В.* Памяти Петра Афанасьевича Некрасова, учёного и педагога / П. В. Ткаченко, Н. А. Никишина, В. И. Пучков // Историко-биологические исследования. – 2022. – Т. 14, № 3. – С. 7–26. – DOI 10.24412/2076-8176-2022-3-7-26.
9. *Ухтомский, А.А*. Избранные труды / А.А. Ухтомский ; составители Э.Ш. Айрапетьянц [и др.] ; под редакцией Е.М. Крепса ; статья Н.В. Голикова. – Л.: Наука, Ленинградское отделение, 1978. – 358 с.
10. *Ухтомский, А.А.* Интуиция совести: письма. Записные книжки. Заметки на полях / Алексей Ухтомский; предисловие Г. Цуриковой, И. Кузьмичева ; примечания Л.В. Соколовой. – СПб.: Петербургский писатель, 1996. – 525 с.

УДК 130.31; 140.8

АНТРОПОЛОГИЧЕСКИ-БИОЛОГИЧЕСКОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ (НОВАЯ МЕТАФИЗИКА)

Познанский Константин Эдуардович

Старший преподаватель кафедры философии и биоэтики ФБГОУ ВО Первого Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. И.П.Павлова (197022, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д.6-8). E-mail: filospolit@yandex.ru

В статье рассмотрено значение генетики в сфере антропологии. Постулируется центральное положение человека как антропологического типа в коституировании культурно-историческую реальность. В связи с этим возникает проблема значения генетики для формирования той или иной социо-демографической и культурно-исторической реальности. Отмечено недостаточное внимание к проблеме, задачах и значению генетики в культурологических, исторических и социологических исследованиях. Отмечена необходимость синтеза культурно-исторических и генетических исследований.

Ключевые слова: *генетика, концепция, антропология, интерпретация, онтология, наследственность, генетический фактор, конституирование, антропологический тип, мировоззрение, идеология, архетип.*

ANTHROPOLOGICAL-BIOLOGICAL WORLDVIEW (NEW METAPHYSICS)

Poznanskiy Konstantin Eduardovich

Senior Lecturer, Department of Philosophy and Bioethics, I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University (197022, Russian Federation, Saint Petersburg, Leo Tolstoy St., 6-8)

The article considers the importance of genetics in anthropology. The central position of man and, accordingly, the anthropological type in cultural-historical process is postulated. In this regard, the problem of significance of genetics for the formation of a particular socio-demographic reality arises. Insufficient attention of the significance of genetics in cultural studies and the need for a synthesis of genetic and cultural-historical approaches are noted.

Keywords: *genetics, concept, anthropology, interpretation, ontology, heredity, genetic factor, constitution, anthropological type.*

Введение. В работе рассматривается необходимость взаимодействия антропологии и генетики, учет генетических факторов в антропологических исследованиях и в философской антропологии. Влияние биосоциальных процессов на формирование антропологических типов и их деятельность.

Цель: Соответственно целью данной статьи является подчеркнуть необходимость комплексного рассмотрения проблем генетики, социобиологии и антропологии, взаимосвязь между биологическими, психическими и социальными уровнями эволюции человеческого бытия.

Метод: структурно-функциональное и феноменологическое рассмотрение биосоциальных и антропологических проблем с акцентом на влияние проблем генофонда.

Одной из основных задач, требующих постановки в центр; - утверждение биосоциального мировоззрения. Следует со всей ответственностью заявить – доминирование плюралистических квазинаучных идеологий современности, внедряющихся в сознание постхристианского пространства, ведет, в конечном счете, к гибели научно-технической цивилизации – этого порождения европейского мира.

Проблема антропологии во всех её формах должна стать в центре мировоззрения. Все формы антропологии (социальной, политической, культуро-антропологической и т.д.) должны разворачиваться из своего основания под названием «физическая антропология», одним из центральных средоточий которой должна являться генетика [13].

Необходимо трезвым и бесстрастным взглядом смотреть на реальность, отбросив разные псевдогуманитарные мировоззренческие концепты, плотно обволакивающие современную реальность. Да и сама эта реальность приобретает форму виртуальной реальности.

Должна произойти своего рода революция в сфере сознания, освобождающая его от унаследованных и вновь приобретенных мировоззренчески-идеологических учений [1].

Антропологическая наука как наука о антропологических типах должна лечь в основание мировоззрения. Иными словами, перефразируя одно из центральных понятий (архетип) К.Г. Юнга следует говорить об антропологическом архетипе (архетипах).

Метафизика человека должна стать метафизикой антропологического архетипа. В то же время эта антропологическая архетипика с необходимостью является плюралистической в том смысле, что нет никакого общечеловеского антропологического типа. Это абстракция. Каждый антропологический архетип, лежащий в основании того или иного типа культуры и конституирующий культурно-историческую реальность, есть достаточно автономная самодостаточная целостность [2].

Если под понятием метафизика согласно М. Хайдеггеру понимать учение о сущности, истины и об истине сущего, то с необходимостью сущее человек

должен пониматься как тот центр, который конституирует реальность в соответствии со своей истиной.

Абстрактное понятие человек, доставшееся нам от эпохи Просвещения, которая в свою очередь есть перевернутая форма десакрализованной религии (христианства) незримо доминирует вот уже третье столетие в сознании европейского человечества. Даже та форма историзма, выступающая как марксизм и его модификации (неомарксизм) рассматривает экономику как детерминанту, обуславливающую формирование человека. Но сама экономическая реальность, рассматривающаяся в марксизме как единственная подлинная онтология, не появляется ex nihilo, и не отпускается с небес в уже готовых своих сущностных структурах, а создается определенным антропологическим типом [6].

История есть история культур, где экономика есть один из определенных модусов культуры, или выражаясь в терминах о О. Шпенглера один из символов прасимвола.

Но культуры как символы души того или иного антропологического типа – это разные по своей сущности культуры.

Определенная душа воплощает определенные ценности, обусловленные в свою очередь верховной ценностью, представляющую собой то, что в традиционном потреблении носит название Истина. Но истина имеет культурно-исторический характер. Каждая культура, фундированная и конституированная определенным антропологическим типом, есть воплощение определенной истины. Но истина имеет свое предельное основание – определенный антропологический тип. Можно с уверенностью сказать, что История как свершения есть борьба за доминирование той или иной истины [9]. Единая Истина есть пустая абстракция, которой страдают все монотеистические религии, претендующие на монопольное обладание истиной.

Прав Ф. Ницше сказав: «Факта нет, есть интерпретация». Как показывает история даже в рамках одной и той же религии существовали и существуют множество течений, конкурирующих между собой за свою истину (борьба Афанасия и Ария в IV в., дифизитов и монофизитов в христологии, полемика о нисхождении Святого Духа между Константинополем и Римом в XI веке, приведшая к окончательному расколу двух полюсов единой католической ортодоксальной церкви).

Нет сомнений, что та истинная интерпретация той самой иной проблемы, порождающая определенный догмат, обусловлена на той культурно-исторической почве, которая и обуславливала ту или иную смысловую морфология. Даже система догматов, составляющая суть той или иной

конфессии, интерпретируется по-разному тем или иным антропологическим типом, как это достаточно убедительно демонстрирует нам история [6].

Всё выше сказанное следует рассматривать как наиболее очевидный пример того, что даже сфера культурно-исторической реальности, квинтэссенцией которой всегда являлась религия, интерпретировалась по-разному теми или иными антропологическими типами.

Формально догматика представляет собой нечто единое, восприятие и интерпретация – разные. Эмпирическая реальность, которая и есть сама жизнь, постоянно вносит свои коррективы теологически-метафизические и идеологические принципы.

Давно пора усвоить, что одно и то же слово наполняется разным смысловым содержанием, в зависимости от контекста, в котором она функционирует [1]. Контекст же порождается определенным антропологическим типом.

Мы не будем сейчас вдаваться в конкретный анализ антропологических типов как в их структурной статике, так и в исторической динамике (эволюции). На данный момент в этом нет необходимости в данной статье, которая посвящена не анализу и дескрипции всего богатого биологически-антропологического и антропологически-культурологического материала, но постановке центральной проблемы [2].

Проблема же состоит в необходимости теоретической, прагматическо-эмпирической и, в конечном счете, мировоззренческой переориентации. Полагание новой (по сравнению с уже существующей и доминирующей), но в принципе достаточно старой системы ценностей. Как говорится, спуститься с небес на землю. Достаточно безответственно и (или) наивно выхолащивать историю, изымая из ее основания антропологически-биологический фактор, играющий доминирующую роль в исторической жизни, считая его (фактор) всего лишь производной т.н. внешней среды (в том или ином варианте).

Как раз наоборот, антропологически-биологический принцип не лежит в основе исторического процесса, являясь его своего рода квинтэссенцией [13]. Народы как воплощения определенного антропологического архетипа, различаются между собой в первую очередь по своим биологическим (в самом широком смысле) признакам и, как следствие этого, по своим культурно-историческим, социально-политическим, экономическим, морально-этическим и, в конечном счете, мировоззренческим принципам.

Как справедливо отметил отечественный ученый А.А.Зубов: «Расы человека, являющиеся по сути своей биологическими категориями, не могут быть познаны в динамике их генезиса и развития без привлечения данных исторических наук. И, с одной стороны, материалы антропологических

исследований являются для исторических наук ценным источником информации, что всегда стимулировало развитие физической антропологии» [14].

Каждый антропологический типикон вырабатывает свое собственное присущее только ему мировоззрение. Из этого следует, что т.н. общечеловеческое мировоззрение – фикция. Это же касается и т.н. общечеловеческих ценностей, которых, пожалуй, придерживаются на свою беду представители левых кругов евро-американских интеллектуалов, навязывающие их в качестве идеологических догм своим соотечественникам (не следует их путать с заповедями «не убий», «не укради», «не прелюбодействуй», «не лги» и т.д.). Впрочем, В. Ульянов (Ленин) называл подобную категорию современных ему представителей общественности «бесполезными идиотами».

Достаточно очевидно, что существует непосредственная корреляция между антропологическим и мировоззренческим типами как системой ценностей. Каков антропологический тип, таково мировоззрение [5]. Но ценности при одинаковом вертикальном озвучивании наполняются разным смысловым содержанием. А поскольку в центре любого мировоззрения лежит понятие истины, понятие же истины в свою очередь всегда пропитано морально-этическими интенциями, то совершенно ясно, что понятия «добро» и «зло» и ирридирующие из этого центра остальные морально-этические модальности будут иметь совершенно разные смыслы и содержания.

Мировоззрение, конституированное определенным антропологическим типом, само, в свою очередь, так или иначе детерминирует этот антропологический тип.

Поскольку антропологический тип представляет собой определенную ценностность со своей аналитически-физиологической, эндокринной, метаболической, неврологической, психологической, психиатрической и ментальной особенностью (спецификой), поскольку и способ восприятия, мышления, действия будет иметь свой только ему присущий характер. И, соответственно, свой способ полагания ценностей. Под ценностью понимается наиболее значимое. Этим все сказано. У разных антропологических типов наиболее значимым является разное [7]. Под разным здесь следует понимать не только лишь определенную предметность, но ту интерпретационную модель, которая и является ценностью. Выражаясь иначе, более понятным языком: «Стороны, говоря формально об одном и том же, говорят о разном», т.е. вкладывают разные смыслы.

Человек живет в пространстве смыслов, но смыслы неоднозначны даже для представителей одного и того же антропологического типа. Редуцирование человека общечеловеческой абстракции есть высшая форма интеллектуальной

импотентности. Даже представители разных социальных страт одной и той же культуры функционируют в разных смысловых пространствах. Не будем углубляться в более детальное и конкретное рассмотрение этого обстоятельства. Объем статьи, да, впрочем, и ее задача этого не предполагают. Здесь же просто указано на достаточно неоднозначную, требующую специальной фиксации проблему того, что называется взаимопонимания и коммуникация. Следует признать, что зачастую люди имитирует понимание, исходя из определенных «тактико-оперативных», а то и «стратегических» задач, выражаясь метафорически [10].

Разрыв смыслового континуума достаточно серьезная проблема. Атомизация как следствие функционализации очевидна. Это также затрагивает и мировоззрение. Встает вопрос: а не превращается ли на определенном этапе (hic et hoc) мировоззрения в фикцию, не имеющую ничего общего с подлинной реальностью, имеющей на самом деле довольно угрожающий характер, явственно манифестирующий перспективу онтологической неантизации данной цивилизационной модели. Люди же живут в мире фикций, то есть в виртуальной реальности.

Выводы: Формирование того или иного антропологического типа, процессы совершенствования или дегенерации последних, в значительной степени зависят от генетических факторов, влияющих на генофонд.

Список литературы

1. *Алексеев, В.П.* Становление Человечества. – М.: Наука, 1984. – 324 с.
2. *Бьюкенен, П.Дж.* Смерть запада. – М; Аст-Течче, 2003. – 382 с
3. *Гальтон, Ф.* Наследственность таланта, законы и последствия. – М.: Мысль, 1996. – 316 с.
4. *Трекалов Н.А.* Жребий человеческого. Очерк Тотальной антропологии. – СПб. Дмитрий Буланин, 2015. – 438 с.
5. *Докинз, Р.* Расширенный генотип: длинная рука гена. – М., 2016. – 513 с
6. *Зубов, А.А.* Палеантропологическая родословная человека. – М.: Наука, 2004. – 260 с.
7. *Игнатова, Н.Ю.* «Новая метафизика» как ответ на вызовы антропогенеза. – М.: Революция и эволюция, 1996. – 328 с
8. *Кайданов, Л.З.* Генетика популяций. – М.: Высшая школа, 1996. – 362 с.
9. *Лоренц, К.* Агрессия. – М.: Прогресс, 1994. – 487 с.
10. *Рекизова И.И.* Современная философская антропология. М.: Наука, 2015. – 374 с.
11. *Тагиров И.М.* Биологический редукционизм в антропологии. М.: Наука, 2020. – 288 с.
12. *Савельев А.Н.* Образ врага. М.: Белые Альвы, 2007. – 586 с
13. *Страхов Н.Н.* Мир как целое. М.: Юрайт, 2007. – 489 с.
14. *Савельев С.В.* Введение в зоопсихологию. М.: Наука, 1998. – 312 с.

УДК 171

НЕ КОРМИТЕ ТРОЛЛЯ: МЕТАФИЗИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ «ПРОБЛЕМЫ ВАГОНЕТКИ»

Кулыгин Сергей Вадимович

Преподаватель кафедры философии и биоэтики ФБГОУ ВО «Первого Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. И.П.Павлова» (197022, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8). E-mail: eupsychia@yandex.ru

Статья посвящена анализу «проблемы вагонетки», сформулированной английском философом Филиппой Фут в 1967 году. Данная проблема является одной из самых известных моральных дилемм в истории наук. Основной тезис статьи – само существование задачи, её структура и необходимость морального выбора, являются маркерами проблемы, связанной с отсутствием единой моральной парадигм и многообразием ценностей как результат гуманистической парадигмы. В статье так же производится анализ наиболее известных вариаций на тему оригинальной задачи, показанных как попытка человека сфокусироваться на наиболее значимых вопросах, связанных с проблемой понимания природы человеческой души.

Ключевые слова: *проблема вагонетки, моральная философия, метафизика, теология, этика.*

DON'T FEED THE TROLL: A METAPHYSICAL ANALYSIS OF THE "TROLLEY PROBLEM"

Kulygin Sergey Vadimovish

Lecturer in the Department of Philosophy and Bioethics at the «First St. Petersburg State Medical University of I.P. Pavlov» (197022, Russian Federation, St. Petersburg, Leo Tolstoy St., 6-8).

This article analyzes the «trolley problem», formulated by the English philosopher Philippa Foot in 1967. This problem is one of the most famous moral dilemmas in the history of science. The article's main thesis is that the very existence of the problem, its structure, and the necessity of moral choice - are markers of the problem associated with the lack of a unified moral paradigm and the diversity of values resulting from the humanistic paradigm. The article also analyzes the most well-known variations on the original problem, depicting it as an attempt to focus on the most significant questions related to understanding the nature of the human soul.

Keywords*: trolley problem, metaphysics, moral philosophy, theology, ethics.*

Едва ли возможно представить какую-либо современную науку без возможности соотнесения её теоретических данных с практикой. Пожалуй,

наиболее ярко выраженным методом апробации является постановка эксперимента, позволяющий не только всесторонне, но и наглядно рассмотреть, как механику какого-либо изучаемого феномена, но и подтвердить достоверность через ощутимый результат. Однако, далеко не все исследуемые феномены могут быть исследованы эмпирическими методами, в силу чрезмерного масштаба, ограниченности человеческих возможностей или же опасности для жизни. Для преодоления подобных проблем используется мысленный эксперимент. И, пожалуй, наиболее известный мысленный эксперимент будет связан именно с жертвами, а точнее, с убийствами одного или нескольких людей. И необходимость убийства в нём будет показана в столь изощрённом виде, что этот эксперимент, впоследствии, будет иметь славу одного из самых ужасных и бесчеловечных. Речь пойдёт о проблеме вагонетки.

Данный мысленный эксперимент берёт своё начало в 1967 в виде публикации в журнале «Oxford Review» под названием «Проблема аборта и учение о двойном последствии (доктрина двойного эффекта)» за авторством английского философа Филиппы Фут. Во многом благодаря этой статье, Фут стала культовой фигурой, положив начало тенденции к исследованиям в области моральной философии через мысленные эксперименты с моральной дилеммой. Её задача с вагонеткой стала столь популярной, и породила столь великое множество споров и вариаций, что данный феномен окрестили «вагонеткологией» (trolleyology).

Однако история данного вопроса начинается много раньше – в Лондоне в 1944 году, когда в разгар Второй Мировой Войны столица Великобритании подверглась бомбардировке немецкими самолётами-снарядами «Фау-1». Несмотря на исключительную силу оружия, эффект оказался не столь разрушительным, в виду погрешности в их наведении на цель – ракеты падали южнее цели. Военное руководство Великобритании разработало план дезинформации противника, согласно которому врагу должно казаться, что ракеты попадают севернее цели, для того, чтобы последующая коррекция наведения посылала ракеты ещё южнее. Однако, в этом случае, ракеты падали бы на южные окраины города, в котором проживал малоимущий рабочий класс. Несмотря на споры среди руководства, план был утверждён лично премьер-министром Уинстоном Черчиллем.

Таким образом видно, что Фут не просто философ-теоретик в области морали, но своей работой пыталась охватить вполне конкретные исторические факты, оказавшие значительное влияние на судьбы человечества (не говоря о самой проблеме аборта, которая сегодня актуальна

как никогда), показывая особенности мышления человека в условиях морального выбора.

1. Принцип работы

Как правило, данная задача, как и её многочисленные вариации, используются для рассмотрения механизма человеческого целеполагания с позиции моральной оценки. Однако, большинство исследований в большей степени уделяют внимание тому, как соотносится результат морального выбора и наши представления о добре и зле, нежели тем механизмам, которые сокрыты в самой задаче. Единственное размышление о внутренней механике приводит сама Филиппа Фут, исследуя, так называемое, «учение о двойном последствии», взятое ею за основу дилеммы. А значит, необходимо будет рассмотреть, как именно работает эта задача, начиная с основных категорий, которыми пользуется разум, пытающийся её решить, и заканчивая анализом многообразия её вариантов.

Итак, по рельсам движется вагонетка. Впереди, на основном пути, лежат связанными пять человек (далее - заложники) таким образом, что если вагонетка продолжит движение, то неминуемо убьёт их. Перед лежащими на рельсах имеется ответвление на боковой путь, на котором, так же связанным, лежит один человек (далее - жертва). За этой картиной наблюдает случайный прохожий (далее - наблюдатель), рядом с которым находится рычаг, переводящий стрелку. Таким образом, перед наблюдателем стоит выбор – в случае невмешательства в ситуацию, вагонетка продолжит путь и убьёт пятерых, а в случае перевода стрелки – пятеро будут спасены, но погибнет один связанный.

Важно, так же, принять рад условий:

- Наблюдателю ничего не известно о заложниках или жертве – ни пола, ни возраста, ни социального статуса. Между ними отсутствует какая-либо связь, равно как и возможность к взаимодействию. Все участники задачи являются максимально абстрактными людьми, без отличительных черт.
- Мысленный эксперимент, нацеленный на исследование философской проблематики, намеренно игнорирует реализм и здравый смысл. Как результат – нет никакой возможности изменить условия задачи или внести какой-либо дополнительный механизм, позволяющий обойти саму дилемму. Вагонетка не может быть остановлена какими-либо техническими ухищрениями (пусть таковые имеются в реальности), равно как нет никакой возможности для заложников или жертвы быть освобождёнными. Вагонетка движется достаточно быстро, чтобы не дать

возможности наблюдателю для импровизации, и достаточно медленно, чтобы успеть осознать ситуацию и принять решение.

- Вся ситуация происходит без свидетелей, а значит не кому вмешаться и оказать содействие – наблюдатель принимает решение и действует в одиночку [6].

2. Анатомия вагонетки

2.1) Эвдемонизм против утилитаризма

Как правило, выбор основывается не только на самом результате, но и на тех ценностях, которые лежат в его основе. В данной ситуации, речь идёт о выборе между двумя ценностными моделями – эвдемонизмом и утилитаризмом.

Эвдемонизм можно назвать древнейшей этической категорией, высшая ценность которой является благо, понимаемое вне контекста какой-либо конкретной формы. Высшее благо, есть благо максимально объективное доступное для каждого ищущего его. И пусть сам путь может к нему быть вполне субъективным и включать в себя вещи, как материального порядка, так и духовного, оно есть конечная цель всякого поиска. По значению, данное понятие весьма близко к понятию «счастье».

Таким образом, можно сделать вывод о том, что понятие «благо/счастье» может проявлять себя достаточно широко:

- как субъективная полнота жизни в личном и социальном контекстах (самореализация)
- как ощущение беспричинной и безусловной положительности существования (экзистирование)
- как следствие сопричастности к божественной воле (благодать)
- как соответствие правильным установкам поведения: совершение хороших поступков и избегание плохих (совесть)

Относительно проблемы вагонетки, эвдемонизм показывает себя с позиции непричастности к злу в виде отказа от акта убийства (пусть и в жертвенных целях) одного человека.

Утилитаризм, в свою очередь, берёт своё начало в пространстве философии Нового Времени, в частности - в Просвещении. Его главные идеологи – английские мыслители Иеремия Бентам и Джон Стюарт Милль, утверждавшие сущностность блага в индивидууме, а благо общественное есть сложение индивидуальных благ в некую статистическую закономерность. Однако неверно было бы считать, что здесь имеет место эгоизм или индивидуализм. Если сущностное начало благо находится в счастье индивидуальном, то направление блага нацелено на счастье

общественное. Таким образом, значение, равно как оценку, будет иметь не сам поступок, но его последствие, выраженное в количественной составляющей. И человек, думающий о каком-либо действии и оценивающий его, должен мыслить категориями полезности, низводя благо и счастье, до некой математической формулы. Данная точка зрения имеет много общего со знаменитым высказыванием, приписываемым Никколо Макиавелли – «цель оправдывает средства» [2].

Проблема вагонетки «сталкивает» обе модели, заставляя не просто выбрать вариант, наиболее подходящий моральным принципам наблюдателя, но и осознать его в контексте невыбранного иного, «неподходящего» варианта. Наблюдатель оказывается между Сциллой и Харибдой, ибо мотив ситуации (намерение или принятие последствия) не очевиден: делается ли выбор между спасением большинства и чистыми руками или между убийством пятерых бездействием и убийством одного действием.

2.2) Учение о двойном последствии

В основу статьи Филиппа Фут положила, созданное основателем схоластической философии Фомой Аквинским, учение о двойном последствии (далее - УДП), которое предлагает понимание механики последствий, имеющихся в людских поступках. Схоластика, являющаяся инструментом католического богословия, имеет в своём базисе философию Аристотеля и заимствует у неё строгий логицизм и стремление к ясности.

Одной из главных концепций Аристотеля является энтелехия – представление о том, что цель предшествует всякому действию, а так же формирует его. Действие начинается с постановки цели и заканчивается её достижением. Таким образом, мир Аристотеля, в своей динамике, является сугубо целесообразным. Однако, существует, так же, и акциденции, которые выражается в случайных свойствах, действиях и последствиях. Таким образом, человек, как носитель ума, является существом энтелехийным, а значит ему присущи как постановки целей, так и наличие их непредвиденных последствий [1].

Схоласты, наследующие у Аристотеля, но будучи христианами, видят человека не только как часть космоса, но и как особенное творение Бога, созданное по образу и подобию Его (Быт.1:26-27). Изначальная цель человека – благая и вечная жизнь. Но в результате грехопадения, изначальная природа искажается, как искажается цель. Теперь задача человека – не просто жить, но пытаться побороть, насколько это возможно свои пороки и вернуться туда, где ему изначально место – рядом с Творцом. Решающим моментом будет Страшный Суд, где будет вынесена оценка каждому намерению, и каждому действию, совершённому в течение жизни. Однако здесь имеется загвоздка –

как сказал апостол Павел: «Доброго, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю» (Рим.7:19). Так же, в социальном плане, поступок может иметь обратный эффект - благое намерение может обернуться злом, а откровенное злодейство привести к спасению. С целью помочь заблудшему человеческому разуму, Фома Аквинский в своём opus magnum «Сумма теологии» предлагает УДП. Его принципы достаточно просты:

- Намерение должно иметь положительный результат, а негативный результат ожидается, но не желается.
- Цель не должна быть достигнута за счёт негативного результата.
- Положительный результат должен быть равен негативному или превышать его [7].

В своей публикации, Филиппа Фут применяет УДП по отношению, как проблемы вагонетки, так и проблеме аборта. Общий посыл прост – если человек желает блага, но имеется негативное и неизбежное последствие, которое не входит в намерение желающего, то оно не может быть «на его совести». Таким образом, аборт есть, в первую очередь, избавление женщины от нежеланного ребёнка, но не убийство ребёнка, равно как и перевод стрелки есть спасение жизни пятерых людей, а не просто убийство одного. Однако в этом посыле есть так же неясность, касающаяся, в частности, соотношения человека, осознанно делающего дурной поступок и человека, который дурного последствия не желает, но принимает. Такого мнения придерживается американский моральный философ Томас Скэнлон, выражая обеспокоенность тем, что принцип УДП может использоваться как оправдание сомнительным намерением, и как возможность снять с себя ответственность за неблаговидный поступок. В этой ситуации мы можем в равной степени представить как человека, скрипя сердце принимающего тяжёлое решение, так и того, кто с лёгкостью готов пойти на жертвы, лишь бы добиться желаемого, принимая, при этом, самый благочинный вид.

Подобного рода проблему можно решить через осознание того, что УДП планировался как инструмент, позволяющий правильно вести себя перед Богом, ведь Он способен видеть человека полностью, осознавать любую интенцию. А значит, суд над душой будет максимально справедливым. УДП позволило бы понять себя самого лучше и дать приблизительное представление о том, как Бог будет нас судить. Однако проблема вагонетки существует, преимущественно, как светская проблема. И сам посыл Филиппы Фут был преимущественно материальным и утилитарным. А значит, проблема выбора (жертва одним ради пятерых), будет находиться всегда в двойственной позиции – наиболее

предпочитаемый выбор, оказывающийся, одновременно, наиболее сомнительным, так как впадает в зависимость от риторики наблюдателя.

Таким образом, можно было бы поставить вопрос следующим образом – насколько УДП применимо к светской этике и закону в целом? Изначальное пространство учения – пространство Творца, который не только видит наши намерения, но и соотносит их со своими правилами. Их непреложность коррелирует с абсолютностью их создателя. Пространство, в котором происходит ситуация с вагонеткой принадлежит людскому закону, чей создатель слеп, ибо судит лишь внешний аспект поступка, не видя, что за ним на самом деле стоит.

2.3) Бездействие

Ещё одним спорным моментом задачи является понимание выбора не дёргать рычаг и не быть причиной смерти другого человека. Особенно ярко, эта проблема выглядит в контексте понятия неосуществления какого-либо насильственного действия или, проще говоря, бездействия.

Данное понятие часто имеет весьма негативную коннотацию, в особенности, если речь идёт о социальном контексте, в котором само общество описывается как утилитарное. В частности, существует закон «Ст. 125 УК РФ», который предусматривает наказание за неоказание помощи человеку, находящемуся в опасности при условии, что ему могла быть оказана помощь. А если соединить понятие бездействия, и возможного последствия в виде смерти пятерых, то можно смело и с высокой степенью достоверности предположить, что оценка выбора «чистых рук», может оказаться наименее предпочтительной в каком бы то ни было случае.

Однако, возможна ли реабилитация бездействия и восприятие его не как сугубо пассивной ситуации, но как столь же активной и осознанной, как и её альтернатива? Наиболее верным действием в данном вопросе будет взгляд на саму природу «чистых рук». Сам по себе вопрос о правильном и неправильном действиях будет очевидным образом связан с вопросом о добре и зле и их источнике. Как правило, многообразие источников сводимо к трём большим группам:

- Природа. Сугубо биологическое понимание добра и зла, как результата эволюции животных инстинктов. Однако, в этом случае добро не имеет собственного содержания и его интерпретация будет сводиться к заурядной подмене понятий «добро-жизнь-здоровье» и его негативный вариант «зло-смерть-болезнь».
- Человек / общество. Пожалуй, наиболее типичный источник в большинстве предположений. Риторика данного варианта может быть представлена следующим клише: «нет в природе, ни добра, ни зла, ибо оба

являются продуктом человеческого мышления и результатом договорённости, выражающаяся в абстрактной форме (мораль) или конкретном (закон)». Подобная точка зрения, очевидным образом приведёт к этическому плюрализму и релятивизму, делая любое исследование в области этики бессмысленным.

- Откровение. Возможно наиболее фундаментальный источник представления о добре и зле – религиозная догматика. Не смотря на то, что пространство веры не является достоверным в силу недоказуемости, этот вариант имеет самое чёткое представление о добре и зле. При этом, выражено оно в двух вариантах понимания: онтологическом (благо всё, что создано благим Богом) и этическом (благо – поступать по воле божией). Зло, же, будет сводиться к искажению всего созданного и поведению, уклоняющегося от божественных заповедей.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что понятие бездействия во всех трёх контекстах будет достаточно различающимся. Натуралистический контекст понимает бездействие как негативный феномен, как отсутствие движения, лежащее в основе самой жизни. Антропологический контекст, скорее всего, выскажется о действии и бездействии как о аспектах общественного долга, а значит бездействие (отличающееся от понятий свободного времяпровождения) будет пониматься как его неисполнение. И только теологический контекст может понять бездействие как некую необходимость, вызванную духовным законом.

Как результат, следования духовному закону, верующий оказывается в пространстве противостояния двух волей – своей и божественной. Взгляд традиционных, монотеистических религий, в частности христианства, предлагает полное принятие высшей воли и отсечение своей собственной – «… впрочем не как Я хочу, но как Ты» (Мат.26:36-46). Отчасти созвучны этому мотиву некоторые восточные мистические традиции, в частности – даосизм, появившийся в Китае, предположительно в V-III веках до Р.Х. Учение базируется на представлении о абсолютном, богоподобном начале Дао, суть которого - путь вещей. То есть каждая вещь есть таковая в силу закона, делающего её таковой, то есть Дао. Однако, в отличие от монотеистической религии Дао не имеет разума, осознанной воли и может быть описана как абстрактное начало или безличный бог. Таким образом, всякий человек, принимающий подобное учение должен принимать всё то, что происходит вокруг него как должное и естественное, не стараясь ни на что влиять и не пытаясь что-либо изменить. Такую модель поведения даосы называют «у-вэй», что переводится как «недеяние» или, точнее, «невмешательство».

2.4) Выбор

Однако, задумываясь о превратностях морального выбора, необходимо задаться вопросом о природе самого выбора, являющимся, несомненно, уникальным механизмом, присущем человеческой душе. Вместе с тем, можно сказать, выбор не является чем-то самодостаточным, но представлен как инструмент более глобального процесса. Первым делом, необходимо заметить, что выбор существует в очень конкретном контексте – многообразии, где необходимо сфокусировать как внимание, так и оценочное суждение на чём-то конкретном. Происходит это с помощью ещё более фундаментального механизма – воли. Понятие так же является проблемным в контексте детерминистической парадигмы, что ставит вопрос: является ли воля человека свободной (и тогда человек уподобляется платоническому «перводвижителю», способному приводить в движение окружение, оставаясь неподвижным) или же так же детерминированной, как и окружающий мир (и тогда проблема выбора окажется весьма условной)?

Признание человека носителем свободной воли, показывает его, способным не просто на принятие решения на основе потребности, но на обладание желанием. Последнее будет отличаться от потребности, которая носит механический и физикалистский характер. Желание можно понимать, как акт чистой воли, не имеющей какой-либо причины, а значит иметь творческий характер. Однако, человек не способен на чистое творение из ничего – это возможность одного лишь Бога. Но даже имея мир готовых форм и свойств, человек приглашён к творению внутри него, будучи созданным по образу и подобию Бога. И воля, как динамическое начало, вкупе со способностью выбирать из великого многообразия превращает человека в полноценного творца. Но выбор будет не просто нацелен на нечто единичное и ограничиваться самим собой, так как будет включать в себя и последствия. А значит, выбор направления вагонетки можно оценить не только с позиции спасти/пожертвовать, но и с позиции что будет этим утверждено, что будет правильным, что именно частью реальности, в которой происходит выбор.

3. Вариации

Столь яркий феномен моральной дилеммы, в конечном итоге, не мог не вызвать столь бурной реакции со стороны самых различных людей. И наиболее показательными оценками, в данной ситуации, будут не положительные реакции, но наоборот – отрицательные. Именно обвинения в неэтичности концепции Филиппы Фут, будут свидетельством того, что философ с точностью поразила цель, поставив перед читателем зеркало, в

котором он видит себя самого. А необходимость выбора чётко фиксирует читателя в ситуации оценочного суждения о себе самом.

Но сколь ни был бы провокационным вопрос, предложенный английским философом, и сколь не была бы возмутительная оценка читателя, типичным поведением человека перед зеркалом будет желание покрутиться перед ним и оценить себя с самых разнообразных сторон. Это привело к тому, что со временем, оригинальный вариант задачи оброс весьма многочисленными вариантами, привнеся в решение морального вопроса элементы игры в тиле «а что, если…». Разумеется, нет нужды рассматривать все, однако взгляд на наиболее типичные варианты позволит увидеть более чётко, как работает главный механизм дилеммы, в различных вариациях.

3.1) Родственник

Пожалуй, наиболее популярный вариант задачи предполагает введение личной сопричастности в ситуацию выбора. Наиболее распространённое изменение – в качестве наблюдателя выступает начальник железнодорожной станции, а на рельсах, по которым едет вагонетка лежит обездвиженный ребёнок начальника. У начальника есть лишь одна возможность спасти ребёнка – дёрнуть рычаг и пустить вагонетку по ответвлению, что приведёт к гибели большего числа людей, никак не связанных с начальником станции. Данный вариант, как видно, предлагает нам уже иные варианты выбора – кладя на чашу весов кровное родство, как наиболее значимый вид привязанности к человеку. По сути, данный выбор предполагает не просто моральныо-интеллектуальный выбор, но добавляет к нему весьма сильный эмоциональный контекст, ведь, в конечном итоге, сама ситуация предлагает тот же самый выбор между одним и пятью людьми. И вполне очевидно, каким будет выбор большинства людей.

3.2) Социальный статус

Ещё один вариант проблемы вагонетки предполагает выбор на основе атрибутов заложников, а именно – возраста, социального статуса, профессии и т.д. В данном случае, нам, очевидным образом, предлагают перенести фокус внимания с акта непосредственного выбора на анализ общества и выяснения того, каким должен быть его состав. Таким образом, задача морального выбора превращается в задачу построения утопии, пусть и обличённую в «обёртку» моральной дилеммы. В таком случае, рассуждение будет состоять из ответов на вопросы в стиле:

- кто нужнее: молодой и перспективный или зрелый и уже реализовавшийся?
- что важнее: хороший человек или хороший специалист?
- какая профессия по-настоящему важна?

- важен ли человек, который полезен в редких, но важных ситуациях?

Однако, варианты с социальными статусами заложников «грешат» тем, что люди в ней сводятся исключительно к профессиям, при том, что игнорируются сами люди, как личности. Представитель какого-либо ремесла окажется максимально абстрактным и как следствие, априорно эффективным. Едва ли, где-либо найдётся задача, где будут фигурировать подобные персонажи: безынициативный хирург, терзающийся сомнениями физик-ядерщик, ленивый плотник, добросовестный уборщик, сердечный поэт и высокоответственный тамада… Таким образом, делая выбор профессии без учёта личностных особенностей, мы имеем дело с застывшей актуальностью, но не с потенциальностью. А, ведь, именно потенциальность является решающим фактором, в силу ориентированности на будущее утилитарной установки.

3.3) Общественный резонанс

Ещё один фактор, способствующий принятию решения - общественное мнением, в том числе, направленным на него самого. Таким образом, выбор может быть сделан не ради цели или истины, но ради сохранения должного отношения со стороны общества. При чём, данная тенденция может быть как краткосрочной в виде личного отношения, так и долгосрочной, в виде суда истории.

В таком случае, ещё одной вариацией будет оригинальная ситуация, совершаемая при свидетелях (при условии, что в оригинальной задаче таковые не упоминаются), а значит выбор, сделанный наблюдателем, будет оценён обществом, что повлияет на его дальнейшее существование среди сограждан. Данный вариант будет во многом похож на предыдущий, так как выбор делается не на основе продуманного выбора и последующего воления, но на установках общества. Именно общество решает кому - жить, а кому - погибнуть. Получается, что прагматическое общество подвергнет остракизму, или даже погубит человека, стремящегося к чистоте совести и наоборот – отторжение делового прагматика сердечными людьми. Наблюдатель, таким образом, оказывается в пространстве повышенных ставок, совершая выбор – либо он герой, либо – злодей, либо почёт, либо осуждение.

3.4) Толстяк

Пожалуй, наиболее известный вариант задачи с вагонеткой является ситуация с толстяком, автором которой является Джудит Томсон, американский философ, специализирующаяся на моральной философии. В своей статье 1976 года «Убийство, позволение умереть и проблема трамвая»,

полемизируя с Филиппой Фут она поднимает вопрос о разнице между убийством позволением умереть, предлагая свой вариант задачи. В данной вариации отсутствует боковой путь с привязанным человеком – вместо него введён небольшой пешеходный мост через пути, на которых стоит наблюдатель. Рядом с ним, в качестве случайного прохожего находится человек полной комплекции (пол, возраст и социальной положение, как и в оригинальном варианте – не имеют значения). В остальном, условия вариации идентичны оригиналу. Суть выбора заключается в том, что остановить вагонетку и спасти пятерых заложников можно лишь одним способом – если толкнуть толстяка с моста на рельсы, чтобы тот своим весом, и ценой своей жизни остановил её [5].

Казалось бы, задача не претерпела каких-либо технических изменений – жизнь одного против жизней пятерых и наблюдатель, в пространстве принятия решения о спасении. Однако он содержит в себе несколько скрытых мотивов. Во-первых, сокращается расстояние между наблюдателем и жертвенным человеком: если ранее достаточно было дёрнуть рычаг, то теперь необходимо иметь с жертвой телесный контакт (толчок с моста). Очевидно, что в вопросе готовности пожертвовать кем-либо, большинство предпочтёт первый вариант, создающий иллюзию удалённости от «грязного» дела. А значит, чем дальше наблюдатель находится от жертвы, тем и чем более опосредован путь к её смерти, тем с большей лёгкостью будет совершено убийство. Для большей чёткости понимания ситуации, можно представить ещё более радикальный вариант – вагонетка остановится, если наблюдатель задушит толстяка своими руками. В данной ситуации, наблюдатель оказывается убийцей в полной мере, так как причинность смерти не перекладывается на механизм. Таким образом, можно сделать вывод – желание жертвовать человеком обратно пропорционально расстоянию между жертвой и жертвующим.

Во-вторых, ситуация с толстяком значительно расширяет пространство дилеммы, равно как и полномочия наблюдателя. В оригинальном варианте, жертва была уже связана, что делало её частью системы, формирующей задачу. А значит, задача имела в себе ресурсы для её решения. Несмотря на то, что толстяк представлен как условие необходимое для формирования ситуации выбора, согласно условиям самой задачи, является случайным свидетелем, аналогичным самому наблюдателю, что делает его внешним, по отношению к выбору. Он – внешний «ресурс», который привлекается волей самого наблюдателя, и смерть его не является априорным условием задачи. Можно сделать вывод о том, что если в оригинальной задаче наблюдатель адресат задачи – одно лицо, то в варианте с толстяком – два, так как толстяк,

как решение задачи дан адресату, но не наблюдателю. Это можно, так же, представить через постановку вопроса. Оригинальная задача, ставит изначальный вопрос «кого выбрать», и вопрос этот является единым и для дилеммы, и для наблюдателя. В свою очередь, вариация с толстяком предполагает два вопроса:

- первый вопрос (наблюдателя) – «что делать / как помочь связанным людям на рельсах», как реакция на ситуацию
- второй вопрос (адресата) – «можно ли использовать толстяка, чтобы остановить поезд»

Ещё один вариант задачи, который можно отнести к этому же пункту – «Шесть за одним», за авторством Френсис Камм, философа из США. Она предлагает соединить основной и боковой путь, создав таким образом петлю. При этом, на кого бы вагонетка не наехала, она остановится в любом случае. И тогда отношение к жертве изменится – если в оригинальном варианте жертва была вынужденной мерой, чьей смерти мы не желаем, то в этом случае, намерение её убить более выражено. Если допустить, что жертва имеет шанс освободиться и убежать, то перевод наблюдателем стрелки не будет иметь значения, и заложники погибнут. А значит, наблюдателю будет необходимо, чтобы жертва была на месте. Таким образом вариант с петлёй есть некий синтез «оригинала» и «толстяка» - до попытки освободиться, лежащий на запасном пути является жертвой, при попытке – аналогом толстяка [8].

3.5) «Абсолютная» вагонетка

Исходя из того, сколь человеку интересны вариации чего-то значимого, можно было бы попробовать пойти ещё дальше и создать задачу, которая бы включала как можно большее количество вариантов одновременно. Однако важно сделать так, чтобы варианты не наслаивались друг на друга, преуменьшая, таким образом, роли друг друга. Социальное влияние, которое нивелирует саму механику личного выбора можно сразу оставить в стороне. Так же, необходимо выбрать между вариантом бокового пути с одним заложником и толстяком, в пользу первого, ибо их одновременное нахождение в условии задачи, создаёт проблему – имея уже привязанного заложника на боковом пути, едва ли кому-то придёт в голову толкать на пути постороннего человека.

Таким образом, мы имеем следующую ситуацию: по основному пути едет вагонетка, перед который лежат связанными пять человек. Имеется, так же, боковой путь, на котором лежит связанным один человек. Имеется рычаг для перевода стрелки, а рядом с рычагом стоит наблюдатель – человек

полной комплекции (таким образом, образ наблюдателя из классического варианта совмещается с образом толстяка). Варианты действия:

- Позволить вагонетке ехать дальше, воздержавшись от убийства
- Пожертвовать одним человеком и перевести стрелку
- Пожертвовать собой и прыгнуть под вагонетку

Преимуществом и, одновременно, недостатком всякого мысленного эксперимента, является проблемность с достоверностью. С одной стороны, её отсутствие позволяет мыслить много шире не ограничивая себя категориями практичности, в другой – её результаты так и останутся на бумаге, будучи продуктом моделирования и видения ситуации автором задачи. Даже если представить некий глобальный опрос населения по задаче с вагонеткой, то очевидно, что валидность результатов будет сомнительный, так как решение принятое в спокойной обстановке опроса будет весьма отличаться от ситуации реального выбора. А значит, остаётся лишь выдвигать гипотезы относительно выбора опрошенных, что делает результат мысленного эксперимента частью самого эксперимента.

В качестве наиболее предполагаемой иерархии ответов можно предложить следующую схему:

- Полезность (перевод стрелки), вариант №2
- Совесть (бездействие), вариант №1
- Максимальная полезность в сочетании с самопожертвованием, вариант №3

Логика такого предположения достаточно проста – если дух времени заставляет думать о себе в контексте результативности и эффективности, то количественность варианта будет значимым фактором, что будет ставить полезность на первое место. Говоря о социальном контексте выбора, то своего рода «наградой» будет ощущение полезности перед обществом и, как следствие, личная безопасность. Идея причастности к убийству, скорее всего, будет заглушена аргументами в стиле: «я всё правильно сделал», «жизни пятерых важнее жизни одного», «только сильнейший примет тяжёлое решение», «потомки меня поймут / история меня рассудит» и т.д.

Можно предположить, что следующей мыслью будет постановка варианта с самопожертвованием на последнее место в плане предпочтения. Разумеется, это не значит, что нет людей, готовых пожертвовать собой, однако считать, что это действие есть нечто легкое в исполнении и спонтанное – дело весьма неблагодарное. Акту самопожертвования, как правило, предшествует определённое умственное состояние, определённый образ жизни, а так же особое отношение к тому, ради кого происходит отдача

собственной жизни. Наиболее очевидная ассоциация возникает с тремя образами – глубоко религиозный человек, добившийся особого состояния души в результате подвижничества, солдат, почти постоянно живущий в условиях готовности к смерти и родитель. Однако, учитывая изначальную нейтральность заложников (отсутствие родственных связей) среднестатистический человек, ведущий заурядный образ жизни не будет спешить расстаться с собственной жизнью. Возможными личными аргументами против этого варианта действия будут: «хочется жить», «я не пожил(а) ещё», «близкие будут горевать», «не могу оставить семью»… И размышления о всеобщей полезности, то есть спасении максимального количества людей, будут отодвинуты за второй план. Как сказал бы средний американец – «not on my backyard» (не на моём заднем дворе) [3].

Соответственно, вторым по счёту, но третьим по ходу мысли может оказаться выбор бездействия. Опять-таки, было бы неверным утверждать, что этот пункт не имеет собственной значимости. Как было показано выше, это выбор является выбором личной совести, соотносящийся с высшим духовным законом. Возможное обоснование можно выразить аргументами, вроде: «я не стану убийцей / кровь одного не будет на моих руках», «я не Бог, чтобы решать кому жить»… Но, как было сказано ранее, против этого пункта будет выступать его внешняя оценка как «бездействия». А значит, общество утилитарного порядка или гуманистических установок, скорее всего, негативно отнесётся к инертности человека в критической ситуации. Выходит, что велика вероятность того, что этот вариант будет выбран по остаточному принципу.

4. Гиперсубъектность

Таким образом, проблема вагонетки может быть уподоблена, своего рода, гиперсубъекту, где наблюдатель играет основу самости человека, его «Я». Акт выбора есть аналог воли творящего гиперсубъекта. Бездействие – акт веры, смирение перед высшим законом. Заложник и жертва есть признаки этого мира, заражённого смертью, в котором есть выбор не как возможность чествовать Творца за великолепие Его творения, но как попытка найти верный путь среди ошибочных. И в таком случае это либо путь в мир количества, что чревато уходом в бесконечность, либо пассивность и индифферентность миру через отсечение воли, полагая, что лучший способ быть благим – не участвовать во зле и не вступать в пространство выбора, куда поедет вагонетка [3].

Окружение гиперсубъекта представлено вариациями задачи, каждая из которых старается заострить какой-либо аспект моральной жизни, бросая, таким образом, вызов. Подобная попытка влияния на границы «самости»

наблюдателя, показывает, что окружающий мир является весьма требовательным по отношению к возможности выбора и изначальным установкам. Вызов, же, происходит по ряду направлений:

1. Убийство – вопрос о том, насколько далеко человек способен зайти в своём выборе. Если исходить из гипотезы предпочтении утилитарности, то убийство окажется неизбежным действием. Но в классической ситуации с вагонеткой носит весьма опосредованный характер – жертва схвачена и помещена на рельсы некой внешней силой и её статус жертвенности уже определён задачей. Отсюда вопрос – насколько готов утилитарный человек пойти в своём выборе до конца, если статус жертвы будет определяться им самим и сам акт пожертвования будет совершаться собственными руками?

2. Жертва. Тот же механизм будет касаться жертвы – очевидно, что легко принести в жертву того, кого не знаешь лично. Однако окажись в качестве жертвы человек близкий, то утилитарный пыл, вероятно, заметно поубавился бы. Отдельным вопросом будет то, кем проще жертвовать – собой или близким?

3. Утопия. Ещё один вызов этого мира – вопрос о его устройстве. Всякому человеку присуще думать о лучшем будущем и всякий жизненный выбор есть шаг в его сторону. Но начни человек мыслить готовыми образами (т.е. рисовать утопии), то сразу возникает вопрос – кто окажется достойным стать частью утопии? Подобный вызов весьма типичен для человека, который ставит себя на место Бога. И тогда, выбирая человека по его профессии, словно происходит страшный суд посредством отсеивания овец от козлищ.

5. Вывод

Проблема вагонетки в наши дни заслуженно может быть воспринята как значимая часть мирового, интеллектуального пространства. Её провокативность наряду с глобальностью будут помещать человека вновь и вновь в пространство вопрошания о верности выбранного пути. Изначально, Филиппа Фут ориентировалась на пространство относительно частное – медицинский контекст. Однако, постановка вопроса началась раньше, в середине сороковых, когда обычные жители Лондона сидели в бомбоубежищах, гадая, что они увидят, когда атака закончится – стоит ли дом и живы ли близкие? Меры были предприняты так же радикальные, а потому все задавались вопросом – что будет дальше, каковы будут последствия? Мирное время оказалось не многим лучше. Имея глобальные вопросы, мы пытаемся найти решения, которые потребовали бы минимальных затрат, стараясь при этом сохранить гордое звание человека.

Но очевидно, что именно человеческая природа подвергается постоянному испытанию. А значит, снова и снова придётся возвращаться к присущему нашей природе занятию – познанию самого себя. Для этого необходимо убедиться в ряде вещей - привязаны ли люди к рельсам - есть ли те, с кем мы взаимодействием? Равно, как имеется ли запасной путь – есть ли кто-то, кто может выступить в роли жертвы? Поискать рукой, нет ли рядом рычага – готовы ли мы создать что-то, что останется в этом мире, как его часть? И самое главное – не слышится ли лязг надвигающейся к нам вагонетки?

Список литературы

1. *Аристотель*. Никомахова этика. – М.: Эксмо-пресс. 2019. – 384 с
2. *Бентам, И.* Введение в основания нравственности и законодательства. – М.: Директ-Медиа. 2009. – 734 с.
3. *Прокофьев, А.В.* Этика чрезвычайных ситуаций в свете доктрины двойного эффекта. ВЕСТН МОСК. УН-ТА. СЕР.7. ФИЛОСОФИЯ. 2009. №6.
4. *Разин, А.В*. Моральные дилеммы. Вестник РУДН, серия Философия. 2014, №2.
5. *Скворцов, А.А.* Дж. Дж. Томсон: убийство, позволение умереть и проблема трамвая. Философия и общество, № 4. 2019. С. 135–157.
6. *Скворцов, А.А.* Филиппа Фут: проблема вагонетки и доктрина двойного эффекта. Философия и общество, №2 2018, С. 124-141.
7. *Фома Аквинский*. Сумма теологии. – М.: АСТ. Сер. Философия на пальцах, 2019. – 320 с.
8. *Эдмондс, Д.* Убили бы вы толстяка? Задача о вагонетке: что такое хорошо и что такое плохо? – М.: Изд-во Института Гайдара, 2016.

УДК 159.9.07:614.253

ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА С ПОЗИЦИИ ТЕОРИИ ПАССИОНАРНОСТИ Л.Н. ГУМИЛЕВА

Катунова Валерия Валерьевна

Кандидат биологических наук, доцент, доцент, кафедра общей и клинической психологии, Приволжский исследовательский медицинский университет (603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1). E-mail: katunova@mail.ru

Рассматривается экстраполяция теории пассионарности Л.Н. Гумилева на медицинскую психологию для оценки профессионально важных качеств врача. Представлен комплекс диагностических методов, классификация врачей по уровням пассионарности с примерами отечественных специалистов. Определены направления практического применения результатов в профотборе и профилактике выгорания.

***Ключевые слова**: пассионарность, личность врача, профессиональная диагностика, медицинская психология, энергетический потенциал личности.*

THE PERSONALITY OF A DOCTOR FROM THE POINT OF VIEW OF PASSIONARITY THEORY by L.N. GUMILYOV

Valeria Valeryevna Katunova

PhD in Biology, Docent, Associate Professor, Department of General and Clinical Psychology, Privolzhsky Research Medical University (10/1 Minin and Pozharsky Square, Nizhny Novgorod, 603005, Russian Federation).

This article examines the application of L.N. Gumilev's theory of passionarity to medical psychology for assessing physicians' professionally important qualities. A set of diagnostic methods and a classification of physicians by levels of passionarity are presented, along with examples from Russian specialists. Areas for the practical application of these findings in professional selection and burnout prevention are identified.

***Key words:** passionarity, physician's personality, professional diagnostics, medical psychology, individual's energy potential.*

Введение. Теория пассионарности Льва Николаевича Гумилева [2], разработанная в рамках этнологии и исторической географии, предлагает оригинальную концепцию личности как носителя особого вида энергии – пассионарности, понимаемой как избыток биохимической энергии живого вещества, выражающийся в способности к целенаправленному сверхнапряжению и жертвенности ради достижения иллюзорных или реальных целей [2; 8].

Экстраполяция данной теории на область медицинской психологии и профессиоведения открывает перспективное направление диагностики профессионально важных качеств врача, позволяющее выйти за рамки традиционного анализа когнитивных способностей и эмоционально-волевой сферы и обратиться к изучению энергетического потенциала личности, определяющего ее способность к профессиональному служению, устойчивость в экстремальных ситуациях и готовность к принятию ответственных решений [6; 11].

Теоретико-методологические основания. С позиции теории пассионарности личность врача может быть рассмотрена в континууме «пассионарность – субпассионарность – гармоничность», где пассионарность выступает как доминанта, определяющая способность к мобилизации и сверхусилиям, субпассионарность характеризует энергетическую недостаточность и неспособность к длительному напряжению, а гармоничность (у гармоничных особей) представляет сбалансированное состояние, обеспечивающее адаптивное, но не жертвенное поведение [2; 7]. Для врачебной деятельности, сопряженной с хроническим стрессом, ответственностью за жизнь пациента, необходимостью принимать решения в условиях неопределенности и дефицита времени, особую значимость приобретает диагностика пассионарного потенциала, позволяющая прогнозировать профессиональную успешность, устойчивость к эмоциональному выгоранию и готовность к реализации сложных профессиональных задач [10; 11]. История медицины изобилует примерами врачей, чья жизнь и деятельность могут быть описаны в категориях пассионарности [3; 4; 5; 9].

Методы оценки пассионарности врача

1. Психодиагностический инструментарий. *Методика диагностики пассионарности (авторская разработка на основе концепции Л.Н. Гумилева)* представляет собой стандартизированный опросник, направленный на выявление выраженности пассионарных черт личности [1; 10]. Инструментарий включает шкалы, операционализирующие ключевые признаки пассионарности [11]:

- шкала «Целенаправленная сверхактивность» (готовность к деятельности, превышающей нормативные требования, способность к длительному напряжению) – может включать методики: 1) Шкала оптимизма и активности (Arousability and Optimism Scale, AOS) I. Schuller, A. Comunian (1997), в адапт. Н.Е. Водопьяновой (2001); 2) Методика самооценки метакогнитивных знаний и метакогнитивной активности М.М. Кашапова, Ю.В. Скворцовой (2012); 3) Опросник Адаптивные стратегии поведения (АСП) Н.Н. Мельниковой (2000); 4) Опросник преодолевающего поведения Т.В. Барлас (2001), в адапт. Н Фетискина (2002);

- шкала «Жертвенность» (готовность поступаться личными интересами ради профессиональных или этических целей) – методики: 1) Тест жертвенной позиции личности О.О. Андронниковой (2015); 2) Опросник Лидерство-служение (Servant Leadership Questionnaire, SLQ) R. Liden (2008) в адапт. И. Фабриковой (2023);
- шкала «Импульсивность драйва» (способность к быстрой мобилизации в экстремальных ситуациях, доминирование интуитивных решений над рациональным расчетом) – методики: 1) Опросник Категории ранних решений С.В. Максимовой (2006); 2) Опросник «Импульсивность I7» (Impulsiveness Questionnaire I7) H. Eysenck и др. (1985) в адапт. А.А. Долныковой, Т.В. Корниловой (1995); 3) Шкала импульсивного поведения (Impulsive Behavior Scale, UPPS-P) M. Cyders и др. (2007) в адапт. М.А. Гагариной (2021);
- шкала «Лидерский потенциал» (способность увлекать за собой, брать на себя ответственность за других) – методики: 1) Опросник аутентичного лидерства (Authentic Leadership Questionnaire, ALQ) B. Avolio и др. (2007) в адапт. И. Фабриковой (2023); 2) Методика диагностики лидерских ориентаций L. Bolman, T. Deal (1991) в адапт. Д.А. Смыслова, Г.А. Смысловой (2013); 3) Тест на определение лидерских качеств В.В. Травина, М.И. Магуры, М.Б. Курбатовой (2005);
- шкала «Толерантность к неопределенности и готовность к риску» (готовность действовать в условиях неопределенности при отсутствии гарантий успеха) – методики: 1) Опросник Толерантность к неопределенности Е.П. Белинской (2004); 2) Шкала толерантности к неопределённости (Multiple Stimulus Types Ambiguity Tolerance Scale-I, MSTAT-I) D. McLain (1993) в адапт. Е.Г. Луковицкой (1998); Е.Н. Осина (2010); 3) Опросник оценки склонности к риску (RSK) Г. Шуберта (1964) в адапт. М.А. Котика (1981).

Проективные методики позволяют выявить неосознаваемые аспекты пассионарности. Особую ценность представляет методика «Незавершенные предложения», в которой стимульный материал включает ситуации профессионального выбора, этических дилемм и экстремальных условий врачебной деятельности.

2. Биографический метод и анализ профессионального пути

Пассионарность как устойчивая личностная характеристика проявляется в траектории профессионального развития врача [6; 11]. Биографический метод предполагает анализ:

- наличия в биографии врача эпизодов, требующих сверхнормативных усилий (участие в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, работа в экстремальных условиях, добровольческая деятельность);

- готовности к смене профессиональных позиций и мест работы, связанной с поиском более сложных и ответственных задач;
- наличия «избыточной» активности, выходящей за рамки должностных обязанностей (научная деятельность, разработка новых методик, наставничество, организационная работа);
- характера преодоления профессиональных кризисов и неудач (способность к мобилизации versus уход в пассивную позицию) [11].

Метод анализа критических инцидентов (Flanagan) позволяет реконструировать поведение врача в ситуациях, требующих максимальной мобилизации: успешные и неудачные случаи реанимации, конфликтные взаимодействия, этические дилеммы. Критериями пассионарности выступают: готовность брать на себя ответственность в неопределенных ситуациях, способность к быстрой мобилизации ресурсов, ориентация на сохранение жизни пациента как безусловная ценность, преобладание активности над избеганием.

3. Экспериментально-поведенческие методы

Метод моделирования экстремальных ситуаций в условиях симуляционного центра позволяет наблюдать проявления пассионарности в контролируемых условиях. В ходе симуляции критических клинических ситуаций (остановка сердца, анафилактический шок, массовое поступление пострадавших) фиксируются:

- скорость принятия решения и перехода к действиям;
- характер распределения внимания между алгоритмическими действиями и оценкой общей ситуации;
- способность к мобилизации дополнительных ресурсов (привлечение коллег, координация действий);
- эмоциональные реакции и их влияние на эффективность деятельности;
- готовность к действиям, выходящим за рамки стандартных протоколов, если того требует ситуация.

Психофизиологические методы позволяют оценить энергетический потенциал врача как коррелят пассионарности. Используются показатели вариабельности сердечного ритма, кожно-гальванической реакции, электроэнцефалографии в покое и при моделировании стрессовых ситуаций. Высокий пассионарный потенциал может коррелировать с преобладанием симпатической регуляции, высокой скоростью мобилизации и восстановления после нагрузки, специфическими паттернами биоэлектрической активности мозга (преобладание бета-ритма, высокая когерентность).

4. Экспертные оценки и метод полярных групп

Метод экспертных оценок предполагает привлечение коллег и руководителей для идентификации врачей с высоким и низким уровнем

пассионарности [1; 10]. Экспертам предлагаются поведенческие индикаторы, соответствующие теоретической модели:

- частота проявления инициативы, выходящей за рамки должностных обязанностей;
- готовность браться за сложные, «безнадежные» случаи;
- способность сохранять активность и работоспособность в условиях перегрузок;
- влияние на коллег (мотивирующее или деморализующее);
- характер реагирования на неудачи (активный поиск решений versus пассивное принятие).

Метод полярных групп предполагает сравнение врачей, выделенных экспертами как «пассионарные» и «субпассионарные», по широкому спектру психологических характеристик (личностные опросники, показатели профессиональной эффективности, уровень эмоционального выгорания, удовлетворенность трудом). Это позволяет валидизировать диагностические критерии и выявить дополнительные корреляты пассионарности [10; 11].

Интерпретация результатов и практическое применение. Ниже представлена таблица, классифицирующая врачей по уровням пассионарности в соответствии с теорией Л.Н. Гумилева [2; 8]. Врачи-пассионарии – это личности с избытком внутренней энергии, направленной на преобразование окружающей действительности, преодоление препятствий и служение идее, часто вопреки обстоятельствам [7; 11].

Таблица 1. Классификация врачей по уровням пассионарности

Уровень пассионарности	Критерии и характеристики	Подуровень пассионарности	Примеры врачей (российских и советских)
Высший уровень *(пассионарии-лидеры, «кристаллы пассионарности»)*	**Критерии:** Способность к стратегическому преобразованию системы, создание новых научных школ или направлений в медицине, инициирование масштабных проектов, преодоление жесткого бюрократического сопротивления, готовность к сверхнапряжению и жертвенности ради цели. Обладают даром убеждения и увлекают за собой команду.	**Жертвенный уровень.** Герои легенд. Основоположники медицины как таковой. Личности эпохи ее зарождения.	Асклепий (XIII–XII в. д.н.э.); Абу Али ибн Сина (Авиценна) (ок. 980–1037); А. Везалий (1514–1564); И.П. Павлов (1849–1936) и др.
		Стремление к идеалу победы. Готовы рисковать жизнью ради достижения полного превосходства. Основоположники собственных школ. Высокое влияние на медицину в целом.	Н.М. Амосов (1913–2002); А.Н. Бакулев (1890–1967); В.М. Бехтерев (1857–1927); Р. Вирхов (1821–1902); И.И. Мечников (1845–1916); Н.И. Пирогов (1810–1881) и др.

Средний (энергоизбыточный) уровень *(пассионарии-первопроходцы)*	**Критерии:** Выдающаяся работоспособность, готовность к работе в экстремальных условиях, освоение новых территорий и создание медицинской инфраструктуры «с нуля». Характерны высокий профессионализм в сочетании с жертвенностью и пренебрежением к комфорту ради выполнения профессионального долга. Выступают пионерами в своем деле.	**Поиск удачи с риском для жизни**. Искатели счастья, ловцы фортуны, колониальные солдаты, отчаянные путешественники, способные рискнуть жизнью.	Л.М. Старокадомский (1875–1962); М.П. Чумаков (1909–1993); В.Х. Кандинский (1849–1889); Е.Н. Павловский (1884–1965); Ю.А. Сенкевич (1937–2003); В. И. Бологовский (1870–1950) и др.
		Стремление к идеалу успеха. Ценность успеха выше собственной жизни. Инициативность. Готовность к риску и жертвенности. Стремление к самоутверждению и первенству.	Б.А. Королев (1909–2010); В.Г. Вогралик (1911–1997); Н.Ю. Беленков (1917–1986); Г.Я. Городисская (1899-1969); Б.В. Афанасьев (1947–2020); М.Г. Привес (1904–2000); Ю.С. Астахов (1940–2020); М.Д. Тушинский (1882–1962) и др.
Низший (субпассионарный) уровень *(для контраста)*	**Критерии:** Отсутствие сверхцелей, работа в рамках строго заданных инструкций, низкая инициативность, быстрая истощаемость, неспособность к мобилизации в сложных ситуациях. Склонность к избеганию ответственности и рутинному выполнению обязанностей.	**Стремление к идеалу знания и красоты** («пассионарность слабая, но действенная»). Уровень представлен не конкретными историческими личностями, а скорее массой ординарных специалистов, составляющих статистическую норму.	Собирательный образ врача, который работает строго «от и до», не интересуется судьбой пациента за пределами своей функции, избегает сложных случаев и не проявляет никакой инициативы, выходящей за рамки должностной инструкции. Такие личности не оставляют яркого следа в истории и памяти людей.

Предложенная классификация является авторской интерпретацией и основывается на анализе биографических данных и профессионального пути указанных врачей через призму теории пассионарности Л.Н. Гумилева [3; 4; 5; 6].

С позиции теории пассионарности оптимальный для врачебной деятельности профиль предполагает сочетание достаточно высокого, но не экстремального уровня пассионарности с развитыми регуляторными способностями и профессиональной компетентностью. Чрезмерно высокая пассионарность при недостатке самоконтроля может проявляться в импульсивности, склонности к неоправданному риску и трудностях в соблюдении протоколов [11]. Недостаточная пассионарность (субпассионарность) проявляется в избегании ответственности, быстром

истощении, неспособности к мобилизации в экстренных ситуациях и предрасположенности к эмоциональному выгоранию [10].

Заключение. Таким образом, применение теории пассионарности Л.Н. Гумилева к оценке личности врача открывает новое исследовательское поле, позволяющее интегрировать энергетические, мотивационные и поведенческие аспекты профессиональной деятельности и выйти на более глубокое понимание феномена профессионального призвания в медицине [6; 8; 12].

Выявленный пассионарный профиль врача может использоваться для решения следующих практических задач:

- профессиональный отбор на должности, требующие повышенной мобилизационной готовности (реаниматологи, хирурги, врачи скорой помощи, специалисты медицины катастроф);
- формирование резерва руководящих кадров (пассионарность как предиктор лидерского потенциала);
- индивидуализация программ профилактики эмоционального выгорания (субпассионарные врачи требуют особых мер поддержки);
- проектирование индивидуальных траекторий профессионального развития с учетом энергетического потенциала личности.

Список литературы

1. *Вьюнова, Н.И.* Интегративно-дифференцированные аспекты пассионарности и перфекционизма личности: диагностика, проектирование и развитие / Н. И. Вьюнова, М. В. Ларских, И.Н. Стребкова // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Проблемы высшего образования. – 2021. – № 4. – С. 45–51.
2. *Гумилев, Л.Н.* Этногенез и биосфера Земли / Л. Н. Гумилев. – Л.: Издательство Ленинградского университета, 1989. – 496 с.
3. История и философия медицины. Научные революции в медицине XVII–XXI вв / В.С. Степин, А.М. Сточик, С.Н. Затравкин. – М.: Академический Проект, 2020. – 375 с.
4. История медицины: учебник / под ред. Н.Н. Крылова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 584 с.
5. История медицины: учебник для медицинских вузов / под ред. Г. С. Ковтюх. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 464 с.
6. *Казначеев, В.П.* Проблемы человековедения / В. П. Казначеев. – М.: Институт человека, 1997. – 320 с.
7. *Колесов, С.Г.* Поведение личности в рамках пассионарного и психологического поля / С. Г. Колесов // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2015. – № 3 (63). – С. 123–128.
8. *Фрумкин, К.Г.* Пассионарность: приключения одной идеи / К. Г. Фрумкин. – М.: ЛКИ, 2008. – 224 с.
9. *Фуко, М.* Рождение клиники: археология медицинского восприятия [Naissance de la clinique] / М. Фуко. – М.: Изд-во «Ад Маргинем Пресс», 2025. – 256 с.

10. *Хлоповских, Д.А.* Конструктивная пассионарность специалистов помогающих профессий: сущность, структура, критерии и механизмы формирования / Д.А. Хлоповских // Известия Воронежского государственного педагогического университета. – 2025. – Т. 308, № 3. – С. 27–33. – DOI: 10.47438/2309-7078_2025_3_27.
11. *Шевеленкова, Т.Д.* Психологическая характеристика пассионарной личности / Т.Д. Шевеленкова // Вопросы психологии. – 2010. – № 3. – С. 121–129.
12. Elmer, Peter. Medicine in an Age of Revolution / Peter Elmer. – Oxford: Oxford University Press, 2023. – 471 p.

УДК 130.2

ДОВЕРИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ДОБРОДЕТЕЛИ: КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ КОНЦЕПЦИЙ П. ШТОМПКИ И Ф. ФУКУЯМЫ[4]

Игаева Ксения Владимировна

Младший научный сотрудник, кафедра отраслевой и прикладной социологии, Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского (603093, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, Университетский пер., д. 7). E-mail: igaeva.ksenia@yandex.ru

Статья посвящена проблемам анализа социально-культурных оснований доверия в современном обществе. Проводится компаративный анализ концепций доверия американского философа Ф. Фукуямы и польского социолога П. Штомпки. В основе первой концепции главными факторами социального доверия являются наличие гражданского общества и развитых экономических связей, а вторая делает упор на культурные факторы становления социального доверия, которое снижается из-за процесса глобализации. Не смотря на то, что данные концепции рассматривают доверие с разных ракурсов, по сути, они не противоречат друг другу и являются взаимодополнительными. Более, того, полемика вокруг них показывает динамику характерного для современного капиталистического общества процесса – девальвации доверия и превращения его из социальной ценности в эмоцию, что объясняется развитием потребительской культуры и неолиберальной идеологии позднего капитализма.

Ключевые слова: *социальное доверие, гражданское общество, социальный капитал, моральное общество, социальные институты.*

TRUST AND SOCIAL VIRTUES: A COMPARATIVE ANALYSIS OF P. SZTOMPKA AND F. FUKUYAMA IDEAS

Igaeva Ksenia Vladimirovna

Lecturer, Department of Industrial and Applied Sociology, Nizhny Novgorod, Lobachevsky University (7, University Lane, Nizhny Novgorod 603093 RUSSIA).

The article is devoted to the problems of analyzing the socio-cultural foundations of trust in modern society. It provides a comparative analysis of ideas of the American philosopher F. Fukuyama and the Polish sociologist P. Sztompka. Fukuyama emphasizes the importance of civil society and developed economic ties as the main factors of social trust, while Sztompka focuses on the cultural factors that contribute to the decline of social trust due to globalization. Despite their different perspectives on trust, these conceptions are not contradictory but rather complementary. Moreover, the controversy surrounding them shows the dynamics of an important process in contemporary capitalist society: the devaluation of trust and its transformation from a social value into an emotion, which is explained by the development of consumer culture and the neoliberal ideology of late capitalism.

Keywords: *social trust, civil society, social capital, moral society, social institutions.*

[4] Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-18- 00395.

В конце XX – начале XXI вв. доверие становится важной темой в социальных и гуманитарных исследованиях. Этому понятию и историческим изменениям его смысла посвящены работы А. Селигмена и Р. Хардина [6, 13, 14, 15]. В социальных исследованиях это понятие рассматривается в самых разных контекстах – от доверия к власти до важной части повседневных взаимодействий [2,3].

Значительная часть дискуссий о понятии доверия отталкивается от работ американского философа и политолога Ф. Фукуямы. В своей работе «Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию» (1995) он анализирует, как развитие капитализма и распространение неолиберальных ценностей влияют на снижение доверия в обществе. По его мнению, доверие – это ожидание членов сообщества, что другие люди будут вести себя более или менее предсказуемо, в соответствии со сложившимися социальными конвенциями. Важным фактором формирования доверия является наличие гражданского общества, в рамках которого формируются социальные иерархии. Они необходимы потому, что не от каждого члена сообщества можно ожидать добровольного и постоянного соблюдения существующих этических правил. «В случае, когда член сообщества нарушает установленный порядок, сообществу, имеющему для этого эксплицитные нормы и санкции, приходится прибегать к принуждению» [8, с. 50-51]. В тех государствах, где общество не имело достаточно долгого опыта самостоятельного регулирования экономических отношений, государство брало на себя эту функцию и становилось медиатором между отдельными участниками экономического процесса. В экономике это называется «операционные издержки»: отсутствие социального доверия в обществе приводило к дополнительной пошлине в виде бюрократического аппарата, в котором в обществе с высоким уровнем социального доверия нет необходимости.

Отсутствие социального доверия приводит к негативным последствиям в политической сфере. Как считал Ф. Фукуяма, в государстве с развитым гражданским обществом исторически невозможно долгое существование централизованной государственности, которая в итоге приводит к деспотизму и нарушению гражданских прав и свобод. В качестве примера обществ с низким уровнем социального доверия автор приводит Россию и Италию. Базовой формой социального капитала, создающего возможности для дальнейшего взаимодействия с целью роста, является семья. Исторически огромное количество предприятий являлись семейными. Но если не происходит дальнейшего развития социального взаимодействия, – перехода от семейных связей к основанным на доверии социальным, – то это приводит к фамилизму, примером которого может быть итальянская мафия или криминальные группировки в России в 1990-е гг. В этих условиях отдельные кланы ставят семейные интересы выше национальной морали и социальных норм. Ф. Фукуяма также критикует неолиберализм США за стремление к излишнему

индивидуализму, что приводит к уничтожению классовой солидарности и отсутствию социальной справедливости. По его мнению, в обществе, где каждый гражданин думает только о своем благополучии, отсутствуют условия для создания социального доверия.

В XXI вв. с развитием цифровой экономики стратегии ведения бизнеса существенно меняются, – формируется «капитализм платформ» [7]. Для экономики нового типа характерно сокращение гарантированной занятости, рост временной или почасовой оплаты труда, а также «уберизация» многих рабочих мест, где номинально самозанятые конкурируют за небольшие объемы сделанной работы. Результатом этих изменений стало создание нового неустойчивого индивида, живущего с неуверенностью в завтрашнем дне, испытывающего повышенную тревожность и другие проблемы с психическим здоровьем в «обществе риска» и растущей неопределенности [1, 9]. В этих условиях важное значение для получения ощущения безопасности приобретает потребление вещей, а не формирование сообществ [5]. Для позднего капитализма особенно характерна активная покупка товаров не первой необходимости, которые имеют высокую эстетическую или ритуальную ценность. Эмоции становятся сегодня самостоятельным продуктом. Это явление получило название «аффективный» или «эмоциональный» капитализм [16], который пришел на смену капитализму классическому, что в конечном итоге приводит к резкому снижению социального доверия и солидарности.

Больше всего подобная ситуация будет оказывать негативное влияние на социальные институты, призванные защищать общество и воспроизводить культурные ценности из поколения в поколение, – например, на институты образования, здравоохранения и правопорядка. В современном обществе, когда традиции и исторически сложившиеся моральные нормы все больше размываются, часто именно профессиональные стандарты и корпоративные кодексы поведения сохраняют нормы социального доверия. «Так, доверяясь врачу и надеясь, что он не причинит нам умышленного вреда, мы рассчитываем на его верность клятве Гиппократа и установленным правилам медицинской профессии» [8, с. 54]. В случае отсутствия социального доверия, отношения в данных институтах регулируются государственным бюрократическим аппаратом, что приводит к ухудшению их деятельности. «Люди, друг другу не доверяющие, в конце концов, смогут сотрудничать лишь в рамках системы формальных правил и регламентаций – системы, требующей постоянного переписывания, согласования, отстаивания в суде и обеспечения выполнения, иногда принудительного» [8, с. 55].

Существенно иначе, чем Ф. Фукуяма, рассматривает доверие известный польский социолог П. Штомпка в своей работе «Доверие – основа общества» (1999). Ключевым фактором изменений доверия исследователь считает трансформации в области культуры и общественной морали: «Доверие

трактовали как позицию индивидуума, в настоящее время его все чаще считают свойством межчеловеческих отношений, атрибутом общественно-индивидуального поля, в котором функционируют люди, *культурным ресурсом* [курсив мой – К.И.], используемым индивидуумами в их деятельности» [10, с. 59]. Если Ф. Фукуяма важным фактором формирования социального доверия считает наличие гражданского общества, то есть совокупность экономически и политически самостоятельных субъектов общественного процесса, то П. Штомпка считает что доверие – это ожидание добросовестного поведения других лиц по отношению к нам, является часть *морального сообщества*, наряду с лояльностью (обязанность не нарушать доверия и не отходить от принятых обязательств) и солидарностью (забота об интересах других даже когда нарушаются наши собственные интересы) [10, с. 45].

П. Штомка считает, что общество XXI в. изменилось именно в культурном отношении. У индивида возрастает интерес к самореализации и осознанности, человек хочет жить в гармонии с природой, улучшать качество своей жизни и здоровья, указывает на переход от *твердых* интересов экономического характера к *мягким* культурным ценностям. Главным фактором в снижении уровня доверия в обществе Штомпка считает глобализацию, так как межкультурное взаимодействие приводит к размыванию традиционных ценностей и атмосфере нестабильности. Индивиду сложно адаптироваться к постоянным изменениям и столкновению с различными культурными традициями. Различный подход к принятию *чужой* культуры связан с особенностью коллективной памяти, а также разного исторического опыта. Так автор считает, что продолжительный и укоренившийся демократический строй, долгий период хорошего экономического благосостояния и этническая гомогенность стимулируют рост социального доверия. Напротив, опыт быстрых радикальных общественных изменений приводит к культурным травмам, симптомом которых (наряду с апатией, эскапизмом и ностальгией по прошлому) является именно кризис доверия [10, с. 411].

П. Штомпка считает, что в странах с высоким уровнем доверия (Норвегия, Швеция, Голландия, Япония, США, Германия) люди действуют, опираясь на принцип: «другой достоин доверия до тех пор, пока не окажется, что он является обманщиком». В странах с низким уровнем доверия (Бразилия, Нигерия, Италия, Франция, Россия и, к сожалению, в последнее время Польша) понимают этот принцип наоборот: «каждый является потенциальным преступником, обманщиком, взяточником, агентом, пока он нам не докажет, что он порядочный человек» [10, с. 410].

Однако в современном обществе снижается не только уровень социального доверия, но и потребительского, понимаемого как уверенность в качестве покупаемого товара или услуги. С этим связан, например рост ностальгии о прошлом, в котором были более качественные автомобили, клубника была более

сладкой, образование было более качественным, а медицинские работники облагали более высокими моральными принципами [4]. Снижается уровень экзистенциального доверия, которое связано с чувством безопасности, уверенности в завтрашнем дне. В рамках глобализации тревога начинает проявляться в таких общественных ситуациях, в которых люди не имеют достаточного уровня осведомленности, чтобы предпринять шаги для обеспечения собственной безопасности.

В отличие от Ф. Фукуямы, П. Штомпка выстраивает менее негативные прогнозы относительно современного кризиса доверия. Он считает, что как только будет восстановлен климат доверия, то проблема будет решена. Но для этого в обществе должны сложиться следующие факторы: нормативная непротиворечивость общественной системы; стабильность социальных институтов; наличие понятных механизмов общественного взаимодействия; дружественная среда (экологическая, техническая, расовая и этническая) и непредвзятые контролирующие и принуждающие к исполнению органы государственной власти (арбитраж, суд, полиция, муниципалитет). Процесс глобализации ослабляет вышеперечисленные факторы, что мешает росту и распространению общественного доверия. П. Штомпка считает, что эту проблему способно решить «воображаемое сообщество», формирующееся не по этническим или территориальным критериям, а на основе схожих ценностей и опыта. В нем категория «чужих» со временем будет неизбежно сужаться.

Сравнивая подходы Ф. Фукуямы и П. Штомпки, стоит отметить их взаимодополнительный характер. Они не противоречат друг другу, но обозначают два взаимосвязанных фактора формирования социального доверия. Отметим также, что эти работы 1990-х гг. фиксируют существенную структурную трансформацию доверия в современном обществе – его превращение из социальной ценности и фактора солидарности скорее в эмоцию и чувство. Этот третий компонент лишь начинает обсуждаться современными исследователями [11] и выступает скорее гипотезой, требующей дальнейшего исследования. В качестве аргументов, подкрепляющих эту гипотезу, отметим интерес к проблематике взаимосвязи моральной экономии известной немецкой исследовательницы эмоций У. Фреверт [12], а также работы, посвященные взаимосвязи эмоций и потребления в эпоху модерна. Изначально социальный капитал, выражающийся в социальном доверии граждан друг к другу, являлся важным ресурсом для роста национальной экономики. К. Баркли, профессор университета Аделаиды в своем эссе «Капитализм и потребление» подтверждает точку зрения Фукуямы. До конца XIX в. фермерские предприятия рассматривались в рамках семейной морали, развитие капитализма и рост рабочего класса позволил расширить иерархические связи в трудовой среде. К концу XIX – начала XX вв. рост фабричного производства и расширение сферы услуг (появление крупных универмагов и офисных центров) привели к

появлению специальных подразделений (отдела кадров, профсоюзов), целью которых было урегулирование трудовых отношений и формирования классовой солидарности. Теперь для получения социального капитала в виде преданного коллектива организациям требовалось создавать миссии, ценности и цели привлекательные для работников. Подобные инструменты активно использовались в 1960–1970–х гг. с целью создания эмоциональных сообществ и формирования представлений о том, что именно карьерная реализация позволяет достигнуть счастья. Индивид все чаще проводил время на работе и вступал в коммуникацию с большим количеством людей за пределами семейного пространства, в итоге доверие между членами общество становилось важным ресурсом, увеличивающим прибыль и стимулирующим развитие экономики.

Директор цента культурной истории эмоций У. Фреверт также считает, что память и представления о прошлом всегда неразрывно связаны с эмоциями (ностальгией, негодованием, чувством несправедливости и т.д.) Сильные социальные институты предлагают внятные символические сценарии выражения этих эмоций и их конвертации в публичные суждения. Ослабление публичной сферы в эпоху позднего капитализма разрушает такие сценарии, в результате чего коллективные эмоции начинают доминировать над социальными ценностями. В результате доверие из ценности все больше превращается в чувство и оказывается привязано не к сообществам и институтам, но к отдельным людям. Происходит вторичная фамилизация; а индивидуализация и распад социальных связей сопровождаются интенсификацией эмоций и ослаблением критических суждений [12].

Таким образом, полемика вокруг концепций Ф. Фукуямы и П. Штомпки вскрывает динамику характерного для современного капиталистического общества процесса – превращения доверия из социальной ценности в эмоцию, что объясняется развитием потребительской культуры и неолиберальной идеологии позднего капитализма.

Список литературы

1. *Бек, У.* Общество риска. На пути к другому модерну / У. Бек. – М.: Прогресс-Традиция, 2000. – 383 с.
2. *Гарфинкель, Г.* Концепция и экспериментальные исследования «доверия» как условия стабильных согласованных действий / Г. Гарфинкель // Социологическое обозрение. – 2009. – № 1. – С. 10–51.
3. *Гудков, Л.Д.* Доверие в России: смысл, функции, структура / Л.Д. Гудков // Новое литературное обозрение. – 2012. – № 5. – С. 249–280.
4. *Иванов, А.Г.* «Чемпион мира» и «Одиннадцать молчаливых мужчин»: нормативный порядок современного российского кинематографа и ностальгия по советским спортивным победам / А.Г. Иванов // Logos et Praxis. – 2022. – № 4. – С. 29–36.
5. *Игаева, К.В.* Неолиберализм и общество потребления в оптике интеллектуальной истории и cultural studies / К.В. Игаева // Диалог со временем. – 2020. – № 73. – С. 451–455.
6. *Селигмен, А.* Проблема доверия / А.Селигман. – М.: Идея-Пресс, 2002. – 256 с.

7. *Срничек, Н.* Капитализм платформ / Н. Срничек. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019. – 128 с.
8. *Фукуяма, Ф.* Доверие. Социальные добродетели и путь к процветанию / Ф. Фукуяма. – М.: Издательство АСТ, 2004. – 730 с.
9. *Функ, Д.А.* Антропология в условиях неопределенности. Размышления о динамике и статике научного творчества / Д.А. Функ // Сибирские исторические исследования. – 2024. – № 1. – С. 106–111.
10. *Штомпка, П.* Доверие – основа общества / П. Штомпка. – М.: Логос, 2012. – 440 с.
11. *Barclay, Kate.* Capitalism and Consumption / Kate Barclay // The Routledge History of Emotions in the Modern World / Ed. by K. Barclay, P. Stearns. L. – N.Y.: Routledge, 2023. – P. 440–459.
12. Moral Economies / Ed. by U. Frevert. – Berlin: Vandenhoeck & Ruprecht Gmbh, 2019. – 237 p.
13. *Hardin, Russell.* Trust / Russell Hardin. – Cambridge: Polity Press, 2006. – 216 p.
14. *Hardin, Russell.* Distrust / Russell Hardin. – N.Y.: Russell Sage Foundation, 2009. – 344 p.
15. *Hardin, Russell.* Trust and Trustworthiness / Russell Hardin. – N.Y.: Russell Sage Foundation, 2004. – 256 p.
16. *Illouz, E.* Cold Intimacies: The Making of Emotional Capitalism. – London: Polity Press, 2007. – 144 p.

УДК 122

«ЛОГИКА» ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ ВРАЧА В МНОГОМЕРНЫХ РЕАЛИЯХ СОВРЕМЕННОСТИ

Мордвинов Александр Александрович

Кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой социально-гуманитарных наук, ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ (603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1). E-mail: socgumngma@bk.ru

Традиционное исследование принятия решения врачом строится на его базовом образовании, этических ценностях, заботе о здоровье пациента, а также на необходимости следовать правовым нормам. Современные экономические, технологические, информационные и социальные реалии расширяют спектр действующих факторов на принятие решения врачом, которое становится все более противоречивым и неоднозначным.

Ключевые слова: *этические и правовые противоречия во врачебной практике.*

"LOGIC" OF A DOCTOR'S DECISION-MAKING IN THE MULTIDIMENSIONAL REALITIES OF MODERNITY

Mordvinov, Aleksandr Aleksandrovich

Candidate of Philosophical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Social Sciences and Humanities, Volga Region Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (10/1 Minin and Pozharsky Squares, Nizhny Novgorod, 603005, Russian Federation).

Traditional research into physician decision-making is based on basic education, ethical values, concern for the patient's health, and the need to adhere to legal norms. Modern economic, technological, informational, and social realities are expanding the range of factors influencing physician decision-making, which is becoming increasingly contradictory and ambiguous.

Key words: *ethical and legal contradictions in medical practice.*

Система отношений врач-пациент находится в центре внимания исследователей уже не одно десятилетие. Несомненными основаниями таких отношений являются аксиологические ориентиры, существенно расширенные медицинской деонтологией, принципами и правилами биоэтики, а также нормами права. Несомненное достижение современной цивилизации, – увеличение длительности жизни, - очевидный итог деятельности как системы здравоохранения в целом, так и заслуга конкретного врача. В связи с этим оправдано весомое социальное значение профессии врача и его повседневной практики. И как следствие, вполне обоснованным является повышенное

внимание к спорным, ошибочным и неоднозначным действиям врачебного сообщества. В тоже самое время деятельность врача становится во многом «опосредованной», то есть успешность его действий (прежде всего для пациента) зависит от наличия технологических, инструментальных, образовательных и информационных ресурсов. Таким образом в повседневной практике доктора соприкасаются, преломляются и приходят в противоречие различные уровни реальности – жизнь и здоровье пациента, необходимость следовать этическим и моральным нормам, исполнение требований права, соответствие требованиям контролирующих инстанций, стремление к повышению собственного профессионального мастерства… Таким образом обнаруживается многомерный контекст преломляющихся «требований», «указаний», «инструкций», ожиданий и долженствований в которых современный врач принимает решение: ставит диагноз, избирает тактику лечения, признает VS не признает свою ошибку, исполняет указание заведующего отделения, пишет отчеты, общается с родственниками пациента, повышает свою квалификацию, обосновывает свои действия перед ФОМС и т.д.

Исследовательский интерес к такого рода проблемам очевиден прежде всего среди врачебного и юридического сообщества. Публикации касающиеся проблемы принятия решения врачом, в той или иной спорной, ситуации сфокусированы на проблеме соотношения правовых и моральных регулятивов [3. с. 23]. Представляется необходимым определение логики приятия решений в зависимости от количества действующих факторов, как уже известных (право и мораль), так и выявление степени влияния новых действующих сил как в классических, так и в спорных ситуациях принятия решения врачом.

Рассмотрим основные как классические, так и современные (многомерные реалии) условия принятия решений врачом.

Очевидны ситуации взаимного усиления и однозначного прочтения действий врача как в рамках правового поля, так и в контексте деонтологических требований. Фиксирование необходимости исполнения этических норм напрямую зафиксировано в современном правовом дискурсе: «Медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии». [8.] Но такая фиксация необходимого следования как юридическим, так и этическим обязательствам вовсе не исключает возникновения противоречий во врачебной практике. В частности юридически зафиксированная норма о регламентированном доступе к информации о состоянии здоровья гласит: «Супруг (супруга), близкие родственники … либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих

врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право получать медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну» [7]. Дилемма, которая возникает перед врачом заключается в следующем: если пациент запретил разглашение сведение о диагнозе заболевания, то врач не имеет юридических оснований для разглашения информации (сведений составляющих врачебную тайну). В тоже самое время эти сведения могут быть необходимыми для родственников – для предотвращения или раннего обнаружения наследственных заболеваний, которые были обнаружены у умершего пациента. Таким образом обнаруживается классическое противоречие между необходимостью исполнения норм права (не разглашение сведений, относящихся к врачебной тайне) или сообщение значимой информации родственникам. Логика принятия решения в данном случае остается за врачом, который принимает решение исходя из своего опыта, этических требований или норм закона. Неизбежны разночтения в принятии решения гинекологом о сообщении беременности у молодых пациенток в возрасте 16-17 лет. Также неоднозначные дилеммы могут возникать в случае летальных исходов после длительного лечения, когда обнаруживается неверно выбранная тактика лечения, неявная патология, которая отяготила ход лечения и стала непрогнозируемой причиной смерти. В таких случаях перед врачами также актуализируется неоднозначная логика принятия решения: сохранить, а по сути – скрыть, информацию о врачебной ошибке или формально исполнить логику закона и изложить ситуацию максимально обобщенно: полиоргнанная недостаточность на фоне длительного течения болезни, осложненной возрастными особенностями пациента. Обозначенные ситуации открывают перед нами классическое разночтение в правовом и моральном измерении.

Гораздо больше противоречий в логике принятия решения врачом возникает в современных условиях бюджетной VS коммерческой медицины, а также при использовании традиционных VS новационных способов лечения, с применением новых технологических инструментов (цифровая медицина, биотехнологий), психологического консультирования и разнообразных маркетинговых технологий.

Сфера здравоохранения, действующая в рамках государственных институтов (министерство здравоохранения, Росздравнадзор), действует в условиях прежде всего правового поля и приоритета ценности человеческой жизни и здоровья человека. Коммерческие медицинские центры, созданные на средства частных лиц-инвесторов, действуют в условиях конкурентного соперничества, и ставят перед собой задачи не только улучшение качества жизни

человека, но и извлечение экономической прибыли. В связи с этим возникает классическое этическое и, как это ни странно, социально-экономическое противоречие: доступ пациента к врачебной помощи ограничивается его платежеспособностью. Таким образом право на качественную медицинскую помощь существенно ограничивается. Действие врача в конкурентных условиях также подчиняются не только принципам медицинской этики, но и законам рыночной экономики. В условиях действующих, во многом объективных, ограничений в государственных клиниках (по назначению медицинских препаратов, отсутствия высокотехнологичного оборудования) врач может избирать практику рекомендаций обращения в частные медицинские центры, где он же сможет провести должное медицинское обследование и провести соответствующее лечение. Таким образом врачебное решение об исполнении своего долга ставится в зависимость от платежеспособности пациента, что нивелирует гуманистическое предназначение врачебного призвания.

Еще одним трендом и движущей силой развития современной медицины становится ее технологичность, внедрение новых методик лечения и использование маркетинговых технологий. Данная ситуация наиболее показательно и активно проявляется в стоматологии и эстетической косметологии. Однако в последние годы формируется принципиально новые подходы к улучшению качества жизни на основе слияния технологического инструментария и маркетинговых практик: детоксикация организма, биохакинг, менеджмент здоровья, anti-age медицина, lifelogging. Не подлежит сомнению позитивный эффект от применения таких технологий для целого ряда пациентов. Действительно, практики lifelogging незаменимы для пациентов с болезнью Альцгеймера, а технологические возможности современных гаджетов спасают жизни больных диабетом, бронхиальной астмой и различными патологиями сердца. Сторонники таких подходов провозглашают наступающую эпоху информационного и технологического процветания в том числе и в медицине [2 с. 341-349, 6 с. 249-255]. Но их технологический оптимизм не зримо устраняет всю многомерность бытия человека, как врача, так и пациента, редуцируя его бытие до грамотного и технологического исполнения функций в пределах стандартизированных норм. Врач-исследователь, вступающий на путь созидателя и проводника новых методик лечения оказывается в противоречивой ситуации – актуализировать и применить потенциал новых методик лечения и понимать пределы своей профессиональной, этической ответственности (прежде всего не навреди) за последствия своих действий, которые носят зачастую непрогнозируемый характер. Зачастую молодых исследователей вдохновляет опыт успешных творцов современности Илон Маск, Марк Цукерберг, Джек Ма новации которых изменяют реальность, делая ее более разнообразной,

технологичной и удобной. Однако наши современники не учитывают цену ошибки в цифровой реальности (где можно «обнулить» или «отмотать» свои действия) и последствия от ошибки в действии врача, который не смог критически оценить свои способности и возможности той или иной «передовой» технологии. Именно эта ситуация – критического осмысления своих навыков, умений и этической ориентированности может быть основой действий по их развитию.

Необходимость развития медицинских клиник диктует необходимость не только технологического переоснащения, но и внедрения новых практик управления медицинским сообществом. Одним из «перспективных» инструментов является внедрение KPI (Key Performance Indicators) в процессе управления клиникой. По сути, расхожее словосочетание – ключевые показатели эффективности становятся новым финансово-маркетинговым инструментом управления медицинским сообществом. Основные показатели работы клиники получают цифровое выражение (рост первичных и вторичных обращений пациентов, увеличение позитивных откликов о работе клиники, минимизация негативных отзывов и т.д.). Все эти показатели имеют «монетизацию» – повышающего или понижающего характера. Таким образом современные модели маркетинга нивелируют и обходят ситуацию этического поступка врача, для этого поступка просто не остается жизненного пространства, так как вся деятельность врача вписывается в достижение KPI клиники, а следовательно, и собственного материального благополучия. Крайне неоднозначные последствия наступят при реализации следующего шага в этом направлении это реализация проекта ССК (система социального кредита-доверия) и БРС (балльно-рейтинговой системы) в области медицины. [4,5]. Введение активного «рейтингования» врачей (на основании опыта, наличие-отсутствие ученой степени, длительности работы в клинике и т.д.) учет его финансовой эффективности (наличие записи пациентов на прием именно к нему), растущее количество позитивных отзывов от пациентов все эти «маркеры» будут объективно свидетельствовать не только о его профессионализме, но и о его экономической эффективности. Такие экономические регуляторы вытесняют и обесценивают этический выбор, который сводится к назначению максимального набора самых дорогих лечебных процедур (анализов, обследований) или приемлемого, то есть минимального.

Обесценивание моральных ориентиров в практике врача обусловлено еще соответствующим вниманием юридических инстанций по отношению к врачебному сообществу. Неоспоримый статус бесценности жизни во многом оправдывает пристальное внимание Следственного Комитета к обращениям пациентов и их родственников. Кроме этого, коммерциализация сферы

здравоохранения приводит к появлению и бурному росту целой отрасли “экономики здоровья и красоты” в связи с чем вполне обоснованными являются претензии пациентов-клиентов различных медицинских центров. Статистика возбуждения уголовных дел отражает «болевые точки» как бюджетной так и коммерческой медицины: в 2021 году возбуждено 2095 уголовных дел по причине ятрогении; в 2022 году – 1860; в 2023 году – 2332; 2024 году – 2080. [1]. Требования Следственного комитета строги, однозначны и обязательны к исполнению: «В прошлом году представитель СКР напомнил врачам, что отступление от норм клинических рекомендаций служит для судебно-медицинских экспертов при расследовании ятрогенных преступлений дополнительным доказательством виновности обвиняемого при доказанной взаимосвязи между действиями врача и наступлением неблагоприятных последствий для пациента» [1].

Таким образом можно прийти к неоднозначному и не обнадёживающему выводу о вытеснении морально-этической системы координат в практике решения врача и замена этого выбора технологическими условиями клиники на основе экономической сообразности своих действий с учетом неукоснительного соблюдения требований закона.

Список литературы.

1. *Бескаравайная, Т.* Следственный комитет сообщил о незначительном снижении частоты уголовного преследования врачей [электронный ресурс] https://medvestnik.ru/content/news/Sledstvennyi-komitet-soobshil-o-neznachitelnom-snijenii-chastoty-ugolovnogo-presledovaniya-vrachei.html . – Дата обращения: 20.03.2026
2. *Диамидес, П.* Изобилие: Будущее будет лучше, чем вы думаете / П. Диамидес. Котлер С. – М.: АСТ, 2018. – 608 с.
3. *Петрова М.М.* Актуальные вопросы права и этики современной медицины (обзор литературы) / Петрова М.М., Н.Ю. Козлов, В.С. Приходько, П.Д. Джибути, Е.В. Курьянович, Д.С. Каскаева, Н.Ю. Шимохина // Сибирское медицинское обозрение. – 2025. - №4. – С. 21-30.
4. *Рувинский Р.З.* «Система социального кредита»: исторические и доктринальные основания феномена / Рувинский Р.З., Тарасов А.А. // Национальная безопасность/nota bene. – 2020. – №3. – С. 72-82.
5. *Тарасов, А.А.* Computare Hominis: к системам социального кредита (рейтингования). – 2020. №. – №3. – С.193-207.
6. *Тополь, Э.* Искусственный интеллект в медицине: как умные технологии меняют подход к лечению / Э. Тополь – М.: Альпина Паблишер, 2022. – 398 с.
7. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 17.11.2025) “Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации” ст. 22 [Электронный ресурс] https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/d2872d82b3b26ca307971f590ce02dd37f71cafc/ – Дата обращения: 20.03.2026

8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 17.11.2025) “Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации” ст. 73 [Электронный ресурс] https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/a7b7106bd7e8a56e008dde0eb4ea933be31371f4. – Дата обращения: 20.03.2026

УДК 614.253

КОДЕКС ИЛИ ПРОТОКОЛ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЫЗОВ *ЭТОСУ* МЕДИЦИНЫ

Лобова Татьяна Геннадьевна

Кандидат философских наук, доцент кафедры социально-гуманитарных и экономических наук, Омский государственный медицинский университет (644099, Российская Федерация, Сибирский Федеральный округ, Омская область, г. Омск, ул. Ленина, д.12). E-mail: lotogen@mail.ru

Мироненко Татьяна Васильевна

Старший преподаватель кафедры социально-гуманитарных и экономических наук, Омский государственный медицинский университет (644099, Российская Федерация, Сибирский Федеральный округ, Омская область, г. Омск, ул. Ленина, д.12). E-mail: philos_mir@mail.ru

Современная медицинская практика декларирует «персонализацию» пациента как свою отличительную черту. «Персонализация» становится «новым прочтением» традиционного «блага пациента». Врач-профессионал следует протоколу, чтобы достичь и одновременно подтвердить результат лечения. Однако этос медицины не может не включать в себя призыва к состраданию и гуманности, видя в них необходимый камертон медицинской практики.

Ключевые слова: Этос, врачебная этика, призвание, медицина тела, медицина души, болезнь.

CODE OR PROTOCOL: A MODERN CHALLENGE TO THE ETHOSO OF MEDICINE

Lobova Tatiana. G

PhD in philosophy, professor associate, Philosophy and Social science and Humanities Department, Omsk State medical university of the Public health ministry, Russia, Lenina, 12, Omsk 644099, Russia.

Mironenko Tatiana V.

Senior lecturer, Philosophy and Social science and Humanities Department, Omsk State medical university of the Public health ministry, Russia, Lenina, 12, Omsk 644099, Russia.

Modern medical practice declares the "personalization" of the patient as its distinctive feature. "Personalization" becomes a "new interpretation" of the traditional "benefit of the patient." A professional doctor follows a protocol to achieve and simultaneously confirm the result of treatment. However, the ethos of medicine cannot help but include a call for compassion and humanity, seeing them as the necessary tuning fork for medical practice.

***Keywords**: Ethos, medical ethics, vocation, body medicine, soul medicine, disease.*

У нас, современных людей, медицина есть.
А вот врачей, кажется, скоро не хватит.
А. Моруа

Роберт Мертон, исследуя в 40-60-е гг. XX в. особенности функционирования науки как социального института, выделил в качестве важного элемента деятельности последнего комплекс ценностно-нормативных установок (познавательные нормы и идеалы ученого), обозначив его как этос науки или научный этос. «Этос науки — это аффективно окрашенный комплекс ценностей и норм, считающийся обязательным для человека науки и самой научной деятельности» (Р. Мертон). Между этосом науки (как этической составляющей научной деятельности) и врачебной этикой, по мнению авторов, существует не только различие в ценностных ориентациях ученого и врача, но и связь на аксиологическом и феноменальном уровнях. Позиция Р. Мертона позволяет видеть в *этосе* концепт, обращение к которому делает возможным, помимо общих и значимых черт, прояснение оснований иных характеристик исследуемого явления. Иначе, ЭТОС *вообще* представляет собой фундаментальную *конституирующую* идею того или иного вида деятельности (практики), определяющую ключевые аспекты (модусы) их осуществления. Этос – это «способ «бытия-в-мире»; это не только то, ЧТО мы делаем, но и КАК мы это делаем, поскольку мы делаем это РАДИ ЧЕГО-ТО.

Учитывая этимологическую близость и связь понятий этика и этос, можно отметить, что недостаточно рассматривать существующие в каком-либо этическом кодексе правила и нормы только как безусловные предписания и запреты. Этическое предписание предполагает не просто исполнение норм и обязательств, но осуществление уникальной и определяющей цели того дела (деятельности, профессии), которое регламентируется этими нормами. Так этические предписания, как выражение ЭТОСА, призваны «оживить», направить и организовать деятельность.

Согласно взглядам Э. Пеллегрино (1920 – 2013 гг.) – врача и ученого, ставшего одной из ключевых фигур в современном продвижении «этики добродетели» в медицинской практике, сама особенность и структура клинической ситуации в медицине УЖЕ содержит в себе этические обязательства. Это значит, что медицинская ситуация *востребует* не только профессионализм врача, но и определенные *добродетели* врача, востребует реализацию *человечности* и даже *служения-призвания*. Важно, что адресное служение является конкретным ответом на страдания больного, нуждающегося в помощи. Так профессия врача – это больше чем профессия. Этос медицины включает в себя призыв к состраданию и гуманности врача, указывая тем самым

на них как на необходимый *камертон* медицинской практики, раскрывающий природу долга врача как дело служения и призвания. Призвание врача – это движение в сторону «Блага пациента» как *зова Другого в сострадании и помощи*. Служение врача основано на том, что А. Сурожский называл «чувством солидарности, уважения и благоговения перед человеческой жизнью, отдача тому единственному человеку, который сейчас перед ним. Без этого медицинская деятельность может быть чрезвычайно научной, но потеряет всю свою суть» [3, с. 45]. Профессионализм не отрицает этого призвания, более того, благодаря профессионализму этот «ответ-помощь» оказывается. Ярким примером, когда профессионализм и призвание дополняли друг друга, будучи направленными на достижение блага пациента, является деятельность Н.И. Пирогова. Его активное внедрение наркоза в хирургическую практику (деятельное обоснование «нравственного влияния эфирования» [4]), развитие анатомического знания и применение первых антисептических средств - все это вместе взятое с *безусловным* внимание к «душевным волнениям» и страданиям пациентов раскрывает диалектическую связь призвания и профессионализма. Призвания, как *внутреннего* побуждения к отзывчивости, к состраданию больному, которые только и могут проявляются во врачебной ситуации не иначе как деятельное и творческое «осуществление добра» (вспомним «Твори Благо» как еще один неслучайный принцип медицинской этики). Полагаем, что это не противоречит ни профессионализму, ни знанию. Именно *призвание* оказывается истоком гуманизма в медицине и потому гуманность и человечность врача *не могут являться декларативными добродетелями*. Основатель Томской школы хирургов, профессор Э.Г. Салищев (1851 – 1901 гг.) так говорил об этом студентам-первокурсникам: «Мне кажется, что любого человека, не очень глупого, можно научить врачеванию и выдать ему диплом врача. Но чтобы стать настоящим врачом, требуется *призвание*. Именно призвание поможет преодолеть все невзгоды в труде. Именно призвание заглушит неприятные запахи от язв и смрад от трупа, который надо изучать. Но если вы не почувствуете призвания, если вас устрашит предстоящий труд *в этой постоянной сфере страданий*, мой совет вам коллеги: уходите, пока не поздно, иначе вы принесете не пользу, а вред. И немалый. И постоянно будет висеть над вами проклятие тех, кого вы будете пользовать… (курсив наш – Т.Л., Т.М.)» [5, с. 41].

Понятие «благо пациента», которое раскрывает цель и долг врачевания в «Клятве Гиппократа» связано не с абстрактным понятием блага - врач действует в *интересах пациента*, а точнее принимает участие в его судьбе: «Я направлю режим больных к их *выгоде* сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости» и «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда *для пользы больного*, будучи далек от всего

намеренного, неправедного и пагубного (курсив наш – Т.Л., Т.М.)». Именно благо конкретного больного как помощь, становится делом служения врача, которое не исчерпывается только выполнением профессиональных компетенций. Данное суждение требует следующего пояснения. По замечанию Э. Пеллегрино, клиническая медицина отличается от научно-исследовательской практики и медицины как науки, отличается она и от медицины, предметом заботы которой является общественное здоровье. Отличие состоит в том, что забота о пациенте – это *личная встреча* врача и пациента. Но именно научный дискурс, научная рациональность привнесли в медицинскую практику те изменения, которые ставят профессионализм вне связи с призванием, и делают его единственным условием достижения «блага пациента», которое, к тому же, приобретает естественнонаучную коннотацию. «Взгляд» врача, «воспитанного» научным подходом изначально воспринимает пациента дуалистично: тело - «протоплазма, гены, аминокислоты, уникальная структура мозга» и Я (с чем связывается личностное, индивидуальное) как «нечто неуловимое»; «медицина тела» и «медицина души» (А. Моруа). Уже во времена Н.И. Пирогова эта дуальность научного подхода оборачивалась невниманием и равнодушием к пациенту, что становились предметом критики и осуждения не только великого русского хирурга, но и таких представителей отечественной медицинской практики, как М.Я. Мудров, Ф.И. Иноземцев, В.А. Манассеин, Н.В. Склифосовский, С.П. Боткин и, конечно, врачей-писателей В.В. Вересаева и А.П. Чехова. Вересаев четко и честно сформулировал этот опасный вызов медицинскому этосу в виде тенденции расхождения научного и клинического подхода: «Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики. Нельзя же разуметь под нею ту специально-корпоративную врачебную этику, которая занимается лишь нормировкою непосредственных отношений врачей к публике и врачей между собою. Необходима этика в широком, философском смысле, и эта этика должна прежде всего охватить во всей полноте … вопрос о взаимном отношении между врачебною наукою и живой личностью» [1, с. 251]. Это расхождение, этот разрыв еще больше усилился в XX веке, особенно во 2-ой его половине, когда развитие медицинской науки и последовавший «технический переворот» в медицинской практике привели к грандиозным победам над серьезными заболеваниями и появлению новых перспектив в области оказания медицинской помощи. Современный тип технологической рациональности и технология как главный элемент медицинской практики (преобладание в современной медицине биотехнологий) основаны на «специализированном и рациональном умении что-то производить» (Г. Марсель). Это означает приоритет профессиональных (читаем научных и технических навыков и знаний) над внутренним зовом и благоговением перед жизнью, которая страдает, угасает или

стремится выжить и жить. Научный подход инициирован *интересом*, желанием расширить границы знания, что возбуждает азарт и стремление создавать новое. Современные технологии в области медицинской диагностики (предиктивность) и биотехнологические способы воздействия (превентивность) - не только обостряют чувство власти и контроля над жизнью тела, но и меняют масштаб и качество этого контроля и воздействия. В таких условиях сострадание принимает специфичный агрессивный характер: стремление рационализировать многие естественные процессы и переводить все в плоскость цифр и вердиктов – рекомендаций специалистов-профессионалов по поддержанию или улучшению продуктивности, или производительности функций организма и тела в целом («тело-объект»). Врач-профессионал вынужден следовать протоколу, чтобы достичь и одновременно подтвердить результат лечения, усилив уже существующую статистику. Объектом деятельности является болезнь, которая имеет вполне конкретные, объективные характеристики, соотносимые с определенным протоколом действий. Учитывая высокую степень технологизации медицинской практики, протокол призван обеспечить порядок выполнения и связанную с этим безопасность оказываемой помощи.

Одновременно и медицинская наука, и медицинская практика (в рамках провозглашенной концепции 4 П – медицины) декларируют «*персонализацию*» как свою отличительную черту. «Персонализация» сегодня это «новое прочтение» традиционного «блага пациента». То есть, «персонализация» так или иначе относит себя и к индивидуальному, адресному подходу, к проявлению деятельной личной озабоченности врача нуждами и страданиями пациента. Однако рационализация медицинской помощи и требование, прежде всего, профессионализма врача-эксперта наделяют понятие «персонализация» *иной* коннотацией. Развитие современной генетики и геномики сводит «персонализацию» к «генетизации» человека. Индивидуальный «генетический профиль» фактически является «коррелятом научной рациональности» (В.Л. Лехциер), для которой переживание и опыт болезни, страдание чувствующего тела, страх будущего — это оценочные и слишком субъективные позиции, предполагающие варианты интерпретаций, а потому и вытесняемые из картины заболевания. Одновременно вытесняется внимание к *целому* человека и это тогда, когда болезнь разрушает привычный способ «быть в мире», разрушает существовавшую *целостность,* а потому долг врача ее восстановить. Причем, восстановление целостности касается не только биологического существования, но и возможности для больного заново обрести утраченную способность *быть* самим собой.

Американский медицинский антрополог А. Клейнман различает болезнь как illness и как disease. И если второе – это понимание болезни как

«объективного явления природы», то первое предполагает индивидуальный опыт болезни как специфичной жизненной проблемы, «опыт, включающий классификацию и объяснение страданий самими заболевшими, их опасения и надежды, самолечение, коррекцию поведения» [2, с. 92-93]. Данное измерение болезни может включать опыт осмысления и переосмысления не просто жизненной ситуации, но и оснований собственного существования (особенно тогда, когда вы или близкие вам люди находятся в пограничном состоянии жизни - смерти, в состоянии неопределенности самой жизни). Тогда ироничность и некая теоретичность вопроса о смысле жизни обнаруживает всю серьезность и мучительность. Болезнь оказывается «топосом», попав куда человек может наконец-то начать понимать, что пришло время принимать «настоящее решение», поскольку столкновение с настоящим произошло. В этом смысле болезнь может представлять собой своеобразный опыт трансгрессии, и здесь важна поддержка и помощь.

Трансгрессия есть опыт «перехода», «преодоления» некоторой определенности. Это опыт безнадежности, когда все привычное и понятное разрушается и исчезает. Это «потеря равновесия в будничном», поскольку в него вторгается то, что разрушает размерность, понятность и определенность существования. Тривиальная мысль о том, что человек, болеющий серьезным заболеванием, порой переосмысляет свою жизнь говорит о таком опыте болезни, который, однако, не каждый болеющий способен приобрести. Опыт трансгрессии – это опыт радикальной переоценки, произвести которую более чем сложно, поскольку он захватывает первичный страх неустроенности и разрушения мира привычного, не потому ли он, чаще всего рассматривается как не обязательный и не закономерный «момент» болезни.

Подводя итоги всему изложенному выше, заметим, что в условиях современной высокотехнологичной медицины, путь к восстановлению, а возможно, и к обретению новой целостности требует не столько врача-эксперта по болезни, сколько врача, обращенного к человеку, а не к его органам, телу, психике или болезни. Вызовом современному этосу медицины является сохранение фундаментальной цели медицины – исцеления, поскольку именно «медицинский гений видит человека целиком» (А. Моруа). Новым этическим требованием, которое включает в себя понятие «благо пациента», становится требование к врачу – учиться одновременно удерживать собой позицию служения и профессионализма.

Список литературы

1. *Вересаев, В.В.* Записки врача. На японской войне / В.В. Вересаев. – М.: Правда, 1986. – 560 с.
2. Цит. по: *Лехциер В.Л.* Семиозис болезни: дихотомия культурологизма и персонализма (преодолевая стереотипы биомедицины) / В.Л. Лехциер // Вестник Самарской Гуманитарной академии. Серия «Философия. Филология». - 2009. - № 2 (6). – С. 85 – 111.
3. *Митр. Сурожский, А.* Человеческие ценности в медицине // Митр. А. Сурожский. О современной медицинской этике / Митр. А. Сурожский - СПб.: Возрождение, 2009. – С. 41 – 59.
4. *Федоров, В.Д.* Гениальность и нравственность в жизни и деятельности Николая Ивановича Пирогова / В.Д. Федоров, С.П. Глянцев // Вестник РГМУ. - 2012. - №5. - С. 93-97.
5. *Хунданов, Л.Л.* Раздумья врача / Л.Л. Хунданов. – М.: Советская Россия, 1983. – 153 с.

УДК 340.13; 341.1/8

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В МЕЖДУНАРОДНОМ И РОССИЙСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ

Давыдова Татьяна Викторовна

Кандидат исторических наук, доцент, кафедра истории Отечества, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (197022, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6-8). E-mail: t-davydova@mail.ru

В статье представлен анализ международного и российского законодательства, регламентирующего принципы врачебной этики.

Ключевые слова: *медицинская этика, принципы, декларации, конвенции, этический кодекс, охрана здоровья граждан.*

LEGAL REGULATION OF THE FUNDAMENTALS OF MEDICAL ETHICS IN INTERNATIONAL AND RUSSIAN LEGISLATION

Davydova Tatiana Viktorovna

Candidate of Historical Sciences, Associate Professor, Department of Domestic History, First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (197022, Russian Federation, Saint Petersburg, Lev Tolstoy str., 6/8).

This article presents an analysis of international and Russian legislation regulating the principles of medical ethics.

Keywords: *medical ethics, principles, declarations, conventions, code of ethics, public health protection.*

В профессии врача главным является принцип гуманизма. От того, как врач будет выполнять свой долг, зависит жизнь и здоровье людей. Врачебный долг – это квалифицированное выполнение своих обязанностей, наличие высоких моральных качеств, нравственные принципы, присущие самому врачу. В основе деятельности врача лежат три кита: профессиональная подготовка, профессиональная этика и профессиональное законодательство [9]. Это положение максимально отражает реалии современной медицины: нельзя отрицать важность этических предписаний для практической деятельности медицинских работников, однако крайне важно определить ее правовое поле.

В XX – первой четвери XXI в. прогресс в области медицины и биологии (генетики, вспомогательной репродукции, нанотехнологий, трансплантологии и др.) открыл перед медициной новые возможности, связанные не столько с лечением, сколько с управлением человеческой жизнью. Новые ситуации, когда врач должен принимать решения, которые входят в противоречия с нормами традиционной медицинской этики, выявили необходимость философского осмысления медицинских возможностей, потребовали четкого не только морального, этического, но и правового регулирования профессиональной этики медиков как на международном, так и на внутригосударственном уровнях.

В этой связи представляется необходимым провести анализ международных и российских нормативно-правовых актов, регламентирующих принципы профессиональной этики медиков.

На международном уровне профессиональные этические требования в области медицины определены в документах, принятых Организацией Объединенных Наций (ООН). В Принципах медицинской этики, сформулированных в Резолюции 37/194 от 18 декабря 1982 г., принятой на 37-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН, принцип 2 гласит, что работники здравоохранения, в особенности врачи, совершают грубое нарушение медицинской этики, а также преступление в соответствии с действующими международными документами, если они занимаются активно или пассивно действиями, которые представляют собой участие или соучастие в пытках или других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видах обращения и наказания, или подстрекательство к их совершению, или попытки совершить их [14. с. 11].

В статье 2 Всеобщей декларации о геноме человека и правах человека, принятой 11 ноября 1997 г. Генеральной конференцией ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), установлено: a) каждый человек имеет право на уважение его достоинства и его прав, вне зависимости от его генетических характеристик; b) такое достоинство непреложно означает, что личность человека не может сводиться к его генетическим характеристикам, и требует уважения его уникальности и неповторимости [2].

Особое место среди международных документов по вопросам медицинской этики занимает Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека, принятая **19 октября 2005 г.** на 33-й сессии Генеральной конференции ЮНЕСКО. В статьях 3-17 Декларации сформулированы 15 принципов биоэтики: человеческое достоинство и права человека; благо и вред; самостоятельность и индивидуальная ответственность; согласие; лица, не обладающие правоспособностью давать согласие; признание уязвимости человека и уважение целостности личности; неприкосновенность частной жизни и

конфиденциальность; равенство, справедливость и равноправие; недопущение дискриминации и стигматизации; уважение культурного разнообразия и плюрализма; солидарность и сотрудничество; социальная ответственность и здоровье; совместное использование благ; защита будущих поколений; защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия [1].

Следующей авторитетной специализированной организацией ООН, в документах которой декларированы принципы медицинской этики, является Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ). В Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, принятой Европейским консультативным совещанием ВОЗ по правам пациента (г. Амстердам, 28-30 марта 1994 г.), в разделе «Права пациентов» пункт 1 «Права человека и человеческие ценности в здравоохранении» определено, что никакие ограничения прав пациентов не должны нарушать права человека и каждое ограничение должно иметь под собой правовую базу в виде законодательства той или иной страны. Осуществление нижеперечисленных прав должно происходить не в ущерб здоровью других членов общества и не нарушать их человеческих прав [4].

1.1. Каждый человек имеет право на уважение собственной личности.

1.2. Каждый человек имеет право на самоопределение.

1.3. Каждый человек имеет право на сохранение своей физической и психической целостности, а также на безопасность своей личности.

1.4. Каждый человек имеет право на уважение его тайн.

1.5. Каждый человек имеет право иметь собственные моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения.

1.6. Каждый человек имеет право на защиту собственного здоровья в той мере, в которой это позволяют существующие меры профилактики и лечения болезней и должен иметь возможность достичь наивысшего для себя уровня здоровья [4].

Одним из основополагающих документов, в котором изложены принципы европейской биоэтики, стала принятая Советом Европы Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS № 164) (г. Овьедо, 4 апреля 1997 г.). Согласно статье 1, стороны настоящей Конвенции: государства - члены Совета Европы, прочие государства и Европейское сообщество - защищают достоинство и индивидуальную целостность человека и гарантируют каждому без исключения соблюдение неприкосновенности личности и других прав и основных свобод в связи с применением достижений биологии и медицины [7].

Большой авторитет в международном этическом правовом поле имеют нормы медицинской этики, сформулированные Всемирной Медицинской Ассоциацией (ВМА). В 1963 г. ВМА приняты 12 принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения. Внимания заслуживает следующий принцип: «Любая система здравоохранения должна обеспечивать пациенту право выбора врача, а врачу - право выбора пациента, не ущемляя при этом прав ни врача, ни пациента. Принцип свободного выбора должен соблюдаться и в тех случаях, когда медицинская помощь полностью или частично оказывается в медицинских центрах. Непременная профессиональная и этическая обязанность врача - оказывать любому человеку неотложную медицинскую помощь без каких-либо исключений» [3].

В преамбуле Лиссабонской декларации о правах пациента, принятой ВМА (г. Лиссабон, сентябрь-октябрь 1981 г.), установлено, что врач, без сомнения, должен действовать в интересах больного сообразно своей совести, однако необходимы также соответствующие гарантии автономии пациента и справедливого отношения к нему [10. с. 17].

В пункте 3 Лиссабонской декларации определено: а) пациент имеет право на самоопределение и на принятие независимых решений относительно своего здоровья. Врач обязан сообщить пациенту о последствиях его решения; б) умственно полноценный совершеннолетний пациент имеет право соглашаться на любую диагностическую процедуру или терапию, а также отказываться от них. Пациент имеет право на получение информации, необходимой для принятия им решений. Пациент должен иметь четкое представление о целях и возможных результатах любого теста или лечения, а также о последствиях своего отказа; в) пациент имеет право отказаться от участия в каком-либо исследовании или медицинской практике [10. с. 17].

В пункте 10 Лиссабонской декларации регламентировано: а) следует всегда уважать человеческое достоинство и право пациентов на неприкосновенность частной жизни, а также их культурные и моральные ценности при оказании медицинской помощи и в ходе практического медицинского обучения; б) пациент имеет право на облегчение своих страданий с использованием существующих знаний в области медицины; в) пациент имеет право на гуманный уход в случае неизлечимой болезни и предоставление возможностей для достойного и наименее болезненного ухода из жизни [10. с. 17].

В Международном кодексе медицинской этики, принятом 3-й Генеральной Ассамблеей ВМА (г. Лондон, октябрь 1949 г.), названы общие обязанности врачей. Врач должен всегда поддерживать наивысшие профессиональные стандарты. Врач не должен позволять по соображениям личной выгоды ограничивать свободу и независимость профессионального решения, которое

должно приниматься исключительно в интересах пациента. Врач должен ставить во главу угла сострадание и уважение к человеческому достоинству пациента и полностью отвечать за все аспекты медицинской помощи вне зависимости от собственной профессиональной специализации [11].

На основании пункта 3 Хельсинкской декларации ВМА «Этические принципы медицинских исследований с привлечением человека», принятой 18-й Генеральной Ассамблеей ВМА (г. Хельсинки, июнь 1964 г.), долг врача состоит в укреплении и охране здоровья пациентов, включая участников медицинских исследований. Знания и совесть врача должны быть полностью подчинены выполнению этого долга [16].

В силу пункта 9 Хельсинкской декларации медицинские исследования следует проводить в соответствии с этическими нормами, обеспечивающими уважение каждого человека, защиту его прав и охрану здоровья. Некоторые категории (лица, не способные самостоятельно дать согласие на участие в исследовании или отказаться от него, а также лица, подверженные принуждению или недолжному влиянию) участников исследований особенно уязвимы и нуждаются в специальной защите [16].

В отношении реализации принципов медицинской этики в российском законодательстве, важно обратить внимание на отдельные статьи Основного закона страны - Конституции Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. Согласно статье 2, человек, его права и свободы выступают высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства [8].

В статье 21 Конституции РФ установлено: 1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. 2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам [8].

В соответствии с частью 1 статьи 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [8].

Основополагающим нормативно-правовым актом российского медицинского права является Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. Часть 1 статьи 73 закона возлагает на медицинских работников обязанность руководствоваться нормами медицинской этики и деонтологии при

осуществлении своей профессиональной деятельности. Также законодатель упоминает об этических и моральных нормах как одной из гарантий обеспечения приоритета прав пациентов (п. 1 ч. 1 ст. 6) [12]. Формулировка законодателя дает основание предположить, что соблюдение этических предписаний является обязанностью медицинских работников. Из данного положения следует, что права и обязанности, имеющие этическую природу, становятся необходимым и неотъемлемым компонентом профессионального статуса медицинских работников.

Отдельного внимания заслуживает клятва врача, являющаяся квинтэссенцией профессиональной врачебной этики. Статья 71 закона регламентирует текст клятвы врача - обязательство соблюдения основных моральных принципов профессионала-медика, которое дают выпускники высшей медицинской школы. Часть 1 статьи 71 гласит: «Лица, завершившие освоение образовательной программы высшего медицинского образования, при получении документа об образовании и о квалификации дают клятву врача…» [12].

Современная клятва российского врача отражает общие принципы ценности человеческой жизни, гуманного и уважительного отношения к пациенту. При этом статья 71 закона не детализирует статус клятвы врача и не содержит норм, устанавливающих ответственность за ее нарушение. Однако в тексте клятвы, утвержденном Государственной Думой РФ в 1993 г., факт дачи клятвы врача удостоверялся личной подписью под соответствующей отметкой в дипломе врача с указанием даты. Врачи за нарушение клятвы врача несли ответственность, предусмотренную законодательством РФ [13. Ст. 60]. В 2011 г. ситуация изменилась. В части 2 статьи 71 закона сохраняется указание на ее принятие в торжественной обстановке. Но из законодательства и из диплома врача исчезла отметка о факте принятия клятвы врача, удостоверенной личной подписью с указанием даты. Исчезла и констатация об ответственности врача за нарушение клятвы врача. 6 июня 2012 г. Министерством здравоохранения и социального развития РФ было принято официальное распоряжение № 16-2-15/81 об отмене подписи о даче клятвы врача в дипломе. Данное распоряжение явно снизило порог морального значения клятвы врача [15. с. 96].

В то же время нормы, содержащиеся в клятве врача, фактически являются единственным универсальным образцом морально-этических обязанностей, возлагаемых на медицинских работников, поскольку принесение данной клятвы стало нормативно-закрепленной традицией при получении диплома о высшем медицинском образовании, и, следовательно, каждый будущий врач еще до начала трудовой деятельности может ознакомиться с определенным объемом этических требований к ней.

Существенное значение в рамках отечественного медицинского права имеет Кодекс профессиональной этики врача РФ, принятый Первым национальным съездом врачей РФ 5 октября 2012 г. Документ устанавливает обязанности врача, запреты и ответственность за нарушение положений кодекса. Нормы кодекса обязательны для врачей, выполняющих свои профессиональные функции, а также для студентов высших медицинских учебных заведений, временно замещающих врача или ассистирующих врачу [6].

В указанном аспекте заслуживает внимание глава 1 кодекса «Врач и общество». Статья 1 гласит: «Миссия врача состоит в охране здоровья и глубоком уважении личности и достоинства человека. Врачебная деятельность основана на высоких этических, моральных и деонтологических принципах. Эти требования остаются незыблемыми даже после смерти человека». Врач обязан добросовестно выполнять весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий независимо от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса и материального положения, вероисповедания, политических взглядов человека [6. Ст. 2].

Право врача, ни при каких обстоятельствах, не изменять принципам профессионального долга и отклонять любые попытки давления со стороны физических и юридических лиц, требующих от него действий, противоречащих этическим принципам, профессиональному долгу или закону [6. Ст. 6]. Ответственность за нарушение профессиональной этики определяется уставами территориальных и профильных ассоциаций врачей [6. Ст. 21]. Первый судья врача - собственная совесть, второй - медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответствии со своим уставом и иными документами [6].

Основные принципы медицинской этики в РФ также регламентируются Кодексом врачебной этики РФ [5], Этическим кодексом российского врача [17], Этическим кодексом медицинской сестры России [18], региональными нормативными правовыми актами.

Анализ основ медицинской этики международного и российского законодательства позволяет сделать вывод о том, что данные принципы во многом нашли свое отражение в нормативно-правовых актах, регулирующих сферу здравоохранения. В ряде случаев они прямо закреплены как правовые требования к поведению медицинских работников. В качестве примера можно привести статью 6 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», провозглашающую приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи [12].

Вышеизложенное дает основание сделать вывод о противоречивости возникшей ситуации. С одной стороны, медицинским работникам на правовом

уровне предписано руководствоваться нормами профессиональной этики, но, с другой стороны, многочисленность актов, содержащих в себе соответствующие этические требования, не способствует надлежащей и качественной реализации данной обязанности.

Однако не следует забывать, что судам при рассмотрении дел предписано руководствоваться исключительно правовыми нормами. Данные факты также подтверждают неоднозначность статуса морально-этических норм в медицине. Следует иметь в виду, что данные акты, содержащие нормативные предписания нравственного и этического характера, были приняты как государственными, так и негосударственными образованиями, в частности в РФ подобные нормы разрабатываются общественными объединениями врачей и медицинских сестер, из чего следует невозможность признания положений данных актов нормами права. Это существенно осложняет понимание сущности профессионального статуса медицинских работников, поскольку именно эти акты в большей степени предусматривают права и обязанности субъектов медицинской деятельности, связанные с оказанием медицинской помощи пациенту. В совокупности с юридической обязанностью по соблюдению этических требований к осуществлению медицинской деятельности отсутствие единого источника их закрепления ведет к весьма серьезной правовой неопределенности.

На наш взгляд, законодательно закрепленное требование соблюдения морально-этических норм при осуществлении медицинской деятельности можно оценить как проявление благосклонного отношения государства к внутреннему упорядочению профессиональных отношений медицинским сообществом. Полагаем необходимым при этом обратить внимание на то, что фактически нормы медицинской этики выступают основным регулятором профессионального поведения лиц, занятых в медицине, поскольку правовое регулирование данной сферы является исключительно рамочным, не затрагивающим многие вопросы, возникающие в ходе оказания медицинской помощи. Все вышесказанное позволяет поддержать стремление представителей медицинской профессии к унификации данных норм.

Список литературы

1. Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека от **19.10.2005 г.** [Электронный ресурс] // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml. - Дата обращения: 14.01.2026.
2. Всеобщая декларация о геноме человека и правах человека ЮНЕСКО от 11.11.1997 г. [Электронный ресурс] // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/human_genome.shtml. – Дата обращения: 02.02.2026.

3. Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения BMA (1963 г.) [Электронный ресурс] // - URL: https://www.med.cap.ru/press/2018/11/29/12-principov-predostavleniya-medicinskoj-pomoschi-v-l. - Дата обращения: 09.02.2026.
4. Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе от 28-30.03.1994 г. [Электронный ресурс] // URL: https://prg.kz/Document/?doc_id=1037781. - Дата обращения: 02.02.2026.
5. Кодекс врачебной этики РФ от 7.07.1997 г. [Электронный ресурс] // URL: http://www.medinfo.ru/medzakon/medizak/kodex_rf.phtml. - Дата обращения: 12.02.2026.
6. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации от 5.10.2012 г. [Электронный ресурс] // URL: https://base.garant.ru/70408516/. – Дата обращения: 14.02.2026.
7. Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине ETS № 164 от 19.11.1996 г. [Электронный ресурс] // URL: https://base.garant.ru/2562155/. - Дата обращения: 16.02.2026.
8. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 г. (с изменениями от 1.07.2020 г.) [Электронный ресурс] // URL: http://www.kremlin.ru/acts/constitution. - Дата обращения: 16.02.2026.
9. *Корсаков, С.А.* О трудностях формирования медицинского права в России / С.А. Корсаков [Электронный ресурс] // URL: http://www.medpravo.ru/Articles/MedLawQuest/ProbFormingMedLaw.htm. - Дата обращения: 01.03.2026.
10. Лиссабонская декларация о правах пациента (1981 г.) // Сборник официальных документов Ассоциации врачей России «Врачебные ассоциации, медицинская этика и общемедицинские проблемы» / под ред. В.Н. Уранова. - М.: ПАИМС, 1995. – 96 с.
11. Международный кодекс медицинской этики BMA (1949 г.) [Электронный ресурс] // URL: https://base.garant.ru/12139084/. - Дата обращения: 02.03.2026.
12. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями от 1 января 2026 г.) [Электронный ресурс] // URL: https://base.garant.ru/12191967/. - Дата обращения: 02.03.2026.
13. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан: федеральный закон от 22.07.1993 г. № 5487-1 [Электронный ресурс] // URL: https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=66412. – Дата обращения: 02.03.2026.
14. Принципы медицинской этики от 18.12.1982 г. Официально не опубликованы. Цит. по: *Сергеев, В.В.* Биоэтика: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальностям высшего профессионального образования группы Здравоохранение / В. В. Сергеев [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 184 с.
15. *Силуянова, И.Я.* Клятва врача: архаичность или актуальность? /И.Я. Силуянова // Медицина и общество. - 2024. - № 1. - С. 94-97.
16. Хельсинкская декларация BMA (1964 г.) [Электронный ресурс] // URL: https://european-court-help.ru/wp-content/uploads/2021/07/helsinskoj-deklaracii-vsemirnoj-medicinskoj-associacii.pdf. - Дата обращения: 03.03.2026.

17. Этический кодекс российского врача (1994 г.) [Электронный ресурс] // URL: https://crimeapolikl3.ru/images/doc/Этич.кодекс_российского_врача.pdf. – Дата обращения: 14.03.2026.
18. Этический кодекс медицинской сестры России [Электронный ресурс] // URL: http://www.medsestre.ru/files/file/ethics_code_rna_icn.pdf. - Дата обращения: 06.02.2026.

УДК 614.2:616-082]:17

ЭТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПАРАДИГМЫ РИГОРИЗМА В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Серова Ирина Анатольевна

Доктор философских наук, профессор, кафедра истории и философии, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера (603005, Российская Федерация, г. Пермь, ул. Петропавловская, д.26). E-mail: irinaserova55@mail.ru

Ягодина Анна Юрьевна

Кандидат медицинских наук, доцент, кафедра истории и философии, Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера (603005, Российская Федерация, г. Пермь, ул. Петропавловская, д.26). E-mail: annayagodina@rambler.ru

Категория «врачебный долг» работает как в парадигме гедонизма, так и в парадигме ригоризма. Авторы статьи рассматривают обретение врачом счастья в профессии как безусловное благо и ищут ответ на вопрос: «Что деформирует чувство долга?». По их мнению, счастье омрачает парадигма ригоризма, бытующая сегодня в организации здравоохранения, пренебрегающая правами молодых врачей, безразличная к их трудовым инициативам и возможностям профессионального роста.

Ключевые слова: *этика, врачебный долг, гедонизм, ригоризм, интервью, профессиональная коммуникация в медицинском учреждении.*

ETHICAL EVALUATION OF THE PARADIGM OF RIGORISM IN THE ORGANIZATION OF MEDICAL CARE

Serova Irina Anatolievna

PhS in Philosophy, Professor, department of history and philosophy, Perm State Medical University named after ac.E.A.Vagner (Petropavlovskaya str.26, Perm, 603005, Russian Federation).

Yagodina Anna Yurievna

PhD in Medicine, associate professor, department of history and philosophy, Perm State Medical University named after ac.E.A.Vagner (Petropavlovskaya str.26, Perm, 603005, Russian Federation).

The category «medical duty» works both in the paradigm of hedonism and in the paradigm of rigorism. The authors of the article consider the happiness in the profession as an unconditional good and seek an answer to the question: «What distorts the sense of duty of a doctor? ». In their opinion, happiness overshadows the paradigm of rigorism that exists today in health care organizations, neglecting the rights of young doctors, indifferent to their work initiatives and professional development opportunities.

Key words: *ethics, doctor's duty, hedonism, rigorism, interview, professional communication in the medical institution.*

«Раздумья о врачебном долге» - книга погружения в профессию в нашем университете, который носит имя ее автора [2]. Академик Е.А. Вагнер вместо заключения пишет: «Врачам напоминать о долге не нужно. Это было бы, по меткому замечанию А.В.Луначарского, равносильно тому, как груше или яблоне напоминать, чтобы они выполнили свой долг – плодоносили» [2, с. 221]. Если человек стал врачом, то он никогда не находит себе покоя: «Даже в редкие часы отдыха думаешь о больных, стараешься найти какое-то лучшее решение на будущее, нередко сурово судишь себя за сделанное “не так”, доискиваешься до причин…» [2, с. 218]. Это и есть врачебный долг, в терминологии И.Канта «нравственный закон во мне» − безусловное благо как для врача, так и для пациента - благо взаимозависимости, взаимодействия больного человека и доктора, которое одному открывает путь к исцелению, второму дает смысл работы без сна и отдыха.

Однако, безусловное благо, грубо говоря, условно: если лечение успешно, то врач – супергерой, если нет – преступник. Дилемма драматична, поскольку: «Врачи – обычные люди, такие же как все остальные. Многое из того, что происходит в больницах, зависит от случайностей – как счастливых, так и не очень, – и далее Г. Марш, всемирно известный британский нейрохирург, отмечает – Будет ли исход операции удачным или нет, зачастую мало зависит от врачей» [5, с. 9], т.е. врачебный долг отдать не легко. «При этом, – по мнению одного из самых авторитетных ученых нашего университета Я.С. Циммермана, – имеется в виду, что врач ради блага больного готов пренебречь личными интересами и неблагоприятными обстоятельствами своей жизни, разочарованиями и настроениями, даже когда сталкивается с неблагодарностью со стороны больных и их родственников, что встречается не так уж редко» [8, с. 8-9]. Благие намерения качественного оказания медицинской помощи отправляют в ад контекст и обстоятельства [3], разные точки зрения [6], соблюдение правил в ущерб здравому смыслу [7]. Как говорил поэт: «Попробуй исполнить свой долг, и ты узнаешь, что в тебе есть» (Гёте).

Чувство долга как любовь. «Если ты любишь, не вызывая взаимности, - замечают классики марксизма, - т.е. если твоя любовь как любовь не порождает ответной любви, если ты своим жизненным проявлением в качестве любящего человека не делаешь себя человеком любимым, то твоя любовь бессильна, и она – несчастье» [4, с. 151]. Принято считать, что ригоризм — это принципиальная непримиримость к пренебрежению правилами, когда соблюдение всеобъемлющих требований становится самоцелью. Ригоризм нередко добро превращает в зло поскольку человека принуждают выполнять свой долг не на основе личного убеждения, а вследствие внешнего давления.

Ригоризм в медицине, по определению, это строгое, бескомпромиссное следование нормам, протоколам и этическим принципам без учёта конкретных обстоятельств клинической ситуации или индивидуальных особенностей пациента. Он оправдан при соблюдении санитарно-эпидемиологических норм (например, стерильность в операционной), в клинических исследованиях (точное следование протоколу для достоверности данных), при принятии юридически значимых решений (например, констатация смерти).

Однако, современный ригоризм в организации здравоохранения парадоксален – следование нормам, протоколам и этическим принципам, с одной стороны, приветствуется только с учетом индивидуальных особенностей регионов, ограниченных возможностей ЛПУ, дисбалансов на рынке труда, с другой стороны, регламентация деятельности медицинских работников ужесточается без оглядки. Ситуацию усугубляют недостаточность финансирования, цифровизация, кадровый голод, переработки и выгорание на рабочем месте. Ненормальность соблюдения норм гигиены труда не сопрягается со снижением требовательности к врачам в части готовности самоотверженно служить людям, быть трудолюбивыми, скромными, милосердными и сострадательными, работать бескорыстно, знать достижения и диагностические возможности медицинской науки и техники. Никто не отменял деликатность и такт в общении с больными и их родственниками, знание психологии и умение воздействовать на психику больного, наблюдательность, проницательность, самообладание, ассоциативное мышление. Высокий интеллект, образованность, коммуникабельность, знание общественной жизни для предупреждения и лечения заболеваний, в том числе имеющих социальное происхождение, по - прежнему, долг врача. Приглашая в профессию, академик Е.А.Вагнер обещает: «Будет трудно, но вы будете счастливы» [2, с. 221]. В раздумьях Евгения Антоновича врачебный долг существует в парадигме гедонизма. Есть ли счастье во врачебном долге в парадигме ригоризма? Что деформирует чувство долга? Попытаемся ответить на вопрос.

Кембриджский словарь назвал прилагательное «парасоциальный» словом 2025 года. Парасоциальные отношения — это односторонние эмоциональные связи — глухота на одной стороне коммуникации. Считается, что парасоциальные отношения в медицине — это связи, которые пациенты формируют с медицинскими работниками или медийными персонами, освещающими темы здоровья, не имея при этом реального общения. На наш взгляд, парасоциальность глубоко проникла во взаимоотношения внутри медицинских коллективов и в особенности вертикали власти в ЛПУ. Это

проявляется в отсутствии связи, диалога, реальных отношений между руководством ЛПУ и линейным персоналом, в принятии неисполнимых решений из-за непомерных требований к подчиненным. Парасоциальность выполнение долга не связывает с потребностями, интересами и возможностями врача. Жёсткая позиция администрации вызывает недоверие и сопротивление, а постоянное напряжение от необходимости следовать строгим правилам эмоциональное и профессиональное выгорание. Как это влияет на качество оказания медицинской помощи населению?

В предварительном плане мы провели беседу с аспирантами, которая выявила, что коммуникация между управленческим и линейным персоналом медицинской организации отсутствует – ни один из двадцати опрошенных молодых врачей не имел возможности обсудить свои проблемы с первым лицом ЛПУ. Гипотеза о парасоциальности деловой коммуникации в ЛПУ была проверена в ходе опроса 307 ординаторов второго года обучения. Для интервью предлагалась инициатива «Завтрак у главного врача». Две трети опрошенных готовы принять приглашение на «Завтрак» с энтузиазмом. Они считают, что с главным врачом всегда есть о чем говорить, особенно если он открыт к диалогу и готов слушать. Отмечается, что главный врач – это не просто администратор, а лидер, который несет ответственность за всех, его видение, решения и поддержка могут кардинально изменить ситуацию. Отсутствие диалога – это упущенная возможность для реальных перемен.

Скептики осторожны: «Скорее, я на этот Завтрак не пойду, потому что у меня не будет достаточно внутренней силы, стержня, чтобы высказать главному врачу все, что происходит в его больнице, и как это беспокоит меня. Слишком много придется обсуждать. Но и молчать я тоже не смогу, так как у меня сильно развито чувство справедливости, а вот нужным уровнем деликатности я не обладаю – буду сидеть и бояться сказать хоть слово, потому что понимаю, что это может стоить мне многого. Так уже было на предыдущем месте работы. Из того учреждения я сбежала как от огня и дико счастлива. А в новой клинике у меня Главный - супер. С ней я обсуждаю все вопросы – от правильности выданных справок до своих промахов в работе, обычно каюсь сразу и в глаза. Не даром на нашей набережной арт объект учит: «Счастье – не за горами»».

Ординаторы, которые собрались на Завтрак к главному врачу, главное преимущество формата видят в открытой атмосфере общения, позволяющей обсудить острые вопросы и предложить конкретные инициативы по повышению эффективности работы учреждения. По их мнению, такой диалог способствует развитию доверия между администрацией и сотрудниками, что позитивно влияет на качество оказания медицинских услуг. Мы обсудили

рекомендации по совершенствованию работы ЛПУ с ординаторами 32 специальностей. В нашей статье представим дайджест интервью с педиатрами, неонатологами и акушерами по трем проблемам:

- оптимизация работы с населением,
- совершенствование корпоративной культуры,
- надзор над гигиеной труда и материальным обеспечением работников.

Наиболее остро для участковых педиатров звучит вопрос вызовов врача на дом и распределение потока пациентов в поликлинике: «Хотелось бы оставить на домашнем посещении только детей до года, новорожденных и детей с тяжелой патологией (инвалиды, паллиатив), а также выделить несколько кабинетов «острых заболеваний», которые будут работать в поликлинике одномоментно, тем самым облегчая работу участковых врачей и обеспечивая доступность экстренной медицинской помощи».

Для оптимизация санитарно-просветительской работы среди населения нужны мастер-классы для родителей и создание комфортной и дружелюбной среды для маленьких пациентов: «Сейчас многие врачи за свой счет оборудуют кабинеты игрушками, раскрасками, столиками, чтобы отвлечь ребенка и расположить его к себе. Это прекрасно, но несправедливо по отношению к врачу. Пора рассмотреть возможность централизованно закупать для каждого педиатрического кабинета маленький столик со стульчиком, набор карандашей и тематические раскраски (о здоровье, гигиене), простые игрушки. Это не потребует больших финансовых затрат, но кардинально изменит восприятие поликлиники ребенком. Такой подход снизит уровень стресса у детей, облегчит работу врачу и создаст о нас прекрасное впечатление у родителей». Часто информационные стенды в поликлинике завешаны приказами, непонятными обычному человеку. Есть смысл заменить их на внятные инфографики: «Как правильно собрать мочу у грудничка», «Алгоритм действий при температуре», «Ваши права и обязанности на приеме у врача».

Для обратной связи ординаторы предлагают «Лист понимания»: после сложного диагноза или госпитализации выдавать родителям не медицинскую выписку, а внятную памятку, составленную лечащим врачом: «Что нам сейчас важно наблюдать?», «При каких симптомах срочно звонить/приезжать?», «Какие назначения являются основными, а какие — вспомогательными?».

На любом участке, в любом населенном пункте есть пациенты, которые живут написанием жалоб и не только на медработников. Ординаторы ищут ответ на вопрос - есть ли способ защититься от необоснованных претензий, найти эффективный инструмент профилактики врачебных ошибок? По их мнению, оптимизация работы с населением в условиях постправды

невозможна без системы управления жалобами и предложениями: «Давайте переведем обратную связь из разряда «когда что-то случилось» в режим постоянного диалога, где врачу не страшно сказать о стрессе, о дефиците компетенций, родителю — о беспокойстве, о бюрократических препонах, а администрации — услышать и поддержать молодого специалиста вплоть до того, чтобы подать жалобу в прокуратуру на родителей, оскорбляющих медицинских работников». Авторитет главного врача позволяет объяснить пациенту, что болезнь — это не повод терять достоинство. Лечение — это работа двоих, эмоциональная устойчивость пациента — мощная часть терапии, врач тоже нуждается в поддержке, во взаимопонимании: он не сможет помочь Вам, если Вы не будете помогать ему своим спокойствием. Удручает молодых специалистов юридическая незащищенность: «Врач боится брать на себя ответственность в спорной ситуации. Надо организовать выездные консультации юриста, специализирующегося на медицинском праве, для разбора сложных случаев».

Вопросы корпоративной культуры прозвучали традиционно – регулярные тимбилдинги, благодарности и подарки к праздникам, комнаты психологической разгрузки с психологом для молодых специалистов, единый корпоративный стиль в профессиональной одежде с логотипом учреждения. Удобный, стильный медицинский халат — это не только вопрос эстетики и командного духа, но и важный элемент корпоративной идентичности. Для пациентов и их родителей единообразный, опрятный вид персонала —сигнал о порядке, профессионализме и надежности медицинского учреждения. Некоторые считают, что корпоративная культура предполагает регулярную, прозрачную систему поощрений, привязанную к конкретным показателям качества работы — отсутствию жалоб, количеству проведенных профилактических мероприятий, положительным отзывам от пациентов. Здоровую конкуренцию создает управленческая модель ежеквартальных премий по итогам работы отделений или личных KPI (ключевых показателей эффективности).

Позитивно предложение - прямая связь по «мелочам»: «Часто ломается тонометр, заканчиваются одноразовые пеленки, не работает принтер. Писать по каждому поводу докладную — время и нервы. Я бы предложила создать простой чат-бот или внутренний портал для быстрых технических заявок с отслеживанием статуса. Решение мелких бытовых проблем разгружает голову для главного — для пациентов».

Вопросы гигиены труда особенно актуальны для молодых женщин: нет нормированного и постоянного рабочего графика, который позволяет сотрудникам планировать личное время и сохранять работоспособность без

риска эмоционального выгорания. Из-за нехватки медицинского персонала увеличивается нагрузка, а 100% доплату за дополнительные ночные смены убрали. Важно, чтобы вознаграждение соответствовало объёму и сложности выполняемой работы. Существующую систему оплаты труда трудно назвать справедливой. «Почему выплаты приходят только на ставку по официальному трудоустройству? То есть, работаем мы на 0,5 официально, по факту совмещаем на 1,0 -1,5 ставки, однако, выплаты приходят только на 0,5 ставки, переработки не оплачиваются, нет премий, стимулирующих, либо они мизерные. Уровень зарплат не позволяет содержать семью. Очень некомфортно, когда ты в одном месяце можешь заработать 60 000, а следующие два — сидеть с зарплатой ниже 30 000, потому что «год закончился, бюджета нет, пока работаем на оклад …».

Императивное содержание врачебного долга («надо»), срабатывает лишь в единстве с потребностью («хочу»). Отбить желание работать можно ригоризмом в организации медицинской помощи, в котором счастья нет, а есть пренебрежение правами медицинского работника в части уровня и стабильности заработной платы, возможностей профессионального роста, безразличия к трудовым инициативам. Стремление принести людям счастье превращается в личную потребность без принуждения. Знаменитый хирург С.С. Юдин был убежден в том, что выработать любовь к избранной специальности невозможно, как нельзя насильно полюбить человека [9]. В процессе становления врач берет в долг образование от государства, мудрость от пациентов. Возможность отдать долг в радость зависит от организации здравоохранения. Приоритет цифрового оформления медицинских документов над реальной помощью пациенту, морализаторство в трактовке этических норм, формализм и некомпетентность коммуникации при жесткой субординации, постоянное напряжение из-за перманентности штрафов и наказаний за неизбежные ошибки, избыточные требования деформирует отношение к врачебному долгу. Зло умаляет благо, «однако никогда не может его вполне уничтожить» [1. С. 841]. Благо самодостаточно. Поэтому найти смысл в преодолениях, печалях и радостях повседневности врачевания – это счастье, а найти счастье в профессиональной деятельности в этом смысл.

Список литературы

1. Аквинский, Фома. Сумма теологии / Фома Аквинский //Антология мировой философии в четырех томах. Т.1. Ч.2. –. М.: Мысль,1969. – С. 823-862.
2. *Вагнер, Е.А.* Раздумья о врачебном долге / Е.А.Вагнер. – Пермь: Кн. Изд-во, 1986. – 222 с.
3. *Климович, А.И.* Право на доступ к медицинской помощи в эпоху COVID-19: от ригоризма до дискутабельности / А.И. Климович // Медицинская антропология и биоэтика. – 2022. – No. 2022 — №1 (23). – С. 1–6.

4. *Маркс, К., Энгельс, Ф*. Святое семейство, или Критика критической критики. Против Бруно Бауэра и компании / К. Маркс, Ф. Энгельс. // Соч. Изд. 2-е, т. 42. – Москва: Политиздат, 1955. – С. 3-230.
5. *Марш, Генри.* Не навреди. История о жизни, смерти и нейрохирургии / Генри Марш: [пер с англ. И.Черного]. – Москва: Эксмо, 2019. – 384 с.
6. *Перова, Н.В.* Подходы к нравственному биоулучшению в классической и либеральной евгенике / Н. В. Перова, С. В. Глебова // Биоэтика. – 2024. – Т. 17, № 1. – С. 19-29.
7. *Смирнов, К.С.* Проблема добра в круге биоэтического дискурса / К. С. Смирнов // Биоэтика. – 2025. – Т. 18, № 1. – С. 8-12.
8. *Циммерман, Я.С.* Врачебное кредо / Я.С.Циммерман // Клиническая медицина. – 2015 –№1 (93) – С. 6-12.
9. *Юдин, С.С.* Мысли о медицине. / С.С.Юдин. // М.: Знание, 1968. – 80 с.

УДК 316.7

ЭТИКА ДОБРОДЕТЕЛИ КАК ПАРАДИГМА ФОРМИРОВАНИЯ ДОВЕРИТЕЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ПРАКТИКЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Смирнова Елена Алексеевна

Кандидат социологических наук, доцент кафедры социологии и социальных технологий, ФГБОУ ВО «Череповецкий государственный университет» (162600, Российская Федерация, Вологодская обл., г. Череповец, пр. Луначарского, 5). E-mail: smirnova56@yandex.ru

Светличная Татьяна Геннадьевна

Доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) Минздрава России (163000, Российская Федерация, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51). E-mail: statiana64@yandex.ru

В работе рассматриваются этические вопросы в условиях современной медицины. Авторы анализируют изменения моральных идеалов в ретроспективе от классических до современных философских концепций. Особое внимание уделяется "практической мудрости" и личным качествам врача и пациента в формировании доверия в условиях технологического прогресса системы здравоохранения.

Ключевые слова: *медицинская этика, этика добродетели, биоэтика, доверие, профессиональный долг, коммуникация.*

ETHICS OF VIRTUE AS A PARADIGM FOR TRUSTWORTHY RELATIONS IN MODERN MEDICINE

Smirnova Elena Alekseevna

Candidate of Sociological Sciences, Associate Professor of the Department of Sociology and Social Technologies, Cherepovets State University (162600, Russian Federation, Vologda Oblast, Cherepovets, Lunacharsky Ave., 5).

Svetlichnaya Tatyana Gennadievna

Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Public Health, Healthcare, and Social Work, Northern State Medical University (Arkhangelsk), Ministry of Health of Russia (163000, Russian Federation, Arkhangelsk, Troitsky Ave., 51).

This paper examines the relevance of ethical issues in contemporary medicine. The authors present an analysis of the evolution of moral ideals from classical to modern philosophical concepts. Special attention is paid to "practical wisdom" and the personal qualities of the physician and patient in building trust amidst the technological advancement of the healthcare system.

Keywords: *medical ethics, virtue ethics, bioethics, trust, professional duty, communication.*

Образ морали начал формироваться в первом тысячелетии до нашей эры и достигнул традиционного выражения в учениях философов Конфуция, Будды, Сократа и в мировых религиях. В его основе лежат три правила [1]:

1. золотое правило нравственности или взаимность добра («относись к другим так, как хочешь, чтобы относились к тебе»);
2. абсолютный приоритет, когда иерархия благ формируется моралью, разделяя добро и зло;
3. индивидуальные усилия**,** предполагающие достижение нравственных идеалов путем использования личной воли и старания каждого индивида.

Долгое время общественное благо рассматривалось как производное от личностной добродетели. Однако сегодня коллективистские установки (патриотизм, бескорыстие) уступают место либеральным ценностям (индивидуальная ответственность, свобода). В условиях экзистенциальных рисков, возникновению которых во многом способствовало широкое развитие технологий (редактирование генома и др.), этика добродетели становится наиболее актуальной основой анализа, объясняя многие процессы не внешними обстоятельствами, а внутренними качествами человека.

Медицина, обладая высокой общественной значимостью, характеризуется жесткой системой регламентации. Нравственные принципы здесь — не внешнее дополнение, а суть профессии, закрепленная институтом профессиональной клятвы. На формирование морального облика врача влияют: преемственность семейных традиций, профессиональная социализация и взаимодействие с коллегами. Современные психологические концепции (например, К. Роджерса [6]) к основным характеристикам врача относят эмпатию и конгруэнтность, что коррелирует с теорией добродетели. Эмпатия здесь не просто навык, а свойство, формирующее личность.

Базой для анализа профессиональной деятельности врача становится система Аристотеля [1]:

- эвдемония (процветание) - в медицинской практике это не только отсутствие боли, но и реализация потенциала пациента, а также профессиональное удовлетворение врача;
- добродетель («золотая середина») - мужество врача находится между трусостью и безрассудством, а основу справедливости составляет равное распределение ресурсов;
- фронезис (практическая мудрость) - это способность врача выходить за нормы протоколов, а клиническое мышление является формой фронезиса, позволяющая принимать верные решения в условиях неопределенности.

Аристотель к главным добродетелям врача относил: сострадание, ответственность, мужество, справедливость, терпение и честность, которые

нельзя сформировать изучением теории, пренебрегая постоянных правильных поступков.

В середине XX века на смену утилитаризму и деонтологии пришло обновленное понимание добродетели. Филиппа Фут [2] доказала, что мораль заложена в человеческой природе, а добродетели не что иное как «естественные функции», необходимые для выживания и процветания вида, подобно когтям у хищника. Ф. Фут рассматривала вопросы абортов и эвтаназии, признавая важность автономии каждого человека и учета конкретных жизненных обстоятельств.

Аласдер Макинтайр [4] в своей работе «После добродетели» определил медицину как социальную практику, направленную на достижение внутренних благ (исцеление, облегчение страданий). Он предупреждал о негативном влиянии внешних благ (денег, власти, славы), которые способны разрушить медицину как добродетельную практику.

Р. Херстхаус [3] доказала, эффективность ориентации на личностные качества врача, а не на правила. Ее вклад в биоэтику включает:

- этика жизни и смерти - решения принимаются исходя из сострадания и мудрости;
- репродуктивная этика - анализ новейших биомедицинских технологий необходимо осуществлять через ответственность и заботу;
- распределение ресурсов - приоритет нужд наиболее уязвимых групп.

Херстхаус подчеркивает, что добродетельный врач в условиях неоднозначности всегда эффективнее, чем «чиновник от медицины», следующий строго по инструкции.

Э. Пеллегрино [5] создал комплексную модель, где добродетельными должны быть обе стороны. Добродетели врача заключаются в сострадании, честности, компетентности, благоразумии, верности пациенту. Добродетели пациента заключаются в доверии или активном признании компетентности, сотрудничестве в лечении, терпении и ответственности за свое здоровье. Целью медицины Э. Пеллегрино считает целостное благополучие (физическое, психическое, духовное). Он настаивает на обучении будущих врачей не только технологиям, но и «науке характера», предлагая противостоять коммерциализации медицины через верность интересам больного.

Этика добродетели в современной практике выполняет функции, которые не регулируются законом:

1. формирование доверия с помощью информационной и невербальной составляющей коммуникации;
2. этически осмысленная деятельность повышает удовлетворенность врача своей работой и помогает преодолеть профессиональное выгорание;

3. фронезис позволяет внедрять ИИ и генетические технологии, адаптируя общественность к инновациям без потери «человеческого измерения»;
4. этика добродетели служит препятствием коррупции и формализма, обеспечивая справедливость.

Таким образом, развитие добродетелей на индивидуальном и коллективном уровнях является основой устойчивого здравоохранения. В современном мире возрастающей технологической асимметрии между врачом и пациентом, именно личные качества специалиста, его характер и мудрость, остаются единственной гарантией безопасности и обеспечения достоинства личности.

Список литературы

1. *Аристотель*. Этика. М.: АСТ; Астрель. 2011. 492с.
2. *Foot Philippa.* Moral Beliefs. Proceedings of the Aristotelian Society. 1959. No.59(1). P. 83–104.
3. *Hursthouse Rosalind.* On Virtue Ethics**.** Oxford University Press. 1999. 286p.
4. *MacIntyre A.* After virtue: a study in moral theory. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; 1981. 252p.
5. *Pellegrino Edmund.* The Philosophy of Medicine Reborn: A Pellegrino Reader. University of Notre Dame Press. 2008. 472p.
6. *Rogers K.* On becoming a person. Mariner Books. 1995. 431p.

УДК 614.25

«ДОЛГ» И «БЛАГО» В КОНТЕКСТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА, ПАЦИЕНТА И ДОНОРА КРОВИ

Сергеева Мария Сергеевна

Кандидат исторических наук, доцент, Институт социальных наук, ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова (119048, Российская Федерация, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2). E-mail: sergeeva_m_s@staff.sechenov.ru

Аннотация: в статье рассмотрена трансформация представлений о «благе» и «долге» в контексте взаимоотношений врача, донора и пациента в процессе исторического развития трансфузиологии в XIX–XX вв.

***Ключевые слова**: врачебный долг, переливание крови, донор, физиологический раствор, этика.*

"DUTY" AND "BENEFIT" IN THE CONTEXT OF THE RELATIONSHIP BETWEEN A DOCTOR, A PATIENT, AND A BLOOD DONOR

Sergeeva Maria Sergeevna

PhD in History, Associate Professor, Institute of Social Sciences, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) 8-2, Trubetskaya St., Moscow 119048 RUSSIA.

This article examines the transformation of concepts of "good" and "duty" in the context of the relationship between physician, donor, and patient during the historical development of transfusion medicine in the 19th and 20th centuries.

***Keywords**: physician's duty, blood transfusion, donor, saline solution, ethics.*

В настоящее время трансфузиология является одним из быстро развивающихся медицинских направлений, а переливание крови одной из наиболее частых медицинских процедур [5]. Появившись в XIX в., практика переливания крови изменила систему отношений между врачом и пациентом, включив в нее в качестве равноправного участника донора, в лице человека, или животного.

Целью данного исследования стало рассмотрение трансформации понятий «благо» и «долг» в системе отношений врач–донор–пациент в процессе исторического развития трансфузиологии.

Служившийся в первой половине XIX в. этический принцип врачебной деятельности, сформулированный Кристофом Вильгельмом Хуфеландом, как «долг врача пробовать даже рискованные методы лечения серьезных заболеваний, чтобы спасти, возможно, жизни своих пациентов, независимо от потенциального ущерба для его репутации в случае неудачи» был ответом на проблему нехватки эффективных и безопасных методов терапии [4]. Лечение больного всеми доступными врачу средствами его профессиональный долг и обязанность. В этих условиях неоднородный малочисленный опыт исследований на животных, полученный в начале XIX вв., был напрямую перенесен к постели больного, минуя стадию клинического эксперимента, предназначенного для уточнения показаний и выработки схем лечения [10–12]. В результате чего пациенты, с самым широким спектром разнообразных заболеваний, часто в самых тяжелых проявлениях, становились объектом клинического испытания нового метода лечения. Однако, принятая система ценностей и представление о врачебном долге оправдывали и героизировали действия врача, решившегося на ее выполнение ради спасения пациента, и донора, готового пожертвовать для этого свою кровь.

Появление донора накладывало на врача двойную ответственность, как за жизнь пациента, так и за жизнь донора. Мы предполагаем, что именно она обусловила последующую коммерциализацию донорства [11]. В одной стороны, понимая, что потеря крови может ослабить здоровье человека, сдающего кровь, врачи оплачивали их усиленное питание, используя для этого как личные средства, так и запрашивая их с пациента или его родственников. С другой стороны, такая денежная компенсация сдачи крови в сознании мало обеспеченных людей, которыми чаще всего были доноры, быстро превратилось в возможность легкого заработка, приведя к появлению практики платного донорства, когда за соответствующее денежное вознаграждение **в распоряжении врачей всегда имелось достаточное количество** «превосходной человеческой крови» [3, с. 322].

Накопление отрицательного клинического опыта требовало более детального изучения физиологических и патологических процессов, объясняющих причины наблюдаемых у постели больных побочных явлений с последующим уточнением клинических рекомендаций и предостережений. В результате в последней четверти XIX века происходил постепенный пересмотр основ медицинской практики, связанный с анализом и обобщением индивидуального опыта врачей в единые научно обоснованные методы терапии. В случае переливания крови, доказательство функциональной близости крови и солевых растворов привело к переходу от переливания крови к введению более доступного и безопасного физиологического раствора, избавив врача от

ответственности за жизнь донора. Таким образом технически сложная и рискованная операцию гемотрансфузии превратилась в относительно безопасную рутинную процедуру [9].

Однако клиническое применение нового вида инфузионной терапии в ходе Первой мировой войны, результатом которого вместо ожидаемого выздоровления стали множественные смерти пациентов от рецидивирующего гиповолемического шока, подтверждая на практике опасность эмпирического, не подкрепленного данными экспериментальных физиологических и клинических исследований использования новых клинических методов [8].

Возвращение переливания крови в клиническую медицину в начале XX в. и превращение его в рутинную хирургическую практику, требовало создания постоянных запасов донорской крови. Формирование банков крови происходило как на добровольной, безвозмездной, так и на коммерческой основе. Однако, современные европейские исследования свидетельствуют, что кровь добровольных безвозмездных повторных доноров имеет меньшую вероятность передать инфекцию, чем кровь от платных доноров. Кроме того, в разных этнических группах сильно различаются не только группы крови, но и распространенность инфекционных заболеваний, например, в Западной и Восточной Европе, США, Канаде, Мексике, Африке и на Ближнем Востоке, что является особенно важным в условиях современных глобальных миграционных потоков, поскольку увеличивает риск заражения реципиентов не характерными для его региона инфекционными болезнями, маркеры против которых не входят в систему проверки инфекционной безопасности [6].

Пандемия вирусных болезней, передающихся через кровь (вирусный гепатит, ВИЧ-инфекция, короновирус) усиливает борьбу за инфекционную безопасность крови, ее компонентов и препаратов. Фокус внимания впервые в XX в. смещается на «интересы больного». Все большее развитие получает персонализированная трансфузионная медицина, основанная на запросах пациентов с редкими группами крови (бомбейский и индийский фенотипы), дефицитом иммуноглобулина А или аллоиммунными заболевания, нуждающихся в специфических видах компонентов и препаратов крови [6]. Особенно сильно количество заявок на целевое донорство увеличилось во время пандемии коронавируса, когда появился новый запрос на «непривитую» кровь, обусловленный заблуждением о безопасности вакцин [1–2]. Так в США в 2021 г. из 2 млн. доноров – 1000 была целевыми.

Следует учитывать также предпочтения доноров, основанные на личных религиозных, национальных или иных убеждениях, которые также могут ставить врача перед выбором между «благом» и «долгом». Например, когда родители хотят сдать собственную кровь для переливания ребенку с диагностированной

лейкемией, поскольку не доверяют чужой крови [7]. Подобные случаи «направленного» или «целевое» донорства могут увеличить риск передачи инфекционных заболеваний или развития аллоиммунных осложнений, поскольку в экстренных ситуациях у врача нет достаточного времени для выполнения всех необходимых при проверке безопасности донорской крови процедур.

Таким образом, система отношений врач–донор–пациент в процессе исторического развития трансфузиологии претерпела существенные изменения, пройдя путь от героического «врачебного долга» к более сложной и многоуровневой модели, учитывающей приоритеты и интересы как больного, так и донора крови.

Список литературы

1. *Al-Riyami, A.Z.* International Society of Blood Transfusion survey of experiences of blood banks and transfusion services during the COVID-19 pandemic / A.Z. Al-Riyami, T. Burnouf, E.M. Wood and all. // Vox Sang. – 2022. – 117(6). – 822-830. DOI: 10.1111/vox.13256.
2. *Jacobs, J.W.* Medical, Societal, and Ethical Considerations for Directed Blood Donation in 2025 / J.W. Jacobs, G.S. Booth, M. Lewis-Newby and all. // Annals of internal medicine. – 2025. – 178(7). – P. 1021-1026. DOI: 10.7326/ANNALS-25-00815.
3. *Jürgensen Th.* Antiphlogistic methods of treatment / Th. Jürgensen // Von Ziemssen's handbook of general therapeutics. London : Smith, Elder, & Co. – 1885. – P. 322–366.
4. *Maehle, A.H.* The Discourses of Practitioners in Nineteenth- and Twentieth-Century Germany / A.H. Maehle, U. Tröhler // The Cambridge World History of Medical Ethics. – 2008. – P. 432–438.
5. *Schmidt A.E.* Past, present and forecast of transfusion medicine: What has changed and what is expected to change? / A.E. Schmidt, Refaai M.A., N. Blumberg // La Presse Médicale. – 2016. – Vol. 45. – № 7–8 (2). – P. 253-272. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.06.017.
6. *Tissot, J.-D.* Ethics and blood donation: A marriage of convenience / J.-D. Tissot, O. Garraud // La Presse Médicale. – 2016. – Vol. 45. – № 7–8 (2). – P. 247-252. DOI: https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.06.016.
7. *Weaver, M.S.* Requests for Directed Blood Donations / M.S.Weaver, M.E.M. Yee, C.E. Lawrence, A.H. Matheny Antommaria, R.M. Fasano // Pediatrics. – 2023. – № 1;151(4). DOI: 10.1542/peds.2022-058183.
8. *Сергеева, М.С.* Первая мировая война как новый этап в истории переливания крови / М.С. Сергеева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2023. – № 2. – С. 122–126
9. *Сергеева, М.С.* Переливание крови и кровезаменителей в XIX веке как нелинейный путь трансляционной медицины / М.С. Сергеева, Н.Н. Крылов // Медицина и организация здравоохранения. – 2025. – Т. 10. – № 2. – С. 125–139. – DOI: 10.56871/MHCO.2025.66.14.011.
10. *Сергеева, М.С.* Проблемы интерпретации клинических результатов переливания крови в XIX в. / М.С. Сергеева, Т.В. Литвинова, Н.Н. Крылов // Терапевтический архив. – 2025. – Т. 97. – № 12. – С. 23–28. – DOI: 10.26442/00403660.2025.12.203454

11. *Сергеева, М.С.* Создание в XIX веке солевых препаратов для внутривенного введения / М.С. Сергеева, Н.Н. Крылов // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2024. – Т. 87. – № 8. – С. 30–37. – DOI: 10.30906/0869-2092-2024-87-8-30-37
12. *Сергеева, М.С.* Третий век переливанию крови. Возвращение к «пациент–ориентированному» лечению / М.С. Сергеева, Н.Н. Крылов // Медицинский академический журнал. – 2025. – Т. 1. – № 4. – С. 115–124. – DOI: 10.17816/MAJ643416

НОВЕЙШАЯ ИСТОРИЯ БИОЭТИКИ В РОССИИ: ТРАНСФОРМАЦИЯ В МЕНЯЮЩЕМСЯ СОЦИОКУЛЬТУРНОМ КОНТЕКСТЕ ИЛИ ВОЗВРАТ К МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ?[5]

УДК 61(091), 17 (091)

ТРАНСФОРМАЦИЯ БИОЭТИЧЕСКОГО ДИСКУРСА В УСЛОВИЯХ ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЯ РОЛИ ТРАДИЦИОННЫХ ЦЕННОСТЕЙ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ[6]

Тарабрин Роман Евгеньевич

Кандидат философских наук, Доцент института социальных наук Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) (119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2). Email: tarabrin_r_e@staff.sechenov.ru

Шок Наталия Петровна

Доктор исторических наук, кандидат политических наук. Email: shokonat@list.ru

Статья анализирует исторические предпосылки и трансформацию российского биоэтического дискурса от правовой и либерально-секулярной модели к конфигурации, в которой центральное место занимают традиционные духовно-нравственные ценности. Показано, как меняются легитимные основания аргументации (от автономии и прав человека к коллективной идентичности и идее сохранения народа), усиливается роль религиозных институтов на примере Русской православной церкви в формировании биоэтического дискурса. Делается вывод о трансформации биоэтических дискуссий в новых институциональных и ценностных координатах, а также важности анализа исторических доминант развития биоэтики в России для разработки инструментария для диалога религиозных и секулярных традиций.

***Ключевые слова**: Биоэтический дискурс, традиционные ценности, православная биоэтика, новейшая история биомедицинской этики.*

THE TRANSFORMATION OF BIOETHICAL DISCOURSE IN THE CONTEXT OF A RE-EVALUATION OF THE ROLE OF TRADITIONAL VALUES AND MEDICAL HISTORY IN RUSSIA

[5] Раздел представляет материалы, выполненные в рамках работы по гранту РНФ «Российский дискурс биоэтики в социокультурной трансформации общества» №25-28-02272.

[6] Исследование подготовлено в рамках работы по гранту РНФ «Российский дискурс биоэтики в социокультурной трансформации общества» (25-28-02272).

Roman Evgenievich Tarabrin

Ph.D., Associate Professor, Institute of Social Sciences, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (119991, Russian Federation, Moscow, Trubetskaya St., 8, bldg. 2).

Shok Nataliya Petrovna

Ph.D.

The present article conducts an analysis of the historical background and transformation of the Russian bioethical discourse from a legal and liberal-secular model to a framework in which traditional spiritual and moral values occupy a central place. It demonstrates how the legitimate grounds for argumentation are shifting (from autonomy and human rights to collective identity and the idea of preserving the nation) and how the role of religious institutions – as exemplified by the Russian Orthodox Church – is growing in the formation of bioethical discourse. It is concluded that bioethical discussions are undergoing a transformation within new institutional and value frameworks. Furthermore, the importance of analyzing the historical determinants of bioethics' development in Russia is emphasized, with the objective of developing tools for dialogue between religious and secular traditions.

***Keywords**: Bioethical discourse, traditional values, Orthodox bioethics, history of biomedical ethics.*

Во второй половине XX – начале XXI века биоэтика в России формировалась на пересечении западной либеральной модели и отечественных традиций медицинской деонтологии, религиозной мысли и советского наследия, что предопределило её первоначальную нормативно-юридическую ориентацию. Однако со второй половины 2010-х годов в отечественном биоэтическом дискурсе усиливается курс на опору на традиционные духовно-нравственные ценности, что меняет рамки обсуждения ключевых биоэтических проблем [1, 2]. Цель исследования: проанализировать трансформацию российского биоэтического дискурса в контексте переосмысления роли традиционных ценностей, описать механизмы этой трансформации и выявить её последствия для публичной и профессиональной биоэтической рефлексии.

Российский биоэтический дискурс мыслится здесь как многоуровневая система высказываний, практик и институциональных установок, в которых задаются допустимые способы обсуждения границ жизни, смерти, телесности, репродукции и медицинской ответственности. Встраивание «традиционных ценностей» в биоэтику можно трактовать как смену дискурсивной матрицы: меняются легитимные источники аргументации (от прав человека и автономии к духовно-нравственным нормам, коллективной идентичности, идее «сохранения народа»).

Понятие «традиционные ценности» в российском контексте гетерогенно и включает как религиозные (в первую очередь православные) представления о достоинстве, грехе, даре жизни, так и светские консервативные мотивы (семья, демография, социальная солидарность). В публикациях, посвящённых новейшей истории биоэтики в России, показано, что развивающийся православный дискурс биоэтики выстраивает специфическую антропологию и моральную грамматику, отличающуюся от либеральной биоэтики и задающую иные акценты в оценке репродуктивных технологий, конца жизни, генетических вмешательств [3]. В классических работах по биоэтике фиксируется исходно «секулярный» характер базовых западных концепций (принцип уважения автономии, договорная и принципиалистская парадигма), что позволяет выявить напряжение между этими моделями и религиозно-традиционалистскими подходами в России [4, 5, 6].

Исторически в СССР и постсоветской России дискурсы вокруг медицины и морали развивались в рамках других понятийных сетей: марксистско-ленинской идеологии, научного атеизма, деонтологии «советского врача», позднее — прав человека и рыночных реформ [7]. Анализ советских философских и этических текстов, демонстрирует, что этика медицины была встроена в шире понимаемую социальную инженерию и государственный проект, а «традиционные ценности» интерпретировались преимущественно как идеологические [8]. В 1990-е годы, по мере институционализации биоэтики (создание комитетов, обучение, первые центры и журналы), доминировал ориентированный на западные стандарты правовой дискурс, где ключевыми становились информированное согласие, права пациента, принцип справедливого распределения ресурсов [9].

С начала 2000-х происходит постепенная религиозно-ценностная артикуляция биоэтических вопросов, прежде всего в рамках официальных документов Русской православной церкви и религиозно ориентированных экспертиз по репродуктивным технологиям, абортам, эвтаназии, экспертизам в области генетики [1, 10]. Исследование православной биоэтики показывает, что православный дискурс формирует устойчивую альтернативу либеральной биоэтике, предлагая иной язык описания и оценивания биомедицинских практик (грех, покаяние, духовная борьба, синергия). В последние годы этот конфессиональный дискурс всё теснее взаимодействует с государственными стратегиями, ориентированными на укрепление традиционных ценностей, что делает религиозную аргументацию более заметной в публичной и экспертной биоэтической сфере. В связи с этим необходимо учитывание специфики социокультурных условий нашего общества и приведение в соответствии с ними биоэтических принципов и норм, что находится в контексте реализации постановления Правительства РФ от 24.04.25 №532 о внесении дополнения Положение о Министерстве Здравоохранения: п. 5.5.47, согласно которому

должны проводится «мероприятия по обеспечению соответствия деятельности Министерства целям и задачам государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей» [11].

Современный этап характеризуется формированием официального ценностного канона, в который включены религиозно окрашенные идеи о семье, материнстве, детстве, демографической безопасности, патриотизме и коллективной ответственности, использующиеся как основания нормативной оценки биомедицинских технологий. Этот канон транслируется через законодательные инициативы, стратегические документы, образовательные стандарты и риторику органов власти, задавая рамки допустимого для профессиональных сообществ (медиков, юристов, биоэтиков) и средств массовой информации [12, 13]. Особое место в этой конфигурации занимают документы Русской православной церкви по вопросам биоэтики, которые стали влиятельными источниками экспертной аргументации в общественных и парламентских обсуждениях. Современные академические исследования показывают, что православная биоэтика не ограничивается реактивной критикой технологий, но стремится артикулировать позитивное видение человеческой природы, болезни и лечения, укоренённое в христианской антропологии. [19]

В рамках гранта РНФ («Российский дискурс биоэтики в социокультурной трансформации общества» №25-28-02272) предполагается рассмотреть религиозные источники как отдельный кластер дискурса, требующий сопоставления с секулярными медицинскими, правовыми и медийными высказываниями, что будет задавать методологическую задачу многоуровневого дискурсивного анализа.

Эмпирическую основу анализа трансформации биоэтического дискурса составляют несколько уровней: материалы профессиональных медицинских и биоэтических журналов, тексты религиозных и общественных организаций, правовые акты и стратегии, а также медиа-дискурс (специализированные порталы и общие медиа). В грантовой документации зафиксирована работа с конкретными ресурсами (например, профильные российские медицинские онлайн-издания и аналитические площадки), что позволяет отслеживать появление и переработку мотивов традиционных ценностей в публичных обсуждениях репродуктивных технологий, паллиативной помощи, генетических вмешательств.

На основе анализа уже проводимого в рамках проекта РНФ исследования можно выделить несколько ключевых направлений трансформации российского биоэтического дискурса под влиянием переосмысления роли традиционных ценностей:

1) Сдвиг от индивидуалистскому к общественному благу. Если ранний постсоветский дискурс биоэтики строился вокруг автономии пациента и прав человека, то современная риторика всё чаще апеллирует к «общему благу», демографическим интересам, сохранению культурной и религиозной идентичности. Это проявляется в аргументации по вопросам абортов, вспомогательных репродуктивных технологий и генетических вмешательств, где интересы будущих поколений и народа ставятся выше индивидуальных прав.
2) Религиозная реконтекстуализация биоэтических проблем. Православный дискурс предлагает собственное прочтение ключевых категорий биоэтики — достоинства, свободы, ответственности. В результате такие вопросы, как экстракорпоральное оплодотворение, прерывание беременности или эвтаназия, обсуждаются не только в категориях «вреда» и «пользы», но и как духовно-антропологические события, влияющие на целостность личности [14].
3) Нормативизация традиционных ценностей в правовых и политических текстах. Традиционные ценности постепенно превращаются из культурно-религиозного ресурса в юридически значимый нормативный ориентир, включаемый в формулировки законопроектов, стратегий и профессиональных стандартов. Это влияет на биоэтический дискурс, делая ссылки на традицию и духовность риторически обязательными в публичных обсуждениях и экспертных заключениях [15].
4) Медиатизация и поляризация дискурса. Специализированные и массовые медиа становятся площадкой, где традиционалистский и либеральный дискурсы биоэтики сталкиваются в полемике, конструируя образы «нормальной» и «аномальной» медицины, «ответственного» и «безответственного» учёного, «правильной» и «неприемлемой» семьи.[7]
5) Публикации российских авторов в международных журналах по биоэтике и религии [2, 16] демонстрируют попытку вписать российский опыт в глобальную дискуссию о роли нормативных традиций в биоэтике, включая критику «религиозной чистки» биоэтики и защиту права религиозных сообществ на собственный дискурсивный вклад. Это требует перевода отечественного языка традиционных ценностей на

[7] Например, в течение 2023 года в средствах массовой информации отмечается усиление обсуждения темы абортов. Последние несколько лет в телеграм-канале «Медицинская Россия» количество постов с ##аборт и ##препывание беременности увеличилось в 3 – 8 раз, а сообщение от 16.11.23 «Врачи заявили, что время приёма у гинеколога не позволяет заниматься «уговариваниями или отговариваниями» пациенток от абортов» стал самым обсуждаемым на канале за 2023 г., набрав более 16 тыс. комментариев – URL: https://t.me/mediamedics/7988

универсализируемый понятийный аппарат, понятный международному академическому сообществу.

Выводы

Трансформация биоэтического дискурса под влиянием традиционных ценностей имеет несколько значимых последствий для эпистемологии и практики биоэтики в России. Во-первых, меняется конфигурация экспертизы: наряду с медицинскими и юридическими специалистами на статус носителей релевантного знания претендуют религиозные лидеры и теологи, что порождает новые формы междисциплинарного и межконфессионального диалога и конфликта. Во-вторых, усиливается риск инструментализации традиционных ценностей в политических целях, когда ссылка на традицию служит не столько выражением живой нормативной традиции, сколько способом легитимации определённых решений в сфере здравоохранения и демографической политики [17].

В-третьих, религиозное наполнение биоэтического дискурса вызывает вопрос о границах универсальности биоэтических принципов и возможности диалога между различными моральными сообществами, описанными в классической западной литературе [18]. Сопоставление этих классических концепций с уникальным Российским прочтением духовно-нравственных ценностей показывает, что западная секулярная биоэтика уже содержит инструменты для переговоров между конкурирующими традициями, однако в российском контексте эти инструменты требуют адаптации к социокультурной трансформации биоэтического дискурса.

Трансформация российского биоэтического дискурса в условиях переосмысления роли традиционных ценностей представляет собой не просто возврат к традиции, а сложный процесс перекодировки биоэтических вопросов в новых нормативных и институциональных координатах. Этот процесс включает в себя усиление религиозного измерения биоэтики, особенно в артикуляции традиционных ценностей в правовых текстах относительно здравоохранения.

Для дальнейших исследований российского биоэтического дискурса это открывает перспективы разработки аналитического инструментария, позволяющего одновременно учитывать локальную специфику и вести диалог с международной биоэтической теорией. В этом контексте дальнейшие исследования должны быть сосредоточены на подробном анализе конкретных кейсов (репродуктивные технологии, паллиативная помощь, генетические программы) и на сравнении разных нормативных традиций, взаимодействующих в российском публичном пространстве.

Список литературы

1. *Tarabrin, R.* Russian orthodox church on bioethical debates: the case of ART //Monash Bioethics Review. – 2022. – Т. 40. – №. Suppl 1. – С. 71-93.
2. *Tarabrin, R.* Bioethical Issues as Triggers of Religious Transformation in Orthodox Christianity //Bioethics. – 2026. – Т. 40. – №. 1. – С. 45-51.
3. *Тарабрин, Р.* Этические дилеммы суррогатного материнства: христианский дискурс в современном социокультурном контексте // Государство, религия, церковь в России и за рубежом. 2020. № 38(4). С. 123–144
4. *Beauchamp, T, Childress, J.* Principles of Biomedical Ethics, Ninth Edition. Oxford University Press; 2026; Jonsen A. R. The birth of bioethics. NY, OUP; 1998.;
5. *Engelhardt, Jr.H.T.* The foundations of bioethics. Oxford University Press;1996.;
6. *Сурмач, М.Ю., Езепчик, О.А., Тарабрин, Р.Е., и др.* Факторы образа жизни белорусских подростков, ассоциированные с физической активностью, в аспекте социально-экономических характеристик семьи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2025. - Т. 33. - №6. - С. 1432-1438. doi: 10.32687/0869-866X-2025-33-6-1432-1438
7. История медицины в России: этика и политика. Монография / О.С. Нагорных, Н.Ю. Пивоваров, В.В. Тихонов, Н.П. Шок; под ред. Н.П. Шок. — М.: Практическая медицина, 2025.
8. *Tarabrin, R.E.* Historical analysis of the formation and development of bioethics in Russia: the role of HT Engelhardt //Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. – 2025. – №. 3. – С. 132-137.
9. *Tikhonov, V.V.* 2019. The origins of the Russian National Committee on Bioethics: historical, sociocultural and political contexts // History of medicine.; 6(1): 41–44
10. *Силуянова, И.В.* и др. Статус эмбриона //Человек. – 2007. – №. 2. – С. 98-108.
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 24.04.2025 № 532 "О внесении изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608". URL: http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202504240017
12. *Сазанова, Д.А., Тарабрин, Р.Е.* Аборты в медицинском информационном поле: анализ аргументов «за» и «против». V международная научная конференция молодых ученых и студентов «Философские, этические и исторические проблемы медицины» (г. Иваново, Россия), 2 апреля 2024 год // Философские, этические и исторические проблемы медицины: Материалы пятой международной научной конференции молодых ученых и студентов. Иваново, 2024. СС. 77 -79. https://elibrary.ru/item.asp?id=67142332
13. *Леус, О.К.* Отношение сообщества репродуктологов к запрету пропаганды чайлдфри / О. К. Леус // Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины - 2025 : Сборник тезисов LXXXVI Ежегодной итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, Санкт-Петербург, 03–24 апреля 2025 года. – Санкт-Петербург: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, 2025. – С. 289.
14. *Тарабрин, Р.Е.* Роль V Всероссийского съезда православных врачей (Санкт-Петербург, 2015 Г.) в дискуссии об ЭКО в православном российском сообществе / Р. Е. Тарабрин // История отечественной медицины в отражении научно-практических форумов: Материалы Международной научной конференции, Нижний Новгород, 11–12 апреля

2025 года. – Нижний Новгород: Приволжский исследовательский медицинский университет, 2025. – С. 186-190.
15. *Шок, Н.П., Белякова, Н.А.* Религиозный фактор и глобальная биоэтика: направления международных дискуссий //Международная аналитика. – 2021. – Т. 12. – №. 4. – С. 123-141.
16. *Iltis, A. S., Shok, N.* Co-editors of the special issue “East European post-communist legacy in medicine, health care, and bioethics” //Monash Bioethics Review. – 2022. – Т. 40. – №. Suppl 1. – С. 1-5.
17. Польский суд признал аборты из-за генетических патологий плода неконституционными. Интервью с историком медицины Наталией Шок. URL: https://genetics-info.ru/interview/polskiy-sud-priznal-aborty-iz-za-geneticheskikh-patologiy-ploda-nekonstitutsionnymi-intervyu-s-istor/
18. *Engelhardt, Jr.H.T.* After God: morality and bioethics in a secular age. – Yonkers: St Vladimir's Seminary Press. – 2017.
19. *Тарабрин, Р.Е.* Христианские аспекты человеческого достоинства: биоэтические импликации // Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием «Достоинство человека: основания, перспективы, угрозы», 24-25 апреля 2021 г. – Нижний Новгород: Издательство Приволжского Исследовательского Медицинского Университета, 2021, ч. 2, сс. 190 – 196.
20. Tarabrin R (2026) Spiritual counselling and women’s well-being in orthodox christianity: embryo adoption as surrogate motherhood. Frontiers in Global Women’s Health 7:1863643. https://doi.org/10.3389/fgwh.2026.1863643

УДК-740

ОБЯЗАННОСТЬ ДОСТОЙНО УМЕРЕТЬ: НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕОЛИБЕРАЛЬНОЙ ЛОГИКИ ВНЕДРЕНИЯ ЭВТАНАЗИИ[8]

Часовских Григорий Александрович

Исследователь института социальных наук Первого Московского Государственного Медицинского Университета им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет) (119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2). E-mail: 19sub@mail.ru

На примере Канады анализируется неолиберальная логика реализации эвтаназии, где принцип автономии пациента сочетается с утилитарными интересами государства. Показано, как бюджетные приоритеты и сокращение социальной помощи формируют риск подмены добровольного выбора «обязанностью умереть», что требует перехода от абстрактных этических дебатов к учету структурных социальных условий.

Ключевые слова: *эвтаназия, неолиберализм, автономия пациента, утилитаризм, инвалидность, качество жизни, социальная работа, паллиативная помощь.*

THE DUTY TO DIE WITH DIGNITY: SOME PROBLEMS OF THE NEOLIBERAL LOGIC OF EUTHANASIA IMPLEMENTATION

Chasovskikh Grigorii Alexandrovich

Researcher, Sechenov First Moscow State Medical University (8/2, Trubetskaya st., Moscow, 119991, Russia).

Using Canada as a case study, the analysis examines the neoliberal logic of euthanasia implementation, where patient autonomy intertwines with state utilitarian interests. It is shown how budgetary priorities and cuts to social assistance risk transforming voluntary choice into a "duty to die," necessitating a shift from abstract ethical debates toward considering structural conditions of decision-making.

Keywords*: euthanasia, neoliberalism, patient autonomy, utilitarianism, disability, quality of life, social work, palliative care.*

Современные дискуссии вокруг эвтаназии не исчерпываются абстрактными разговорами о сложном переплетении этических принципов [3]. Неолиберальная логика, специфически реализовавшись, к примеру, в канадской системе здравоохранения создает специфический пример интерпретации принципа автономии, сочетаясь с утилитарными интересами государства [2].

[8] Исследование подготовлено в рамках работы по гранту РНФ «Российский дискурс биоэтики в социокультурной трансформации общества» (25-28-02272).

Качество жизни людей с инвалидностью ряда неизлечимых заболеваний во многом определяется болью, однако детерминируется скорее ментальным состоянием [5]. Поддержание приемлемого качества жизни в таких случаях становится непростой задачей. Обеспечение работоспособности – тем более. Получается, затратные инвестиции не гарантируют успеха, в то время как экономические ожидания последствий эвтаназии нетрудоспособных людей с инвалидностью создают “соблазн” государственной системе здравоохранения в виде надежной экономии средств. Это потенциально встраивается в заинтересованность государства в осведомленности и продвижении программ гуманизации эвтаназии [1]. В таком сценарии принцип автономии пациента может быть реализован специфично: модифицируемые факторы вроде депрессии и растерянности сочетаются с «нежеланием быть обузой для других», что в неолиберальном контексте легко трансформируется в «обязанность умереть» [6]. Безусловно, в ряде сценариев эвтаназия по-прежнему имеет серьезные моральные аргументы. Однако сочетание их с предыдущей проблемой реализовали сценарий “Черного зеркала” в Канаде, вопреки злому умыслу. Сравнительно небольшая индексация бюджета здравоохранения сталкивается с значительным ростом финансирования программ эвтаназии и их медийного продвижения. Во внутренней структуре расходов, предсказуемо социальная помощь оказалась пострадавшей, что запустило порочный круг. Первые три года расширения программы нетерминальные случаи эвтаназии удваивались каждый год. В свою очередь социальная помощь людям с инвалидностью ожидаемо урезается, как следствие эффективности программы, которая получает больше денег во внутренней структуре бюджета.

Этический анализ эвтаназии сталкивается со специфическим бюджетным парадоксом и не может ограничиваться абстрактной апологией автономии или, напротив, ее безусловным отрицанием: необходима интеграция критической перспективы, учитывающей структурные условия реализации выбора и риски подмены социальной солидарности бюджетной экономией. Без обеспечения равного доступа к качественной паллиативной и социальной помощи, а также без системной защиты от давления, принцип уважения автономии рискует превратиться в инструмент, легитимирующий отказ общества от ответственности за наиболее уязвимых его членов.

Список литературы

1. *Dembo, J., Schuklenk, U., Reggler, J.* “For their own good”: A response to popular arguments against permitting medical assistance in dying (MAID) where mental illness is the sole underlying condition //The Canadian Journal of Psychiatry. – 2018. – Т. 63. – №. 7. – С. 451-456.

2. *Downie, J., Schuklenk, U.* Social determinants of health and slippery slopes in assisted dying debates: lessons from Canada //Journal of Medical Ethics. – 2021. – Т. 47. – №. 10. – С. 662-669.
3. *Iltis, A.S., Shok, N.* Co-editors of the special issue "East European post-communist legacy in medicine, health care, and bioethics" //Monash Bioethics Review. – 2022. – Т. 40. – №. Suppl 1. – С. 1-5.
4. *Lucchi, E.* et al. Could palliative sedation be seen as unnamed euthanasia?: a survey among healthcare professionals in oncology //BMC Palliative Care. – 2023. – Т. 22. – №. 1. – С. 97.
5. *Tarabrin, R.E.* An Orthodox perspective on hastening a patient's death : дис. – The Ohio State University, 2023.
6. *Verhofstadt, M.* et al. Ethical perspectives regarding Euthanasia, including in the context of adult psychiatry: a qualitative interview study among healthcare workers in Belgium //BMC medical ethics. – 2024. – Т. 25. – №. 1. – С. 60.

УДК 17

ДОЛГ И ДОСТОИНСТВО КАК ВЕЧНЫЕ ИЗМЕРЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

Шадрина Елена Николаевна

Кандидат философских наук, доцент, Институт Социальных Наук, Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет) (Российская Федерация, 119048, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2). E-mail: shadrina_e_n@staff.sechenov.ru

То, что медицинская профессия сопряжена с долженствованием, является практически аксиомой. При этом сама идея долга нуждается в обосновании и находит его в достоинстве. Разница в понимании человека как ценности «для себя» и ценности «самой по себе» позволяет конституировать достоинство в качестве онтологического измерения нашей личности.

Ключевые слова: *долг, достоинство, «ценность для себя», «ценность сама по себе», врачебная этика.*

DUTY AND DIGNITY AS TIMELESS DIMENSIONS OF PROFESSINAL MEDICAL ETHICS

Shadrina Elena Nickolaevna

PhD in Philosophy Associate Professor, Institute of Social Sciences, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), (8 Trubetskaya St., Bldg. 2, Moscow 119048, RUSSIA).

It is practically an axiom that the medical profession is bound up with a sense of duty. At the same time, the very idea of duty requires justification, which it finds in dignity. The distinction between understanding a person as a value "for oneself" and a value "in and of itself" allows us to establish dignity as an ontological dimension of our personality.

Key words: *duty, dignity, "value for oneself," "value in itself," medical ethics*.

Профессиональная врачебная этика имеет тысячелетнюю историю, на протяжении которой определяли себя ее основные постулаты, послужившие конституированию самой сути врачебной профессии. Мораль располагает достаточно разнообразным арсеналом средств, обеспечивающих функционирование нравственного самосознания человека. В ряду таких морально значимых регулятивов, как совесть, справедливость, добро, честь, отметим долг и достоинство. Последнее, в отличие от чести, акцентирующей внешнюю оценку личности, исходит из внутренней самооценки. Определяя

аппроксимированно данное понятие, приходим к пониманию достоинства как нашей способности и потребности в самопринятии. Мы принимаем себя как самоценность, не нуждаясь при этом в какой-либо дополнительной аргументации этого факта и, таким образом, утверждая достоинство в качестве фундаментального измерения собственного «Я».

Наличие достоинства позволяет нам наиболее успешно реализовывать себя во всех жизненных планах — от экзистенциального до профессионального. Достоинство неотделимо от другого важного императива нравственности, а именно, долга. Потому что способность подчинить в себе несущественное, частное, определяемое собственными эгоистическим потребностями, общезначимому и объективно необходимому обуславливает нашу самоценность.

Нельзя, конечно, рассчитывать на то, что утверждение из «Corpus Hippocraticum», которое характеризует величие и достоинство врачебной деятельности и гласит: «iatros philosophos isotheos», то есть «врач-философ равен Богу», и сегодня однозначно может быть принято в качестве руководящей идеи медицинской деятельности. С одной стороны, с медициной все еще ассоциируется сила, частично производная от компетенций, необходимых для занятия ею, а частично — от человеческой потребности найти что-то, способное защитить от боли, от болезни. А фигура врача по-прежнему обнаруживает архетипические признаки божественной мудрости и избранности. С другой стороны, изменения в законодательных нормах, развитие медицинских технологий и общественного мнения если и не ставят под сомнение необходимость существования патернализма, то однозначно заставляют эволюционировать эту доктрину во взаимоотношениях между врачом и пациентом для снижения конфликта «врач-пациент». Таким образом, современная этическая культура значительно расширяет представление о формах, в которых существуют и развиваются отношения внутри медицинского пространства, что опосредованно актуализирует вопрос о человеческом достоинстве врача.

Идея сопричастности человека и, в частности, врача, Богу, вдохновленная античностью и закрепленная впоследствии религиозной культурой, становится тем фундаментом, на котором оказывается построенной концепция человеческого достоинства, равно как и достоинства врачебной профессии. Как размышляет в своей работе «Medizinische Ethik und soziale Verantwortung» немецкий врач и философ, специалист в области медицинской этики Ханс Шефер, начавшие меняться с эпохи Возрождения представления о человеке оказывают непосредственное влияние на профессиональную медицинскую этику, определяя ее современную форму как что-то, принципиально отличное от

ее прежней исторической формы, что в элементарной степени затрагивает вопрос понимания достоинства человека.

Например, Шефер заявляет о трех важнейших в этом отношении тенденциях, которые отчетливо проявляют себя в требованиях и представлениях современной медицинской этики. Во-первых, отрицание любой религии, а, следовательно, любой связи с объективной реальностью, имеющей смысл «сама по себе» и требующей от человека отношения благоговейной преданности, обуславливает объявление этой реальности чистой, лишенной ценности фактичностью, без какого-либо собственного смысла, к которому человек должен относиться с благоговением и благодарностью. Человек может обращаться с этой реальностью по своему усмотрению. Для него нет никакого внутреннего смысла в вещах, с которыми он сталкивается. В человеческих отношениях и ситуациях отсутствуют объективные требования моральных ценностей, которые предполагали бы соответствующий ответ. Скорее, сам человек, по своему усмотрению, придает всему свою «ценность» и «смысл». Как следствие, современная биоэтика сталкивается с проблемами легализации абортов, применения активной эвтаназии. Ведь все находится в распоряжении человека и даже он сам.

Во-вторых, вооруженный научно-техническим инструментарием, человек считает себя способным доминировать над всей природой, все природное, так сказать, подвергнуть собственным стратегиям оптимизации. Как следствие, существование определенных групп населения может быть поставлено под вопрос в соответствии с известным утилитаристским «балансом преимуществ», в соответствии с элементарным расчетом «невыгода-бремя/выгода-польза». «Это позиция абсолютной воли к распоряжению, которая в конечном итоге видит в человеке лишь фактор производства, для которого важно только то, что он способен работать и наслаждаться жизнью [1, с. 87].

Наконец, в-третьих, неуклонное стремление человека к автономии в некоторой степени искажает смысл такого важного этического концепта, как счастье. Интерпретируемое через самоопределение, счастье предполагает убеждение в том, что человек может быть счастлив в той степени, в какой он способен сам определять каждую деталь своей жизни. По словам Шефера, предпочитая интерпретировать счастье как нечто, достигнутое автономно, как достижение и труд, мы упускаем из виду, что «счастье по своей сути является даром, который дается нам только тогда, когда мы осознаем истинную ценность сущего и принимаем его ради него самого, его внутренней доброты и красоты» [2, с. 80].

Резюмируя все вышеизложенное, отметим, что, хотя исследования Ханса Шефера в области медицинской этики не получили в свое время широкого

признания, они, безусловно, отражают вклад этого немецкого ученого в развитие данной области. А размышления Шефера на тему этической автономии и права «абсолютного распоряжения» представляют определенный интерес в контексте текущего обсуждения основных измерений врачебной этики.

Если человек заявляет о праве распоряжаться всем и, собственно, собой, если он считает себя способным достичь состояния гармонии собственными силами, вместо того чтобы понимать себя с точки зрения Высшего и Его способности придавать смысл и возможность превосходить себя, это не делает еще его Богом. Однако это грозит потерей того важного смысла человека как ценности «самой по себе», которым фундируется концепция человеческого достоинства. Если возможно говорить об автономном определении человеком собственной ценности, а, значит, и достоинства, тогда необходимым становится различение ценности человека «самого по себе» и ценности человека «для себя». Когда определение собственной ценности выступает автономным актом нашей воли, достоинство утрачивает смысл константы, измеряющей нашу личность. Достоинство тогда превращается в контролируемое и достаточно легко отторгаемое качество, которое можно забрать, ограничить, соизмерить с какими-то предпочтениями и преимуществами. В подтверждение данной мысли можно привести здесь по-прежнему активно обсуждаемое в медицинской этике «право на убийство», маскирующееся под различные формы эвтаназии.

Поскольку достоинство здесь рассматривается не только как атрибутивное личностное качество, но как основоположение врачебной профессии, сохранение адекватного смысла этого концепта полагаем чрезвычайно важным для обсуждения большинства так называемых «острых тем» профессиональной врачебной этики.

Роберт Шпеманн, немецкий философ, занимавшийся исследованиями в области христианской этики, а также биоэтики, справедливо отметил когда-то, что «медицина является не единственным, но самым убедительным примером того, что происходит, когда воплощается в жизнь мировоззрение, основанное на автономной самореализации и неограниченном увеличении власти.человеческое достоинство буквально остается на обочине» [3, с. 25]. Таким образом, только утверждение ценности человека «самого по себе» может служить гарантией сохранения и теоретического и практического оправдания человеческого достоинства.

«Ценность человека «самого по себе», то есть не только для человека, делает его жизнь чем-то священным и придает понятию достоинства то онтологическое измерение, без которого невозможно представить себе смысл этого понятия. Понятие «достоинство» означает нечто сакральное. Оно является по сути религиозно-метафизическим» [3, с. 27].

Осознание себя как ценности «самой по себе» открывает для человека возможность превзойти всякую субъективную произвольность, выйти за пределы своих эгоистических мотивов, интересов, стремлений и инстинктов и поставить себя на службу чему-то необходимому и общезначимому — вплоть до самопожертвования. Способность предпочесть долг склонности выступает, таким образом, непосредственным доказательством достоинства и ценности человека.

Никто, наверное, не размышлял так много о долге и обязанностях, как великий немецкий философ Иммануил Кант. Медицинская практика по-прежнему остается наиболее убедительным примером реализации руководящих правил, основанных на принципе обязанностей. Поэтому императивы кантовской этики всегда будут сохранять определенную актуальность для субъекта медицины.

Два фундаментальных критерия, на которые опирается кантовская этика, - идея универсализации и «мотивационный ригоризм», позволяют ему максимально рационализировать пространство этического дискурса. Обязательства «не убивать», «не лгать», «не причинять вред» и прочие сводятся, таким образом, к самому смыслу «не убивать», «не лгать», «не допускать вреда», игнорируя, по сути, любой контекст, породивший необходимость исполнения подобных обязательств. Как альтернатива субъективной произвольности и избирательности, такая моральная парадигма, безусловно, приятна, но, нельзя сказать, что безупречна, учитывая сложный мир социальных отношений. Трудно не согласиться, например, с таким рассуждением профессора медицины Дэвида Миссельбрука: «Кант хорошо умеет подсказывать мне, как я должен себя вести в обычных условиях. Но большинство специалистов по этике сочли бы его менее полезным в сложных обстоятельствах. Когда пациент начинает засыпать под наркозом, установленным для лечения его критически разорвавшейся аневризмы, он спрашивает меня: «Со мной все будет в порядке, доктор?» или родственник спрашивает: «Сильно ли он страдал в конце?» Должен ли я всегда говорить только правду? И Кант был бы бесполезен в сортировке пациентов: он не может сказать мне, каким обязанностям я должен отдавать приоритет, поскольку все мои обязанности абсолютны» [4].

Категорический императив Канта (вторая формулировка) требует от нас: «Поступайте так, чтобы относиться к человечеству, будь то в вашей собственной личности или в личности любого другого человека, в каждом случае как к самоцели, а не только как к средству» [5, с. 260]. Эта известная кантовская формула, утверждающая категорический запрет на инструментализацию человека, служит лишним подтверждением того, что только признание в человеке «цели», «ценности самой по себе» позволит обосновать его

достоинство, а уважение достоинства сделать содержанием долга. Другое дело, что Кант возможность исполнения нравственного обязательства связывал только с разумной природой человека. Хотя, полагаем, здесь участвуют все измерения человеческого бытия: его способность понимать, хотеть и чувствовать, способность к счастью и любви, способность к таким добродетелям, как смирение, любовь и великодушие, способность вступать в общение с другими людьми, его способность к благоговению.

Проецируя, таким образом, изложенные здесь соображения о долге, достоинстве, понимании человека как ценности «самой по себе» на реальность медицинской профессии, определяем такие следствия.

Передача нравственных ценностей, где это необходимо и возможно, обязательный разговор, осмысленные вопросы и ответы при общении с пациентом, учитывающие возможное воздействие сказанного на него, являются актом уважения человеческого достоинства пациента.

Для сохранения человеческого достоинства при обращении с пациентами необходимо осознавать, что все, что могут сделать специалисты и что невозможно без разнообразных технических средств современной больницы, является уникальным, неповторимым и незаменимым человеческим каждого отдельного человека. Это осознание выражается в специфической способности врача к суждению. Оно определяется открытостью к каждому отдельному пациенту на основе собственного конкретного опыта, готовностью воспринимать все новое, что дает каждый пациент, наблюдением за телом, движениями, поведением, окружающей пациента средой. Такой врач не позволит, чтобы обследование пациента превратилось в совокупность результатов лабораторных исследований, но способен все это оценить, взвесить и соответствующим образом классифицировать. Он знает о пределах диагностических методов и терапевтических мер и поэтому не теряет своего суждения из-за них. Его понятие человечности выходит за рамки точных научных представлений и включает в себя измерение смысла человеческой жизни.

Полагаем, что для всех представителей медицинской профессии актуальным остается то, что однажды немецкий врач-философ Карл Ясперс выразил следующими словами: «Присутствие личности в желании помочь больному бесконечно благотворно. Существование разумного человека с силой духа и убедительным воздействием безусловно доброго существа пробуждает в другом, и, таким образом, также в больном, непредсказуемые силы доверия, желание жить, правдивость, без того, чтобы об этом было сказано. То, чем человек может быть для человека, не исчерпывается понятным». [6, с. 18].

Список литературы

1. *Schäfer, Hans,* Medizinische Ethik und soziale Verantwortung. In: Marquard, Odo/Seidler, Eduard, u.a., Medizinische Ethik und soziale Verantwortung, München 1989, S. 87.
2. *Там же,* с. 80.
3. *Spaemann, Robert,* Über den Begriff der Menschenwürde. In: Scheidewege 15 (1985/86), S. 25 ff.
4. Duty, Kant, and Deontology. *David Misselbrook,* British Journal of General Practice 2013; 63 (609): 211.
5. *Иммануил Кант.* Сочинения в шести томах. Том 4, Часть 1. АН СССР, Институт Философии, издательство «Мысль», Москва, 1965. - 554 с.
6. *Jaspers, Karl,* Die Idee des Arztes. In: ders., Der Arzt im technischen Zeitalter, München 1986, S. 18.

УДК 614.253.81

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РУССКОЙ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ (НА ПРИМЕРЕ ПАСТЫРСКОГО ПОПЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ)

Демьянов Глеб Валерьевич

Аспирант, Институт социальных наук, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, 8/2). E-mail: gleb.demyanov.2017@mail.ru

В исследовании представлены особенности пастырского попечения как одного из важнейших элементов духовной поддержки пациентов и их близких при оказании детской паллиативной помощи. Автор делает вывод о богоцентричном характере духовной помощи в детской паллиативной практике в России, что свидетельствует о важном значении Русской Православной Церкви в развитии современной биоэтики.

Ключевые слова: *пастырское попечение; духовная поддержка; паллиативная помощь детям; Русская Православная Церковь (РПЦ).*

BIOETHICAL ASPECTS OF THE ACTIVITIES OF THE RUSSIAN ORTHODOX CHURCH (BASED ON THE EXAMPLE OF PASTORAL CARE IN PROVIDING PEDIATRIC PALLIATIVE CARE)

Demyanov Gleb Valeryevich

Postgraduate Student, Institute of Social Sciences, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (119991, Russian Federation, Moscow, Trubetskaya str., 8/2).

The study presents the features of pastoral care as one of the most important elements of spiritual care for patients and their families in the providing of pediatric palliative care. The author concludes that the spiritual care in pediatric palliative care in Russia is God-centred, which highlights the importance of the Russian Orthodox Church in the development of contemporary bioethics.

Keywords: *pastoral care; spiritual care; pediatric palliative care; the Russian Orthodox Church (ROC).*

Введение

В России хосписы являются светскими учреждениями, что позволяет им получать государственное финансирование и принимать пациентов любого вероисповедания. Однако аспекты религиозной веры, тем не менее, являются

очень важными для пациентов и их близких, поскольку предлагают ответы на вопросы, возникающие в состоянии экзистенциального кризиса, а также помощь в виде пастырского попечения [10, 20]. Специалисты определяют духовную поддержку в составе паллиативной помощи как «систему мер, направленных на содействие паллиативному пациенту и его близким в совладании с ситуацией приближения смерти на основе актуализации ресурсов, соответствующих их мировоззрению и системе ценностей» [20, с. 14]. Пастырское попечение при этом представляет собой религиозные (православные) практики духовной поддержки, которые дополняют светские духовные практики (чтение, общение с семьей и друзьями, занятия спортом и групповой деятельностью и др.) [20].

В XIX в. – начале XX в. духовная сторона ухода за неизлечимо больными в России изначально и неразрывно была связана с деятельностью Русской Православной Церкви (РПЦ): пастырским попечением о страждущих, а также служением православных сестричеств милосердия (Свято-Троицкой, Никольской, Крестовоздвиженской, Марфо-Мариинской общин сестер милосердия). В СССР, тем не менее, отсутствовало хосписное движение, связанное с религиозной деятельностью [14, 19]. Традиция заботы РПЦ о паллиативных пациентах возобновилась в современной России – в том числе в детской паллиативной практике.

Первый детский хоспис («Хоспис (детский)», ныне – СПб ГАУЗ «Хоспис (детский и взрослый)»; далее в тексте – детский хоспис № 1) в России был основан в 2003 г. в Санкт-Петербурге протоиереем Александром Ткаченко [2]. В 2009-2010 гг. детский хоспис № 1 стал государственной организацией и открыл свой стационар в Санкт-Петербурге для пациентов-детей с различными неизлечимыми заболеваниями [2]. В 2011 г. при Марфо-Мариинской обители милосердия в Москве Православной службой помощи «Милосердие», созданной на базе Синодального отдела по церковной благотворительности и социальному служению РПЦ, была организована выездная детская паллиативная служба для пациентов с неонкологическими (генетическими, неврологическими и др.) неизлечимыми заболеваниями. Служба в основном оказывает медико-социальную помощь, однако священнослужитель в составе этой службы проводит и пастырское попечение о пациенте и его близких [11]. В 2018 г. при Соборе святого Архистратига Божия Михаила в поселке Токсово (Ленинградская область) стараниями Выборгской епархии РПЦ также был открыт детский хоспис [3].

Целью настоящего исследования являлось изучение пастырского попечения при оказании паллиативной помощи детям в качестве примера деятельности РПЦ, направленной на развитие современной биоэтики. Исследование основано на анализе научной литературы, а также результатов

глубинного полуструктурированного интервью со специалистами (священнослужителями, врачами), занимающимися духовной поддержкой пациентов и их близких при оказании детской паллиативной помощи.

Православные таинства и обряды при оказании пастырского попечения

Основным средством духовной поддержки пациентов и их близких во время пастырского попечения в детских хосписах принято считать молитву [10, 12, 20]. Многие люди, занимающиеся пастырским попечением о паллиативных пациентах и их близких, отмечают, что форма молитвы, определенный набор слов и их последовательность не важны (особенно это актуально для детей) [1, 6, 8, 10, 17]. Главное, чтобы молитва была искренней и понятной для ребенка и его близких: это помогает страждущим осознать, что проводится не какой-то абстрактный ритуал, а обряд, выполняемый с целью помочь им и показать, что рядом есть поддержка – в виде Бога в православной вере [17]. Чаще всего тяжелобольные пациенты и их близкие обращаются за помощью к Богородице, Христу, святому Николаю Чудотворцу, Пресвятой Троице, великомученику Пантелеимону целителю, блаженной Матроне Московской, святителю Луке, к святым, имена которых носят пациенты [1, 6]. Однако молитва не должна быть исключительно прошением, в ней человеку следует выражать также благодарность и заступничество [17].

Дальнейшие православные таинства и обряды помогают пациенту и его близким полней почувствовать глубину своей веры, сопричастность с другими верующими, а также прикоснуться к Божественной благодати, которую Бог дарует в этих таинствах [20]. Поскольку многие таинства направлены на прошение у Бога о прощении грехов, то они могут носить условный характер у безгрешных по своей природе детей [10]. Среди православных обрядов, использующихся для облегчения страдания ребенка, следует выделить: принятие святой воды (пить, окроплять, прикладывать к больному месту), крестное знамение, чтение Евангелия, Псалтири и других священных текстов, прослушивание, пение или игра священной музыки и исполнение благочестивых песнопений, паломничество и ретриты (по возможности), соблюдение духовного поста (чистые помыслы и благочестивое поведение) при послаблении в физическом посте в связи с состоянием здоровья, проскомидия, евхаристия (причастие, причащение) во время литургии, молебен о здравии ребенка, елеосвящение (соборование) [10, 20]. После смерти ребенка пастырское попечение должно простираться и на родственников, чтобы помочь им пережить горечь утраты. Так, с этой целью проводят: чин погребения младенческого, заупокойную литию, поминальную трапезу, панихиду, сорокоуст, литургийное молитвенное поминовение, чтение Псалтири по усопшим [10, 17].

Пастырская беседа

Однако таинства и обряды (даже молитва) не помогут или не окажут на страждущего полного действия, если человек будет скован страхом смерти; еще хуже, если при этом он будет чувствовать себя одиноким в принятии своего заболевания или горя [16]. Поэтому одним из важнейших средств при оказании духовной поддержки является пастырская беседа, во время которой священнослужителю следует осторожно направить умирающего ребенка и его близких по направлению к ощущению присутствия Бога рядом, к ощущению, что они – не одни, их страдания разделяет Бог [5, 10, 17].

Началом разговора являются самые простые, добрые, понятные ребенку слова и замечания [8, 9]. Малышам священнослужитель может рассказать о бессмертных душах, которые возвращаются к Богу – туда, где им лучше; подросткам можно попробовать объяснить смысл болезни и начало вечной жизни после окончания жизни земной [10]. Часто в подобной беседе ребенок не требует однозначных ответов на глубинные экзистенциальные вопросы. Но даже самые общие беседы с ребенком о разных вещах – это выражение сопереживания ему, духовная поддержка [9].

В определенных ситуациях (когда ребенок не может или не хочет разговаривать) следует хранить молчание, тем не менее находясь рядом, осуществляя «терапию присутствием» [18]. Так же, как и молчания, не следует бояться пауз в разговоре, поскольку они, как правило, свидетельствуют о более откровенном продолжении беседы, помогая человеку собраться с силами или четче сформулировать свою мысль [16, 18]. Использование нейтральных слов и открытых вопросов, ободряющие жесты, искреннее, но умеренное выражение своего сопереживания, в определенные моменты даже доля юмора – все это помогает расположить к откровенной беседе пациента и его близких. Перед произнесением каждой фразы надо задумываться о ее необходимости; не должно быть шаблонных фраз [16, 18].

Священнослужитель не должен ложно обнадеживать человека в благоприятном исходе; также не следует апеллировать к храбрости пациента. Ложные надежды или необходимость быть сильным мешают пациенту или его близким обратиться к своему горю, принять его и начать преодолевать [18]. Также, когда чуда исцеления не происходит, у пациентов и их близких может развиться «религиозная психотравма» с ощущениями отчаяния, бессилия, бессмысленности дальнейшей жизни. Подобные чувства способны приводить к различным психологическим отклонениям, саморазрушающему поведению (вплоть до самоубийства), толкать к поиску спасения в деятельности сект, различных знахарей и экстрасенсов [15, 20].

В пастырских беседах с пациентами и их близкими священнослужитель не должен выступать в роли проповедника, пользуясь болезнью как возможностью обратить человека в веру [10, 16]. Только если пациент или его близкие сами попросят или сделают первые шаги в сторону принятия православия, то можно предложить вместе помолиться, почитать Евангелие или другие священные тексты, рассказать истории из жития святых, пригласить на службу и др. [6, 8, 10]. В беседе священнослужителю не следует затмевать своими рассуждениями и убеждениями ощущающего необходимость высказаться человека; даже примеры из своей жизни пастырю нужно приводить очень сдержанно, лишь для начала разговора, памятуя, что у человека сейчас свои боль и горе и ему может быть совсем не до чужих, уже давнишних страданий [16, 17, 18].

Очень важно полностью отдаться откровенному разговору, потому что именно в этой беседе человек подводит итог своей жизни [16]. Те размышления и воспоминания, которые приводит человек, нуждающийся в пастырском попечении, не должны быть обесценены неосторожным словом. Именно «безоговорочное уважение к мировоззренческим убеждениям страдающего человека» с целью найти в них духовные ресурсы для дальнейшей жизни, по мнению сотрудников детского хосписа № 1, является основой всей духовной помощи (в том числе пастырского попечения) паллиативному пациенту и его близким [16, 18, 20]. Следует сказать, что православный священник вправе побеседовать с неверующими или исповедующими другую религию пациентами и их родственниками, однако это не будет пастырская беседа, а обыкновенные добрые человеческие слова сочувствия и поддержки [8].

Особенности взаимодействия с неизлечимо больными пациентами-детьми и их близкими

Пастырское попечение в составе паллиативной помощи детям, безусловно, во многом ограничивается отсутствующим или еще не до конца сформированным мировоззрением у пациентов. Важно то, что в нравственном развитии тяжелобольного ребенка возраст не имеет, как правило, ведущего значения. Значительно большую роль играет диагноз [8]. В случае, если заболевание не затрагивает когнитивных функций, а также при попытке ребенка и его семьи адаптироваться к сложившейся ситуации, со смирением приняв весть о скорой смерти, происходит перерождение личности пациента, ее стремительное развитие. Так, ребенок даже младшего школьного возраста начинает видеть божественный промысел в своем заболевании, обретает моральные силы переносить тяжелые боли и другие страдания [20].

Нередко у детей (особенно у подростков) страх смерти трансформируется в страх оставить родителей (или близких) одних [4, 10, 20]. В случае, если окружающие явно демонстрируют свою душевную боль, у умирающих детей

может развиться сильное чувство вины [4, 17, 20]. Поэтому важнейшим правилом духовной поддержки тяжелобольных детей (как для близких людей, так и для специалистов, оказывающих паллиативную помощь) является выражение своей любви и заботы через радость того, что еще можно быть вместе – здесь и сейчас, не хороня ребенка раньше времени [4]. Сами родители не должны винить себя в случившемся, осуждая за то, что не досмотрели за ребенком, недостаточно приложили усилий по его лечению и т.д. [1]. Родителям следует понять, что не они управляют миром, а Бог [1, 20].

Священнослужители, занимающиеся духовной поддержкой умирающих детей, обозначают пациента и его семью как единое целое в момент болезни ребенка [8, 10, 20]. Но иногда взаимодействию умирающего ребенка и его близких мешают условия содержания пациента и местные нормативные акты российских регионов (особенно когда дети умирают не в хосписе, а в реанимационных отделениях обычных больниц, куда близких либо совсем не пускают, либо пускают на малый промежуток времени) [13]. В неразделимости ребенка со своей семьей кроется не только большой потенциал совместного преодоления страданий во время смертельного заболевания, но и выраженная значимость в плане утешения для близких пациента, поскольку, когда ребенок умирает, «он становится молитвенником для своих родителей» перед Богом, никогда не покидая их и прося Господа об их спасении [20, с. 69].

Однако, если главное страдание, которое переносят близкие пациента, по мнению ряда специалистов, – это дальнейшая жизнь с тяжелейшей потерей, то главное страдание самого пациента – это умирание неподготовленным, с незнанием о своей скорой смерти [7]. В российских хосписах, тем не менее, не существует общепринятой точки зрения на проблему сообщения пациенту о его возможной скорой кончине. Специалисты сходятся на том, что говорить об этом с пациентами-детьми стоит в случае, если времени осталось совсем мало, чтобы пациент успел подготовиться, чтобы он не оставался один на один со своими страхами и переживаниями, чтобы у него была возможность с кем-нибудь поговорить [4, 12, 17, 20]. Перед подобной беседой следует оценить психологическое состояние ребенка, понять, желает ли он сам услышать подобную весть или нет [4]. Также извещать должно по просьбе близких; религиозные семьи хотели бы, чтобы данное известие приносил ребенку священнослужитель. Но в повседневной практике обычно эту функцию выполняют сотрудники хосписов (врачи, психологи, медсестры, социальные работники и т.д.) [7, 8].

Заключение. Пастырское попечение о паллиативных пациентах-детях и их близких – крайне индивидуальный процесс, который к тому же может требовать значительной трансформации в процессе взаимодействия со страждущими. В

связи с этим невозможно включить духовные практики РПЦ в бюрократический процесс, в том числе в клинические рекомендации, посвященные организации паллиативной помощи детям. Однако прежде всего за священнослужителями в российском обществе закреплено оказание духовной поддержки умирающих людей (как важной составляющей паллиативной помощи). Совмещая многие православные таинства и обряды с пастырской беседой, учитывая большое количество нюансов взаимодействия с пациентами-детьми и их близкими, пастырское попечение в российских хосписах направлено прежде всего на разделение страдания с ребенком и его семьей с целью утешить и победить страх смерти. В этом процессе священники выполняют важную пастырскую роль – через участие в Таинствах Церкви они направляют человека к Богу. Подобный богоцентричный характер духовной помощи в детской паллиативной практике в России может считаться одной из ее особенностей, что свидетельствует о важном значении РПЦ в развитии современной биоэтики.

Список литературы

1. 10 вопросов о болезни и страдании детей. Отвечает епископ Пантелеимон (Шатов). – М. – 15 с.
2. Автономная некоммерческая организация «Детский и взрослый хоспис». История / [Электронный ресурс] // URL: https://xn--d1acjaee4ainecd7b.xn--p1ai/kto-my/istoriya.html. – Дата обращения: 25.07.2025.
3. В посёлке Токсово открылся детский хоспис / [Электронный ресурс] // URL: https://47deti.ru/news?id=1074. – Дата обращения: 25.07.2025.
4. *Грааф, Ф. де.* Разлуки не будет. Как пережить смерть и страдания близких / Ф. де Грааф. – 2-е изд. – М.: Никея, 2016. – 192 с.
5. *Гуайта, И., иеромонах.* Монах в карантине: 40 дней паломничества с короной / Иеромонах И. Гуайта. – М.: Практика, 2021. – 477 с.
6. Интервью № 1 со служителем (при храме) Н. / Провел Г.В. Демьянов. – М., 2024. – Дата проведения: 21.11.2024. Личный архив автора.
7. Интервью № 2 с педиатром Т. / Провел Г.В. Демьянов. – М., 2024. – Дата проведения: 08.12.2024. Личный архив автора.
8. Интервью № 3 со священником М. / Провел Г.В. Демьянов. – М., 2025. – Дата проведения: 15.03.2025. Личный архив автора.
9. Интервью № 4 со священником И. / Провел Г.В. Демьянов. – М., 2025. – Дата проведения: 05.04.2025. Личный архив автора.
10. *Крауш, В.* Вопросы, на которые мы не знаем ответов. Пособие для специалистов паллиативной медицинской помощи детям, сотрудников хосписов, священнослужителей и волонтеров, работающих в условиях многоконфессионального общества / В. Крауш, протоиерей А. Ткаченко, А. Кудря, Р. хазрат Аббясов, ширээтэ лама Б. Бадмаев, раввин Ц. Пинский, протоиерей Е. Горячев, священник С. Чопурян, лама Ц. Дармаев, Ю. Замалетдинова, С. Камышников. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2015. – 192 с.

11. Милосердие. Православная служба помощи. Детская выездная паллиативная служба / [Электронный ресурс] // URL: https://miloserdie.help/projects/detskaya-vyezdnaya-palliativnaya-sluzhba/. – Дата обращения: 25.07.2025.
12. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви / [Электронный ресурс] // URL: https://www.patriarchia.ru/db/text/419128.html. – Дата обращения: 25.07.2025.
13. «Паллиативная помощь – она про жизнь» / [Электронный ресурс] // URL: https://www.kommersant.ru/doc/3036752. – Дата обращения: 25.07.2025.
14. *Пономарева, И.П.* История развития хосписов в России / И.П. Пономарева // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – С. 377-380.
15. Социальное служение Русской Православной Церкви. Мультимедийное учебное пособие / [Электронный ресурс] // URL: https://social-orthodox.info/7_4.htm. – Дата обращения: 25.07.2025.
16. *Специалисты Детского хосписа.* В помощь помогающим. Невежливая вежливость / Специалисты Детского хосписа. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2018. – 34 с.
17. *Сурожский, А., митрополит.* Жизнь, болезнь, смерть / Митрополит А. Сурожский. – 2-е изд. – М.: Фонд «Духовное наследие митрополита Антония Сурожского», 2012. – 87 с.
18. *Ткаченко, А., протоиерей.* Место действия душа. Заметки врачевателям душ / Протоиерей А. Ткаченко, О.В. Александрова. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2018. – 42 с.
19. *Чепурных, А.Я.* История развития хосписов / А.Я. Чепурных, Е.А. Савиных // Вятский медицинский вестник. – 2010. – № 4. – С. 61-63.
20. *Яцышин, С.М.* Духовная поддержка семей, столкнувшихся с неизлечимым заболеванием ребенка / С.М. Яцышин, А.В. Микляева, протоиерей А. Ткаченко. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2016. – 96 с.

УДК 614.253

МЕЖДУ ВРАЧЕБНЫМ ДОЛГОМ И СОБСТВЕННЫМИ ЦЕННОСТЯМИ: ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С МОРАЛЬНЫМ ДИСТРЕССОМ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЫ[9]

Карпич Юлия Владимировна

Кандидат политических наук, исследователь института гуманитарных наук, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (119991, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.). E-mail: ykarpich@hse.ru

В статье представлен обзор качественных исследований, посвященных моральному дистрессу работников медицинской сферы. Анализ фокусируется на факторах, усиливающих напряжение между профессиональным долгом и личными, профессиональными и гуманистическими ценностями в реальной клинической практике. Обсуждается роль повседневных условий в воспроизводстве морального дистресса как устойчивого элемента медицинской работы.

***Ключевые слова**: моральный дистресс, медицинские работники, профессиональный долг, ценности.*

BETWEEN PROFESSIONAL DUTY AND VALUES: FACTORS ASSOCIATED WITH MORAL DISTRESS AMONG HEALTHCARE PROFESSIONALS[10]

Karpich Yulia Vladimirovna

PhD in Political Science, Researcher, Sechenov First Moscow State Medical University (8/2, Trubetskaya st., Moscow, 119991, Russia).

This paper presents a review of qualitative studies on moral distress among healthcare professionals. The analysis focuses on factors that intensify the tension between professional duty and personal, professional, and humanistic values in everyday clinical practice. The role of routine working conditions in the reproduction of moral distress as a persistent feature of medical work is discussed.

***Keywords**: moral distress, healthcare professionals, professional duty, values.*

Феномен морального дистресса возникает как следствие глубокого внутреннего противоречия: специалист осознает этически верный путь действий,

[9] Работа выполнена в рамках исследования по гранту Российского научного фонда «Российский дискурс биоэтики в социокультурной трансформации общества» (№ 25-28-02272).

[10] The work was done within the project of the Russian Science Foundation “Russian discourse on bioethics in the sociocultural transformation of society” (№ 25-28-02272)

но сталкивается с непреодолимыми внешними барьерами, делающими его реализацию неосуществимой [15, 28]. Необходимость следовать этому вынужденному сценарию приводит к болезненному разрыву между личными ценностными установками и профессиональными директивами. Это порождает особый тип эмоционального переживания, качественно отличного от близкого эмоционального выгорания и/или психологического дискомфорта [18, 24, 26]. Деструктивное влияние морального дистресса распространяется не только на отдельного работника, но и на коллективную динамику, что в итоге негативно сказывается на результативности профессиональной деятельности и качестве оказания медицинских услуг [3, 8, 14].

В научной литературе феномен морального дистресса подробно рассмотрен с точки зрения его «внутреннего устройства»: описаны характерные ситуации, провоцирующие эмоциональные реакции [22, 26], определены его ключевые компоненты и стадии развития [7, 19]. Одновременно в практическом поле сформулирован ряд стратегий и интервенций, направленных на преодоление последствий морального дистресса [13]. Вместе с тем, гораздо меньше внимание уделено анализу факторов, которые усугубляют без того сложную ситуацию морального дистресса в реальной клинической практике. Цель данного обзора — систематизировать результаты исследований, основанных на индивидуальном опыте врачей (данные интервью и фокус-групп). Это позволить выстроить целостную модель факторов, ассоциированных с моральным дистрессом, которая раскрывает динамику внутреннего конфликта между личными ценностями и профессиональным долгом.

Результаты

Анализ результатов эмпирических исследований показал, что факторы, ассоциированные с моральным дистрессом, формируются на нескольких взаимосвязанных уровнях: индивидуальном, межличностном и организационном. Отдельно рассмотрены факторы кризисных ситуаций и практика российского случая.

Индивидуальный уровень

На индивидуальном уровне моральный дистресс был связан прежде всего с асимметрией между профессиональной ответственностью и реальным контролем над условиями оказания помощи.

Среди таких факторов медицинские работники отметили вынужденную ложь и сокрытие информации [20]. В ряде случаев врачи и медсестры были обязаны следовать протоколам коммуникации и поддерживать у пациентов ощущение, что «все будет хорошо», даже когда их собственная клиническая оценка не позволяла быть уверенными в благоприятном исходе [23]. Ценность честности и открытости вступала в конфликт с профессиональным долгом «поддерживать» пациента.

Другим значимым индивидуальным фактором являлось участие в так называемом «бесполезном» лечении [21, 17]. Медицинские работники сталкивались с необходимостью продолжать агрессивную терапию пациентам в терминальной стадии заболевания, несмотря на убежденность в том, что такие вмешательства не улучшают качество жизни и противоречат принципу «не навреди» [5]. В этих ситуациях ценности заботы о качестве жизни вступали в конфликт с долгом следовать лечебным протоколам и ожиданиям коллег: *«Многие врачи испытывают трудности с принятием паллиативной политики. Они хотят продолжать лечение как можно дольше»* [4, p. 2534].

Сопутствующим фактором всех этических проблем медицинские работники называют высокую личную вовлеченность в страдание пациентов и невозможность дистанцироваться [6, 13]. Осознание невозможности оказать «достаточную» или «правильную» помощь воспринималось не как следствие системных условий, а как личная моральная неудача. В результате, долг продолжать работу конфликтует с ценностями сострадания и присутствия (особенно при работе с тяжелыми и умирающими пациентами).

Межличностный уровень

На межличностном уровне моральный дистресс усиливался за счет следования коллективным решениям, воспринимаемым как этически проблемные. Так, переживания медсестер усугубляются исключением из процесса принятия решения и игнорированием их мнения врачами при выборе тактики лечения пациентов [4]. Врачи, в свою очередь, сообщают, что решения о ускоренной выписке, сокращении лечения или отказе принимались коллективно, но не всегда соответствовали их индивидуальным убеждениям, при этом возможности выразить несогласие были ограничены [6].

Опыт профессиональной деятельности связан с накоплением морального дистресса и истощением способности справляться с новыми проблемами. Некоторые медики говорят о развитие «усталости от сострадания», о эмоциональной холодности или большем цинизме как о форме психологической защиты [16].

Отдельным дополнением к дистрессу становятся конфликты с родственниками пациентов [4, 9]. Медицинские работники оказывались в роли представителей системы, вынужденных либо реализовывать ограничения помощи и посещений, которые они сами воспринимали как наносящие ущерб достоинству пациента, либо, напротив, сталкиваться с требованиями родственников, идущими вразрез с профессиональным суждением: *«Ближайшие родственники требуют внутривенное лечение при каждой инфекции, но они не видят, насколько это тяжело для пожилого человека»* [21, p. 6].

Значимым фактором межличностного уровня также являлось отсутствие поддержки со стороны руководства [12, 15]. Недостаток внимания менеджеров к этическим дилеммам, «культура обвинения» и отсутствие психологической

безопасности усиливали дистресс, вызванный иерархическими отношениями: *«Если ты совершаешь ошибку, тебя отчитывают и делают показательным примером перед другими, унижают — и в итоге ты остаешься с ощущением собственной никчемности»* [20, p. 4]. В дополнении к этому, медицинские работники указывали на обесценивание персонала [17] в результате практикующих изменений штатного расписания и перераспределения сотрудников под неспецифичные для них задачи. Это формировало ощущение себя как «винтика в машине» [28].

Организационный уровень

На организационном уровне моральный дистресс систематически связывался с хроническим дефицитом ресурсов, включая нехватку персонала, времени, коек и средств индивидуальной защиты [6, 12]. Эти условия делали приоритизацию пациентов рутинной частью практики, превращая клинические решения в постоянный выбор между профессиональным долгом распределять ограниченные ресурсы и ценностями равенства и справедливости.

Существенным фактором выступали жесткие и часто меняющиеся протоколы, которые ограничивали клиническое и этическое суждение [6]. Медицинские работники описывали атмосферу неопределенности, при которой формальное соблюдение регламентов вступало в противоречие с их представлениями о «хорошей» и гуманной помощи, а отсутствие стабильных ориентиров усиливало страх совершить ошибку: *«Мне кажется, самым тяжелым во всем этом была неопределенность… все менялось каждый день»* [28, p. 4].

Дополнительным источником конфликта становились институциональные правила и нормы, включая финансовые ограничения и ориентацию на «бизнес-показатели» в ущерб качеству ухода. Эти условия расширяли разрыв между интересами пациента и требованиями организации: **«***Они сокращают все подряд. Ты должен мыть посуду, стирать, делать вообще все. От тебя требуется не только уход за пациентами…»* [21, p. 7].

Факторы чрезвычайных ситуаций (на примере COVID-19)

В условиях кризиса действие описанных факторов усиливается, а также появляются специфические триггеры морального дистресса. Так, медиков часто направляли в отделения, для работы в которых у них не было достаточного опыта, что вызывало страх причинить вред пациенту и ощущение несправедливого перекладывания ответственности [10, 12].

Особо остро переживалась дилемма безопасности семьи и профессионального долга [28]. Выбор между работой в инфекционном отделении и защитой близких сопровождался выраженным чувством вины и тревоги: *«[Это была] дилемма между работой — потребностями пациентов, клиентов и коллег — и личными, семейными потребностями и безопасностью»* [20, p. 4].

Наконец, ограничения, связанные с использованием средств индивидуальной защиты и физическое дистанцирование лишают возможности прибегать к невербальному утешению (улыбку, прикосновение), что воспринимается как потеря «человеческого элемента» медицины: *«Ты улыбаешься людям, используешь мимику, чтобы с ними общаться, и, как мне кажется, из-за масок большая часть этого общения просто исчезает»* [11, p. 959].

Российская практика

Опыт российских медицинских работников редко описывается в категориях морального дистресса; тем не менее можно выделить ряд схожих тенденций, обострившихся в пандемию [25].

В отличие от многих зарубежных исследований, где работа в «красной зоне» описывалась преимущественно в негативных терминах, в российском контексте этот опыт нередко оценивался амбивалентно или частично позитивно. Для ряда медиков эпидемия стала возможностью решить серьезные материальные проблемы, а высокие выплаты выступали компенсатором тяжелых условий труда. В то же время сотрудники «чистых» зон указывали на материальную несправедливость: аналогичные риски и повышенная нагрузка не компенсировались дополнительными выплатами [2].

После преодоления кризиса системные факторы еще сильнее сместили баланс между долгом и ценностями. Возврат к низким базовым зарплатам при сохранении высокой нагрузки вызвал у многих чувство отвращения к работе. Хаотичный, ненормативный труд — те условия, которые во время пандемии компенсировались финансово — превратились в обычную практику: *«После ковида слишком сильно снизилась заработная плата. То есть 15–16 тысяч — это максимум, который они платят на ставку, в этом плане испытываю отвращение»* [1, с. 140].

Заключение

Таким образом, моральный дистресс медицинских работников не возникает непосредственно из отдельных клинических практик или профессиональных задач. Рассматриваемые в работе факторы сами по себе не запускают моральный дистресс. Однако они приобретают принципиальное значение в тех условиях, где медицинский работник уже действует в напряжении между требованиями профессионального долга и собственными ценностями.

В этих обстоятельствах факторы, ассоциированные с дистрессом, усиливают и конкретизируют данный конфликт, превращая его в постоянный «фон» работы. Моральный дистресс в таком понимании отражает не индивидуальную неустойчивость, а ограниченность условий, в которых профессиональный долг реализуется за счет отступления от ценностей, лежащих в основе суждений человека. Соответственно, снижение морального дистресса требует внимания не только к индивидуальным стратегиям преодоления, но и к

тем организационным и системным условиям, которые определяют, каким образом профессиональный долг может — или не может — быть реализован без постоянного ценностного компромисса.

В связи с этим особого внимания требует изучение возможного морального дистресса у российских врачей с целью профилактики профессионального выгорания. Перспектива исследования этого феномена также связана с выявлением специфики российского биоэтического дискурса, что может способствовать более точному осмыслению понятия врачебного долга.

Список литературы

1. *Байша, Н.С.* Их боль намного сильнее, чем моя усталость»: эмоциональный труд волгоградских медицинских сестер во время и после работы в «красной зоне / Н.С. Байша // Мир России. – 2025. – Т. 34. – №. 4. – С. 129–151.
2. *Байша, Н.С.* Страшно было (не) всем? Обращение к эмоциональному труду медицинских сестер из «красной» и «чистой» зон больничного пространства во время пандемии COVID-19 / Н.С. Байша // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2025. – Т. 28. – №. 1. – С. 27–56.
3. *Ведешкин, М.А.* Проблемы биоэтики в историческом контексте и социокультурной динамике общества / М. А. Ведешкин, О. С. Нагорных, Ф. В. Петров [и др.] // Практическая медицина. — 2021.
4. *Arends, S.A. M.* Moral Distress Among Nurses Involved in Life-Prolonging Treatments in Patients with A Short Life Expectancy: a Qualitative Interview Study / S. A. M. Arends, Milou Steenbergen, Maureen Thodé, Anneke L. Francke, Irene P. Jongerden // Patient education and counseling. – 2022. – Vol. 105. – №. 7. – P. 2531–2536.
5. *Boulton, A.J.* Moral Distress Among Intensive Care Unit Professions in the UK: a Mixed-Methods Study / A. J. Boulton, A.-M. Slowther, J. Yeung, C. Bassford // BMJ open. – 2023. – Vol. 13. – №. 4. – P. 1–11.
6. *Brune, C.* Experience of Moral Distress Among Doctors at Emergency Departments in Stockholm During the Covid-19 Pandemic: a Qualitative Interview Study / C. Brune, J. Agerholm, B. Burström, A. Liljas // International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being. – 2024. – Vol. 19. – №. 1. – P. 2–15.
7. *Carpenter, C.* Moral Distress in Physical Therapy Practice / C. Carpenter // Physiotherapy Theory and Practice. – 2010. – Vol. 26. – №. 2. – P. 69–78.
8. *Cerela-Boltunova, O.* Exploring the Relation Between Nursing Workload and Moral Distress, Burnout, and Turnover in Latvian Intensive Care Units: An Ecological Analysis of Parallel Data / O. Cerela-Boltunova, I. Millere // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2025. – Vol. 22. – №. 9. – P. 3–19.
9. *Deschenes, S.* Mitigating Moral Distress: Pediatric Critical Care Nurses' Recommendations / S. Deschenes, S. D. Scott, D. Kunyk // HEC forum. – 2024. – Vol. 36. – №. 3. – P. 341–361.
10. *Fantus, S.* Multi-Professional Perspectives to Reduce Moral Distress: a Qualitative Investigation / S. Fantus, R. Cole // Nursing Ethics. – 2024. – Vol. 31. – №. 8. – P. 1513–1523.
11. *Fish, E.C.* Moral Distress Amongst Palliative Care Doctors Working During the COVID-19 Pandemic: a Narrative-Focussed Interview Study / E. C. Fish, A. Lloyd // Palliative Medicine. – 2022. – Vol. 36. – №. 6. – P. 955–963.
12. 12.*Glad, K.A.* Health Care Workers' Qualitative Descriptions of Ethically Challenging Situations Evoking Moral Distress During Covid-19 / K.A. Glad, H. Wøien, S.Ø. Stensland, S.K. Reitan, J.A.H. Zwart, D. Atar, G. Dyb, K. Bondjers // Nursing Ethics. – 2024. – Vol. 31. – №. 8. – P. 1709–1721
13. *Helmers, A.* Moral Distress: Developing Strategies from Experience / A. Helmers, K. D. Palmer, R. A. Greenberg // Nursing Ethics. – 2020. – Vol. 27. – №. 4. – P. 1147–1156.

14. *Iltis, A.S.* Co-editors of the special issue “East European post-communist legacy in medicine, health care, and bioethics” / A.S. Iltis, N. Shok // Monash Bioethics Review. – 2022. – Vol. 40. – №. 1. – C. 1–5.
15. *Jameton, A.* What Moral Distress in Nursing History Could Suggest About the Future of Health Care / A. Jameton // AMA Journal of Ethics. – 2017. – Vol. 19. – №. 6. – P. 617–628.
16. *Jansen, T.-L.* Coping with Moral Distress on Acute Psychiatric Wards: a Qualitative Study / T.-L. Jansen, M. H. Hem, L. J. Danbolt, I. Hanssen // Nursing Ethics. – 2022. – Vol. 29. – №. 1. – P. 171–180.
17. *Joolaee, S.* Intensive Care Unit Professionals’ Responses to a New Moral Conflict Assessment Tool: a Qualitative Study / S. Joolaee, D. Cook, J. Kozak, P. Dodek // Nursing Ethics. – 2023. – Vol. 30. – №. 7–8. – P. 1114–1124.
18. *Kälvemark, S.* Living with Conflicts-Ethical Dilemmas and Moral Distress in the Health Care System / S. Kälvemark, A. T. Höglund, M. G. Hansson, P. Westerholm, B. Arnetz // Social Science & Medicine. – 2004. – Vol. 58. – №. 6. – P. 1075–1084.
19. *Lamiani, G.* Moral Distress Trajectories of Physicians 1 Year after the COVID-19 Outbreak: a Grounded Theory Study / G. Lamiani, D. Biscardi, E. C. Meyer, A. Giannini, E. Vegni // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2021. – Vol. 18. – №. 24. – P. 1–10.
20. *Lewis, S.* The Collective Experience of Moral Distress: a Qualitative Analysis of Perspectives of Frontline Health Workers During COVID-19 / S. Lewis, K. Willis, N. Smallwood // Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine. – 2025. – Vol. 20. – №. 1. – P. 1–11.
21. *Midtbust, M.H.* Moral Distress – a Threat to Dementia Care? A Qualitative Study of Nursing Staff Members’ Experiences in Long-Term Care Facilities / M. H. Midtbust, E. Gjengedal, R. E. Alnes // BMC Health Services Research. – 2022. – Vol. 22. – №. 1. – P. 1–11.
22. *Morley, G.* What is ‘Moral Distress’? A Narrative Synthesis of the Literature / G. Morley, J. Ives, C. Bradbury-Jones, F. Irvine // Nursing Ethics. – 2019. – Vol. 26. – №. 3. – P. 646–662.
23. *Muñoz-Quiles, J.M.* Ethical Conflicts Among Physicians and Nurses During the COVID-19 Pandemic: a Qualitative Study / J.M. Muñoz-Quiles, M.D. Ruiz-Fernández, J.M. Hernández-Padilla, J. Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Á.M. Ortega-Galán, // Journal of Evaluation in Clinical Practice. – 2023. – Vol. 29. – №. 1. – P. 117–125.
24. *Nagornykh, O.* The Evolution of the Concept Bioethics in the Dynamics of the Soviet and Chinese History of Medicine / O. Nagornykh, N. Shok // ISTORIYA. – 2022. – Vol. 13. – №. 6.
25. *Reshetnikov, A.* The Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout Levels Among Healthcare Workers: a Comparative Analysis of the Pandemic Period and Post-Pandemic Period / A. Reshetnikov, O. Abaeva, N. Prisyazhnaya, T. Romanova, S. Romanov, K. Sobolev, A. Manukyan // Heliyon. – 2024. – Vol. 10. – №. 17.
26. *Orgambídez, A.* Moral Distress and Emotional Exhaustion in Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis / A. Orgambídez, Y. Borrego, F. J. Alcalde, A. Durán // Healthcare. – 2025. – Vol. 13. – №. 4. – P. 1–11
27. Tarabrin, *R.* Sources for Christian bioethics: The Orthodox discourse on sin / R. Tarabrin, T. Tarabrina // Christian bioethics: Non-Ecumenical Studies in Medical Morality. – 2025. – Vol. 31. – №. 1. – P. 8–25.
28. *Trachtenberg, S.* Experiences of Moral Distress in a COVID-19 Intensive Care Unit: a Qualitative Study of Nurses and Respiratory Therapists in the United States / S. Trachtenberg, T. Tehan, S. Shostak, C. Snydeman, M. Lewis, F. Romain, W. Cadge, M.E. McAuley, C. Matthews, L. Lux, R. Kacmarek, K. Grone, V. Donahue, J. Bandini, E. Robinson // Nursing Inquiry. – 2023. – Vol. 30. – №. 1. – P. 1–13.

УДК 294.3:61:17

ВРАЧЕБНЫЙ ДОЛГ И ПРОТИВОРЕЧИВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА В ДРЕВНЕИНДИЙСКОМ ОБЩЕСТВЕ

Асафайло Марина Павловна

Кандидат философских наук, доцент Института социальных наук, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (119048, Российская Федерация, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2). E-mail: asafaylo_m_p@staff.sechenov.ru

В статье анализируются религиозные основания врачебного долга и социального положения врача. Отдельное внимание уделяется противоречивому статусу врача в обществе, что находит объяснение в религиозных представлениях о дхарме и учению о временных циклах (югах). Исследование опирается на анализ основополагающих текстов аюрведической, нормативной и эпической традиции.

Ключевые слова: *аюрведа, врачебный долг, дхарма, врачебная этика.*

THE MEDICAL DUTY AND THE DOCTOR'S AMBIVALENT POSITION IN ANCIENT INDIAN SOCIETY

Asafaylo Marina Pavlovna

PhD in Philosophy, Associate Professor at the Institute of Social Sciences, First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov (Sechenov University), (Trubetskaya Street, 8, building 2, Moscow 119048 RUSSIA).

This article analyses the religious foundations of the physician's duty and the social status of the physician. Particular attention is paid to the contradictory status of the physician in society, which is explained by religious conceptions of dharma and the doctrine of temporal cycles (yugas). The study is based on an analysis of foundational texts from the Ayurvedic, normative and epic traditions.

Keywords*: Ayurveda, medical duty, dharma, medical ethics.*

Целью данной статьи является исследование представлений о долге и статусе врача в контексте общих религиозно-мифологических представлений в рамках древней индуистской традиции. В классических текстах аюрведы значительное внимание уделено вопросам нравственных аспектов поведения врача и его роли в достижении религиозных целей человеком и обществом. В современной индологии исследование этических проблем врачебной деятельности в Древней Индии представлено работами Meulenbeld, G. J., P.V. Sharma, Dominik Wujastyk, Olivelle P., Dagmar Wujastyk и др.. Мёленбельд Г. Я. (Meulenbeld, G. J.) и Шарма П. В. (Sharma, P.V.) в своих работах подробно

изучают историю древнеиндийской медицинской литературы [9; 13]. Доминик Вуджастик (Wujastyk, Dominik) в The Roots of Ayurveda рассматривает аюрведу как медицинскую традицию, сформировавшуюся под влиянием ведийской религии, брахманистских философских школ и достижений практической медицины [20]. Дагмар Вуджастик (Wujastyk, Dagmar) исследует этические условия врачебной деятельности [19]. П. Оливелль (Olivelle, P.) и Ш. Маламуд (Malamoud, C.) [7; 11] в своих статьях обращают внимание на противоречивое положение врача в обществе, которое заключается с одной стороны в уважении к врачам, с другой стороны в ритуальных ограничениях. Однако, решение проблемы противоречивого статуса врача остается незавершенным. Это позволяет вновь обратиться к проблеме неоднозначного статуса врача, с одной стороны уважаемого обществом, с другой стороны, ограниченного обществом в ритуальном плане. Профессиональное сообщество и общество предъявляли врачу строгие религиозно-нравственные требования, но при этом налагали ограничения на его социально-ритуальную сторону жизни. Таким образом, главный тезис статьи состоит в том, что противоречивое положение врача в обществе обусловлено традиционными религиозными представлениями о циклах (югах) и дхарме (*dharma*).

Данное исследование опирается на материалы таких древнеиндийских текстов, как «Чарака-самхита» (Caraka-saṃhitā), «Сушрута-самхита» Suśruta-saṃhitā, «Законы Ману» (Mānavadharmaśāstra), «Вишну смрити» (Viṣṇu-smṛti), «Махабхарата» (Mahābhārata). Выбор текстов определен их значимостью для понимания древнеиндийской духовной культуры и содержанием в них разного рода замечаний и рассуждений о врачах, болезнях и нравственных аспектах врачебной практики.

Наиболее древними сохранившимися текстами по аюрведической медицинской традиции считаются трактаты Caraka-saṃhitā и Suśruta-saṃhitā. Текст Caraka-saṃhitā предположительно составлен Чаракой, согласно Мёленбельд Г. Я., около I-II вв. н.э. [10, p. 114]. Принято считать, что Чарака опирался на более древний аюрведический трактат мудреца Агнивеши (Agniveśatantra), который утерян [13, p. 177]. Suśruta-saṃhitā представляет собой в большей степени текст, освещающий хирургическую практику Аюрведы [20, p. 105]. Классическая аюрведа не является медициной в смысле, который приписывается данному понятию в современной западной культуре [12, p. 7]. Главные трактаты аюрведы (Caraka-saṃhitā, Suśruta-saṃhitā и др.) принадлежат индуистской традиции, что отражено и в самих текстах [9, p. 10].

В данном исследовании используется историко-религиозный и герменевтический методы. Историко-религиозный метод обеспечивает возможность реконструировать представления о долге и статусе врача в

контексте древнеиндийских религиозно-мифологических представлений. Герменевтический метод определяет возможности интерпретации древних санскритских текстов.

Аюрведическое понимание человека тесно связано с религиозно-мифологическим и религиозно-философским контекстом древнего периода индийской истории [9, p. 112]. Это в свою очередь обуславливает понимание долга врача и его социального статуса. Отношение общества к врачу формировалось под влиянием религиозно-мифологических представлений о дхарме, ритуальной чистоте, социальной иерархии, временных циклах (югах) и т.п.

Понятие дхарма не имеет однозначного перевода на русский язык, но наиболее широкое определение объясняет дхарму как комплекс правил, регулирующий индивидуальное и социальное поведение, устанавливающий норму ритуальной чистоты отдельного человека и социальной группы, условие индивидуального спасения, и является необходимым для поддержания порядка на всех уровнях вселенной [14, p. 736]. Фактическое содержание дхармы представлено объяснениями в священных текстах и в нормативных дхармасутрах и дхармашастрах. Основными источниками для понимания того, как исполнять дхарму объявляются Веды, смрити, поведение знающих Веды и иногда, четвертый источник [6, p. 213-248], «поведение добродетельных людей и самоудовлетворение» [8, II.6]. Концепция дхармы конкретизируется в представлениях о варнадхарме (*varṇadharma*), пурушартхе (*puruṣārtha*), и также представлениях о четырех долгах, с которыми рождается человек: «Люди рождаются на земле, связанные четырьмя долгами [*ṛṇaiš caturbhiḥ*], которые необходимо отдать своим предкам, богам, мудрецам и (прочим) людям…» [2, I.111.12].

Таким образом, каждый человек по факту своего рождения оказывается вовлеченным в систему социально-религиозных долгов древнеиндийского общества. Профессиональный же долг врача может быть рассмотрен в контексте долгов, которые нужно отдать богам, мудрецам и остальным людям. Правила поведения врача встраиваются в общий религиозно-социальный контекст [19, p. 95].

Долг древнеиндийского врача может быть представлен как имеющий два модуса – профессиональный и религиозный. Профессиональный долг раскрывается через обязательства внутри профессионального сообщества и через социальный долг перед пациентом. Основой аюрведической медицины было представление о так называемых четырех столпах (*catuṣpāda*) медицины [3, Sū.9.3], которое представлено в трактатах Чараки и Сушруты и корректируется в более поздних сочинениях [19, p. 26-68]. Четырьмя столпами являлись – врач,

помощник, лекарство и пациент. Согласно трактату Чараки, врач является наиболее ценным из них, хотя, в более поздней Kāśyapa-saṃhitā, утверждается важность пациента, но это краткое упоминание теряется в общем настроении медицинских текстов роли врача [19, p. 35]. То, что пациент прямо не определен как цель деятельности врача, компенсируется серьезными нравственными требованиями, которые предъявляются будущему врачу.

Профессиональный долг врача включает широкий спектр рекомендаций нравственного характера, которые даются будущему врачу в процессе посвящения и зафиксированы в речи учителя в Caraka-saṃhitā [3, Vi.8.13–14]. Обладание широким набором добродетельных качеств личности для врача является условием успеха его деятельности [3, Sū.1.133–135]. Врачебный долг включает рекомендации о категориях людей, которые следует и не следует лечить, что предполагает избирательность и не универсальную ответственность. Болезнь оказывается фактором, не независимом от пациента. Согласно трактату Чараки болезнь имеет тройственную причину – ошибки ума и поведения, фактор времени и кармические причины [3, Śa.1.102–108].

Религиозный долг врача связан с почитанием богов и специфическим долгом перед пациентами. Следует заметить, что религиозные и философские представления вплетены в медицинское содержание трактатов, особенно в Caraka-saṃhitā, что демонстрирует, свойственное древнеиндийской традиции представление о целостности и взаимосвязанности разных уровней бытия.

Религиозный модус врачебного долга раскрывается через религиозно-мифологическое представление о появлении аюрведы, болезнях и целях врачебной практики. Данное утверждение подтверждается и описанной в медицинских трактатах, церемонией посвящения в ученики врача, во многом соответствующей посвящению брахмачарина (*brahmacārin*), что отражает культовый контекст [19, p. 100]. Возможно, это подтверждает то, что врачами становились, в основном, представители варн дваждырождённых (*dvija*) [15, Sū.2.5]. Церемония посвящения предполагала последующий доступ к обучению и возможность получить статус врача. При этом, неоднозначное отношение к врачу, отраженное в различных древнеиндийских источниках, заставляет предположить, что схожие ритуалы посвящения в брахмачарина и ученика врача, связаны с потребностью повысить ритуальный статус врача через приобщение к сакральной традиции получения статуса дваждырождённого. Другое объяснение дает Вуджастик Д., считая, что, таким образом, брахманы, заимствуя медицинское знание из небрахманских источников, сделали врачебную профессию частью индуистского культурного пространства [19, p. 101].

Выражением религиозного модуса врачебного долга является высшая цель врачебной практики, которая объявляется в текстах аюрведы - помощь человеку

в достижении освобождения (*mokṣa*) от уз сансары (*saṃsāra*), что невозможно осуществить в условиях болезненных состояний [3, Sū.1.15–17]. Здоровье было не самоцелью, а условием для социально-религиозных достижений (пурушартха). Врач, таким образом, был ответственен за то, каким образом, человек и общество продвигаются на пути дхармы.

Высокий уровень религиозно-нравственных требований, который предъявляется врачу внутри профессионального сообщества и общества в целом, сопровождался с одной стороны социальным уважением, но с другой стороны, ритуальными ограничениями для социальных взаимодействий врача вне его профессионального пространства. П. Оливелль, подобное противоречивое положение исследовал через анализ практики его наименований [11]. Термин врач имел три различных варианта, которые Оливелль связывает с особенностями употребления. Так, наиболее древним он считает термин *bhiṣaj*, который восходит к «Ригведе» и связан с мифологическими коннотациями профессии врача.

Следующим термином является *cikitsaka*, который, согласно П. Оливеллю, чаще обозначает ту категорию врачей, которая относится к *karmakara*, т.е. более обширной категории людей, которые работают за деньги. Врачи должны были работать за дакшину (*dakṣiṇā*), что, согласно Wiese H., представляет гибридную форму между дарением и оплатой за ритуальные услуги, но без установления конкретной суммы или уточнения формы дара [18, p. 229]. Труд за дакшину рассматривался как праведный. В Caraka-saṃhitā прямо заявляется, что учение аюрведы дано ради блага (дхармы), а не ради заработка [4, Si.1.4.55–62]. Еще *cikitsaka* часто используется для определения странствующих врачей. Здесь также имеются интересные мифологические коннотации. В Махабхарате подробно описывается ситуация спора о праве получения части жертвоприношения божественными врачами Ашвинами. Индра возражает, аргументируя тем, что они бродят среди людей [17, III.148.123–125].

Наиболее употребим в аюрведической и позднейшей медицинской практике стал термин *vaidya*. Так, в Caraka-saṃhitā представлен путь становления именно *vaidya*, который начинает рассматриваться как профессионал, после получения соответствующего обучения. П. Оливелль связывал это с «переосмыслением» социального статуса врача, что выразилось в постепенном уменьшении использования термина *cikitsaka*, который, видимо, прочно ассоциировался с негативными аспектами медицинской практики, такими как, работа с жидкостями человеческого тела, возможность мошенничества при лечении, работа за деньги (странствующие врачи [19, p. 50]) и лечение животных.

Предположение П. Оливелля о том, что термин *cikitsaka* имеет негативную смысловую окраску подтверждается также местами в «Махабхарате». Например, в «Удьйогапарве» «Махабхараты» врачеватели (cikitsakaṃ) перечислены наряду с теми [16, V.35.37], кого нельзя допускать до показаний, и также врачи (*cikitsakaḥ* [16, V.38.4]) упоминаются с теми, кому нельзя подать даже воды, если он придет в дом. Далее в «Вишну-смрити» врачам запрещается участвовать в шраддхе, так как они «отвергнутые брахманами» [1, 82.9].

Таким образом, можно проследить два четких способа представления врача и врачебной деятельности. Первый связан с самоопределением внутри профессионального сообщества и уважением общества к аюрведе. Второй артикулируется в нормативных текстах и, например, «Махабхарате» и относит врачебную профессию к нечистым.

Таким образом, с одной стороны, врачи - уважаемые члены общества и «Вишну-смрити» рекомендует домохозяинам селиться там, где есть врачи [1, 71.66]. С другой стороны, они имеют существенные социальные и ритуальные ограничения, связанные с представлениями об их ритуально нечистой деятельности. Так, тело считалось «вместилищем нечистот» [1, 96.45-47]. Болезнь же, например, в «Вишну-смрити», представлена как признак греха и грешника [1, 45]. Такое понимание болезни связано с концепцией дхармы и учением о югах. Дхарма понималась как фундаментальный принцип мироздания, от степени присутствия которого зависят свойства мира, который разворачивается во временном измерении. В древнеиндийской религиозно-мифологической космологии время раскрывается в последовательности мировых циклов творения и разрушения мироздания. Учение о циклах объясняет полный временной путь вселенной, который включает систему махаюг (*mahāyuga*) [17, III.148; 1, 20]. Каждая махаюга состоит из четырех юг, развертывание которых во времени происходит от наилучшей (*Kṛta-yuga*) к наихудшей (*Kali-yuga*). Главной характеристикой данной смены юг является постепенный упадок дхармы. Таким образом, учение о югах (*yuga*), т.е. мировых эпохах, объясняет причины исторических перемен и истолковывает состояние общества посредством представления о постепенном упадке дхармы. Через мифологию объясняются более конкретные социальные и нравственные изменения, необходимые для понимания положения человека в структуре мироздания [5, p. 1]. Наилучшая эпоха - Критаюга, в которой дхарма присутствует в полной мере. Это период отсутствия пороков, страданий и, что важно для понимания статуса врача, болезней [17, III.148]. В последнюю эпоху, Калиюгу, от дхармы остается четверть, и в мире появляются среди разных бедствий, болезни [17, III.148.33-39]. Период Кали-юги отличается наибольшим падением нравов, уменьшением веры и ритуальных практик [9, p. 416-417]. Следовательно, данная система

представлений связывает болезни с временем наибольшего упадка дхармы. Таким образом, телесная болезнь есть признак духовного вырождения, духовной слабости. Человек следующий дхарме и поддерживающий правильным поведением дхарму не страдает физическими недугами [3, Sū.8.18]. Таким образом, можно предположить, что врач – это целитель того, кто не следует дхарме, что косвенно подтверждается перечислением болезней грешников в «Вишну-смрити» [1, 45] и утверждением о кармических причинах болезней в Caraka-saṃhitā [3, Śa.1.116–117]. Это утверждение подкрепляется и рекомендациями врачам в Suśruta-saṃhitā не лечить такие категории пациентов как охотники, птицеловы, падшие и грешники [12, Sū.2.8]. Объясняя такой выбор, средневековый автор Чакрапанидатта указывает на их неправедность, что увеличивает общую несправедливость [19, p. 57].

В заключение необходимо отметить, что в данном исследовании была рассмотрена проблема религиозно-мифологических оснований врачебного долга и социального статуса врача в Древней Индии с опорой на фундаментальные тексты нормативной этики (дхармасутры), тексты «Махабхараты» и основополагающие тексты аюрведической медицины. Проведенный анализ демонстрирует, что представление о враче в обществе формируется в условиях религиозно-космологической модели мира, которая опирается на концепцию дхармы и учение о временных циклах (югах). Противоречивое же положение врача в древнеиндийском обществе объясняется тем, что религиозно-мифологические представления о дхарме, как главной категории древнеиндийской религиозной традиции, определили значение врача и болезней в общей концепции о развитии вселенной.

Список литературы

1. Вишну-смрити / пер. с санскр., предисл. и коммент. Н. А. Корнеевой. — М.: Восточная литература, 2010. — 336 с.
2. Махабхарата. Кн. 1: Адипарва / пер. с санскрита и коммент. В. И. Кальянова ; под ред. А. П. Баранникова. — М.; Л. : Изд-во Акад. наук СССР, 1950. — 738 с.
3. Caraka-saṃhitā : text with English translation. Vol. 1 / ed. and trans. P. V. Sharma. — Varanasi : Chaukhambha Orientalia, 1998.
4. Caraka-saṃhitā : text with English translation. Vol. 2 / ed. and trans. P. V. Sharma. — Varanasi : Chaukhambha Orientalia, 1998.
5. *González-Reimann L.* The Mahābhārata and the Yugas: India’s Great Epic Poem and the Hindu System of World Ages. — New York: Peter Lang, 2002. — 241 p.
6. *Holdrege B. A.* Dharma // The Hindu World / ed. by S. Mittal, G. Thursby. — New York: Routledge, 2004. — P. 213–248.
7. *Malamoud C.* Doctors as Characters in Sanskrit Narrative Literature // Ayurveda at the Crossroads of Care and Cure / ed. by A. Salema. — London; New York: Routledge, 2002.

8. Manu’s Code of Law: A Critical Edition and Translation of the Mānavadharmaśāstra / ed. and trans. P. Olivelle. — Oxford; New York: Oxford University Press, 2005. — X, 1131 p.
9. *Meulenbeld G. J.* A History of Indian Medical Literature. Vol. IA: Text. — Groningen: Egbert Forsten, 1999.
10. *Meulenbeld G. J.* Caraka, his Identity and Date // A History of Indian Medical Literature. Vol. 1A, Part 1. — Groningen: E. Forsten, 1999.
11. *Olivelle P.* The Medical Profession in Ancient India: Its Social, Religious, and Legal Status // eJournal of Indian Medicine. — 2017. — Vol. 9, No. 1. — P. 1–21.
12. *Salema A.* Introduction // Ayurveda at the Crossroads of Care and Cure / ed. by A. Salema. — London; New York: Routledge, 2002.
13. *Sharma P. V.* Caraka // History of Medicine in India from Antiquity to 1000 A.D. / ed. by P. V. Sharma. — New Delhi: Indian National Science Academy, 1992.
14. *Strauch I.* Dharma // Brill’s Encyclopedia of Hinduism. Vol. 2 / ed. by K. A. Jacobsen et al. — Boston: Brill, 2009–2012.
15. Suśruta-saṃhitā : with English translation and Dalhaṇa’s commentary along with critical notes. Vol. 1 / ed. and trans. P. V. Sharma. — Varanasi : Chaukhambha Visvabharati, 1999. — 544 p.
16. The Mahābhārata. Vol. VI: The Udyogaparvan / ed. by S. K. De. — Poona, 1940.
17. The Mahābhārata for the First Time Critically Edited. Vol. 3: Āraṇyakaparvan (Vana Parva), Part 1 / ed. by V. S. Sukthankar. — Poona: Bhandarkar Oriental Research Institute, 1942.
18. *Wiese H.* Exchange, Gifting, and Sacrificing: Premodern Indian Perspectives. — Heidelberg: Heidelberg Asian Studies Publishing, 2023.
19. *Wujastyk D.* Well-Mannered Medicine: Medical Ethics and Etiquette in Classical Ayurveda. — New York : Oxford University Press, 2012. — VI, 238 p.
20. *Wujastyk D.* The Roots of Āyurveda: Selections from Sanskrit Medical Writings. — New Delhi: Penguin Books, 1998.

УДК 614.22

«ДЕЛО» ПРОФЕССОРА С.С. БРЮХОНЕНКО И ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НАД ЛЮДЬМИ В СССР ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ 1930-х ГОДОВ

Тихонов Виталий Витальевич

Доктор исторических наук, ведущий научный сотрудник, Институт российской истории РАН (117292, Российская Федерация, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, 19). Email: tihonovvitaliy@list.ru

В контексте резонансного эксперимента об оживлении трупа ребенка, проводившегося в Институте экспериментальной физиологии и терапии, возглавлявшемся знаменитым физиологом С.С. Брюхоненко анализируются представления об этике медицинского эксперимента, существовавшие во второй половине 1930-х гг. в советской медицине. Также случай анализируется через призму современной биоэтики.

Ключевые слова: *медицинский эксперимент, С.С. Брюхоненко, Институте экспериментальной физиологии и терапии, биоэтика.*

THE CASE OF PROFESSOR S.S. BRYUKHONENENKO AND ETHICAL ISSUES OF MEDICAL EXPERIMENTS ON HUMANS IN THE USSR IN THE SECOND HALF OF THE 1930s

Tikhonov Vitaliy Vitalievich

Doctor of Historical Sciences, Leading Researcher, Institute of Russian History of the Russian Academy of Sciences (19 Dmitry Ulyanov str., Moscow, 117292 Russian Federation)

In the context of a high-profile experiment involving the reanimation of a child's corpse, conducted at the Institute of Experimental Physiology and Therapy, headed by the renowned physiologist S.S. Bryukhonenko, this article analyzes the ethical concepts of medical experiments that existed in Soviet medicine in the second half of the 1930s. The case is also analyzed through the lens of modern bioethics.

Key words: *medical experiment, S.S. Bryukhonenko, Institute of Experimental Physiology and Therapy, bioethics.*

Проблема этических рамок медицинского эксперимента многократно поднималась в дискуссиях о врачебной этике. Особый всплеск внимания к этому вопросу пришелся на рубеж XIX-XX вв. и был обусловлен динамичным развитие как медицинской науки, так и корпоративного сознания врачебного сообщества [5, с. 13-28]. Дебатировались и вопросы экспериментов над животными [11]. В целом, все громче звучали голоса сторонников учета этической стороны при проведении медицинских опытов. Подчеркивалось, что нельзя просто так пренебречь страданиями одного живого существа, тем более человека, даже во имя исцеления и спасения жизни многих. Впрочем, разброс мнений был достаточно широк и единой позиции по этому спектру вопросов так и не было выработано.

В советское время действовали несколько иные установки и приоритет безусловно отдавался коллективному благополучию. Однако говорить о забвении указанных этических вопросов в советской медицине все же некорректно. Они более или менее регулярно поднимались, хотя и обсуждались не так активно, как это было в дореволюционной России.

Для советской медицины 1920-30-х гг. было характерно активное экспериментирование. Некоторым энтузиастам казалось, что научный прогресс поможет решить все ключевые проблемы человека и построить новое общество, достаточно только не останавливаться на пол пути и продолжать эксперименты [9; 12; 13]. В воображении ряда энтузиастов где-то на горизонте маячила перспектива достижения человеком физического бессмертия.

Проблемами оживления и смерти организма занимался открытый в 1935 г. Институт экспериментальной физиологии и терапии, возглавлявшийся Сергеем Сергеевичем Брюхоненко (1890-1960) [1; 4; 6]. Еще в 1923 г. он создал аппарат искусственного кровообращения – «автожектор». Сенсацией стал успешный эксперимент по оживлению головы собаки [10, с. 31-32]. Новый институт должен был разработать методы оживления и поддержания жизни человека.

Институт экспериментальной физиологии и терапии не миновала репрессивная волна 1937 года, и в нем прошли проверки. 14 декабря 1937 г. была создана комиссия по оценке его работы (председатель – В.С. Левит). Уже 21 марта 1938 г. на заседании Президиума Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения СССР комиссия представила доклад, подготовленный по итогам проверки. В нем указывалось, что основная проблема оживления и смерти организма, должная быть методологической основой исследований, серьезно не поставлена. Утверждалось, что «за 2,5 года существования Института решение основной проблемы не продвинулось вперед, несмотря на рекламные и необоснованные утверждения директора и сотрудников Института о переходе в ближайшее время к оживлению умерших людей» [2, л. 3]. Одним из главных показателей научной неэффективности было названо то, что сотрудники Института до сих пор не дали четкого определения состояния смерти. Указывалось, что имеются серьезные проблемы с кадрами, засоренными «сомнительными элементами».

Забегая вперед, можно указать, что фатальных последствий для деятельности Института эти чистки не имели: он продолжил работать во главе с С.С. Брюхоненко. Его закрыли только в 1948 г. на волне борьбы с генетикой. Но в контексте истории медицинской этики интерес представляет одно из обвинений в адрес Института и его руководства, связанное с резонансной историей попытки оживления маленького ребенка.

Согласно докладу комиссии, дело обстояло следующим образом. Институт, возглавляемый С.С. Брюхоненко, анонсировал проведение эксперимента по оживлению трупа ребенка. Сам эксперимент прошел неудачно, а его организация вызвала много нареканий в неэтичном отношении к телу подопытного: «…Ребенок был доставлен в условиях, которые могли дискредитировать не только обстановку Наркомздрава, но и органы

здравоохранения, потому что внесли его в рогоже завернутого, это произвело на прислугу отвратительное впечатление, стали делать потом ему уколы в вену, вену сразу найти не могли» [2, л. 25 об]. Представители комиссии подчеркнули общую неподготовленность эксперимента. Особенно их возмутил огласка произошедшего. По мнению членов комиссии, проведение эксперимента дискредитировало Наркомздрав и органы здравоохранения в целом.

Дали выступить и С.С. Брюхоненко. Он не согласился с низкой оценкой работы Института и указал на прогресс с оживлением собак, которых могли оживить после через 15 минут после смерти. Касаясь инцидента с мертвым ребенком, он заявил, что эксперимент был поставлен в соответствии с требованиями медицинского эксперимента, хотя и были технические недостатки. Ребенок был завернут не в рогоже, а в «собачьем» одеяле (т.е. в ткани, которая использовалась для опытов по оживлению собак), которое было предварительно стерилизовано [2, л. 45]. Говорить о неподготовленности эксперимента, по словам Брюхоненко, также было нельзя. Опыт готовился продолжительное время, его проведению предшествовало двухлетнее наблюдение за состоянием крови недавно умерших людей. Что касается разглашения информации об эксперименте, то «огласка была дана тем работником, которая наводила самую главную критику, по-видимому она и разгласила там, где не нужно было» [2, л. 45].

При анализе описанного случая возникает множество этических вопросов, постановка или не постановка которых позволяет судить о развитии советской медицинской этики в 1930-е гг. Во-первых, тело ребенка рассматривается биологизаторски, как объект для эксперимента. Исключается религиозная составляющая (в частности, христианская, где тело – вместилище души и важный компонент эсхатологической мифологии – отсюда высокая чувствительность к разного рода формам его «осквернения») и общегуманистическая нагрузка (когда тело мертвого, тем более ребенка, – предмет горя по прерванной жизни). Отсюда вытекал и сомнительный с точки зрения этики и эстетики факт выноса тела то ли в рогоже, то ли в «собачьем» одеяле (у некоторых людей это могло ассоциироваться с известным фразеологизмом «похоронить как собаку»). Для экспериментатора-материалиста разница между человеком и собакой, безусловно, есть, но она не столь велика, как для верующих. Этот факт можно рассматривать как пример дегуманизации. Во-вторых, поставленный эксперимент нарушал базовые установки образа достойной смерти, сформировавшегося в европейской культуре в XVIII в.[11]. То, что эксперимент проводился с нарушением гигиены и границ между человеческим и животным могло расцениваться как отказ в человеческом

[11] Согласно этим установкам, человек имеет право на достойную смерть, позволяющую ему избежать телесного и ментального страдания, и дающую возможность сохранить социальный престиж. См.: [7, с. 89-92].

достоинстве умершему ребенку. Наконец, в-третьих, следует отметить и чисто бюрократическую по стилистике реакцию руководства Минздрава. Их волновали не сами факты неподобающего проведения эксперимента и его сомнительные с точки зрения этики моменты, а огласка и престиж народного комиссариата.

Из обнаруженных источников остается неясным, было ли получено согласие на эксперимент от родственников ребенка. Во всяком случае, можно отметить, что во второй половине 1930-х гг. наметилась тенденция перехода права решения судьбы тела от родственников умершего к руководящим органам здравоохранения, что вполне вписывалось в государственническую парадигму организации медицины. Например, в 1938 г. появилась инструкция Наркомздрава, по которой разрешение от родственников на использование роговицы глаза умерших в лечебных заведениях или доставленных в морг для последующей пересадки не требовалось. Достаточно было согласия заведующего моргом, кроме случаев, когда труп подлежал судебно-медицинскому исследованию [3, л. 3].

При обсуждении ситуации в Институте С.С. Брюхоненко был обвинен членом комиссии профессором Л.Н. Карликом в склонности к созданию искусственной шумихи и саморекламы [2, л. 58]. Стоит отметить, что в дореволюционном этическом кодексе самореклама считалась серьезным нарушением норм врачебной этики [8]. Другой член комиссии, М.П. Чепов, высказал сомнение, что эксперименты, ранее проводившиеся на животных, возможно перенести на людей [2, л. 67]. Учитывая, что перспективной задачей института являлось решение проблемы оживления человека, такая постановка вопроса означала свертывание дальнейшей работы. М.П. Чепов не ставил свой вопрос как этический. Из контекста становится ясно, что его волновала в основном технологическая сторона дела: он считал, что достигнутые результаты неубедительны и возникают серьезные сомнения, что в экспериментах можно переходить на следующий этап. В итоге комиссия склонилась к выводу о нецелесообразности продолжения работы института. Разумеется, отнюдь не нарушение этики стало тому причиной. Тем не менее учреждение удалось отстоять, и оно проработало до 1948 года.

«Дело» С.С. Брюхоненко обнажило многие ключевые этические вопросы экспериментальной хирургии (и шире – медицины в целом). Помимо рассмотренных выше и являвшихся актуальными в контексте своей эпохи, можно говорить о целом спектре проблем биоэтики. Во-первых, принцип непричинения вреда. Очевидно, что в данном случае он был нарушен, поскольку экспериментальная процедура не была обоснована в достаточной мере. Во-вторых, есть подозрение, что нарушался принцип информированного согласия пациента, поскольку не ясно, было ли получено согласие по крайней мере от родителей ребенка. В-третьих, принцип уважения человеческого достоинства, о чем ярко свидетельствовал скандал с «собачей рогожей». В-четвертых, обоснованную критику вызывает и сам факт проведения эксперимента на теле ребенка. Наконец, в-пятых, С.С. Брюхоненко упрекался членами комиссии в саморекламе, то есть в «театрализации» медицины. Возможно, в конкретном

случае это получилось ненамеренно, но в целом знаменитый медик был склонен к широкой популяризации своих не всегда обоснованных экспериментов.

Список литературы

1. *Бровченко, И.Ю.* Научный вклад С.С. Брюхоненко в отечественную медицину в предвоенные годы / И.Ю. Бровченко // Архивный поиск: сборник научный статей и публикаций. Вып. 3. / отв. ред. С.А. Лиманова. М.: Архив РАН, 2020. – С. 206-213.
2. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). – Ф. Р-8009. Оп. 2. Д. 85.
3. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). – Ф. Р-8009. Оп. 2. Д. 201.
4. *Иванюшкин, А.Я., Резник, О.Н., Попова, О.В*. С.С. Брюхоненко - основоположник технологии искусственного кровообращения (философско-методологический и социокультурный контекст) / А.Я. Иванюшкин, О.Н. Резник, О.В. Попова // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2019. Т. 21. № 4. – С. 147-154. DOI 10.15825/1995-1191-2019-4-147-154.
5. История медицины в России. Этика и политика / О.С. Нагорных, Н.Ю. Пивоваров, В.В. Тихонов, Н.П. Шок. – М.: ООО "Практическая медицина", 2025. – 418 с.
6. *Моргошия, Т.Ш.* Научный подвиг С.С. Брюхоненко – выдающегося физиолога-новатора и создателя метода искусственного кровообращения (к 130-летию со дня рождения) / Т.Ш. Моргошия // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2022. Т. 15. № 3. – С. 314-320. DOI 10.17116/kardio202215031314
7. *Мохов, С.* История смерти. Как мы боремся и принимаем / С.В. Мохов. – М.: Individuum, 2020. – 232 с.
8. *Пыжова О.В.* Врачебная самореклама в призме медицинской этики (на материалах медицинской периодики начала XX века) / О.В. Пыжова // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2016. № 10(72). – С. 164-167.
9. *Слискова, В.В.* "Новые чудеса биологии": о медицинских экспериментах в популярной периодике 1920-х гг. / В.В. Слискова // История России с древнейших времен до XXI в.: Проблемы, дискуссии, новые взгляды: Сб. статей. – М.: ИРИ РАН, 2021. – С. 282-289.
10. *Слискова, В.В*. Естественнонаучные эксперименты 1920-х гг.: наука в поисках бессмертия / В.В. Слискова // Гуманитарный акцент. – 2020. № 1. – С. 31-32.
11. *Тихонов, В.В.* Научные эксперименты над животными: дискуссии в отечественной медицине конца XIX - первой трети XX века / В.В. Тихонов // Пространство науки. – 2025. Т. 2. № 2. – С. 396-408. DOI 10.33873/3034-4379.2025.2-2.396-408.
12. *Фандо, Р.А., Созинов, И.В.* В поисках лекарства от старости: советские медико-биологические проекты 20-х–50-х годов / Р.А. Фандо, И.В. Созинов. – М.: Издательство «Янус-К», 2022. – 226 с.
13. *Krementsov, N.L.* Revolutionary experiments: the quest for immortality in Bolshevik science and fiction / N.L. Krementsov. – Oxford: Oxford Univ. Press, 2014. – 268 p.

Врачебный долг: исторические, философские и биоэтические вопросы. Сборник статей Международной научной конференции / Ред. А.Ю. Соломеин. — СПб.: РИЦ ПСПбГМУ, 2026.

Подписано к использованию 29.06. 2026. № заказа 152/26 Объем издания 1,918 Мб. Тираж 50 экз. Оригинал-макет подготовлен РИЦ ПСПбГМУ им. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6-8.