

ISSN 2224-6150

www.medconfer.com

**БЮЛЛЕТЕНЬ
МЕДИЦИНСКИХ
ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЙ**

Bulletin of Medical Internet Conferences



2016 Том 6 Выпуск 1
2016 Volume 6 Issue 1

Бюллетень медицинских Интернет-конференций

ISSN 2224-6150

2016. Том 6. Выпуск 1 (Январь)

Учредитель журнала – Общество с ограниченной ответственностью
«Наука и Инновации» (Россия, Саратов)

Главный редактор

В.М. Попков, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Зам. главного редактора

Ю.В. Черненко, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ответственный секретарь

А.Р. Киселев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционный совет

В.Ф. Киричук, засл. деятель науки РФ, профессор, докт. мед. наук
(Россия, Саратов)

А.И. Кодочигова, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

А.П. Ребров, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Ю.Г. Шапкин, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Редакционная коллегия

Е.А. Анисимова, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Н.В. Булкина, профессор, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

В.И. Гриднев, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

И.В. Нейфельд, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

О.М. Посненкова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

С.Н. Потахин, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

И.Е. Рогожина, доцент, докт. мед. наук (Россия, Саратов)

Д.Е. Суетенков, доцент, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

В.А. Шварц, канд. мед. наук (Россия, Москва)

Руководитель Интернет-проекта

И.М. Калмыков (Россия, Саратов)

Помощник ответственного секретаря

Ю.В. Попова, канд. мед. наук (Россия, Саратов)

Технический редактор

А.Н. Леванов (Россия, Саратов)

Адрес редакции:

410033, г. Саратов, просп. 50 лет Октября, 101.

E-mail: info@medconfer.com

Электронная версия журнала – на сайте www.medconfer.com

Общественное рецензирование публикуемых материалов
осуществляется на сайте www.medconfer.com.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Сведения обо всех авторах находятся в редакции.

© Бюллетень медицинских Интернет-конференций, 2016

Bulletin of Medical Internet Conferences

ISSN 2224-6150

2016. Volume 6. Issue 1 (January)

Publisher – Limited Liability Company "Science and Innovation" (Saratov,
Russia)

Editor-in-Chief

V.M. Popkov, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Deputy Chief Editor

Y.V. Chernenkov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Executive Secretary

A.R. Kiselev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Drafting Committee

V.F. Kirichuk, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

A.I. Kodochigova, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

A.P. Rebrov, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Yu.I. Shapkin, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

Editorial Board

E.A. Anisimova, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

N.V. Bulkina, Professor, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

V.I. Gridnev, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

I.V. Neyfeld, PhD, MD (Saratov, Russia),

O.M. Posnenkova, PhD, MD (Saratov, Russia)

S.N. Potakhin, PhD, MD (Saratov, Russia)

I.E. Rogojina, D.Sc., MD (Saratov, Russia)

D.E. Suetenkov, PhD, MD (Saratov, Russia)

V.A. Schvartz, PhD, MD (Moscow, Russia)

Head of the Internet Project

I.M. Kalmikov (Saratov, Russia)

Assistant Executive Secretary

Yu.V. Popova, PhD, MD (Saratov, Russia)

Technical Editor

A.N. Levanov, MD (Saratov, Russia)

E-mail: info@medconfer.com

URL: www.medconfer.com

© Bulletin of Medical Internet Conferences, 2016

Развитие отечественной медицины: от земских традиций к цифровым инновациям

Организатор: ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Дата проведения: декабрь 2015 года

Подробная информация о мероприятии на сайте: <http://medconfer.com/node/5402>

Вклад земской медицины России в оказание лечебно-профилактической помощи населению	7
<i>Нигматулина А.С., Перышкин И.Р., Суворов В.В.</i> Развитие медицины в России в XIX веке	7
<i>Сеченева О.Ю., Ермолаева Е.В.</i> Земская медицина в России	8
<i>Кулакова Я.О., Иванова М.С.</i> Народное врачевание в Древней Руси	9
<i>Порваткина А.Е.</i> Народная медицина восточных славян.....	10
<i>Цыганков Д.А.</i> Роль земских учреждений в развитии медицинского обслуживания	11
<i>Щибря А.В., Акимов О.В., Андриянова Е.А., Аранович И.Ю.</i> Эффективность акушерско-гинекологической помощи в России как междисциплинарная проблема	12
<i>Акимов О.В., Щибря А.В., Гришечкина Н.В., Аранович И.Ю.</i> Развитие акушерско-гинекологической помощи в России в историческом контексте	15
<i>Герасимова Д.А.</i> История сельской медицины в лицах	19
<i>Тимошин Н.А., Маркелов В.Д.</i> Развитие отечественной медицины в период правления Екатерины II и сравнение её с некоторыми сторонами современной медицины	20
<i>Камышишкова А.В., Роткина Т.В.</i> Исследование культуры питания студентов - как фактора здорового образа жизни	21
<i>Попова М.Н., Чурилова А.А.</i> Традиции скифской медицины	22
<i>Грамкова И.И., Савенкова М.В.</i> Возникновение врачебных съездов и научных обществ в России	23
<i>Киценко О.С., Чернышева И.В.</i> Становление и развитие земской психиатрической службы в России в конце XIX – начале XX вв. (на материалах Саратовской губернии)	24
<i>Киценко Р.Н., Белова Л.И.</i> Земская система медицинской помощи в Царицынском уезде в начале XX века	27
<i>Рязанова А.П., Погорелова А.С.</i> Проблема клонирования людей в современном мире.....	30
<i>Чебан А.Г., Кампос А.Д., Фахрудинова Э.Р.</i> Роль общественности в борьбе с алкоголизацией населения Саратовской области: от земских традиций к современным инициативам	33
<i>Ермолаева Е.В., Горшенина В.И., Дорфман С.В.</i> Становление и развитие земской фельдшерско-акушерской службы.....	36
<i>Шагина Е.А.</i> Мужество и отвага медицинских сестер в годы Великой Отечественной войны	38
<i>Васильев К.К.</i> Николай Иванович Тезяков (1859-1925): по воспоминаниям С.Ф. Вербова.....	40
<i>Денишев Р.Р., Попков Е.В.</i> Вклад М.Ф. Волкова в развитие здравоохранения и медицинского образования в Саратове на рубеже XIX- XX вв.....	41
<i>Еругина М.В., Ужахов Т.М., Ужахов А.М., Завьялов А.И.</i> Становление и развитие земской медицины в Кузнецком уезде Саратовской губернии в конце XIX- начале XX века	43
<i>Мясникова И.В., Завьялов А.И.</i> И.И. Моллесон – первый заведующий Саратовской женской повивально-фельдшерской школой.....	46
<i>Тищенко Е.М.</i> Вклад земской медицины Беларуси в оказании лечебно-профилактической помощи населению.....	48
<i>Горшенина В.И., Суворов В.В.</i> Снабжение больных лекарствами в конце XIX века	50
Вклад научно-исследовательских институтов в развитие отечественной медицины	52
<i>Губарева А.О., Гуркина Д.А.</i> Вклад отечественных ученых XVIII века в развитие медицины	52
<i>Саруев Э.Ш., Кадиева Р.М., Ермолаева Е.В.</i> Достижения медицины XX века	53
<i>Красников А.С.</i> Способ оценки энтропии лейкоцитарной формулы человека	54
Инновационная медицина России в начале XXI столетия	58
<i>Зайцева Н.А., Ширяева А.С.</i> Телемедицина в современной системе здравоохранения.....	58
<i>Булудова М.В., Панченко А.П.</i> Die intravenöse Laserbestrahlung des Blutes	59
<i>Бекмурзаева У.А.-А., Готыжев М.В.</i> Computertomographie als eine der Methoden der diagnostischen Untersuchung	60
<i>Араньязова Э.Р., Аристанова Л.С.</i> Klonen.....	61
<i>Панина А.А., Сычева Л.А., Ермолаева Е.В.</i> Инновационные разработки в медицине.....	62
<i>Аверьянова Я.А., Ермолаева Е.В.</i> Косметология в России: проблемы подготовки кадров.....	63
<i>Кайшаури Д.Г., Шайдаев С.А., Ермолаева Е.В.</i> Достижения отечественной медицины в первой половине XX века	64
<i>Косьяненко С.С., Бурковская А.О., Ермолаева Е.В.</i> Инновации в медицине: Южная Корея и Россия	65
<i>Хусаинова П.А., Воробьева А.Г.</i> Экотуризм в современном обществе	66
<i>Терентьева Е.В., Ермолаева Е.В.</i> Финансирование здравоохранения в контексте шведской модели экономики.....	67
Отечественная медицина в политическом контексте	68
<i>Балахонцев Б.А.</i> Положение врачей при Московских правителях.....	68
<i>Дубровина М.С., Кром И.Л., Чижова М.В.</i> Современные основания феномена социального сиротства в России.....	69
<i>Кочеткова Т.В.</i> Медицинская терминология в аспекте политических оценок происходящего.....	71

Проблема здоровья и болезни в российском обществе	73
<i>Булыгина О.В., Родина П.А.</i> Медицинская география: современные аспекты.....	73
<i>Гурижева М.И., Ханикова Х.М., Ермолаева Е.В.</i> Роль нетрадиционных методов лечения в современном обществе.....	74
<i>Свитавская Д.С., Сегеда Л.Н.</i> Отношение человека к здоровью: исторический аспект.....	75
<i>Кондратьева А.О., Гасанова С.Ю.</i> Социально-экономическая эффективность семейной медицины.....	76
<i>Муканалиева А.Р., Максимова Е.Р., Ермолаева Е.В.</i> Врачебные ошибки.....	77
<i>Бурмистрова Д.Н., Ермолаева Е.В.</i> Восприятие болезни в истории культуры.....	78
<i>Субботин С.И., Буянов А.А.</i> Социально экономические факторы здоровья.....	79
<i>Кудаев А.Т., Фахрудинова Э.Р., Аленин П.Н.</i> Специфика комплаентного поведения больных туберкулезом.....	80
<i>Червоненко Д.В., Шелудько А.Н., Ермолаева Е.В.</i> Вредные привычки.....	81
<i>Власова П.О., Берюхова А.А., Ермолаева Е.В.</i> Отношение студентов-медиков к здоровому образу жизни.....	82
<i>Клюева К.Е., Погорелая Е.М.</i> Сахарный диабет: история и современность.....	83
<i>Атаева К.С., Новикова С.С.</i> Культура здоровья в современном российском обществе.....	84
<i>Чирин А.С.</i> Артериальная гипертензия как социально-значимая проблема современной России.....	85
<i>Киселева А.Ю., Фадеева Д.А.</i> Сравнение уровня стрессоустойчивости студентов 1 и 3 курсов Вятского техникума экономики, статистики и информатики.....	86
<i>Жужлова Н.Ю., Кром И.Л., Сазанова Г.Ю.</i> Оценка доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией: депривационный подход.....	87
<i>Альпкашева С.А., Чотчаева Д., Ермолаева Е.В.</i> Здоровье как показатель благосостояния общества.....	89
<i>Анохина Е.А., Пойманова Ю.М., Суворов В.В.</i> Значение обезболивания в медицине.....	90
<i>Аникина А.С.</i> Проблема педикулёза в современном обществе.....	91
<i>Сергеева Ю.А., Клешина Е.Д.</i> Проблема аборт в современном обществе.....	92
<i>Коршевер Н.Г., Сидельников С.А., Кузнецов О.М.</i> Исследование межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения и обоснование технологии его оптимизации.....	93
<i>Мананникова А.Д.</i> Проблема вакцинации в России.....	96
<i>Чашина В.А., Отлячкина А.В.</i> Проблема донорства в России.....	97
<i>Саитова А.А., Боташев А.С., Ермолаева Е.В.</i> Эстетическая медицина: проблемы и противоречия.....	98
<i>Ермолаева Е.В., Эминова Б.Я., Джагутханова Т.Б.</i> Развитие косметологии в России.....	99
<i>Сийидмагомедова Г.Д., Магомедмирзоева Т.А., Ермолаева Е.В.</i> Здоровье как основополагающая ценность современного общества.....	100
<i>Павлова Л.А., Ермолаева Е.В.</i> Здоровье и здоровый образ жизни российского студенчества.....	101
<i>Демина Н.А.</i> Греческие боги на службе здоровья: становление терминологической системы гигиены.....	103
<i>Кочеткова Т.В., Ремпель Е.А.</i> Русский язык как средство межнационального общения в современной культурно-речевой ситуации.....	104
<i>Кочеткова Т.В., Полухина О.Н., Ремпель Е.А., Наумова Е.В.</i> Латинский язык в лекарском искусстве XVI-начала XVIII веков.....	107
<i>Полухина О.Н., Ремпель Е.А.</i> Роль греко-латинских заимствований в становлении российской медицинской терминологии.....	110
<i>Рамазанова А.А.</i> Специфика терминологической подготовки иностранных студентов медицинского вуза.....	112
<i>Лобанова М.П.</i> Статистические подходы к изучению движения населения на изучаемой территории.....	114
<i>Кашлей С.И., Паулич Ю.П., Тищенко Е.М.</i> Самооценка здоровья и образа жизни сельских школьников.....	116
<i>Старосотникова Е.Ю., Тищенко Е.М., Авдей И.Ю.</i> Отношение пациентов городских поликлиник к выбору лекарственных средств.....	118
<i>Суворов В.В.</i> Отношение к тибетской медицине в российском обществе на рубеже XIX-XX веков.....	120
<i>Аленин П.Н., Суворов В.В.</i> Организация борьбы с туберкулезом в Саратовской области.....	123
<i>Горнов Д., Ермолаева Е.В.</i> Социальные сети как пространство взаимодействия субъектов медицины.....	125
Развитие аптечного дела в России	126
<i>Кашаева Е.А., Павлова Ю.В.</i> Особенности ценообразования на российском фармацевтическом рынке.....	126
<i>Година В., Ермолаева Е.В.</i> Развитие аптечного дела в России в XVI-XIX вв.....	127
<i>Новикова Э.В., Ермолаева Е.В.</i> Аптеки в России: ретроспективный анализ.....	128
<i>Синюкова А., Аюпова О., Ермолаева Е.В.</i> Развитие аптечного дела в России.....	129
<i>Леонтьев Н.А., Петрова Т.Г.</i> Аптечное дело в России в XVI веке.....	130
<i>Терешонков А.А., Парфёнов В.О., Ермолаева Е.В.</i> Аптекарский приказ: история создания и развития.....	131
Развитие военной медицины в России	132
<i>Чурилова М.Н., Рубец Л.В.</i> Медицина во время локальных войн.....	132
<i>Федотова Д.А., Шичанина Е.А.</i> Великая Отечественная Война: история медицины в лицах.....	133
<i>Иванова А.А., Александрова А.С.</i> Медицина во время Великой Отечественной войны.....	134
<i>Перекайдаилова Л.Д.</i> Краткий обзор истории военной медицины.....	135
<i>Жильцов Р.А., Иванов Д.В., Ермолаева Е.В.</i> Развитие военной медицины в России.....	136
<i>Стрыгин И.А., Илюшин Л.Д.</i> Военная медицина во время Русско-Японской войны.....	137
<i>Киреева С.А., Алигаджиева Д.Л., Алекперова К.З., Ибрагимов А.Н.</i> Развитие военной медицины в России.....	138
<i>Байтман Т.П., Гадисова С.С.</i> Деятельность саратовских оториноларингологов в годы Великой Отечественной войны.....	140
<i>Исмиев А.Э., Шаленков Е.А.</i> Сестры милосердия в Крымской войне.....	141

<i>Привалова И.В., Мареев Е.И.</i> Роль медиков в Великой Отечественной войне	142
<i>Елистратова Е.А., Кравченко В.М.</i> Развитие научной медицины в годы Великой Отечественной войны	143
<i>Волкова В., Кадырбекова И., Ермолаева Е.В.</i> Развитие военной медицины в России.....	144
<i>Терешенков А.А., Парфенов В.О.</i> Вклад Н.И. Пирогова в развитие медицины в годы Крымской войны	145
<i>Ищенко Ю.В., Ищенко А.В.</i> Деятельность спецгоспиталя № 1691 по медицинскому обслуживанию военнопленных в 1943-1949 гг.	146
<i>Петров В.В.</i> Деятельность эвакуогоспиталей на территории Саратовской области в годы Великой Отечественной Войны	150
Развитие медицинского образования в России	153
<i>Смолова А.А., Цапикова Ю.С.</i> Роль гуманитарных наук в обучении студентов-медиков	153
<i>Россошанская А.Ю., Ермолаева Е.В.</i> Социальный портрет современного студента-медика.....	154
<i>Ураев Д.А.</i> Роль гуманитарного образования в медицине	155
<i>Юхименко В.Л., Бахарева А.С., Ермолаева Е.В.</i> Тьюторство в медицине	156
<i>Сильченко А.А., Эйвазова Н.А., Ермолаева Е.В.</i> Медицинское образование в Советском Союзе.....	157
<i>Баранова М.С., Ермолаева Е.В.</i> Роль медицинского образования в современном обществе.....	158
<i>Шелудько О.С.</i> Роль психологической подготовки будущего врача-стоматолога.....	159
<i>Акимова Н.А., Коваленко А.Д.</i> Роль Флоренс Найтингейл в становлении медицинского образования в 19 веке.....	160
<i>Аникина В.В., Зотова Ю.А.</i> Проблемы медицинского образования в России	161
<i>Ефарова Ю.В., Тонкачева Т.А., Ермолаева Е.В.</i> Первые медицинские университеты в России	162
<i>Магомедова С.И., Рожкова В.П., Ермолаева Е.В.</i> Развитие медицинского образования в России.....	163
<i>Ермолаева Е.В., Павлова Л.А., Дорфман С.В.</i> Развитие стоматологического образования в России.....	164
<i>Шешнева И.В.</i> Кураторство в медицинском вузе: из опыта работы кафедры русской и классической филологии	167
<i>Скворцов Ю.И., Папищук Н.Ю., Емелина Л.П., Субботина В.Г.</i> Клинические школы кафедры пропедевтики внутренних болезней	169
<i>Коваленко Ю.В.</i> Особенности российской высшей медицинской образовательной системы и ценностных ориентаций в подготовке специалистов на этапе постдипломного образования	172
Развитие медицины и здравоохранения в Советский период (1917-1991 гг.)	174
<i>Илюшин Л.Д.</i> Развитие военной медицины в Советском Союзе	174
<i>Панков А.А., Медведева К.А.</i> Пенициллин, его значение в медицине.....	175
<i>Тружников В.С., Смолова А.А.</i> Репрессии против врачей.....	176
<i>Козлов А.Е., Фирстов В.Д.</i> Вклад ученых-медиков немцев Поволжья в развитие здравоохранения Саратовской области в 30-е годы XX века	177
<i>Черненко Ю.В., Эйберман А.С.</i> Этапы развития научной медицинской школы детской гастроэнтерологии в Саратове.....	179
Развитие отечественной медицины в информационном обществе	181
<i>Лемзина А.Е., Идрисова Х.У., Ермолаева Е.В.</i> Электронное здравоохранение: проблемы и перспективы	181
<i>Степанова А.В., Ленина Д.А.</i> Психологическое онлайн-консультирование: преимущества и недостатки	182
<i>Якунина Е.Ю., Кадрова С.И.</i> Электронная регистратура как часть проекта информатизации здравоохранения.....	183
<i>Живайкина А.А., Кузнецова М.Н.</i> Интеракция больных с нарушениями психического здоровья на платформе Интернета	184
Реформирование отечественного здравоохранения: направления и перспективы	187
<i>Абляева В.И., Николаева Н.А.</i> Рынок медицинских услуг в современной России	187
<i>Боргер Л.С., Швецова А.А., Ермолаева Е.В.</i> Обязательное медицинское страхование: достоинства и недостатки	188
<i>Кондратьева Д.А., Коваленко А.Д., Ермолаева Е.В.</i> Проблема трудоустройства выпускников высших медицинских учебных заведений России.....	189
<i>Трехлебова И.В., Ермолаева Е.В.</i> Рынок платных медицинских услуг в России	190
<i>Крайнова А.М., Исакова Э.А.</i> Источники финансирования здравоохранения РФ	191
<i>Граздич Д.П., Шустова К.А., Ермолаева Е.В.</i> Предпринимательство в медицине.....	192
<i>Чистякова Е.А.</i> Оплата труда в медицинских учреждениях: состояние и перспективы.....	193
<i>Ивлиева Д.А.</i> Государственная и частная медицина в России: проблемы взаимодействия	194
<i>Черникова Д.Г., Волкова А.В.</i> Проблема финансирования здравоохранения.....	195
<i>Капралов С.В.</i> Проблемы профессиональной подготовки хирургов в условиях реформы высшего образования.....	196
<i>Мамаева Д., Горновская О., Ермолаева Е.В.</i> Роль среднего медицинского персонала в организации стоматологической помощи	199
Российский врач и пациент: специфика ролей и взаимодействий.....	200
<i>Александрова М., Мартюкова А.</i> Профилактика профессионального стресса у врачей	200
<i>Гусева О.С., Дерунов А.В., Киреева С.А.</i> Отношения врач-пациент в России.....	201
<i>Кубанова М.А., Лифатова Н.В.</i> Проблема эвтаназии в современном мире	202
<i>Катрунов В.А., Фахрудинова Э.Р., Чебан А.Г., Кампос А.Д.</i> Этические аспекты отношений врача и пациента в современной системе Российского здравоохранения	203
<i>Толстова Е., Руфина Ю., Ермолаева Е.В.</i> Особенности взаимодействия врача и пациента в современном обществе	205

<i>Барсукова М.И., Дорогойкин Д.Л., Кочеткова Т.В.</i> Проблема коммуникации по линии «врач - пациент»	206
Становление и развитие санитарного дела в России в земский период	208
<i>Ахмедханов А.А., Ермолаева Е.В.</i> Развитие санитарного дела в России	208
<i>Гечханова Ф.А., Трофимова А.В.</i> Вклад Моллесона в борьбу с эпидемиями и развитие санитарного дела	209
<i>Горшенина В.И., Ермолаева Е.В.</i> Развитие санитарного направления земской медицины.....	210
Статус и роль медицинской профессии в российском обществе	212
<i>Мелкумян Э.Х.</i> Личностные качества современного врача.....	212
<i>Сильвеструк С.В., Ермолаева Е.В.</i> Формирование имиджа современного врача	213
<i>Неснова Д.Ю., Насырина В.С., Ермолаева Е.В.</i> Образ врача в русской культуре XVIII-XX веков	214
<i>Ахмерова К.Д., Аверьянова В.Ю.</i> Профессия врача: проблемы и перспективы	215
<i>Юрин К.И.</i> Формирование имиджа современного студента-медика	216
<i>Федотова Д.А., Шичанина Е.А.</i> Профессия медицинской сестры: проблемы и противоречия.....	217
<i>Будякова Е.А., Чуприлина И.Э.</i> Образ врача в кинематографе	218
<i>Кузнецова С.В., Сергеева М.А.</i> Социальный портрет современного российского врача	219
<i>Борисенко В., Петрова Т., Ермолаева Е.В.</i> Профессиональные риски медицинской сестры.....	220
<i>Сучков Д.А., Михайлин В.В., Ермолаева Е.В.</i> Роль медицинской профессии в современном обществе	221
<i>Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В.</i> Модель профессионализации медицины в дореволюционной России (на примере Императорского Николаевского университета)	222
<i>Гришин А.И., Трофимов Д.А., Чемарев А.П.</i> Основные этические проблемы деятельности современного фармацевтического работника.....	225
<i>Гущина А.Л., Филатова К.А.</i> Учёт возрастных особенностей покупателя в деятельности фармацевта/провизора.....	229
<i>Доровская А.И., Коршевер Н.Г., Решетников В.А.</i> Кадровые ресурсы медицинских организаций: состояние управления карьерой врачей	232
<i>Доровская А.И., Коршевер Н.Г.</i> Исследование карьеры врачебного состава в медицинских организациях.....	234
Эволюция этических традиций отечественной медицины	236
<i>Бабошкина Л.С.</i> Медицинский эксперимент: правовой и морально-этический аспекты.....	236
<i>Александрова М.А., Мустафаева Д.Р., Ермолаева Е.В.</i> Конфликты в медицине	237
<i>Леонтьев Н.А., Грибко С.С.</i> Коррупция в системе здравоохранения.....	238
<i>Нестерова И.В., Ермолаева Е.В.</i> Взаимодействие медицины и религии	239
<i>Аникина А.А.</i> Профессиональная культура общения врача	240
<i>Алимпиева Д.А., Анохина Е.А., Ермолаева Е.В.</i> Реклама в медицине	241
<i>Чурилова А.А., Попова М.Н., Ермолаева Е.В.</i> Клинический этикет.....	242
<i>Засыпкина Е.В., Катрунов В.А., Кузнецова М.Н.</i> К вопросу о врачебных ошибках: методология и критерии определения.....	243
<i>Медведева Е.Н.</i> Роль православной церкви в становлении земской медицины в России	248

Вклад земской медицины России в оказание лечебно-профилактической помощи населению

ID: 2016-01-27-T-5822

Тезис

Нигматулина А.С., Перышкин И.Р., Суворов В.В.

Развитие медицины в России в XIX веке

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Медицина в России в XIX столетии начала выходить на более высокий уровень. Этому способствовало открытие большого количества медицинских школ, во главе которых стояли такие выдающиеся деятели в области медицины, как М.Я. Мудров, Е.О. Мухин и Е.И. Дядьковский, И.Ф. Буш, П.А. Загорский и Н.И. Пирогов и другие. Они придерживались определенного научного направления, стали авторами многих научных трудов и имели много учеников и последователей.

В медицинском образовании в 19 веке стали появляться элементы схоластики. Профессор физиологии Петербургской медико-хирургической академии Д.М. Велланский, развивая положения Шеллинга в 1812 г. писал: «Все системы животного организма соответствуют жизни на планете. Наружные покровы животных – то же самое, что различные породы земли. Кожа имеет одно значение с атмосферой, а легкие с водою. Печень в организме соответствует горючим веществам... артерии и вены равны кораллам и полипам, а мышцы животным. Лимфатические сосуды и железы соответствуют грибам и растениям. Все они - различные представления абсолютной идеи».

Передовые врачи России в первой половине XIX века в непростых условиях успешно продолжали развивать материалистическое понимание основных проблем медицины: взаимоотношения между организмом и средой, целостности организма, единства физического и психического, этиологии и патогенеза заболеваний.

В середине и второй половине XIX века появились новые диагностические методики: осветительные и оптические приборы, позволявшие врачам наблюдать за закрытыми от невооруженного глаза участками тела: цистоскоп (Нитце), гастроскоп (Куссмауль), бронхоскоп. Развитию медицины способствовали новые открытия в других науках, например, биологии, химии, физики, которые предоставляли основу для последующих открытий уже в области медицины.

Большим открытием для медицины в России в конце XIX века стало зарождение службы оказания скорой медицинской помощи. Нередко поводом для создания таких служб становились трагедии с большим количеством пострадавших (Ходынская массовая давка).

Таким образом, можно сделать вывод, что XIX век внес новые совершенствования в сферу здравоохранения.

Ключевые слова: развитие медицины, Россия, XIX век

ID: 2016-01-27-T-5865

Тезис

Сеченева О.Ю., Ермолаева Е.В.

Земская медицина в России*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Земская медицина — форма медицинского обслуживания сельского населения, которая возникла в Российской империи во второй половине XIX века. Согласно «Положению о земских учреждениях» (1864), на земство возлагалось «попечение в пределах, законом определенных и преимущественно в хозяйственном отношении, о народном здравии» [2]. Однако точной регламентации обязанностей земств по оказанию врачебной помощи сельскому населению не существовало.

Земства выделяли мало средств на содержание медицины, поэтому расходы покрывались за счет самого крестьянства путем специального медицинского сбора, платы за совет или рецепт, которая была отличалась в каждой губернии.

В период развития земской медицины увеличилось число сельских врачей, сначала за счет бывших уездных и городских врачей и врачей приказов общественного призрения, а затем молодых врачей из среды разночинцев. В этот период складывается тип земского врача — бескорыстного, обладающего высокими морально-этическими качествами человека, общественного деятеля.

Врачебный участок, являющийся основной организационной формой земской медицины, был рекомендован в 1934 г. гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам для организации медицинской помощи сельскому населению. Подобный принцип организации медицинской помощи лег в основу советского здравоохранения, а затем и российской медицины.

Таким образом, характерными чертами земской медицины были общественный характер, профилактическое направление, коллегиальность управления, бесплатность и рациональность медицинской помощи, ее доступность для населения. Сложившийся в первые годы земской медицины тип земского врача сочетал в себе лучшие традиции русской общественной медицины. В наши дни опыт земской медицины остается примером при разработке систем и программ здравоохранения.

Литература

1. Канцельбоген А.Г. Общественная и земская медицина в 60-80-е годы XIX века. Клиническая медицина. 1988. №7.
2. Положение о земских учреждениях // <http://do.gendocs.ru/docs/index-285899.html> (дата обращения 15.11.2015)

Ключевые слова: земская медицина

ID: 2016-01-27-T-5885

Тезис

Кулакова Я.О., Иванова М.С.

Народное врачевание в Древней Руси

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.

Первые письменные упоминания о медицине на Руси появились в XI веке. До второй половины XIX века народная медицина оставалась единственным способом лечения болезней и поддержания здоровья людей. На тот период времени существовали три основные формы лечения: народное врачевание, монастырская медицина, светская медицина.

В Древней Руси была востребована народная медицина. Заговоры, передаваемые в устной форме и обращенные к языческим божествам, способным прогнать болезнь дошли и до нашего времени. В то время для лечения болезней использовались растения (полынь, крапива, подорожник), продукты животного происхождения (мед, кобылье молоко, сырая печень трески) и минералы. Врачевателей называли кудесниками и ведьмами. В народе считалось, что они являлись посредниками между человеком и таинственными силами природы. После врачевателей стали называть-лечцами.

Первое упоминание о лечцах было найдено в «Русской Правде». Секреты врачевания передавались по наследству. В Древней Руси были лечцы-хирурги и лечцы, которые лечили травами и мазями.

«Изборник Святослава» в XI веке был популярной книгой. В этой книге говорится о лечцах-резалниках, которые являлись предшественниками хирургов. Они умели «разрезать ткани», ампутировать конечности, иные больные или омертвевшие части тела, делать лечебные прижигания, лечить повреждения травами и мазями. Также в этой книге описаны болезни, перед которыми врачеватели были бессильны.

На Руси проводились операции черепосверления, чревосечения, ампутации. Усыпление больного проводилось при помощи мандрагоры, мака и вина. Инструменты (пилки, ножницы, топоры) перед операцией проводили через огонь. Для обработки ран использовали березовую воду, вино и золу, а зашивали волокнами льна, конопля или тонкими кишками животных.

В настоящее время возрос интерес к основам традиционной медицины в связи с кризисом научной медицины. Однако, часто народными целителями и знатоками традиционной русской медицины представляются шарлатаны. Это наносит непоправимый ущерб не только здоровью их пациентов, но и репутации русской традиционной медицины.

Ключевые слова: традиционная медицина, народное врачевание, Древняя Русь

Порваткина А.Е.

Народная медицина восточных славян*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

У восточнославянских народов медицина включает в себя, как народные средства, так и разные магические приёмы. Самыми распространёнными были растительные средства лечения. Зелье было главным средством лечебных рекомендаций. Лечение занимали большей частью пожилые женщины, называли их лекарками, травницами. Для лечения они применяли настойки, порошки из трав. К XVI веку развилась широкая торговля лекарственными травами в «зелёных рядах». Первая аптека в России (1581 г.) размещалась в Кремле и снабжала лекарствами только царя и его семью. В конце XVII века был учреждён в Москве Аптекарский приказ, в котором было сосредоточено всё аптекарское и врачебное дело в России. В начале XVII века Аптекарский приказ приступил к организованному сбору лекарственных растений. Для этой цели была установлена натуральная «ягодная» повинность. Особые глашатаи ходили по деревням и призывали «знающих людей» к сбору лекарственных растений и изготовлению из них лекарств. В Аптекарском приказе имелись особые чиновники «травники», разбиравшие присланные из разных мест России травы. Одними из первых медицинских сочинений в России были так называемые «травники», «вертограды» с описанием растений. Особенно усердно занималась сбором народных знаний «книжная» женщина Древней Руси – Евпраксия, внучка Владимира Мономаха, обобщившая народный опыт и собственные наблюдения в трактате «Мази».

В лечебной практике народа примешивались также и магические элементы. Большое значение придавалось заговорам, заклинаниям. Внутренние болезни, выражающиеся в общем недомогании, считали причиной «действие злого духа». Для лечения таких болезней применяли «обереги», а лечили их знахари. В течение многих веков знахарь заменял крестьянам врача. В уставе князя Владимира Мономаха употребление заговоров было отнесено к юрисдикции церковного суда. При императрице Екатерине II суеверия преследовались с особой силой. В 1770 году был составлен «Указ о наблюдении за появлением во вверенных местностях суеверий и ложных чудес и пресечении их».

Наряду с положительными сторонами в народных способах лечения было много несовершенного и неправильного и они далеко не всегда давали хорошие результаты. Однако исторические документы свидетельствуют, что многовековой опыт народа привёл к правильному применению с лечебной целью различных трав, употребление которых постепенно стало входить в научную медицинскую практику с самого начала её появления на Руси.

Литература

1. Энциклопедия народной медицины.
2. Иванов В.П. Знахарство.

Ключевые слова: медицина, славяне, народные средства

ID: 2016-01-27-T-5905

Тезис

Цыганков Д.А.

Роль земских учреждений в развитии медицинского обслуживания

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

Земская медицина представляет собой форму медицинского обслуживания сельского населения, в России возникла во второй половине XIX века. Организация медицинской помощи была построена по принципу прикрепления участка к определенной территории, что впоследствии было использовано советским здравоохранением.

С появлением земской медицины в корне изменилось понимание роли медика: от врача и фельдшера, продающего услуги за деньги, до медицины как социальной службы, оказывающей доступную квалифицированную медицинскую помощь. Развивающаяся земская медицина повлекла за собой увеличение числа врачей и фельдшеров на селе.

В первое время в земской медицине использовалась так называемая «разъездная система медицинского обслуживания» - врач, живущий в городе при амбулатории, обязан не менее раза в месяц объезжать фельдшерские пункты уезда для оказания медицинской помощи населению. Это уравнивало обслуживание всего населения, т.к. оно платило уравнильный земский сбор, но из-за своего неудобства разъездная система вскоре сменилась стационарной.

Земства затрачивали малое количество средств на содержание земской медицины. Расходы покрывались за счет введения особых «налогов» на медицинскую помощь: лекарства, рецепты, консультации и т.п., которые были платными. Стоимость была определена в каждой губернии по-своему. Несмотря на настойчивость земских врачей отменить плату за медицинские услуги, удалось это сделать не во всех губерниях.

Тем самым, исторический опыт развития земской медицины показал способность земских медиков к проведению огромной созидательной работы в сложных условиях. Врачебный участок, явившийся основной организационной формой земской медицины и крупнейшей ее заслугой, был рекомендован в 1934 г. Гигиенической комиссией Лиги Наций другим странам для организации медицинской помощи сельскому населению.

Литература

1. Арутюнян Р.С., Петрова О.А., Ермолаева Е.В. Роль благотворительных организаций в обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Неснова Д.Ю., Насырина В.С., Ермолаева Е.В. Образ врача в русской культуре XVIII-XX веков // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: земские учреждения, медицина

Щибря А.В., Акимова О.В., Андриянова Е.А., Аранович И.Ю.

Эффективность акушерско-гинекологической помощи в России как междисциплинарная проблема*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В данной статье рассматривается существующая на сегодняшний день в России модель подготовки беременной женщины к выполнению роли матери. Обосновывается необходимость использования междисциплинарного подхода, который позволит разработать оптимальную модель подготовки к материнству с учетом как потребностей самой женщины, так и возможностей института медицины.

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая помощь, материнство, беременность, междисциплинарный подход, медицина, психология

Актуальность

В настоящее время для многих людей первостепенное значение приобретает вопрос образовательного и профессионального роста, который диктуется объективными социальными процессами в современном российском обществе, в то время как создание семьи и рождение детей отходят на второй план, либо вовсе отвергаются. Таким образом, происходит возникновение таких явлений как кризис семьи, девальвация материнства на индивидуальном и социальном уровнях. Помимо этого в Российской Федерации продолжает увеличиваться число бездетных гражданских браков и неполных семей. Отмечается тенденция к росту девиантных форм материнского поведения [1]. Кроме того, по данным современных авторов, прогнозируется рост количественных показателей социального сиротства [2].

Указанные обстоятельства актуализируют необходимость медико-социологического анализа современной практики подготовки беременной женщины к выполнению роли матери, с целью корректировки деятельности медицинских учреждений в данном направлении, а именно, повышения качества оказания медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам, так как именно на этапе беременности закладываются основные алгоритмы поведения будущей матери.

Цель: проведение медико-социологического анализа современной практики подготовки беременной женщины к выполнению роли матери и в демонстрации необходимости повышения качества медико-социальной и психологической помощи беременным женщинам в условиях современного мира.

Результаты и обсуждение

Анализируя историю отечественных институтов родовспоможения, следует отметить, что до XVIII века государство принимало минимальное участие в вопросах охраны здоровья населения в целом и родовспоможения в частности. Оказанием медицинской помощи, изначально занимались бабки-повитухи. Функции повивальных бабок, помимо первого ухода за младенцем, были весьма разнообразны и заключались в исполнении с давних времен установленных обычаев, заговоров и различных рукодействий. Обучение акушерству и образование родовспомогательных учреждений на государственных началах в России начались лишь во второй половине XVIII века как неотъемлемая задача в связи с экономическим и культурным развитием российского государства. Фигура повитухи постепенно заменялась фигурой носителя медицинских знаний, врача и акушера. Однако на попечение института клиники роды перешли достаточно поздно. Это социальное явление уже XX века, до XX века роды находились в ведении домашнего акушерства, семейной медицины.

Распространение в XX веке государственного контроля над репродукцией в сочетании с медицинским контролем позволило говорить о том, что рождение человека стало важной сферой обретающей силу биополитики.

В связи с постоянно развивающимися акушерскими технологиями в настоящее время медицинские эксперты осуществляют всё больший контроль над беременностью и родами. Если ранее история свидетельствовала о том, что беременность являлась сакральным и личным делом женщины, то в настоящее время она всё больше становится предметом озабоченности общественности. Таким образом, принимая на себя часть контроля над беременностью, медицина начинает нести всё большую ответственность за жизнь матери и ребенка.

Однако Е.А. Белоусова на основании многочисленных интервью с пациентками родильных учреждений Санкт-Петербурга заключает, что, по их мнению, «врачи проявляют полную авторитарность и безапелляционность, с раздражением отказываются отвечать на вопросы рожениц, обсуждать с ними характер необходимой медицинской помощи», даже обманывают их и производят некоторые процедуры (например, прокол плодного пузыря) без их согласия, контролируют и диктуют, нередко в резкой форме, позу роженицы и т.п. [3]. Собственно, патерналистская природа отношений в системе здравоохранения (не только в России, но и в западной традиции в целом) не раз обозначалась в научной литературе.

Наиболее распространенные среди женщин причины напряжений в отношении медучреждения – это собственный негативный опыт взаимодействия с медицинскими структурами, а также представления, сформированные под воздействием слухов; правовая безграмотность в вопросах собственных гражданских прав (касается даже профессиональных юристов, как ни странно); смешение в сознании женщины опыта личных и социальных отношений между ней и врачами, что затрудняет понимание механизмов регулирования и разрешения возникающих спорных или конфликтных ситуаций; необоснованные ожидания от медучреждения и медперсонала, основанные на непонимании их функций и назначения.

Институт медицины продуцирует практики подготовки к материнству, для которых беременная женщина выступает как объект, функционирующий в границах нормы и патологии, а не активный субъект, способный контролировать и управлять собственным телом. Это определяет необходимость медико-социологического анализа современных практик подготовки

беременных женщин к выполнению роли матери и выработки оптимальной модели данной подготовки в условиях женской консультации.

Помимо этого следует отметить, что многими женщинами беременность и роды воспринимаются как опасный, переломный период в жизни, что является следствием медиализации этой сферы. Женщина на данном этапе претерпевает изменения как в физиологическом, социальном, так и в психологическом плане. В связи с этим современные практики подготовки беременной женщины должны основываться на мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, и должны быть направлены на сохранение, укрепление и восстановление здоровья женщины и ребенка. Следует помнить, что удовлетворение психосоциальных потребностей при перинатальном уходе также важно, как и удовлетворение физических потребностей. Причем оказываемая психологическая поддержка должна принимать во внимание как потребности матерей и новорожденных, так и отцов и семей в целом.

Одной из наиболее актуальных областей исследования в социологии и психологии как в практическом, так и в теоретическом аспекте в настоящее время является проблема девиантного материнства. Она включает проблемы, связанные не только с матерями, отказывающимися от своих детей и проявляющими по отношению к ним открытое пренебрежение и насилие, но и проблемы нарушения материнско-детских отношений, которые служат причинами снижения эмоционального благополучия ребенка и отклонений в его оптимальном психическом развитии в младенческом, раннем и дошкольном возрастах.

Ю.А. Пучкина, анализируя проблему отказа от новорожденных детей в современной России, в качестве основной причины проблемы указывает на то, что система профилактики отказов от новорожденных детей в рамках государственной политики на сегодняшний день не выстроена, отсутствует какая-либо работа с матерью-отказницей по преодолению ее трудностей и сопровождению матерей группы риска, забравших ребенка из родильного дома [4].

Важно отметить, что только взаимодействие всех социальных институтов, ориентированных на предотвращение неблагоприятных воздействий на беременную женщину, реализация профилактических программ, наряду с улучшением диагностики, лечения, использованием современных медицинских технологий способны решать стратегические задачи по улучшению качества жизни беременных и формирование готовности к роли матери.

Ещё одной важной задачей в работе с беременными женщинами является выявление связанных со здоровьем социальных проблем беременных женщин и деятельности женской консультации с позиции учета данных проблем и направленности деятельности не на их усугубление, а на посильное их решение. Медико-социальная помощь предусматривает в этом случае лечение заболеваний беременных, проведение санитарно-гигиенических мероприятий, медико-социальную профилактику заболеваний. Медико-социальная помощь беременным включает в себя также социальную защиту в случае болезни, первичную медицинскую помощь, лечение хронических заболеваний. Для женщин организуются следующие медико-социальные мероприятия: оздоровительные, профилактические, санитарно-гигиенические, санитарно-просветительская работа, медико-социальный патронаж беременных.

Основная цель медико-социальной помощи должна включать в себя развитие у женщины ряда навыков, которые позволили бы на протяжении всей беременности реализовывать потребности и выполнять социальные функции и роли, необходимые для полноценной жизнедеятельности, получать от этого удовлетворение, в совершенстве владеть своим телом и чувствовать себя гармоничной частью окружающего мира [5].

Психологический аспект помощи женщинам во время беременности и в период подготовки к родам введен в медицинскую практику, что нашло свое отражение в нормативно-правовой базе, регламентирующей данный вид медицинской помощи. Так, в Приказе МЗ РФ № 50 от 10.02.2003 года «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» отмечается, что наиболее перспективной и эффективной формой занятий в «Школе матерей» является семейная подготовка к рождению ребенка, направленная на привлечение членов семьи к активному участию в дородовой подготовке. На занятиях рассматриваются вопросы подготовки беременной к родам, организации ухода за новорожденным, профилактики заболеваний, борьба за грудное вскармливание. В «Школе Матерей» будущие матери получают квалифицированные консультации юристов, социальных работников по вопросам социальных выплат. В каждом конкретном случае имеется взаимодействие с другими субъектами профилактики (взрослая, детская поликлиника, органы управления социальной защиты населения, органы опеки и попечительства, управление внутренних дел), что способствует предупреждению социально опасного положения беременных женщин и их детей.

Психологическая помощь беременным женщинам должна включать в себя следующие задачи: воспитание родительской ответственности; формирование социально-психологических навыков оказания поддержки в семье, регулирования отношений семьи с социумом; повышение психолого-педагогической компетентности; ознакомление с информацией о внутриутробном развитии ребенка и психологическом значении процесса родов для ребенка, матери и отца; приобретение знаний о развитии и обучении ребенка раннего возраста, воспитании, в том числе половом воспитании; приобретение навыков саморегуляции, то есть овладение различными техниками произвольного регулирования функционального состояния организма и душевного состояния личности.

В настоящее время необходимо более интенсивное внедрение в систему здравоохранения специалистов по психологической и социальной работе, деятельность которых координировала бы усилия всех учреждений, направленных на поддержку беременных женщин и их семей. Помимо этого должна происходить разработка и внедрение единой системы комплексного ведения беременных женщин и их семей, включающей финансирование не только медицинской, но и социальной, психологической помощи данной группе населения.

Медико-социальная эффективность психологического сопровождения беременности позволит «перезагрузить» сложившуюся годами практику амбулаторной акушерско-гинекологической помощи. Очевидно, что сегодня необходимо сконцентрировать внимание специалистов на работе с ценностями, мотивациями, установками беременной женщины. Эта работа позволит добиться уравновешивания эмоционального состояния беременной женщины, обучить саморегуляции функциональных и психических состояний с использованием различных психологических методик, сформировать навыки и умения адекватного поведения в родах.

Подготовка беременной женщины к выполнению роли матери – сложный процесс, успешная реализация которого зависит от целой системы факторов, направленных на актуализацию биологического, психологического и социального благополучия женщины.

Осуществленный анализ проблемы позволил выделить несколько подходов к изучению беременности: физиологический, психопрофилактический, психотерапевтический и социально-психологический. При этом только два первых подхода представлены и реализуются в современных российских медицинских учреждениях. Реализация психотерапевтического и социально-психологического подходов лишь номинально включена в задачи женской консультации.

Заключение

К сожалению, на сегодняшний день в России отсутствуют государственные структуры, перед которыми стоит задача решения комплексных задач социально-психологической, медико-социальной и правовой помощи беременной женщине. В данных условиях деятельность женской консультации, направленная на защиту материнства и детства, оказание реальной комплексной помощи матери и ребенку, улучшение демографической ситуации, возрождение и укрепление семейных ценностей, является остро востребованной.

Изменение существующего положения возможно только на основе междисциплинарного подхода к акушерским проблемам. Необходимо формирование новой парадигмы медицинского мышления допускающего, что не только заболевания, но и такие психические факторы, как отрицательные эмоции, психическое напряжение, утомление, тревога могут являться этиологическими факторами возникновения акушерских осложнений. Реализация данной задачи будет наиболее эффективной в рамках междисциплинарного изучения проблемы, что позволит разработать оптимальную модель подготовки беременной женщины к выполнению роли матери с учетом как потребностей самой женщины, так и возможностей института медицины.

Литература

1. Брутман В.И., Варга А.А., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Психологический журнал.- 2000.- Т. 21.- №2 - с. 79-87.
2. Брутман В. И., Филиппова Г. Г., Хамитова И. Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопросы психологии.- 2002.- №1.- с. 59–68.
3. Белоусова Е. А. Наши современницы о родовспоможении в России / Е. А. Белоусова // Корни травы: сб. статей молодых историков.– М., 1996. – С. 216-228.
4. Пучкина Ю. А. Профилактика ранних отказов от детей в контексте проблемы социального сиротства / Ю. А. Пучкина // Вестник Томск. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология.– 2009.– № 1 (5).– с.43-52.
5. Лебедева Л. Ф. Проблемы формирования семейно-ориентированных программ / Л. Ф. Лебедева // Семья в России.– 1996.– № 2.– с.102-113.

ID: 2016-01-257-A-5919

Обзор

Акимова О.В., Щибря А.В., Гришечкина Н.В., Аранович И.Ю.

Развитие акушерско–гинекологической помощи в России в историческом контексте

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В обзоре рассматриваются этапы становления акушерско – гинекологической помощи в России. Проанализировано отношение к беременности и родам в традиционном обществе и в современном мире. Раскрыто то, как повлияла современная демографическая политика на изменения уровня рождаемости в стране за последние годы.

Ключевые слова: акушерско-гинекологическая помощь, родовой сертификат, материнство

Актуальность

Объективные социальные процессы в современном российском обществе стимулируют повышение профессионального и образовательного уровня женщины, возрастание ее роли во всех сферах жизни. Это сопровождается возникновением таких явлений как кризис семьи, девальвация материнства на индивидуальном и социальном уровнях. В Российской Федерации с 90-х годов XX в. продолжает увеличиваться число бездетных гражданских браков и неполных семей. Отмечается тенденция к росту девиантных форм материнского поведения [1].

Указанные обстоятельства актуализируют необходимость медико-социологического анализа современной практики подготовки беременной женщины к выполнению роли матери, с целью корректировки деятельности медицинских учреждений в данном направлении, так как именно на этапе беременности закладываются основные алгоритмы поведения будущей матери. Для того, чтобы понять сущность современных практик родовспоможения, а также процессов, связанных с реформированием системы акушерско-гинекологической помощи, необходимо восстановить историческую динамику российских институтов родовспоможения.

Цель исследования: изучить историю становления акушерско – гинекологической помощи в России.

Результаты и обсуждение

Схематично можно выделить три этапа в истории отечественных институтов родовспоможения. Первый этап это институт повитух. Оказание помощи рожаящей женщине – один из древнейших видов медицинской помощи. Изначально ее оказанием занимались бабки-повитухи. К самым ранним произведениям русской литературы, в которых затрагиваются вопросы акушерства, следует отнести сочинение внучки Владимира Мономаха царицы Зои, носящее название «Алимма» (Мать). Оно относится к началу XII столетия и является попыткой систематизации разрозненных медицинских знаний того времени [2].

Родовспоможение в традиционном обществе ритуализировано. Этнографические исследования реконструируют сложную родильную обрядность, которая отражает мифологическую картину мира данной культуры. В традиционном обществе роды это сакральное событие, являющееся обрядом перехода и для матери, и для ребенка. Повитуха выполняет ряд магических, медицинских и бытовых функций, способствующих удачности перехода. [3]

В конце XV века в период княжения Ивана III (1462-1505) в России появляются первые иностранные врачи, но так как к их помощи могли прибегать только знатные боярские роды, акушерская помощь для основной массы населения по-прежнему продолжала оставаться в руках бабок-повитух. «Повивальные бабки», так именовались на Руси женщины, оказывающие пособие роженице, приглашались только при трудных родах, в легких случаях повитуха приходила после родов для перевязки пуповины и первого пеленания ребенка.

Функции повивальных бабок, помимо первого ухода за младенцем, были весьма разнообразны и заключались в исполнении с давних времен установленных обычаев, заговоров и различных рукодействий. Так, чтобы «развязать» роды, повитуха расплетала роженице косы, развязывала на одежде все узелки, ходила с роженицей до полного изнеможения последней, встряхивала, разминала живот для «правления» плода. При этом, чем более повитуха знала подобных приемов, ускоряющих роды, тем более опытной и знающей она считалась в «бабичьем деле» [4]. Таким образом, повитуха выступала в роли неотъемлемой спутницы, обладательницы сокровенного знания, сопровождавшей роженицу в момент ее перехода в новый статус. Повитуха выполняла не только медицинскую, но также психологическую и социальную функции.

Государство на данном этапе принимало минимальное участие в вопросах охраны здоровья населения в целом и родовспоможения в частности. Лишь к концу XVII века относится так называемый «Патриарший лечебник», в котором среди 1055 различных параграфов имеются указания на методику лечения плохо развитых сосков, белей, неправильного положения плода, затянувшихся родов, родов мертвым плодом и послеродовых заболеваний. При этих болезнях рекомендовалось принимать внутрь смеси различных трав. В некоторых рукописных лечебниках упоминаются различные «заговоры», распространенные в народной медицине того времени.

Преобразовательная деятельность Петра I в начале XVIII века была вызвана жизненной необходимостью для русского государства развивать производительные силы. Это требовало больших человеческих ресурсов. В этой связи было обращено серьезное внимание и на состояние здравоохранения в стране. Были созданы первые лечебные учреждения и медицинские школы. В 30-х годах XVIII столетия был впервые поставлен вопрос об акушерском образовании старшим врачом Медицинской канцелярии П. З. Кондоиди. В 1754 г. Правительствующим сенатом был утвержден проект организации «бабичьих школ», имевших целью подготовить научно-образованных акушеров, «присяжных бабок».

Школы в Москве и в Санкт-Петербурге были открыты только в 1757г., когда Сенат отпустил необходимые для этого средства. Тем не менее, деятельность школ была весьма скромна: за 20 лет Московская школа подготовила всего 35 повивальных бабок, из которых только 5 были русские. Проект также предусматривал организацию экзаменов для бабок, не получивших специального

образования, но обладавших значительным практическим опытом. Бабки без аттестата не имели права оказывать акушерскую помощь. Таким образом, государство впервые организовало обучение и попыталось взять под контроль деятельность медицинского персонала, занимающегося родовспоможением. [5]

С этого момента можно говорить о начале второго этапа в развитии отечественных институтов родовспоможения – медицинском, или научном. При этом как отмечают Рыбакова Н.А., Телишева Л.В., Малыгина Н.А, по мере того, как вынашивание и роды все больше переходили в сферу медицинской технологии, ответственность за сам процесс и его исход переносилась с будущей матери и ее семьи на медицинское учреждение, осуществлявшее руководство в родах. [6]

В 1761 г. М.В. Ломоносов, в письме к министру И. И. Шувалову «О размножении и сохранении российского народа» наметил целостную систему мероприятий для развития повивального искусства в России, в том числе, составить русское руководство по акушерству, положив в основу труды европейских ученых и богатейший опыт русских повивальных бабок. Таким образом, обучение акушерству и образование родовспомогательных учреждений на государственных началах в России начались лишь во второй половине XVIII века как неотъемлемая задача в связи с экономическим и культурным развитием российского государства.

В 1765 г. в курс медицинского факультета было включено преподавание акушерства. В 1775 году была опубликована речь профессора Московского университета С.Г. Зыбелина, «Слово о правильном воспитании с младенчества в рассуждении тела, служащем к размножению в обществе народа». В этой книге он впервые разделил детскую смертность на дородовую, во время и после родов и дал ряд ценных указаний о режиме беременных, о диете и физической нагрузке во время беременности, подчеркнул важность родительского здоровья и их ответственного поведения перед будущим ребенком. [7]

При московском и петербургском воспитательных домах были организованы родовспомогательные заведения, сыгравшие значительную роль в развитии родовспоможения и гинекологической помощи. Они выполняли двоякую функцию: в них преподавались акушерство и женские болезни, и это были первые стационары для организованной акушерской помощи.

К последней четверти XVIII столетия относится и расцвет деятельности Нестора Максимовича-Амбодика, который справедливо считается основоположником русского научного акушерства. Среди многочисленных печатных трудов Н. М. Максимовича наибольшую известность и значение имела книга «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1784-1786). Это было первое оригинальное руководство по акушерству, написанное на русском языке.

Таким образом, вторая половина XVIII столетия характеризовалась становлением отечественного научного акушерства на базе впервые созданных государственных учреждений. В это же время было положено начало специальному среднему и высшему акушерскому образованию. Со становлением научной картины мира происходит десакрализация родов и их медиализация. Фигура повитухи постепенно заменяется фигурой носителя медицинских знаний, врача и акушера. Однако на попечение института клиники роды переходят достаточно поздно. Это социальное явление уже XX века, до XX века роды находились в ведении домашнего акушерства, семейной медицины. Кроме того, профессионализация домашнего акушерства не была тотальной. Эта область медицины оставалась популярной, в ней сохранялись многие черты родильной обрядности, хотя доминирующей парадигмой осмысления этого процесса постепенно становилась все же медицина и медицинское знание

В 1869 г. в Петербурге, в 1880 г. в Москве, а затем и в некоторых других городах открываются родильные приюты для оказания бесплатной квалифицированной помощи неимущему населению. При губернских и уездных больницах появляются родильные отделения, организуется разъездная акушерская помощь. В организацию медицинской помощи населению постепенно вовлекаются и земские губернии. Рост акушерской помощи в этот период намного превышал предыдущие годы, однако был крайне незначителен по сравнению с потребностью в ней населения. Акушерская помощь населению была не только скудной количественно, но и неполноценной качественно. Так, почти полностью отсутствовала помощь больным беременным, поликлинической же и профилактической помощи им не существовало. 98% крестьянок продолжали рожать с повитухами.

В дореволюционной России родовспоможение, особенно стационарное, находилось в чрезвычайно неблагоприятном состоянии. По собранным Рейном Г.Е. данным, по всей России на 1902 год было 9 000 акушерок, из них 6 000 жили в городах, и только 3 000 – в сельской местности. Охват стационарной акушерской помощью в России перед I мировой войной достигал в городах 4,3%, в сельских местностях – 1,6%, в Европейской России насчитывалось всего 6876 родильных коек (при потребности 160 000). По итогам переписи 1897 года показатель детской смертности превышал 300 промилле. [8]

Характерной чертой государственной политики начала XX в. в отношении семьи было отсутствие законодательства об охране материнства и младенчества. Помощь беременным женщинам в системе государственных лечебных учреждений практически не оказывалась. В сельской местности акушерская помощь отсутствовала, смертность женщин вдвое превышала смертность мужчин. Число родов, проходивших под наблюдением врача, составляла в Московской губернии – 9,9%, Нижегородской – 2,8%, Воронежской – 1,7%. Аборты были запрещены, женщины, их совершившие, лишались всех прав и ссылались в Сибирь на поселение. [9]

В начале XX века младенческая смертность на 1000 родившихся составляла в России 27,4, в то время как в Норвегии – 7,9, Франции – 13,7, Японии – 15,2. Система общественного воспитания детей находилась в зародыше. Системы социальной защиты семьи также не существовало. Таким образом, государство не признавало материнство и воспитание детей социально значимыми функциями.

После установления нового общественного устройства в октябре 1917 г. политика в отношении семьи кардинально изменилась. Параллельно со становлением законодательства о семье в 1920-е гг. начала формироваться государственная система охраны материнства и детства.

В ноябре 1917 г. был организован наркомат государственного призрения (позднее – наркомат социального обеспечения). Созданный при наркомате отдел по охране материнства и младенчества объединил в государственную систему все родовспомогательные и детские учреждения, развернул работу по организации детских садов, приютов, детских и женских консультаций, родильных домов. Началась подготовка кадров для работы в этих учреждениях. К 1923 г. в стране было развернуто около 1500 яслей, домов матери и ребенка, молочных кухонь, консультаций. [9]

8 июня 1944 г. был принят Указ, отбросивший законодательство на столетие назад. Государство ввело налог за бездетность не только для холостяков, но и для граждан, имеющих одного или двух детей. Параллельно государство увеличило размеры пособий

одиноким матерям, беременным женщинам, установило почетное звание «Мать-героиня», орден «Материнская слава» и медаль «Медаль материнства». Данные меры сопровождались ростом учреждений материнства и младенчества.

В XX веке контроль за прокреативной сферой стал одним из важных пунктов в социальной политике многих государств. Государственный контроль над рождаемостью обрел институциональную форму родильного дома. Депривация события рождения человека, перемещение этого события в публичное пространство государственного учреждения клиники привели к существенным изменениям практик родовспоможения. Распространение в XX веке государственного контроля над репродукцией в сочетании с медицинским контролем позволяет говорить о том, что рождение человека становится важной сферой для обретающей силу биополитики.

В России в середине 1970-х гг. были изданы законодательные акты о льготах для беременных женщин и женщин, имеющих детей до полутора лет, был введен частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком на срок до года и утвержден размер государственного пособия по уходу за ребенком. В 1984 г. женщины, имеющие детей, получили право работать по скользящему графику. В результате к 1990 г. семья имела 15 видов пособий и льгот, связанных с осуществлением женщиной функций материнства, однако по своему размеру они не занимали какой-либо существенной доли в доходах семьи. В реальной жизни семья испытывала значительные трудности, поскольку в политике господствовал остаточный принцип расходования средств на социальные нужды.

Объективные социальные процессы в современном российском обществе стимулируют повышение профессионального и образовательного уровня женщины, возрастание ее роли во всех сферах жизни. Это сопровождается возникновением таких явлений как кризис семьи, девальвация материнства на индивидуальном и социальном уровнях. В Российской Федерации с 90-х годов XX в. увеличивалось число бездетных гражданских браков и неполных семей, все это продолжалась и в начале XXI века. Отмечалась тенденция к росту девиантных форм материнского поведения [1].

Вследствие этого начало XXI века в России ознаменовано серьезными изменениями в демографической политике государства. Согласно результатам исследования, проведенного Росстатом в 2009 году, 15,3% опрошенных отметили, что рождение второго ребенка может быть ускорено мерами демографической политики [10]. Как часть социальной политики, демографическая политика выполняет функцию создания условий и поддержания репродуктивного здоровья населения. Важным документом, содержащим принципиальные положения стратегии государства в области репродуктивного здоровья, является «Концепция демографического развития РФ на период до 2025 г.» [11], реализация которой направлена на увеличение продолжительности жизни населения, сокращение уровня смертности, роста рождаемости, регулирование внутренней и внешней миграции, сохранение и укрепление здоровья населения и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране.

Реализация демографической политики приносит свои плоды. В Послании Федеральному собранию 30 ноября 2010 года Президент России Дмитрий Медведев изложил свою позицию по основным направлениям развития экономики, социальной сферы, политической системы страны, вопросам безопасности и обороны. Было отмечено, что рождаемость в России по сравнению с 2005 увеличилась более чем на 21%, младенческая смертность сократилась на четверть. В 2009 году, впервые за 15 лет, «удалось выйти на рост численности населения» [12].

По сравнению с 2006 годом число родов увеличилось на 8,4% (с 1454366 до 1576053). Уменьшилось на 7,4% число аборт (с 1407042 до 1302480). Доля родов в структуре всех беременностей, зарегистрированных в медицинских учреждениях Минздравсоцразвития РФ, увеличилась с 50,8% в 2006 г. до 54,8% в 2007 г. Частота абортов снизилась с 35,6 на 1000 женщин фертильного возраста в 2006 г. до 33,3 в 2007 г. В то же время, чрезвычайно опасным явлением остается рост в стране числа самопроизвольных прерываний беременности (с 168 026 в 2006 г. до 173 938 в 2007 г., или на 3,5%) и криминальных абортов (с 1221 до 1351, или на 10,6%). Причем распространенность криминальных абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста увеличилось на 11,7% (с 0,031 до 0,035) на фоне устойчивой тенденции снижения показателя в предыдущие годы. Снизилась заболеваемость беременных по всем нозологическим формам, кроме сахарного диабета, частота которого увеличилась с 2006 по 2007 год на 17,4% [13].

В рамках национального проекта «Здоровье» зафиксирована система преимуществ и льгот, связанных с решением проблем сохранения и укрепления здоровья матери и ребенка, повышения качества и доступности оказания медицинской помощи в период беременности и родов, создания условий для рождения здоровых детей.

С 1 января 2006 года в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения осуществляется программа «Родовой сертификат» [14]. Введение с 1 января 2006 года во всех регионах Российской Федерации родовых сертификатов имеет своей целью повышение материальной заинтересованности медицинских учреждений в предоставлении качественной медицинской помощи. В медико-экономическом плане характер, состав и объем средств, входящих в структуру родового сертификата представлен следующим образом: талон № 1 родового сертификата, предназначен для оплаты услуг, оказанных женщинам учреждениями здравоохранения в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе; талон № 2 родового сертификата, предназначен для оплаты услуг, оказанных женщинам учреждениями здравоохранения в период родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах; талон №3 родового сертификата (включен с 2007 года) предназначен для оплаты услуг детской поликлиники по диспансерному наблюдению ребенка в первый год жизни. Родовой сертификат служит подтверждением оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов учреждениями здравоохранения. Учреждения здравоохранения передают эти талоны в отделения Фонда социального страхования. Медицинские учреждения дополнительные к обычному бюджетному финансированию средства получают за каждую пациентку при условии, что роды завершились благополучно.

В 2006 году по родовым сертификатам учреждения родовспоможения РФ получили из федерального бюджета 9,1 млрд. руб. Медицинская помощь была оказана 1,3 млн. женщин. В 2009 и 2010 гг. году в рамках программы родовых сертификатов было запланировано оказание медицинской помощи 1,6 млн. человек. На эти цели правительство выделило из федерального бюджета 14,5 млрд. руб. [15].

Заключение

Таким образом, эволюция институтов родовспоможения в России имеет достаточно долгую историю, в процессе которой произошла значительная трансформация взглядов в отношении беременности и родов. Изначально к процессу родов относились как к ритуалу, во время которого роженицу сопровождала повитуха, выполняющая как медицинские, так и психологические функции. Можно говорить о том, что на данном этапе существовала определенная гармония женщины с собой и собственным телом в момент вынашивания ребенка. В современных реалиях на беременность смотрят с точки зрения медицинской проблемы, что существенно трансформирует взгляды женщин на себя и свое тело в состоянии беременности и родов, а также способствует размыванию границ общественного пространства и пространства частной жизни беременной женщины.

Литература

1. В. И. Брутман, А. Я. Варга, И. Ю. Хамитова // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 2. – С. 79-87.
2. Петров, Б. Д. Очерки истории отечественной медицины. – М., 1962. – 304 с.
3. Этнография детства: сб. фольклорных и этнографических материалов / Рос. фонд культуры ; сост. Г. М. Науменко. – М.: Беловодье, 1998. – 390 с.
4. Руководство по акушерству и гинекологии: в 6 т. – М.: Медгиз, 1961. – Т. 1. – 520 с.
5. Жордания, И. Ф. Учебник гинекологии – М.: Медгиз, 1962. – 412 с.
6. Рыбакова, Н. А. Психосоциальная работа с женщинами и семьями, ждущими ребенка / Н. А. Рыбакова, Л. В. Телишева, Н. А. Малыгина / под ред. Н. А. Рыбаковой. – Псков, 2002. – 144 с.
7. Зыбелин, С. Г. Слово о правильном воспитании с младенчества в рассуждении тела, служащем к размножению в обществе народа - М., 1954. – С. 1819-1823.
8. Леви М.Ф. Аборт и борьба с ним 2-е изд., испр. М., 1937 – 61 с.
9. О. А. Хасбулатова, А. В. Смирнова // Женщина в российском обществе. – 2008. – № 3. – С. 7
10. Краткие итоги выборочного обследования «Семья и рождаемость» / Росстат URL: http://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm
11. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года / Официальный сайт министерства образования и науки РФ. URL: <http://mon.gov.ru/press/news/4194/>
12. Послание президента Федеральному Собранию. М., 2010. URL: <http://news.kremlin.ru>
13. Суханова Л.П., Скляр М.С., Уткина Г.Ю. Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в России // Здравоохранение РФ. 2008. № 5. С. 37-39.
14. Материнство и здоровье детей : проект. URL: <http://www.rost.ru/>
15. Российская Федерация. Министерство здравоохранения и социального развития. О родовом сертификате : приказ от 28 ноября 2005 г., № 701 Минздравсоцразвития РФ / Российская Федерация, Министерство здравоохранения и социального развития. URL: <http://www.minzdravsoc.ru>

ID: 2016-01-24-T-5928

Тезис

Герасимова Д.А.

История сельской медицины в лицах

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

В Аткарском районе есть замечательное село Озёрное. С 30-х годов 20 века в селе начинает развиваться медицинское обслуживание населения.

Расцвет медицины в селе связан с именем известного хирурга, Кашеева Алексея Алексеевича. Во время Великой Отечественной войны он полковой разведчик. Тяжелейшие ранения не позволили ему продолжить службу. Возможно невероятные усилия военных хирургов, подаривших молодому разведчику жизнь, заставили Алексея Алексеевича задуматься о профессии врача, а точнее хирурга.

В 1949 году после 6-ти лет учёбы А. А. Кашеев приезжает в Дурасовский район и возглавляет местную больницу. Он хорошо помнит напутствие старого профессора: «Не забывайте, что под ножом хирурга самое дорогое — жизнь человека. Человека». Особенно большое влияние на впечатлительного студента оказал заведующий кафедрой детской хирургии академик С. Р. Миротворцев. Ровный, четкий, внимательный, после беседы с ним больной прониклся верой в собственное выздоровление. Другой видный хирург, профессор Краузе, послужил примером точности, рациональной педантичности врача. Он внушал студентам, что в любой, даже в самой небольшой и несложной операции нельзя позволять себе быть небрежным. Кашееву повезло на талантливых учителей. И он оказался способным воспитанником.

За годы работы он создал многопрофильную больницу с клинической и биохимической лабораториями, рентгенологическим и физиотерапевтическими кабинетами. Больница была базой для прохождения врачебной практики студентами Саратовского медицинского института. За годы работы сделал свыше 6000 операций. В стенах этой больницы делались операции по удалению опухолей, по лечению язвы желудка. А.А.Кашееву приходилось выводить пациентов из состояния клинической смерти. На крупнейшем участке не было детской смертности, опасных инфекционных заболеваний, трагических осложнений послеоперационного порядка. На современном медицинском уровне велась профилактическая работа.

В 1961 году за заслуги в деле охраны здоровья трудящихся присвоено звание "Заслуженный врач РСФСР".

45 лет отдал А.А.Кашеев своей больнице. Не променял её ни на больницу районного центра, ни клиники в области, куда его приняли бы с великой радостью.

В 2004 году состоялось открытие мемориальной доски в память о заслуженном враче РСФСР, хирурге А.А. Кашееве. Его имя присвоено участковой Озерной больнице. И тем больнее видеть, что стало с его детищем. На несколько сёл с населением в несколько тысяч только служба скорой помощи и один врач общей практики на все случаи. С уходом А.А.Кашеева прекратилось и достойное медицинское обслуживание села Озёрного и других близлежащих сёл.

Ключевые слова: сельская медицина, Кашеев Алексей Алексеевич

ID: 2016-01-27-T-5933

Тезис

Тимошин Н.А., Маркелов В.Д.

Развитие отечественной медицины в период правления Екатерины II и сравнение её с некоторыми сторонами современной медицины*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

Рассматривая медицину в период начала эпохи правления династии Романовых, можно увидеть, что уровень здравоохранения был всё же на невысоком уровне. Это можно судить по распространению разных опасных заболеваний на территории государства, несмотря на многие преобразования в данной области, сделанные правителями до Екатерины II. Если же изучать вопрос развития медицины в период правления Екатерины II, можно заметить существенные изменения, коренным образом повлиявшие на уровень здоровья населения Российской империи.

Итак, в 1775 году как часть Губернской реформы был создан Приказ общественного призрения, который осуществлял строительство и содержание приютов, больниц и других медицинских учреждений, доступных разным слоям населения. Одним из первых таких преобразований стало открытие домов для душевнобольных. Первый «жёлтый дом» появился в 1776 году в Новгороде, а затем в окрестностях Москвы и Петербурге. Были открыты Павловская и Екатерининская больницы для бедных. Так же с 1764 года было начато создание Воспитательных домов для оставленных младенцев и детей-сирот по проекту И.И. Бецкого. Роженицы, решившие оставить младенца, могли не называть себя и рожали в маске - всё сохранялось в секрете. Можно сделать вывод, что понятия медицинской этики в те времена соблюдались наиболее тщательно, чем в настоящее время. Немаловажным достижением медицины стало начало практики оспопрививания.

Изучив реформы Екатерины II в области медицины, можно убедиться, что уровень здоровья в стране сравнительно увеличился, хотя некоторые проблемы остались нерешёнными, ряд задач был выполнен, у людей всех слоёв населения появилась возможность защититься от многих заболеваний. Преобразования при Екатерине II положили начало лечению многих заболеваний в России и улучшению здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, медицина, преобразование, здоровье, Екатерина II

ID: 2016-01-8-T-5941

Тезис

Камышникова А.В., Роткина Т.В.

Исследование культуры питания студентов - как фактора здорового образа жизни

ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России

Проблема здорового питания — одна из самых актуальных в наши дни, особенно для студентов. Хроническое недосыпание, нарушение режима дня и отдыха, характера питания и интенсивная информационная нагрузка могут привести к нервно-психическому срыву. В компенсации этой негативной ситуации большое значение имеет правильно организованное рациональное питание.

Цель исследования: изучение культуры питания студентов - как фактора здорового образа жизни.

Задачи:

1. Изучить особенности питания студентов (рацион, режим питания, вредные привычки).
2. Сравнить культуру питания студентов 1 и 3 курсов ГОУ ВПО Кир ГМА.

Материал и методы. Исследование проводилось в октябре 2015 года на базе ГБОУ ВПО Кир ГМА. В качестве респондентов выступили студенты 1и 3 курсов педиатрического факультета. Всего опрошено 61 человек, из них 25 студентов 1 курса (средний возраст 17 лет \pm 0,85) и 36 студентов 3 курса (средний возраст 20 лет \pm 0,10). В ходе исследования было проведено анкетирование. Полученные данные обработаны с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. В результате анкетирования выявили: 1) не соответствие режима и рациона питания студентов существующим нормам и рекомендациям специалистов. Причиной данного несоответствия является не правильное распределение времени в течение дня, также трудное материальное положение, в связи с которым приходится отказывать себе в сбалансированном питании. 2) третьекурсники питаются рациональнее и правильнее, за счет того что у них имеется уже приобретенный опыт по медицинским дисциплинам. Это видно из исследовательских данных. Студенты 1 курса не завтракают ($p=0,05$), это может быть связано с тем, что они не высыпаются из- за этого встают не вовремя на занятия, либо привыкли вовсе не завтракать по утрам. Первокурсники больше отдают предпочтение жаренной и копченой пище ($p=0,05$), что связано с не знанием о ее вредности, у студентов 3 курса наоборот все иначе, чаще употребляют постную, варенную и паровую пищу, что свидетельствует о приобретении знаний ($p=0,05$). Можно заметить, что студенты 1 курса по сравнению с 3 реже употребляют свежие овощи и фрукты, рыбу и мясные продукты ($p=0,05$). Так же нельзя упустить из виду, что у студентов как 1 так и 3 курсов в рацион питания входят молочные и кисломолочные продукты ($p >0,05$). Это может говорить о том что, учащиеся одинаково знают о полезном влиянии на организм молочных продуктов. Независимо от того, на каком курсе обучаются студенты, они знают о вреде хот - догов, сэндвичей, гамбургеров и прочих мучных и жареных изделий и поэтому не употребляют их ($p >0,05$). Обучающиеся, как 1 так и 3 курсов, чаще не употребляют пищу перед сном ($p=0,812$).

Заключение. Таким образом, рацион питания и режим питания студента требует корректировок, с учетом умственной, физической, психологической активности.

Ключевые слова: питание, студенты, здоровый образ жизни

ID: 2016-01-28-T-5949

Тезис

Попова М.Н., Чурилова А.А.

Традиции скифской медицины

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

*Народная медицина –
ровесница человека на земле.
Л.Моргант, Э.Гейлор*

Народная медицина является альтернативной медициной, состоящей из совокупности эмпирических и практических знаний о лечебных средствах и их применения на практике.

Каждая нация и народность имеет свое само врачевание, начало которого скрывается в колыбели человечества.

Предвестниками медицины Руси являются скифы. Скифская эпоха берет свое начало с VI-IV в до н.э. в античном мире Скифы являлись фитотерапевтами знатоками в лечебных средствах животного, растительного и минерального происхождения, а также поставщиками растительного лекарственного сырья « скифской травы».

Многие древние знахари в своих трудах описывают лечебные свойства растений. Так Овидий Назон, живший изгнанником в скифских степях, в своих элегиях описывает свойства полыни: «...печальный полынь торчит по пустынным полям, и горькое растение соответствует своему месту».

Очевидно, что жители древней Руси заимствовали методы врачевания и лекарства у скифов. При хирургическом лечении скифы применяли обезболивающие средства, такие как опьянение, опий, корни мандрагоры, для того, чтобы такие операции, как вправления вывихов, лечение переломов, разрезание абсцессов, ампутация конечностей и вырывание зубов, были менее болезненными для пациента.

На сегодняшний день методы лечения, профилактики, диагностике и подходы к обучению в значительной степени отличаются от древних. Но память об истоках медицины и ее основателях следует сберечь.

Многие навыки и достижения в области медицины скифов легли в основу современных методов лечения и успешно используются на практике. Так травы, используемые скифами, нашли свое применение в современной фармации. Многие компоненты этих трав являются основами современных медикаментов.

Нынешнее поколение врачей может чувствовать себя счастливыми, потому, что как никогда прежде, оно обладает большими возможностями в диагностике и лечении заболеваний. Усовершенствованы диагностика и неотложная терапия, расширились возможности хирургии и протезирования. И все это произошло благодаря деятельности скифов.

На сегодняшний день скифская медицина не перестала быть популярной, поскольку свои ростки она пустила в развитие многих стран. В числе этих стран, несомненно, оказалось и русское государство.

Таким образом, использование народной медицины имеет твердую основу опыта и накопленных знаний, а также многовековое подтверждение в достоверности действия.

Ключевые слова: традиции, скифская медицина

ID: 2016-01-28-T-5960

Тезис

Граммкова И.И., Савенкова М.В.

Возникновение врачебных съездов и научных обществ в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.

Развитие здравоохранения в России в конце XIX-начале XX вв. было связано с общим процессом модернизации страны. Впервые идея проведения периодических съездов русских врачей зародилась в мае 1881 г. в Москве. Согласно положениям Устава, разработанного А.Н. Соловьевым и Н.В. Склифосовском, главная цель Общества, учрежденного в память Н.И. Пирогова, состояла «в разработке научно-врачебных вопросов, а равно и вопросов, касающихся до врачебного быта соединенными силами врачей Петербурга и Москвы, если возможно, то и всей России». А организационной формой для объединения сил врачей должны были стать съезды Общества, получившие в последствие название Пироговских.

I Пироговский съезд врачей состоялся 26-31 декабря 1885 г. в Санкт-Петербурге и по составу его участников приобрел статус всероссийского.

4 января 1887 г. собрания на II Пироговский съезд съехались около 1300 врачей. Вдвое увеличилось количество секций и научных докладов, сделанных во всех заседаниях съезда.

III Пироговский съезд состоялся в Санкт-Петербурге 3-10 января 1889 г. Количество его участников возросло до 1648 человек (45 областей и губерний России).

IV Пироговский съезд прошел в Москве с 3 по 10 января 1891 г.

В работе V Пироговского съезда (27 декабря 1893 г.-3 января 1894 г.) участвовали около 1200 врачей, а количество его секций возросло более чем в два раза в сравнении с предыдущим съездом.

VI Пироговский съезд (1895 г.)

VII Пироговский съезд врачей, прошедший в Казани с 28 апреля по 5 мая 1899 г.

Заседания VIII Пироговского съезда проходили в Москве с 3 по 10 января 1902 г.

IX Пироговский съезд прошел в Санкт-Петербурге с 4 по 11 января 1904 г. и по количеству участников был самым многочисленным (2300 делегатов).

X Пироговский (25 апреля-3 мая 1907 г.) съезд проходил в Москве под председательством С.С. Салазкина.

XI Пироговский съезд, посвященный 100-летию юбилею Н.И. Пирогова, работал в Санкт-Петербурге с 21 по 28 апреля 1910 г.

XII Пироговского съезда прошел в Санкт-Петербурге с 29 мая по 5 июня 1913 г.

Роль съездов: обобщенные и сформулированные Пироговскими съездами единые подходы к организации медицинской помощи населению страны и основополагающие принципы системы государственного здравоохранения были положены в основу советской системы здравоохранения и остаются актуальными до настоящего времени. В.И. Радулович, характеризуя их взаимосвязь, отмечал, что «медицинские провинциальные общества-это ручейки и речки практического медицинского знания, они несут воды в море русской науки-Пироговский съезд».

Ключевые слова: врачебные съезды, научные общества

Становление и развитие земской психиатрической службы в России в конце XIX – начале XX вв. (на материалах Саратовской губернии)*ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград***Резюме**

Рассматривается становление земской психиатрической службы в Саратовской губернии на рубеже XIX-XX вв. Выявлены факторы прогрессивных изменений в оказании медицинской помощи душевнобольным в России пореформенного периода.

Ключевые слова: земская медицина, психиатрия, система "нестеснения", душевнобольные

«Душевные болезни» были известны людям задолго до появления психиатрии как специальной области медицинской науки. В Древней Руси существовало представление о душевной болезни, как о проявлении божьей воли и божьего гнева, о чем свидетельствуют сами названия душевных болезней: «божья немочь», «божье», «бешенство». Иногда психически больных называли «божевольными» и «божегневными», что указывает на соединенное с этими болезнями представление о карающем божестве.

Основными средствами лечения были: молитвы, заговоры, кровопускание. Вера в божественное происхождение душевных болезней обусловила определение душевнобольных на попечение монастырей. Лишь в XVIII в. в России появляется государственная система призрения и медицинского наблюдения за душевнобольными. В 1762 г. Петр III издал приказ о постройке доллгаузов (от нем. toll – безумный, сумасшедший, haus – дом): «Безумных не в монастыри определять, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно и в иностранных государствах учреждены доллгаузы...» [9, с.204]. В дальнейшем, уже при Екатерине II, в ходе губернской реформы 1775 г. были учреждены Приказы общественного призрения, занимавшиеся вопросами здравоохранения в губерниях, в т.ч. учреждением отделений для лиц с психическими расстройствами при больницах и строительством специализированных «желтых домов». В 1776 г. в московской Екатерининской больнице появились первые 26 коек для душевнобольных. Находились они в общих палатах вместе с соматическими больными под наблюдением терапевтов. Истории болезней на больных не заводились. В 1787 г. из Екатерининской больницы выделилась Екатерининская богадельня, куда был назначен в 1792 г. по указанию Екатерины II специальный врач-лекарь Федор Рашке [15, с.49]. Он обязан был лечить душевнобольных, находящихся в богадельне и инвалидном доме. С этого времени психически больные в Москве получили возможность находиться под постоянным наблюдением специального врача и получать медицинскую помощь.

К 1860 г. в России было открыто 43 специализированных учреждения для лечения душевнобольных. Однако население редко прибегало к такой «помощи»: больницы приказов общественного призрения были тесны, не обеспечены медицинским персоналом и скорее представляли собой богоугодные, чем лечебные учреждения. По свидетельству современников, в качестве мер стеснения применялись железные цепи, «ремни сыромятные» и смирительные камзолы [9, с.234]. Также в ходу были рвотные средства, кровопускание и пиявки.

Новый виток в развитии медицинской помощи душевнобольным связан с земской реформой 1864 г. и становлением земской медицины. В Саратовской губернии моменту созыва первого земского собрания в 1866 г. функционировал дом душевнобольных приказа общественного призрения. О порядках в нем говорили, что они «хуже тюремных», а «лечение производится железными цепями и смирительными рубашками» [2, с.19]. Здесь содержались лица, совершившие преступления, а также «буйные», беспокойные больные. Позднее земские деятели отмечали: «О лечении не было помину, так как душевнобольные считались неизлечимыми; вся задача сводилась к ограждению общества от опасных и ненужных ему членов» [2, с.30-31]. От приказа общественного призрения саратовский дом душевнобольных перешел в ведение губернского земства. Дом был передан земству недостроенным, 50 пациентов помещались в двух полуразрушенных зданиях.

Первоначально земские мероприятия сосредоточились лишь на финансировании этого учреждения: в 1867 г. на ежедневное содержание каждого больного земством выделялось 37 коп. Однако вскоре земцы заговорили об улучшении условий жизни больных и возможности их лечения: «В общество стали проникать уже получившие на западе право гражданства взгляды на душевнобольных, именно, что они такие больные, которых следует лечить и облегчать их положение» [3, с.3]. С 1866 по 1874 г. расходы на содержание дома выросли в 1,5 раза: с 8 тыс. до 12 тыс. руб. В 1874 г. было выделены средства на постройку новых палат. В 1876 г. расходы составили более 15-и тыс. руб., в 1882 – более 17-и тыс. [14, с.564-569]. Земское собрание 1881 г. постановило преобразовать дом в психиатрическую лечебницу [4, с.46]. С 1883 г. в должности директора лечебницы начал работу известный врач-психиатр Самуил Иванович Штейнберг. В 1860-е гг. он возглавлял Печерский дом душевнобольных в г.Могилеве и прославился применением «системы нестеснения» больных, уже получившей признание в европейских странах. Так, во врачебном отчете за 1875 г. С.И. Штейнберг писал: «У самых бешеных я не употреблял смирительных рубашек, и мне всегда удавалось помещением их в отдельной комнате и мягкими словами избежать насилия» [8]. Под его руководством и в саратовской лечебнице перестали использовать «тюремные» методы, ввели трудотерапию, работы на воздухе.

Однако, несмотря на введение новых методов лечения, условия жизни больных в лечебнице оставались неудовлетворительными. Выполняя государственную повинность по содержанию психически больных преступников, земская лечебница почти всегда была переполненной. Пытаясь уклониться от этой обязанности и тем самым решить проблему переполненности больницы, губернское земское собрание 1880 г. постановило: «Признать обязательным содержание дома умалишенных лишь в настоящих его размерах» [3, с.1]. Решение было опротестовано губернатором, согласно указу Сената 1871 г. о том, что количество больных не может быть ограничено. Поскольку процент выписок оставался небольшим (около 10%), проблема переполнения продолжала сохраняться [10, л.71-72]. Для ее решения в течение 1884-88 гг. было выстроено новое здание на 100 мест [6, с.240-247]. Однако в 1888 г. среднее ежедневное число больных составило 193 человека, т.е. лечебница вновь оказалась

переполненной вдвое. Попытки ограничения приема больных, предпринятые земскими гласными, вновь были отменены Сенатом [11, л.22-23]. В 1889 г. кн. С.А. Щербатов пожертвовал земству 25 тыс. руб. Они были направлены на покупку земли для строительства филиала лечебницы за городом на 50 человек (строительство обошлось земству в 37 тыс. руб.) [12, л.16]. Планы постройки загородной колонии рассылались для рассмотрения специалистам по психиатрии. К 1890 г. в главном корпусе лечебницы количество койкомест было увеличено число до 200. В числе больных могли приниматься пансионеры – лица, за которых родственники вносили дополнительную плату за «улучшенное содержание». Расход земства на лечебницу в 1890 г. составил более 40 тыс. руб. Однако годовая стоимость содержания 1 больного (в связи с ростом их числа) ежегодно снижалась: в 1890 г. она составляла 173 руб., в 1893 – 158, 1897 – 156 [2, с.15]. На одного больного в день приходилось 0,38 ф. мяса, 1,0 ф. ржаного хлеба; 0,5 ф. белого хлеба; 1,47 ф. круп и картофеля. На ежедневное питание 1 больного затрачивалось в среднем 12,3 коп. (по России в среднем – 15-20 коп.). Также на 1 больного приходилось менее 1,22 куб. саж. воздуха [2, с.35]. В 1894-1898 гг. в лечебнице находилось в среднем 775 больных в год. Наибольший процент (31%) больных приходилось на г. Саратов и Саратовский уезд, что свидетельствовало о недоступности психиатрической помощи пациентам из селений, отдаленных от губернского города.

В 1895 г. только в мужском отделении находилось 148 больных. Из них 76-и – требовались одиночные палаты, которых в наличии было 21. В лечебнице прибавилось 20 мест, кроме того, 100 мест появилось в колонии. Однако к 1899 г. вместо 233-х койкомест (по штату) лечебница и колония вмещали 340 человек. На каждого больного в 1899 г. в среднем приходилось 1,58 куб. саж. воздуха (в исследованиях по гигиене того времени минимум составлял 2,2 куб. саж. для здорового человека). Для больных, находящихся почти все время в помещении это было совершенно неприемлемо: «больные лежат и на полу, между койками, так как кровать поставить негде, и в коридорах... Тут же в коридорах стоят обеденные столы, больные теснят друг друга и ссорятся из-за того, чтобы иметь возможность свободно владеть рукой во время еды. От тесного соприкосновения больные, и без того в силу повышенной нервной раздражительности очень чувствительные ко всяким... неблагоприятным условиям, раздражаются, ссорятся, а иногда и дерутся друг с другом и не имеют покоя ни днем, ни ночью» [3, с.10-13]. Шум и теснота приводили к обострению заболеваний, росту смертности от инфекций и травм. В 1897 г. процент смертности больных составил 9,63%, в 1898 - 13%. Совершенно другие условия были в загородной колонии. В отчетах врачей о загородной колонии говорилось, что тишина, воздух и физический труд оказывали благотворное влияние на больных, наблюдались случаи выздоровления. Работали здесь больные, способные к физическому труду (которых, впрочем, было немного: крестьяне неохотно отдавали их на лечение). При расходах на содержание душевнобольных, составивших в 1898 г. 53429 руб., доход от колонии составил 1200 руб. [2, с.26]. Хозяйство колонии покрывало 1/5 расходов на ее содержание. Доход от системы пансионата за 1887-1899 г. в 2 раза превысил расходы (соответственно 17672 и 8927 руб., прибыль земства составила 8745 руб., из которых 6792 было пущено на нужды лечебницы). Число желающих поместить больных в пансионат росло: в 1896 г. было всего 16 пансионеров, в 1900 – 45. Плата за них составляла 3,5 руб. в месяц, сверх обязательной платы 7,5 руб. в месяц, что позволяло организовать улучшенное питание этих больных [2, с.32].

Серьезной проблемой в работе лечебницы была нехватка медицинского персонала. Земская комиссия 1900 г. указала на «недостаточность высшего и неудовлетворительность низшего лечебного персонала» [2, с.27]. Медицинский персонал составляли директор, помощник директора и 1-2 ординатора. Этот штат обеспечивал медицинской помощью в 1901 г. лечебницу и колонию (т.е. на 1 врача приходилось 85 больных). Причем колония находилась в 10 верстах от лечебницы. Кроме того, врачи часто вызывались в качестве экспертов в суд, и больные порой оказывались без квалифицированной помощи. Еще более плачевно дело обстояло с низким медицинским персоналом. В течение 1896 г. при штате персонала в 65 человек в больнице сменилось 271 сотрудник, т.е. за год штат больницы сменился 4 раза; за 5 лет 1897-1901 гг. сменилось 728 человек. Причиной «текучки кадров» были тяжелые условия труда и небольшое жалование (60-180 руб. в год). При этом на 1 служителя (санитара) в 1901 г. приходилось 5-6 больных. Земские комиссии отмечали случаи жестокого обращения санитаров с больными. Деятельность С.И. Штейнберга также вызывала критику. По мнению гласных, он скрывал «повреждения больным со стороны служащих», «преследуя дешевизну содержания больных, он заставляет их терпеть холод, голод и пр.» [2, с.29]. Для контроля за работой медицинского персонала было учреждено попечительство, которое могло «во всякое время обозревать лечебницу»; администрации предписывалось в отчетах упоминать обо всех несчастных случаях.

В 1906 г. губернское земское собрание разрешило семейное призрение (патронаж), для организации которого было выделено 1800 руб. (земское пособие на содержание каждого больного составило 10-12 руб. в месяц). Контроль состояния здоровья больных, взятых на патронаж в крестьянские семьи, осуществлялось врачами-психиатрами. Всего на лечебницу в этом году было выделено 129811 руб., в т.ч. на учрежденные лабораторию, амбулаторию и аптеку. Анализ источников земского делопроизводства и периодической печати показывает, что именно с началом функционирования земских учреждений и земской медицины психиатрия выделилась в самостоятельную отрасль медицинской организации. Именно земской психиатрии принадлежит первенство в деле организации лечебной работы, поиск новых форм работы с больными (патронаж, трудотерапия). Особенно можно отметить последние десятилетия XIX века, когда параллельно с Саратовским земством организацию лечебной работы психически больных осуществляли Московское, Курское, Полтавское, Вологодское земства. Принцип «нестеснения» как основа больничного режима прочно вошел в психиатрическую практику. Вместе с улучшением условий содержания больных возрастало и доверие населения к психиатрическим стационарам, росло число пациентов. Социальную значимость земских мероприятий в сфере психиатрии отражает тот факт, что среди больных были представители всех сословий, при абсолютном преобладании крестьян. Так, в течение 1897 г. среди 296 пациентов Саратовской психиатрической лечебницы дворян было 7, духовенства – 7, купцов – 5, мещан – 81, военных – 13, арестантов – 19, казаков – 2, иностранных граждан – 1, крестьян – 140, лиц других сословий – 21 [1]. Нельзя не отметить значительные финансовые вливания земства в сферу психиатрии, направленные на повышение качества медицинской помощи, улучшение условий жизни больных. В начале нового века «Саратовская земская неделя» писала, что «идеалы гласных относительно постановления земской медицины все более растут и расширяются, а желание обеспечить ей наиболее прочный успех берет все более перевес над исключительно экономическими соображениями» [13, с.2].

Литература

1. Государственный архив Саратовской области (ГАСО). Ф.1170. Оп. 1. Д.1.

2. Доклад комиссии, избранной губернским земским собранием очередной сессии 1900 г. для исследования положения Саратовской психиатрической лечебницы. Саратов: Типография губернского земства, 1901. 40 с.
3. Доклад Саратовской губернской земской управы по психиатрическому вопросу 34-му очередному губернскому земскому собранию. Саратов: Типография губернского земства, 1899. 147 с.
4. Журнал очередного Саратовского губернского земского собрания 1881 г. Саратов, 1882. 267 с.
5. Журнал Саратовского губернского земского собрания за 1867 год. Саратов: Типография губернского земства, 1868. 146 с.
6. Журнал XXI очередного губернского земского собрания 12-22 декабря 1886 г. Саратов: Типография губернского земства, 1887. 306 с.
7. Журнал XXXI очередного губернского земского собрания 1-16 декабря 1906 г. Саратов: Типография губернского земства, 1907. 548 с.
8. Исторический очерк развития Могилевской областной психиатрической больницы // Учреждение здравоохранения Республики Беларусь «Могилёвская областная психиатрическая больница (официальный сайт) // <http://mopb.mogilev.by/history.html>
9. Каннабих Ю. В. История психиатрии. Л.: Государственное медицинское издательство, 1928. 204 с.
10. Российский государственный исторический архив (РГИА). Ф.1287. Оп.20. Д.579. Л.71-72.
11. РГИА. Ф.1287. Оп.15. Д.449. Л.1-23;
12. РГИА. Ф.1287. Оп.15. Д.851. Л.1-16.
13. Саратовская земская неделя. 1901. №26.
14. Систематический сборник постановлений Саратовского губернского земства (1866 - 1882). Саратов: Типография губернского земства, 1884. 1130 с.
15. Чернышева И.В. Развитие отечественной медицины в правление Екатерины II. // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев: Материалы Межрегиональной научно-практической конференции (Волгоград, 15-16 сентября 2015 г). Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. С. 41-50.

Земская система медицинской помощи в Царицынском уезде в начале XX века

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград

Резюме

Рассматриваются особенности земской медицинской помощи в Царицынском уезде Саратовской губернии в начале XX века.

Ключевые слова: земская медицина, земский врач, Царицын, медицинский участок

Земская реформа 1864 г. положила начало становлению местного самоуправления в России: появились местные выборные органы – губернские и уездные земские собрания из депутатов-гласных от разных сословий. Постановления земских собраний должны были осуществлять исполнительные органы – земские управы. В компетенцию земств входило устройство и содержание зданий, сооружений и путей сообщения; поддержка торговли, промышленности, сельского хозяйства, страхования, заведывание благотворительными заведениями и «попечение о народном здравии». Последнее определило становление и развитие уникальной системы медицинской помощи – земской медицины.

К началу XX века в Царицынском уезде благодаря инициативам земства сложилась система медицинских участков, обеспечивавшая нужды населения в различных частях уезда. В каждом медицинском участке функционировал врачебный пункт – лечебница (амбулатория) или больница (амбулатория и стационар). В 1866-1867 гг. таких медицинских участков было всего 2, в 1884-1888 - 4 [1, с.14-16]. В 1900 г. в уезде существовало 5 медицинских участков (Пригородный, Дубовский, Ольховский, Балыклейский и Александровский), которыми заведовали 4 участковых врача (Дубовским участком заведовал врач Дубовской земской больницы). Кроме того, в уезде работали 9 фельдшеров и 4 акушерки [2, с.169]. Здесь сложилась т.н. *стационарно-разъездная* система медицинского обеспечения, при которой наряду с работой лечебниц осуществлялись выезды участковых врачей в различные населенные пункты для приема больных.

В первые годы нового столетия продолжалось усовершенствование этой системы. В 1904 г. в уезде работали 7 медицинских участков, в 1905 – 8 (Пригородный, Дубовский, Ольховский, Балыклейский, Мало-Ивановский, Александровский, Липовский и Ерзовский). Также функционировали 5 самостоятельных фельдшерских пунктов, которые постепенно должны были преобразовываться в пункты врачебные [5, с. 3-5]. Увеличение численности медицинских участков, дробление наиболее крупных из них на самостоятельные позволяло обеспечить медицинской помощью население отдаленных от Царицына районов.

Прием больных в амбулаториях осуществлялся участковыми врачами 6 дней в неделю. Кроме приемных часов, в оставшееся время, медицинский персонал не имел права отказывать в приеме тяжелым (или требующим экстренной помощи) больным. Лечение крестьян во всех амбулаториях уезда было бесплатным. С лиц других сословий при оказании медицинской помощи взыскивалась стоимость лекарств.

В 1905 г. был издан «Свод постановлений Земского Собрания, Управы и Санитарного Совета, регулирующих медицинскую деятельность в Царицынском уезде», где были определены права и обязанности врачей, земского собрания и управы (в отношении вопросов медицины), а также созданного при управе «для заведования санитарным и врачебным делом в уезде» Санитарного совета [5, с. 9]. Согласно этим постановлениям, в обязанности врача входило заведование врачебным участком со всеми, находящимися в нем медицинскими учреждениями и их имуществом. Врач являлся главным ответственным лицом в больнице и на участке – не только по вопросам лечения, но и по отношению к хозяйству. Он обязан был следить за приготовлением и раздачей пищи больным; наблюдать за чистотой больницы и больничных построек и предоставлять управе сведения о необходимости их ремонта; заботиться о заготовке топлива и запасов для больничного хозяйства; следить за исполнением всеми служащими их обязанностей; контролировать работу фельдшерских пунктов. По истечении каждого года своей работы, земские врачи предоставляли в уездную управу и в Отделение народного здравия губернской управы (создано в 1903 г. – *авт.*) отчеты о заболеваемости, обращаемости, эпидемиях и расходах на лечение на своем участке, а также каталоги «потребных на следующий сметный год медикаментов, перевязочных материалов и прочих припасов для лечения» [5, с.14]. Врач обязан был изучать санитарное состояние своего участка в целях «предупредительных мер» против распространения тех или иных заболеваний. Для этого врачом производился регулярный осмотр участков. Особое внимание уделялось осмотру школ, которые, в случае распространения эпидемических заболеваний, земский врач имел право закрыть. Оспопрививание также контролировалось участковыми врачами. В назначенные дни (1 раз в неделю) врач выезжал в отдаленные села для приема больных, в остальное время вел прием в амбулатории, отлучаться из которой мог только к экстренным больным. При отсутствии в амбулатории врача прием больных вел фельдшер, при этом местонахождение врача всегда было известно. В часы, свободные от приема, врач обязан был «посещать в пределах возможности и надобности всех больных участка по их просьбам» [5, с.18]. В обязанности медиков входило участие в работе Санитарного совета; выезды, в случае необходимости проведения сложных операций, в соседние участки – для совместного с другими врачами оперирования. Во всех других случаях врачи не имели права без разрешения управы покидать участок. Ежегодно врачу предоставлялся отпуск – не более одного месяца, а по истечению 4-х лет службы – четырехмесячный отпуск «для научного усовершенствования» с сохранением содержания. В отсутствие врача участком заведовал врач соседнего участка либо специально приглашенный земством «временный» врач [5, с.18]. Жалованье земского врача составляло 1200 рублей в год, не считая средств, выделяемых управой на обеспечение его жильем (для сравнения: жалованье члена управы равнялось 1000 руб. в год, председателя управы – 2000 руб.).

В обязанности фельдшерского персонала входило замещение врачей во время их отсутствия, помощь врачам при осуществлении оперативных вмешательств, оспопрививание, дезинфекционные мероприятия в случае эпидемий, приготовление лекарств (под наблюдением врача). В случае, если фельдшером признавалась необходимой врачебная помощь, она должна была обеспечиваться. До прибытия врача фельдшер должен был в пределах своей компетенции оказывать помощь больному. Кроме

обычных фельдшеров, в Царицынском уезде работали 3 фельдшера-смотрителя (в Царицынской, Дубовской и Ольховской больницах), которые выполняли, помимо непосредственно фельдшерских, хозяйственные функции. В таком случае врач хозяйственными вопросами не занимался, но работу фельдшера должен был контролировать. Фельдшеры командировались врачом для приема больных в различные населенные пункты (в пределах участка. Ежегодно, согласно постановлениям земского собрания, фельдшеры должны были посещать «повторительные» курсы, организованные губернским земством (с сохранением содержания и суточными от земства). Фельдшер имел право на ежегодный отпуск (не более 1-го месяца), предоставляемый с разрешения управы. В этом случае его обязанности выполняли другие фельдшеры. Жалованье фельдшера при поступлении на службу равнялось 360 рублям в год, но за каждые 5 лет службы (с 1900 г.) полагалась прибавка. Максимальная сумма фельдшерского жалованья составляла 600 руб. в год (по истечении 15-и лет службы) [2, с.165].

Центральное место в системе медицинской помощи Царицынского земства занимали земские больницы – в городе Царицыне и посаде Дубовке. Ежегодно на содержание Царицынской больницы из земских средств выделялось 13-15 тыс. руб., Дубовской – 4-7 тыс. [6, 7, 8]. В эту сумму входило жалованье медицинскому персоналу и служащим; расходы на медикаменты, продовольствие и одежду для больных (в некоторых случаях земство брало на свой счет и содержание лиц, осуществлявших уход за детьми или тяжелобольными); на усовершенствование и ремонт больничных зданий. Персонал больниц имел возможность знакомиться с новейшими медицинскими изданиями: научными трудами, периодикой, для чего земством была организована их доставка. Врачи ежегодно командировались на уездные и губернские съезды, а фельдшеры, в свою очередь, направлялись в Царицынскую больницу «для обновления знаний» [8, с. 34-35]. Главная больница уезда ежегодно принимала около 10 тыс. амбулаторных и стационарных больных [2, с.126; 8, с.126]. Здесь, главным образом, была сосредоточена оперативная помощь: в 1905 г. из 253-х крупных операций, проведенных земскими врачами, 161 (63,7%) приходилось на Царицынскую больницу, причем наиболее сложные, полостные, проводились только в ней. В Дубовской больнице получила значительное развитие глазная оперативная помощь: в том же 1905 г. из 43-х операций катаракты 22 были сделаны здесь [8, с.134].

Значительную роль для развития системы медицинской помощи сыграло учреждение уездного Санитарного совета. В состав его входили земские гласные (по выбору земского собрания), председатель и члены управы, санитарный врач губернского Земства, все земские врачи и два представителя от фельдшеров уезда. Иногда к работе Санитарного совета могли привлекаться лица, «могущие быть полезными для дела» [5, с.9]. Ведению Санитарного совета подлежали все вопросы земско-врачебного, санитарного и больничного дела в уезде: контроль за «правильным строем земской медицины»; расширение и улучшение врачебной и больничной помощи населению; наблюдение за санитарным состоянием уезда и «изыскание способов к устранению вредных влияний на здоровье»; руководство противоземскими мероприятиями [4, с.168]. Санитарному совету также принадлежало право определять и предоставлять к утверждению управой кандидатов на вакантные места врачей. Постановления совета должны были приводиться в исполнение земской управой, если же управа не считала возможным исполнение какого-либо постановления, она должна была доводить это до сведения земского собрания.

Несмотря на достигнутые успехи, развитие системы медицинской помощи сопровождалось рядом проблем. Главной из них являлся недостаток врачей и фельдшеров – как на участках, так и при больницах. На съезде врачей Царицынского земства, состоявшегося 1 сентября 1900 г., врач Царицынской земской больницы А.Б. Шапиро указывал на то, что «не должно входить в постоянную организацию больничного лечения» - на недостаточный штат фельдшеров. При наличии в Царицынской земской больнице двух фельдшеров по всем больничным отделениям (терапевтическом, хирургическом и инфекционном) ежедневно мог дежурить только один [2, с.155-156]. Не хватало фельдшеров и врачей на медицинских участках. В своем докладе земскому собранию 1900 г. управа отмечала, что некоторые фельдшерские пункты пустовали по полгода, а «поручение временного заведования этими пунктами соседним фельдшером не достигало цели», поэтому в ряде участков население было лишено медицинской помощи [2, с.162]. Земство не могло найти достаточное число кандидатов на фельдшерские вакансии –, с одной стороны, из-за ограниченного контингента дипломированных фельдшеров, т.к. «наличное число фельдшерских школ, земских и правительственных, своими ежегодными выпусками не может удовлетворить предъявленным на фельдшеров потребностям правительственных, земских, городских, фабричных, заводских, железнодорожных и других учреждений» [2, с.163]. К тому же воспитанники фельдшерских школ или согласно уставу школы, или как стипендиаты часто оставались практиковать в тех районах, где находились эти школы. В этом смысле Царицынский уезд, по мнению управы, находился в самых неблагоприятных условиях, представляя собой «совершенную окраину земли России» [2, с. 163]. Другой причиной дефицита фельдшеров было низкое жалованье. «В этом отношении, – отмечалось в одном из докладов управы, – все земства, как и Царицынское, занимают одно из последних мест, т.к. все другие учреждения далеко щедрее оплачивают труд фельдшеров...» [2, с.163]. Царицынское земство пыталось решить «фельдшерскую проблему» путем прогрессивного увеличения жалованья за выслугу определенного количества лет (см. выше). Кроме того, оно стало ежегодно выделять средства для организации фельдшерской школы в Саратове. С 1901 г. акушерский персонал постепенно заменяется фельдшерско-акушерским. Земство стремилось, таким образом, при наименьших затратах, увеличить фельдшерский персонал, затраты же на акушерскую помощь, непопулярную у крестьянок, были признаны не оправданными. Но, несмотря на все эти мероприятия, имеющийся штат врачей и фельдшеров не мог удовлетворить потребности уезда: 1 врач иногда заведовал участком площадью более 300 кв. верст и населением 13-16 тыс. человек [5, с.3-5]. Удаленность врачебных пунктов и недостаток медицинского персонала делали недоступной медицинскую помощь для большей части жителей уезда.

Другой проблемой земской медицины было неприятие крестьянством врачебной помощи. К примеру, часть населения Балыклейского участка отказывалась от оспопрививания по религиозным причинам, вследствие чего там наблюдалась вспышка оспы. [8, с.137]. Настороженно крестьяне относились к дезинфекции во время эпидемий, неохотно следовали врачебным советам по профилактике и лечению. Распространением основ гигиены и санитарии, а также популяризацией врачебной помощи занимался уездный санитарный совет. Кроме того, создавались санитарные попечительства – из представителей земства, сельских учителей, врачей, духовенства – для поддержки земской санитарно-профилактической работы.

Таким образом, в первые годы XX в. в Царицынском уезде существовала пунктово-разъездная (смешанная) система медицинской помощи. Центральное место в системе оказания квалифицированной помощи и переподготовки медперсонала занимали 2 земские больницы – Царицынская и Дубовская. Земскими гласными и представителями управы осознавалась

проблема неравномерности медицинской помощи в различных частях уезда. Уездное земство стремилось обеспечить как можно большее количество населения медицинской помощью, искало способы привлечения на земскую службу врачей и фельдшеров, занималось вопросами постоянного повышения их квалификации. Земцы и медицинский персонал способствовали приобщению крестьянства к врачебной помощи – путем проведения бесед и лекций, обеспечения бесплатными медикаментами из земских аптек, учреждением санитарных советов.

Литература

1. Земско-медицинский сборник. Материалы по развитию земской медицины в России за первое 25-летие (1865 -1890 гг.). В 3-х т. Т.3. М.: Типография Д.И. Иноземцева. 1894.
2. Журналы XXXV Очередного Царицынского Уездного Земского Собрания 1900 года с приложением докладов Управы. Царицын: Паровая типография В.П. Баланина, 1901. 361 с.
3. Журналы XXXIX Очередного Царицынского Уездного Земского Собрания 1906 г. с приложением докладов Управы. Царицын: Паровая типография В.П. Баланина, 1907. 318 с.
4. Киценко О.С., Киценко Р.Н. Становление земской санитарной организации во второй половине XIX – начале XX вв. // Вестник Пермского университета. Серия «История». 2015. №2 (29). С.162-172.
5. Свод постановлений Земского Собрания, Управы и Санитарного Совета, регулирующих медицинскую деятельность в Царицынском уезде. Царицын, 1905. 22 с.
6. Отчеты о доходах, расходах и капиталах Царицынского уездного земства за 1901год. – Царицын: Типография В.П. Баланина, 1902. 104 с.
7. Отчеты о доходах, расходах и капиталах Царицынского уездного земства за 1903 год. Царицын: Типография В.П. Баланина, 1904. 101 с.
8. Отчет о доходах, расходах и остатке капиталов Царицынской Уездной Земской Управы за 1900 г. Царицын: Типография В.П. Баланина, 1901. 123 с.

ID: 2016-01-67-A-5983

Авторское мнение

Рязанова А.П., Погорелова А.С.

Проблема клонирования людей в современном мире*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.***Резюме**

Проблема клонирования широко обсуждается в современном научном обществе. Все по-разному представляют себе этот процесс. В данной статье мы рассмотрели все плюсы и минусы данной проблемы. Провели социологический опрос по данной проблеме.

Ключевые слова: клонирование, современный, проблемы**Актуальность**

Проблема клонирования в современном мире занимает огромное место, вызывает множество споров среди ученых.

Цель: сравнить разные точки зрения и все плюсы, и минусы клонирования.

Материал и методы

Материалом для исследования послужили данные, которые собирались годами и обрабатывались, и результаты собственного исследования.

Результаты и обсуждение

Исследование генома человека не только открыло широкие перспективы развития биотехнологий и лечения различных заболеваний, но и сделало возможным изменение самой сущности человека, породив тем самым множество вопросов этического характера. Достижения генетики кажутся настолько невероятными и фантастическими, а порой даже шокирующими, что современный человек все чаще задается вопросом: "Имеем ли мы право изменять то, что создано природой? Где та грань, которую нельзя переступить?"

Еще в прошлом веке кто-то сказал: «Человек – это венец природы». То есть человек стоит над всеми живыми организмами, над силами природы, человек вознесся выше Бога, поэтому он имеет право вторгаться в окружающий мир, в том числе в свою стихийную сущность. Но он все чаще и чаще забывает о том, что на каждое действие есть свое противодействие, вот и природа на каждое внедрение в нее отвечает по-своему. И ответ этот может быть совсем не таким приятным для человека, каким он себе его представлял. Вот и клонирование, хоть это и получение генетически идентичных организмов, может обернуться непредсказуемыми последствиями и привести к изменению сущности человека.

В 1997 году весь мир облетела новость о невероятном научном прорыве в молекулярной генетике: шведскому ученому Яну Уилмуту удалось создать первый в истории клон. Это была овца Долли, ставшая впоследствии самым известным животным в истории науки. Она прожила 6 лет, а затем в 2003 умерла от опухоли легких.

Попытки создать настоящего клона предпринимались еще с 70-ых годов прошлого века, но настоящего успеха Ян Уилмут и его команда добились, пересадив ядро соматической клетки в цитоплазму яйцеклетки. В результате получилась точная копия исходного животного, причем животное было совершенно здорово, и его репродуктивная функция не была нарушена (овечка Долли оставила после себя 6 ягнят)[2].

Данное открытие не получила широкого распространения, все дальнейшие опыты проводились исключительно на других животных: коровах, собаках, мышах. Использованию человека во всех опытах по клонированию препятствовали не только многочисленные запреты правительства, но и религиозные предписания, и общественные нормы морали. Но на сегодняшний день не исключена возможность появления клонированных людей.

На сегодняшний момент прослеживается много разнообразных и неоднозначных взглядов на клонирование человеческих эмбрионов. Правительства разных стран по-разному относятся к данному явлению. Кто-то, как например США и Япония ввели запрет на клонирование. А кто-то, а именно страны Евросоюза дали добро на клонирование и проведение дальнейших экспериментов. Что касается нашей страны, то у нас к этому относятся настороженно, Государственная Дума приняла ФЗ «О временном запрете на клонирование человека». Понятно нам и то, что религия крайне негативно относится к клонированию, считая его неприемлемым и идущим вразрез с Божьим умыслом. Впрочем, об этом мы еще будем говорить в нашей статье. В мире известно 2 вида клонирования: репродуктивное и терапевтическое. Если говорить простым языком, то в результате рождаются однояйцовые близнецы, у которых генетический набор идентичен, что доказывается свободной пересадкой органов и тканей между ними.

На сегодняшний день не разработана единая технология клонирования людей. Не существует именно такой технологии, которая позволила бы в точности повторить и анатомо-физиологические, и психические особенности человека. Именно это осуществить крайне сложно, поскольку каждый человек индивидуален, уникальны его умственные и физические возможности. С другой стороны, человек имеет право на свою непохожесть, неповторимость, поэтому создавая совершенно идентичных людей, человечество обрекает себя на безликую жизнь и уничтожает саму вероятность дальнейшего развития цивилизации[1].

Сейчас многие государственные органы пытаются отвлечь ученых от дальнейших шагов в этой области, вводя законодательные запреты, аргументируя это несостоятельностью и неэкономичностью клонирования.

Можно найти множество недостатков клонирования, среди которых:

- Прежде всего, сама идея иметь двойника противоестественна и она противоречит уникальности человека. Люди не имеют морального права создавать копии себе подобных. К каждому родившемуся ребенку необходимо относиться как к личности, а не копии другого человека.
- Так как в результате появляются генетически идентичные организмы, то клонирование может уничтожить потерю человеческой индивидуальности, а многократно повторяющиеся одни и те же комбинации генов могут привести к уменьшению резистентности к различным инфекциям и эпидемиям. В принципе, последнее предположение маловероятно, поскольку из-за высокой стоимости процедуры. Многие люди просто-напросто не захотят иметь своих клонов, о чем мы еще будем говорить и даже убедительно докажем это на примере небольшого опроса, проведенного по данной теме. Таким образом, сокращение генетического разнообразия наступит только в случае очень широкого распространения клонирования.
- Другое дело, если при процедуре могут случайно возникнуть нарушения в структуре ДНК, а это уже приведет к неконтролируемым метаморфозам человеческого организма, как в хорошую сторону, так и в плохую.
- Нельзя и забывать и человеческий фактор. Например, жестокие правители вполне создать своего клон и передать ему свою власть или, того хуже, создать целую армию безропотных воинов. А многие люди захотят иметь своего клон для пересадки различных органов (этот факт был положен в основу фантастического фильма «Остров» американского режиссера Майкла Бэя.)
- Процедура клонирования не освобождается от угрозы смерти. Известно, что эксперименты, проводимые на начальных этапах изучения клонирования (те же самые овечки в Чехии) заканчивались смертельными исходами лабораторных животных.
- Все мировые религии считают явление клонирования противоестественным, ведь человек должен появляться согласно воле Бога и быть единственным носителем только ему одному присущих качеств, хотя во всех священных письменных источниках не содержится прямого указания на запрет клонирования[3].

Вместе со всем этим клонирование имеет ряд существенных плюсов, так попробуем же разобраться в них:

1. В первую очередь для клонирования открываются широкие перспективы в области медицины. Терапевтическое клонирование приводит к образованию стволовых клеток зародыша, которые идентичны клеткам донора. Их можно использовать при лечении многих заболеваний.
2. Репродуктивное клонирование создает клон донора. Это может помочь бесплодным парам родить ребенка – копию одного из родителей, но это, конечно же, сугубо личное дело каждой отдельной семьи, поскольку не все родители захотят видеть свою абсолютную копию в своем ребенке.
3. Произведение на свет детей с запланированным генотипом позволит множить гениальных людей в лабораторных условиях. Но такое отношение будет крайне неэтично по отношению к клону, так как подразумевается, что он должен будет буквально отдать подаренную ему жизнь во имя науки[1].

Появление клонирование вызовет соответствующие изменения и в правовой сфере общества, потребует разработки Нормативно-правовых актов, регулирующих этот процесс.

1. Клоны, как и все другие люди, будут иметь те же права и обязанности, но все же может возникнуть некоторая «неразбериха» в связи с их крайней степенью схожести с другими людьми.
2. Как и любая медицинская манипуляция, клонирование должно осуществляться только с письменного согласия человека, поскольку генетический код принадлежит только ему и никто не вправе использовать его без согласия индивида.
3. Кроме несовершенной технологии клонирования существуют и затруднения, связанные с вынашиванием плода. По сути, вынашивание должно осуществляться взрослой здоровой женщиной, опять-таки только с ее полного согласия. А вот искусственное выращивание плода должно быть запрещено, так как противоречит этическим нормам и правилам. Конкретный тому пример – вероятность выращивания человеческого эмбриона в теле свиньи, что является само по себе абсурдным и смешным.

Существуют различные преграды на пути к клонированию:

1. Не для всех людей приятна мысль, что существует их точная копия, хотя найдутся и такие, которым такое обстоятельство придется по нраву.
2. Многие религии не допускают создание клонов, так как считают, что люди не имеют право вмешиваться в естественный ход вещей и нарушать проявление Божьей воли.
3. Поиск технологии клонирования сопряжен с огромными финансовыми рисками, он требует значительных капиталовложения и инвестиций.
4. Существуют не только морально-этические аспекты, но и различные правовые документы, запрещающие клонирование
5. Существует высокая вероятность снижения видового разнообразия, что может привести к крайне неприятным последствиям[2].

Давайте представим себе будущее, в котором клонирование приобрело широкий размах. Клонированы знаменитые личности, гении науки, каждый человек создает подобного себе. Решены проблемы бесплодия, пересадки органов и другие немаловажные проблемы. Но так ли это хорошо, как кажется со стороны? Сколь ни совершенна была бы технология клонирования, человечеству придется столкнуться с совершенно иными людьми, так как клон не унаследует мыслей, характера, воспоминаний своего прототипа. Более того, клон может оказаться полной его противоположностью, которая привнесет в наш мир только беды и разрушения.

Да и не каждому человеку по душе будет постоянно видеть около себя или хотя бы знать о существовании своей абсолютной копии.

Но самое главное, что может произойти – это переоценка моральных ценностей человека, например семьи. Человеку больше не понадобятся такие чувства, как любовь и дружба, все больше людей будут склоняться в сторону свободной жизни вне семьи, необходимое продолжение рода они будут находить в своих клонах. А нет семьи, нет основополагающих человеческих чувств, следовательно, нет полноценного человеческого общества. Существует лишь общество бесконечных копий друг друга, утративших свою индивидуальность и способность любить.

Будет происходить застой не только в нравственной жизни, но и в научной и культурной жизни. Не будут появляться новые гении искусства, светила науки, не будут появляться новые открытия и изобретения.

Рассуждать о клонировании можно бесконечно, находя все новые и новые доводы в пользу данного явления и в его вред. Недаром все научное сообщество разделилось на два лагеря, отстаивающих ту или иную точку зрения. И нет единого, объединенного взгляда на эту проблему.

Чтобы более полно представить картину отношения людей к клонированию, мы решили провести опрос среди небольшой группы.

Вопрос таков: *Как вы относитесь к клонированию людей?*

Варианты ответа таковы:

А - на это интересно посмотреть

Б - хочу иметь своего клона

В - не хочу иметь клона

Г - еще не задумывался(лась) об этом

Оказалось, что более половины респондентов не хотят видеть рядом своего клона. И только 3 % респондентов даже допускают возможность существования своего клона. Примерно 14% никогда не задумывались об этом. Есть и респонденты, которые живо интересуются данной проблемой (24%).

Данный опрос убедительно доказывает, что проблема существует в обществе, хоть и не обсуждается слишком часто, тем не менее, вызывает интерес со стороны общественности. В то же время мы видим, что даже если бы технология клонирования была бы усовершенствована, то не получила большого размаха. То есть современный человек прекрасно отдает себе отчет в последствиях появления себе подобного индивида. Что же касается нас, то мы являемся скорее противниками клонирования, нежели чем сторонниками, хотя и не отрицаем возможность применения элементов клонирования в современной медицине.

Заключение

В заключении хотелось бы сказать, клонирование могло бы успешно развиваться, если бы не было запретов и различных отрицательных последствий. Для клонирования нужна мощная технологическая база, которой нет в мире пока что нигде. Одни ученые не перестают надеяться на чудо, что когда-нибудь в далеком будущем появиться такая база, и мы сможем создавать клонов. Другие считают, что клоны бесполезны и опасны. Но остается открытым, вопрос как воспримут это все люди, как воспримет это правительство.

Литература

1. Клонирование. Биоэтические проблемы//<http://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=720461#1>
2. Геном человека и Клонирование, Сазонов Михаил //<http://www.bankreferatov.ru/referats/5E6D927DF9C9876FC32569850069BAB8/KLONIR~1.DOC.html>
3. Клонирование человека: Аргументы в защиту, Стивен Вип// <http://transhumanism-russia.ru/content/view/206/110>

Роль общественности в борьбе с алкоголизацией населения Саратовской области: от земских традиций к современным инициативам

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Работа посвящена истории общественных движений Саратовского региона, направленных на борьбу с алкоголизацией населения в период с конца XIX до сегодняшних дней. Особое внимание уделено участию земских врачей Саратова в антиалкогольной деятельности общественников дореволюционной России, их роли в формировании общественного мнения и организации медицинской помощи для людей, больных алкоголизмом.

Ключевые слова: алкоголизм, общество трезвой и улучшенной жизни, антиалкогольная политика

Борьба с алкоголизацией населения является одним из приоритетных направлений в стратегии защиты и охраны здоровья граждан. Решение этой проблемы осложняется тем, что страдающие от этого заболевания люди, как правило, не считают себя больными и не спешат обращаться за помощью к врачу. Очевидно, что ответственность за преодоление данного социального недуга лежит в первую очередь на государстве и общественности, включая, разумеется, здравоохранение и медицину. И в медицинской деонтологии, и в биоэтике, как известно, благо больного является, главной ценностью. Однако только такого больного, который добровольно идет к врачу и получает статус пациента. Но как быть со страдающими алкоголизмом, которые больны, но не являются пациентами и не желают лечиться? Очевидно, что организация помощи таким больным требует поиска альтернативных институциональных форм, но без участия врачей и медицины их реализация вряд ли возможна.

Благо алкоголика может стать заботой врача только при условии обладания высоким уровнем моральной рефлексии, которая позволяет ему расширить представления о масштабах своей социальной и (в то же время) профессиональной ответственности, проявить гражданскую инициативу. В этом отношении образцовым примером может послужить деятельность земских врачей Саратовской губернии, сыгравших важную роль в формировании общественного движения за трезвость в конце XIX – начале XX в.в. Не смотря на тот факт, что согласно статистике тех времен Российская Империя далеко не являлась пьющей страной (она занимала предпоследнее место в списке развитых стран по количеству употребления спиртных напитков на душу населения), медики Саратова вели мониторинг употребления алкоголя в городе и земствах и забили тревогу, как только заметили тенденцию к росту алкоголизма. Об опасной тенденции врачи сообщали не только в медицинских отчетах и публикациях, но и в общественных журналах и газетах. Врачи, наряду с учителями и священниками, инициировали движение за отрезвление народа. Эта деятельность привела к открытию в Саратове 19 марта 1894 года Общества трезвой и улучшенной жизни. Через некоторое время аналогичные общества стали возникать по всей губернии – в уездных городах и сёлах. Земские медики вели активную просветительскую работу, читали публичные лекции и выступали с докладами, писали статьи в местных журналах и газетах, где объясняли вред от употребления алкоголя, его деструктивное воздействие на личность и социум. Особо подчеркивалась недопустимость употребления алкогольных напитков детьми и подростками. В настоящее время непоправимый вред алкоголя для растущего организма является неоспоримым медицинским фактом, однако в начале XX еще не все врачи считали подростковый алкоголизм столь опасным явлением. На эту проблему, в частности, обратил внимание земский врач П. К. Галлер в своем выступлении перед родителями коммерческого училища 3 сентября 1906 года: «Нужно сознаться, что не только родители, но и некоторые врачи смотрят очень легко на употребление вина всеми детьми, а между тем даже самые незначительные количества спиртного влияют очень вредно на детей, так как в этом возрасте элементы мозга продолжают ещё своё развитие. Тем не менее пиво и вино даётся детям почти ежедневно; слабым детям по преимуществу крепкие вина: марсала, мадера и даже коньяк. При опросах, произведённых среди учеников, выяснилось, что больше половины учеников пьют уже ежедневно пиво и вино. Результаты не заставляют себя ждать: педагоги замечают у детей, получающих пиво (а некоторые пьют ежедневно и даже утром до уроков), умственную отсталость, отсутствие интереса и внимания, неохоту к занятиям, в особенности к умственным» [1, с. 211]. Далее врач приводит длинный перечень поражений органов и болезней, вызванных употреблением спиртного.

Деятельность земских врачей не ограничивалась только просветительской работой. Они также стали инициаторами создания одной из первых в России лечебниц для людей, впавших в алкогольную зависимость. 16 декабря 1904 года городской комитет попечительства народной трезвости представил на утверждение губернатору П.А. Столыпину проект Устава лечебницы для алкоголиков. Вскоре этот проект был утвержден и лечебница, располагавшаяся на улице Введенской (сегодня улица Революционная), начала свою работу. Саратовские доктора считали алкоголизм психиатрическим заболеванием, по этой причине лечебницу возглавлял врач-психиатр, доктор медицины Иосиф Витальевич Вяземский. Помощником Вяземского был врач Савелий Абрамович Лясс. И.В. Вяземский вместе с другим саратовским психиатром, П.П. Подъяпольским, одним из первых стал практиковать лечение алкоголизма внушением и гипнозом.

Наряду с лечебницей при участии комитета в городе был создан вытрезвительный приют, содержался который на средства полиции. В 1909 году управляющий Казенной палатой Н.Н. Лапп предложил правительству губернии реформу службы вытрезвления, которая предполагала слияние приюта с амбулаторной лечебницей для алкоголиков. Тем самым из системы вытрезвления должен был быть устранен полицейский элемент, так как он, по мнению Лаппа, нарушает права человека: полицейские неподготовлены к для обращения с пьяными, даже при самом гуманном отношении к ним [2]. На этот шаг власти не решились, но реформу приюта провели, сохранив элемент полицейского надзора и призрения, но усилив медицинский элемент путем увеличения фельдшерского персонала и учащения врачебного надзора. Амбулаторная лечебница и приют для алкоголиков просуществовали до октября 1914 года. Закрытие лечебницы объяснялось в журнале заседания Попечительства следующими причинами: «так как с закрытием винных лавок почти не бывает пациентов в лечебнице, а равно нет пьяных и в приюте для вы-

трезвяемых, причём, если и были задерживаемые одиночные пьяные, то они могли бы содержаться до вытрезвления в арестантских помещениях при полицейских частях» [3]. Иными словами, в существовании лечебного учреждения и приюта для алкоголиков отпала необходимость, так как число последних стало незначительным. Сокращение алкоголиков в городе и губернии стало следствием успешного результата в еще одном направлении деятельности Общества трезвой и улучшенной жизни: борьбы за запрет на производство алкогольной продукции.

Земская интеллигенция вела борьбу с винопромышленниками всеми доступными ей средствами: от информирования населения о вреде алкоголя до подачи ходатайств в органы власти о закрытии спиртзаводов, причем органы местного самоуправления (сельские сходы, городские Управы и Думы) проявляли солидарность с общественниками и сами включались в антиалкогольное движение. Более того, попечительство о народной трезвости в Саратове возглавлял сам губернатор. В 1911 году состоялся первый Всероссийский съезд по борьбе с пьянством и делегатом от Саратова был заведующий отделением народного здоровья Саратовской губернской Управы Н.И. Тезяков. Просветительские мероприятия нашли отклик в народе: сельские жители на сходах в то время принимали решения о закрытии на своей территории всех питейных заведений и объявляли «сухой закон»; падал спрос населения на спиртные напитки. В 1914 году царь постановил органам местного самоуправления самим принимать решения о закрытии водочных и винных предприятий и запрете на торговлю спиртными напитками, после чего убытки производителей алкогольной стали расти еще более стремительно. Спустя полтора года для компенсации убытков винопромышленники решили сделать ставку на производство пива крепостью 1,5%, так как на продажу слабоалкогольных напитков запрет не распространялся. Однако уездные земства Саратова в течение 1916 года добивались от губернатора запрета и на торговлю пивом. В начале 1917 года прошение городских властей о запрете на производство пива были направлены уже в министерства торговли и промышленности, внутренних дел и финансов, но пришедшее к власти Временное правительство не удовлетворило земских просителей в их ходатайстве. Последующие революционные события не только свели на нет итоги борьбы с алкоголизацией населения, но заставили на многие годы забыть о ценном опыте движения за трезвость и его институциональных формах и механизмах, выработанных в результате совместных действий общественности, земских учреждений и власти.

Социально-экономические и политические реформы в России, начиная с конца 1980-х годов, привели к радикальным переменам во всех сферах общественной жизни. Политическая демократия, наличие широкого спектра прав и свобод (от экономических до гражданских) создало, с одной стороны, огромные возможности для развития свободной личности, но, с другой, становление системы рыночных отношений привело к достаточно длительному периоду расстройств потребительского рынка, разбалансированности экономики, инфляции, безработице и ослаблению социальных гарантий человека, а ограничительные рамки советского общества перестали действовать. Именно в это время произошло резкое увеличение потребления алкоголя «при снисходительном отношении общества к проблеме пьянства и алкоголизма» [4, с. 7]. Решение этой проблемы невозможно без активного участия общественных организаций и объединений граждан, а также региональных общественных палат, многие из которых обладают у себя в субъекте правом законодательной инициативы и могут влиять на создание законодательных механизмов, ограничивающих потребление алкоголя.

В Саратовской области до принятия (под давлением общественности в целом и Общественной палаты региона в частности) мер по ограничению розничной продажи алкоголя и активизации представителей общественных организаций число отравлений алкоголем и спиртосодержащими жидкостями имело устойчивую тенденцию к росту.

Так, согласно данным токсикологического мониторинга регионального управления Роспотребнадзора, за 10 месяцев 2015 года в области зарегистрировано 467 случаев отравлений спиртосодержащей продукцией, из них 286 случаев – с летальным исходом. При этом за аналогичный период 2010 года специалисты насчитали 823 факта подобных отравлений, а смертельными стали 393, в 2011 году их было соответственно 831 и 508 случаев, в 2012 году – 890 и 532, в 2013 году – 674 и 367, а в 2014 году – 692 и 420.

Таким образом, за 5 лет число отравившихся снизилось в 1,76 раза, «летальников» - в 1,37 раза. За последние три года цифры еще более внушительны – снижение в 1,9 и 1,86 раза.

С 10 апреля 2013 года в Саратовской области действуют региональные законодательные нормы, запрещающие розничную продажу алкогольной продукции в регионе в ночное время (с 22.00 до 10.00, федеральное законодательство устанавливает минимальные рамки с 23.00 до 8.00). Также был введен полный запрет на реализацию алкогольной продукции в розницу 25 мая (день Последнего звонка в школах), 1 июня (Международный день защиты детей), 27 июня (День молодежи), 1 сентября (День знаний) и 11 сентября (День трезвости). Данная норма стала возможной благодаря инициативе Общественной палаты, выдвинутой в январе 2013 года, а в местной прессе данную правовую норму окрестили «полусухим законом».

Если федеральное законодательство ограничивает продажу алкогольной продукции запретами ее розничной реализации с 23.00 до 8.00 и в детских, образовательных, медицинских организациях, на объектах спорта и прилегающих к ним территориях, то саратовские общественники добились и продолжают добиваться ужесточения алкогольного законодательства на региональном уровне. Например, при отсутствии на федеральном уровне запрета на продажу слабоалкогольных тонизирующих напитков (алкоэнергетиков) в Саратовской области с 16 июня этого года вступил в силу нормативный акт, принятый по инициативе региональной Общественной палаты, запрещающий торговлю данного вида продукцией и объявляющий «сухим» еще один день - 25 января (День российского студенчества).

Как отмечает социолог, сопредседатель Российской коалиции за контроль над алкоголем Дарья Халтурина, власти субъектов ограничены в полномочиях по ограничению продажи алкоголя. «У регионов есть полномочия, которые не зависят от центра - ограничение времени и регулирование других условий продажи алкогольной продукции. Но регионы, прежде всего, зависят от федерального центра. Они, по сути, заложники, и вынуждены бороться с последствиями, не касаясь причин возникновения проблемы. Регионы могут только расширять ночной запрет, сокращать количество точек продаж или увеличивать уставной капитал для продавцов, как это сделали Якутия и Московская область», - считает эксперт.

Примечательно, что в августе 2015 года в рейтинге информационного агентства «Финмаркет» Саратов вошел в десятку столиц субъектов РФ с минимальными объемами продаж водки [5]. Согласно подсчетам экспертов, опирающихся на официальные данные Росстата, каждый житель областного центра в среднем потребляет 6,9 литра крепкого алкоголя в год, расходуя на эти цели в среднем 2,2 тысячи рублей. Продажи водки в Саратове составляют 5,5 тысячи рублей на человека в год, при средней стоимости

«поллитры» 145,2 рубля. Находясь по этому показателю на шестом месте, Саратов пропустил вперед только столицы северокавказских республик, традиционно являющихся оплотом трезвости - Владикавказ (Северная Осетия), Нальчик (Кабардино-Балкария), Махачкала (Дагестан), Черкесск (Карачаево-Черкесия) и Майкоп (Адыгея).

В экспертном исследовании (оно проводилось Центром информационных коммуникаций «Рейтинг» совместно с общественной организацией «Трезвая Россия»), посвященном проблеме алкоголизации и оценке эффективности антиалкогольной политики в регионах РФ и учитывающем интегральные характеристики, у Саратовской области не столь крепкие позиции. В соответствующем рейтинге регион занял 21-е место: до попадания в двадцатку самых трезвых ему не хватило всего одной позиции [6]. При этом при ранжировании субъектов помимо статистики потребления, анализировался ряд критериев, которые напрямую связаны со степенью алкоголизации: статистика по алкоголизму и алкогольным психозам, преступности и смертности, связанных с употреблением алкоголя, развитость антиалкогольного законодательства, как показатель эффективности работы региональных властей в вопросе профилактики алкоголизма среди населения и другие параметры, также учитывались данные и позиция специалистов Минздрава России, Независимой наркологической гильдии, НИИ наркологии - филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского», Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка и экспертно-аналитического центра при Общественной палате РФ.

Одновременно с проведением антиалкогольной политики посредством законодательных механизмов саратовские некоммерческие организации для создания в обществе атмосферы неприятия пьянства проводят большую просветительскую работу, прежде всего, с молодежью. Так, Саратовское региональное общество трезвости и здоровья и активисты молодежного движения «Трезвый Саратов» проводили в прошлом году в школах цикл уроков трезвости. Занятия, которыми были охвачены 8 СОШ, были организованы в формате тренингов и включали в себя теоретическую, практическую и экспериментальную части. В интерактивном игровом виде дети получали большое количество полезной информации, им демонстрировали опыты по теме воздействия алкоголя на состояние организма человека, а также проводились конкурсы на смекалку и интеллект. По итогам занятий со школьниками проводилось анкетирование, результаты которого позже легли в основу подготовленного общественниками и педагогами методического пособия «Здравый толк».

Кроме того, саратовское Общество трезвости и здоровья ежегодно проводит областной летний палаточный лагерь, «служащий действующей моделью территории трезвости», он «дает подросткам возможность на собственном опыте убедиться в интересе и преимуществах трезвого и здорового образа жизни». В его работе также принимают участие волонтерские команды трезвеннических проектов, которые обмениваются опытом работы по продвижению принципов трезвого и здорового образа жизни среди школьников.

Общественники проводят регулярные агитационные акции на улицах городов области – листовочные кампании, автопробеги и пробежки, фестивали и другие мероприятия.

В настоящее время общественность, как на федеральном, так и на региональном уровнях продолжает борьбу за ужесточение антиалкогольной политики. При этом борцы за трезвость признают, что даже принятые законодательные нормы не всегда работают в полной мере. Об этом, в частности, заявила в одном из интервью член Общественной палаты Саратовской области, председатель регионального Общества трезвости и здоровья Наталия Королькова.

«Здесь есть как вина торговцев, так и вина силовых структур, которые физически не успевают, а иногда и не хотят наблюдать за соблюдением законодательства. Но надо понимать, что здравомыслящие люди пытаются уменьшить в нашей стране уровень употребления алкоголя, вывести нас из зоны риска. Последние 25 лет мы вымирали, причем системно. Те, кто недружественно к нам относятся на Западе, радуются и четко говорят, что к середине XXI века от нас останется 80 миллионов. Они радуются, что мы освобождаем территорию», - считает Королькова [7]. Она также упомянула инициативу федеральной Общественной палаты запретить торговать алкоголем по всей России после 18.00, обратив внимание, что «в Чечне только два часа торгуют алкоголем», и «мусульманские республики готовы к таким запретам», и призвала вспомнить советский опыт временных ограничений торговли алкоголем, «от которого мы ушли в момент безвластия и вакханалии малого бизнеса, который поднялся на торговле алкоголем и наркотиками». Однако, убеждена главная трезвенница региона, «тенденция на трезвость в России возобладает, но только не насильственным путем».

Литература

1. Вардугин В.И. Во благо народного здоровья. – Саратов: ОАО «Приволжское кн. изд-во». – 2005.
2. Государственный архив Саратовской области (ГАСО). Ф. 128. Оп. 1. Д. 173.
3. ГАСО. Ф. 2. Оп. 1. Д. 144.
4. Николаев А.В. Борьба с пьянством и алкоголизмом в 1894 – 1932 гг.: опыт отечественной истории. Диссертация на соискание ученой степени канд. историч. наук. – Тольятти, 2002.
5. Водочный рейтинг: самые пьющие города России // <http://www.finmarket.ru/main/article/3427361>.
6. Национальный рейтинг трезвости // <http://russia-rating.ru/info/9422.html>.
7. Интервью с Наталией Корольковой «Запад приветствует спаивание России // <http://www.vzsar.ru/news/2015/09/07/est-otvet-nataliya-korolkova-zarad-privetstvuyet-spaivanie-naseleniya-rossii.html>.
8. Доклады Саратовской губернской земской управы по отделению народного здоровья. – Саратов, 1903.
9. Левит М. М. Становление общественной медицины в России. – М., 1974.
10. Герасименко Г. А. Земское самоуправление в России. – М., 1990.

Ермолаева Е.В., Горшенина В.И., Дорфман С.В.

Становление и развитие земской фельдшерско-акушерской службы*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Работа посвящена деятельности земских органов в области здравоохранения, в частности проблеме подготовки фельдшерско-акушерского персонала для работы в земских лечебных учреждениях.

Ключевые слова: фельдшерско-акушерская служба, фельдшер, акушерка, акушерская школа, земская медицина

Согласно распространенной точке зрения фельдшерская медицинская помощь сельскому населению оценивалась как эффективная и относительно недорогая. Предполагалось, что отсутствие общего и специального образования у фельдшеров компенсируется многолетним опытом в лечении больных, кроме того болезни крестьян считались простыми и легкими в лечении. В первые годы после отмены крепостного права любое проявление внимания к нуждам крестьян уже само по себе являлось значимым фактом. В результате лечение сельского населения в большинстве земств фактически было отдано в руки не имеющих образования фельдшеров. Потребность в них возросла настолько, что оказались востребованными не только фельдшера, прошедшие хоть какое-то обучение в школах Министерства государственного имущества и воспитательных домов, но и даже отставные солдаты, которые во время службы откомандировывались в распоряжение военных лекарей для обучения правилам ухода за больными и ранеными. Они получили прозвище «ротных фельдшеров», умели читать и писать рецепты и исполнять несложные приказания врачей, но при этом не имели никакого систематического обучения.

В разных частях уезда размещалось в общей сложности до 20-30 фельдшеров, а их содержание составляло от 150 до 300 рублей в год. Поэтому молодые врачи, попадая на земскую службу, очень скоро стали соперниками фельдшеров.

Для успешного излечения болезней, прежде всего, необходим верный диагноз, поставить который большинство фельдшеров не могли, а научить их этому неспособен никакой контроль со стороны врача. Значительный успех врачевания достигался оперативными способами и назначением сильнодействующих средств. Но ни то, ни другое не было доступно для фельдшеров, как и терапия, основанная на понимании значимости соблюдения гигиенических норм и на изменении режима в соответствии с конкретным состоянием больного. При внимательном изучении заболевания сельских жителей оказались вовсе не простыми и легкими расстройствами, как предполагали, а скорее более запущенными и сложными, чем среди городского населения, привыкшего к своевременной врачебной помощи.

В социальном отношении фельдшеры являлись представителями того промежуточного слоя общества, который едва выделившись из низших слоев, весьма легко проникся высокомерием и презрительным к ним отношением. Дореформенные традиции грубости нравов, поборов и пьянства закрепились в этой промежуточной среде, находящейся в непосредственной близости к простому народу.

В хозяйственном и материальном отношении деятельность фельдшеров, несмотря на кажущееся незначительным вознаграждение, из-за их большой численности и затраты лекарств обходилось земству дорого, составляя ощутимую часть расходов земских средств.

Развитие фельдшерства в земской медицине было, однако остановлено не сразу. Противостояние этому врачей не везде было единодушным. В первые годы развития земской медицины врачей было мало и внешне благополучная организация врачебной помощи в деревнях успокаивало земских деятелей, видевших в этом огромный успех в сравнении с прежним беспомощным положением. В дальнейшем было немало уездов, где самостоятельных фельдшеров уже не было, но так было далеко не везде.

Большинство врачей протестовало против самостоятельности фельдшеров, но считало их необходимым вспомогательным персоналом при больницах, амбулаториях, несмотря на тот факт, что целые развитые страны, как например Англия, Германия и другие, вообще не имели фельдшеров. Вспомогательный персонал необходим, но для него достаточно сестер милосердия, сиделок и прислуги.

Беспомощность деревенских женщин при родах, предрассудки и суеверия, связанные с этим фактом, невежество сельских повитух, приносящих зачастую больше вреда, чем пользы, побудили представителей земства приглашать на земскую службу акушеров, получивших подготовку в различных акушерских школах по образу городской жизни. К этому присоединялось и желание врачей иметь акушеров в качестве помощниц при осмотре больных женщин, тем самым положив начало формированию фельдшерско-акушерской службы.

Некоторые земства считали целесообразным использовать акушеров в качестве преподавателей для сельских повитух, поэтому почти при каждом участке кроме врача и фельдшера стали появляться земские акушерки. Однако в реальности расчеты и надежды на акушеров как учительниц не оправдались. Одна акушерка на участок, в котором по средней рождаемости бывает 2-4 тыс. родов ежегодно, не может стать реальной существенной помощью при нормальных родах. При трудных родах акушерки ни по закону, ни по своим знаниям не могли оказывать активной помощи роженицам, имея предписание послать за врачом. Практика показала, что результаты деятельности земских акушеров очень малы. В 1880-1882 гг. земская участковая акушерка приглашалась для помощи при родах в среднем два-три десятка раз в год. Известны данные по губерниям: в Рязанской - 27 раз, в Пермской - 34, в Вятской - 39, в Санкт-Петербургской - 33, в Воронежской - 16, в Тверской - 22, в Московской - 47, в Курской - 13.

Эти данные подтверждают факт незначительности пользы земских акушеров сельскому населению, особенно если учитывать, что перечисленные губернии относятся к числу наиболее развитых, а по меньшей мере, три четверти приглашений относятся не к крестьянам, а к более обеспеченным слоям населения. Приглашение акушеров в помощь врачам для оперативных вмешательств

иногда лишь замедляло дело, а помощь их в приеме приходящих больных имела совершенно механическое значение и соответственно легко могла быть заменена любой немного обученной сиделкой.

Расчеты на то, что умелая помощь акушерок заменит помощь повитух, также не оправдались, непосредственное же их общение с повитухами в смысле просвещения и обучения последних, или просто не удавалось, или давало противоположный результат, провоцируя повитух на борьбу за существование и агитацию против акушерок.

Неудачными также оказались попытки создать штаб сельских повивальных бабок из числа местных крестьянок. Как правило, они не были довольны небольшим размером своего дохода и стремились переселиться в город или устроиться на какую-либо оплачиваемую службу. Верное направление земских реформ состояло в том, чтобы не разрушать постепенно сложившиеся веками обычая, а стараться видоизменить их в желаемом направлении.

Врач, приобретающий доверие всего населения, приобретает его и со стороны сельских повитух. Его умение найти с ними общий язык, приглашение их на роды, происходящие под контролем врача, сохранение за ними всех их доходов и всех безвредных обрядов при родах – все это постепенно, но верно могло бы изменить обычную практику акушерской помощи. Это стало еще более возможным, потому что суть участия в родах акушерок или повитух заключается, прежде всего, в невмешательстве, в соблюдении чистоты и порядка, а также понимании процессов, требующих вмешательства врача. Пока существовали земские акушерки, они могли с большей пользой исполнять роль сестер милосердия при больницах или заниматься оспопрививанием.

Все это осознавалось как представителями земств, так и врачами, которые приглашали на службу акушерок-фельдшерниц, объединяющих в себе нравственные качества со знаниями и навыками обученных сестер милосердия, аптекарских учениц и акушерок.

Таким образом, развитие фельдшерско-акушерской службы в этот период намного превосходило предыдущие годы, однако было крайне незначительно по сравнению с потребностью в ней населения. Акушерская помощь населению была не только скудной количественно, но и неполноценной качественно. Так, почти полностью отсутствовала помощь больным беременным, поликлинической же и профилактической помощи им не существовало. 98% крестьянок продолжали рожать с повитухами [5].

К началу XX в. акушерская помощь в Москве и Петербурге, а также в некоторых других крупных городах была организована на европейском уровне. Но, несмотря на несомненные достижения, подавляющее большинство простых, и особенно деревенских, женщин рожало без квалифицированной помощи. По собранным Г.Е. Рейном данным, по всей России на 1902 г. было 9 000 акушерок, из них 6 000 жили в городах, и только 3 000 – в сельской местности. Во всей стране в 1913 г. насчитывалось только 7500 акушерских коек, а медицинскую помощь в родах получали только 5-6 % женщин [3].

Характерной чертой государственной политики начала XX в. в отношении семьи было отсутствие законодательства об охране материнства и младенчества. Помощь беременным женщинам в системе государственных лечебных учреждений практически не оказывалась. В сельской местности акушерская помощь отсутствовала, смертность женщин вдвое превышала смертность мужчин. Число родов, проходивших под наблюдением врача, составляла в Московской губернии – 9,9%, Нижегородской – 2,8%, Воронежской – 1,7%. Аборты были запрещены, женщины, их совершившие, лишались всех прав и ссылались в Сибирь на поселение [6].

После революции 1917 г. женщины были политически уравнены в правах с мужчинами и в то же время получили уникальные возможности для обследования здоровья, бесплатную, а со временем и доступную высококвалифицированную помощь во время беременности и родов.

Литература

1. Арутюнян Р.С., Петрова О.А., Ермолаева Е.В. Роль благотворительных организаций в обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. №12. С. 1479.
2. Бурмистрова Д.Н., Ермолаева Е.В. Восприятие болезни в истории культуры // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. <http://medconfer.com/node/5649>.
3. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / Под ред. Р.У. Хабриева. - М., 2014.
4. Кубланова А.А., Сапаргалиева С.А., Ермолаева Е.В. Развитие женского медицинского образования в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. №12. С. 1508.
5. Леви М.Ф. Аборт и борьба с ним. - Москва; Ленинград, 1937.
6. Хасбулатова О.А., Смирнова А.В. Эволюция государственной политики в отношении семьи в России в XX – начале XXI века (Историко-социологический анализ) // Женщина в российском обществе. - 2008. - № 3. С. 9.

Шагина Е.А.

Мужество и отвага медицинских сестер в годы Великой Отечественной войны*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: асс. Девличарова Р.Ю.***Ключевые слова:** мужество, отвага, медицинские сестры, ВОВ

В годы Великой Отечественной Войны лозунг «Всё для фронта, всё для победы!» стал нравственным велением для всего населения СССР, в том числе и для медицинских кадров. В оказании помощи раненым участвовали организации Красного Креста и Красного Полумесяца, развернувшие массовую подготовку медицинских сестёр и санитарных дружинниц для фронта и тыла. На них же было возложено обучение населения программам ГСО, БГСО.

Огромную роль в общей победе сыграли специалисты медики. Медицинские сестры, санитарные инструкторы постоянно находились рядом с ранеными, самоотверженно вытаскивали их прямо из под огня, и в абсолютно неподготовленных для этих целей условиях, оказывали им максимальную помощь, возвращая назад в строй. Хрупкие женщины, выполнявшие сложнейшую работу и на поле боя и по выхаживанию за тяжело-ранеными бойцами. Первые эвакогоспитали были сформированы еще в начале июля 1941 года. Под госпитали отдавались самые лучшие помещения: школы, больницы, вузы, общежития. К работе в госпиталях были привлечены высококвалифицированные медицинские кадры, а также люди, обученные за кратчайшие сроки спасать жизни людей. Такой была и моя прабабушка.

Мою прабабушку звали Шагина Мария Даниловна. Когда началась война, ей было всего 19 лет. В 1941 году Мария Даниловна за три месяца прошла Районные курсы медицинских сестёр при Союзе обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР. 1 октября 1941 года Кирсановским райвоенкоматом она была призвана к службе, на второй Белорусский фронт медицинской сестрой эвакогоспиталя. За время работы она выделялась, как одна из лучших медицинских сестер по отношению к своей работе, добросердечному отношению к раненым.

В последних местах дислокации эвакогоспиталя в г. Шверженец в Польше, работая палатной медицинской сестрой, Мария Даниловна имела в палатах по 350-400 человек и одновременно с этим вела перевязочную работу в своих палатах.

«Работала неутомимо, сутками не выходила из палат, без ропота перенося все трудности военной жизни. Всегда жизнерадостная, ко всему подходила с юмором и этим помогала скорейшему выздоровлению раненых бойцов» - так о ней написано в письме, направленном для представления ее к награде, присвоению ордена «Красной Звезды» 28 февраля 1945 года [2]. Мария Даниловна Шагина воевала в Карелии, на Украине, в Белоруссии, Польше, Германии. За свою самоотверженную работу она имела множество благодарностей от командования госпиталя, несколько благодарностей от военачальников, признательность раненых. Мария Даниловна награждена правительственной медалью «За боевые заслуги», орденом Великой Отечественной Войны 1 степени, орденом «Красной Звезды».

После войны Шагина Мария Даниловна продолжила свою трудовую деятельность в медицине, в г. Кирсанове Тамбовской области. Всю свою жизнь, свое служение, медицине посвятив детям, работала старшей медицинской сестрой в детской больнице. Дети очень любили, Марию Даниловну, но не все могли правильно выговаривать её имя отчество и называли её «Мандариновна». Добрая, смелая, веселая и отзывчивая – вот такая была моя прабабушка, участница Великой Отечественной Войны. Жизненный пример моей прабабушки Шагиной Марии Даниловны имеет большое значение в моем выборе профессии врача [2].

За всю войну на фронте работало более 500 тысяч медицинских сестер, каждая из которых самоотверженно трудились, многие из них погибли и практически половина, получила в ходе войны какие-то ранения. Тысячи мужественно-смелых женщин изо дня в день на протяжении нескольких лет работали на благо людей, ничего, не требуя взамен. Примеров самоотверженного женского труда и подвига в годы войны, страна помнит великое множество, вот только несколько библиографических данных нескольких из них.

Мария Ивановна Воеводина – ветеран Великой Отечественной войны, кавалер боевых орденов и медалей, в 1940 году окончила фельдшерско-акушерскую школу в Курске, работала медсестрой в Обояни. На 10 сутки Великой Отечественной войны была мобилизована в ряды Красной армии. Сначала работала в госпитале хирургической сестрой в селе Кривошеевка Прохоровского района Белгородской области. Затем в действующей армии в должности санинструктора. Мария Ивановна ассистировала в операционной, выносила с полей сражений бойцов. На её хрупкие женские плечи выпало участие в самых героических битвах в истории Великой Отечественной: под Москвой, под Прохоровкой. Потом были бои за Харьков, Киев. Под Киевом, Мария Ивановна получила тяжелое ранение. С апреля 1944 года воевала в составе 3-танковой армии 368 полка 4 батареи. Освобождала Польшу, Чехословакию, Австрию, была участником штурма Берлина. Долгие годы Мария Ивановна проработала в училище связи медицинской сестрой [1].

Финаева Мария Кузьминична – лейтенант медицинской службы, в 1945 году демобилизовалась из армии, окончив партийную школу, трудилась на партийной и общественной работе, ныне руководит вокальной группой «Огонёк» хора ветеранов [4].

22 октября 2015 года исполнилось бы 95 лет Тамаре Дерунец. Отважная разведчица, уроженка Бондарского района, с января 1941 года работала инструктором по физической культуре в Тамбовской фельдшерско-акушерской школе – так тогда назывался медицинский колледж, на здании которого установлена мемориальная доска в её честь. На Воздвиженском кладбище существует символическая могила Тамары Дерунец [4].

Неоценим вклад советских медицинских сестер в дело Победы. Небывалый по своим масштабам повседневный массовый героизм, беззаветная преданность Родине, лучшие человеческие и профессиональные качества были проявлены ими в тяжелые, суровые годы войны. Самоотверженный, благородный труд возвращал жизнь и здоровье раненым и больным, помогал вновь занять свое место в боевом строю.

Обращение ветеранов Великой Отечественной войны к молодому поколению: «Вы – молодое поколение. От вас во многом зависит будущее России. Мы призываем вас знать героическое прошлое, высоко ценить настоящее, глубже постигать великое значение нашей Победы. Мы передаем вам эстафету славных героических дел, эстафету защиты Родины» [3].

Главным в медицине и на войне, и в мирное время, всегда остаётся преданность профессии гуманное и милосердное отношение к пациенту.

Литература

1. Белгородская обл., Белгородский областной Дворец детского творчества, «Героиня Великой Победы».
2. Семейный архив. Кирсанов, Тамбовская обл.
3. Обращение ветеранов Великой Отечественной войны - сотрудников Рязанского государственного медицинского университета к молодому поколению.
4. <http://medkol.68edu.ru/volonterskiy-otryad-miloserdie.html> , «95 лет со Дня рождения Тамары Дерунец», «Отчизне были до конца верны»

Васильев К.К.

Николай Иванович Тезяков (1859-1925): по воспоминаниям С.Ф. Вербова*Одесский национальный медицинский университет, Украина*

В 1909-1910 гг. доктор С.Ф. Вербов служил земским врачом в Саратовской губернии. Сначала три месяца в Вольском уезде, а осенью 1909 г. он вместе с женой едет в Саратов, чтобы получить новое назначение. Тогда-то состоялась его знакомства с Н.И. Тезяковым – одним из крупнейших деятелей земской медицины.

О Тезякове – высокий, грузный, с пышной седеющей растительностью на лице и голове, в очках, казавшийся суровым, на самом деле отзывчивый начальник и добрый человек.

Разговор был следующего содержания. Тезяков – Назначение Вам уже готово. Вас с нетерпением ждут в селе Ивановке Балашевского уезда. Желаю вам успеха на новом посту. Вечером прошу ко мне на чашку чая.

У Тезякова вечером Вербов подробно рассказал о трудностях, с которыми он встретился, работая в Вольском уезде. Выслушав молодого доктора внимательно, Тезяков посчитал необходимым пояснить коллеге задачи земской медицины, напомнить её историю.

И далее – успехи земской медицины, принимая во внимание невероятную широту и сложность земству поставленной задачи, как и трудности и помехи всех родов для её осуществления, успехи эти не могли не оказаться лишь весьма скромными и далекими от цели, но то, что сделано – огромно, так как работа начата на чистом месте, начата с нуля.

Тезяков продолжал – вы жалуетесь на недоверие крестьян к врачам. Это неоспоримый факт, затрудняющий естественно нормальную врачебную работу, а подчас и ведущий даже к трагическим эксцессам. Вы можете быть уверены, что не врачи в этом повинны. Основа этого недоверия, к сожалению, весьма солидна, коренится глубоко и покоится, конечно, не без основания, на вековом недоверии крестьян ко всему, что исходит от «барина», от власти. По иронии судьбы крестьяне врачей, даже вышедших из их среды, причисляют к «барам» и в сношениях с ними всегда «настороже».

Беседа в Тезяковым открыла юному доктору Вербову, который только в 1909 г. получил диплом лекаря, на многое, на многое, чего он и подозревать не мог и чем, кроме его врачебных затруднений, чревата была деятельность земского врача.

Ключевые слова: Николай Иванович Тезяков

Денишев Р.Р., Попков Е.В.

Вклад М.Ф. Волкова в развитие здравоохранения и медицинского образования в Саратове на рубеже XIX- XX вв.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе рассматривается вклад земского врача М.В. Волкова в развитие здравоохранения и медицинского образования в Саратове на рубеже XIX - XX веков.

Ключевые слова: М.Ф. Волков, здравоохранение, медицинское образование, Саратов

Талантливый врач, организатор и видный общественный деятель Михаил Федорович Волков родился 22 октября 1853 г. в селе Шиханы, Вольского уезда, Саратовской губернии в семье крепостного крестьянина. Начальное образование получил в уездном училище г. Вольска, а затем в 1868 г. поступил в первую мужскую гимназию г. Саратова, которую блестяще окончил в 1874 г. Получив аттестат зрелости, продолжил обучение в Медико-хирургической академии в С.-Петербурге. После её окончания в 1879 г. свою трудовую деятельность начал земским врачом в селе Камешкиры Кузнецкого уезда Саратовской губернии. За сравнительно короткий срок он завоевал репутацию хорошего доктора. К нему за медицинской помощью обращались жители со всего уезда. Среди пациентов большую долю составляли больные с заболеваниями органов зрения, что определило выбор будущей специальности М.Ф. Волкова.

Уже в первый год работы земским врачом М.Ф. Волков проявил неравнодушие к проблемам оказания медицинской помощи сельским жителям, где по его личной просьбе построили первую в Камешкирском врачебном участке Кузнецкого уезда земскую больницу на 15 коек, которая на первых порах вполне удовлетворяла 25 тысячное население участка. Однако уездной земской управе инициатива и растущая популярность молодого врача не понравились: об этом было доложено губернским властям. Результат таких «донесений» - обыск жандармами, а далее перевод доктора в Саратов, ближе к полицейской и губернской опеке. В 1881 г. молодой врач был переведен в Саратовскую Александровскую губернскую земскую больницу на должность ординатора, где проявил себя как квалифицированный врач и организатор. Проработав немногим более года врачом офтальмологом, Михаил Федорович назначается на должность заведующего глазным отделением [1].

Параллельно с практической деятельностью М.Ф. Волков постоянно самосовершенствовался: много читал, писал научные статьи. В 1891 г. в журнале «Вестник офтальмологии» им была опубликована работа «К вопросу об экстракции катаракты без иридэктомии», в которой приводит методику, позволяющую избежать наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения [2]. Кроме того, он активно выступал с докладами по важным вопросам глазной хирургии на Пироговских съездах врачей в Москве, Киеве, а также принимал участие в работе международных съездов врачей в Мадриде и Париже.

В Александровской губернской земской больнице (ныне Саратовская городская клиническая больница №2 им В.И. Разумовского) Михаил Федорович проработал 22 года. В связи с тем, что земская управа отказалась увеличить число офтальмологических коек и приобрести для глазного отделения необходимое оборудование, сославшись на недостаточность денежных средств в городском бюджете, М.Ф. Волков, не смирившись с этим положением, незамедлительно выступил с докладом в Саратовском отделении попечительства Императрицы Марии Александровны о слепых. В докладе говорилось, что в городских лечебницах нет современного оборудования и нет достаточного количества стационарных коек для лечения пациентов с заболеваниями глаз и, что жизненно необходимо построить отдельную глазную больницу. Он лично организовал сбор средств на строительство глазной лечебницы. Продвижению дела способствовали и сами пациенты. Каждый вносил столько, сколько мог. [3] В итоге было собрано около ста тысяч рублей. Для проектирования здания и составления плана постройки Михаил Федорович специально ездил знакомиться с крупнейшими клиниками Франции, Германии, Испании, Швеции, Дании. Его выбор пал на испанскую лечебницу в городе Мадриде, её-то он и взял ее за образец. [1].

17 мая 1901 г. в Саратове началась закладка здания глазной лечебницы на площади Плац-парад на 40 коек. Через три года строительство было закончено и глазная лечебница 2 ноября 1904 г. приняла первых пациентов. Саратовская глазная лечебница была полностью укомплектована новейшей оптикой и аппаратурой. После торжественного открытия М.Ф. Волков был назначен главным врачом новой лечебницы и занимал эту должность до момента полной передачи её под глазную клинику медицинского факультета Императорского Николаевского университета в 1915-1916 гг. [4].

Многогранная деятельность М.Ф. Волкова проявилась в середине 90-х годов XIX века, когда он являлся членом совета Саратовского отделения попечительства императрицы Марии Александровны о слепых. Он многократно выступал с докладами на заседаниях Физико-медицинского общества (1884 по 1900 гг.), где делился опытом с коллегами и представлял пациентов с необычными и редкими заболеваниями. Так, в 1886 г. продемонстрировал больного с сифилитической амблиопией, не поддавшейся лечению ртутью и йодом и заметно улучшившейся после возвратного тифа. В 1887 г. представлял пациента, которому был удален эхинококк глазницы. За все время практической работы доктор встречался с такой локализацией заболевания лишь дважды. В России офтальмологами было описано всего 10 случаев этого заболевания с локализацией в области органов зрения [5].

С 20 февраля 1891 г. по май 1917 г. М.Ф. Волков, будучи гласным Саратовской городской Думы, вместе с медицинской общественностью сделал все возможное для открытия женской акушерско-фельдшерской школы с четырехгодовым курсом обучения (открыта в 1896 г.). Его кандидатура была выдвинута на должность председателя организационного комитета, под руководством которого построено двухэтажное здание, оборудованы кабинеты: физиологический, фармацевтический, библиотека, химическая лаборатория и др. помещения. В школе он преподавал глазные болезни в объеме университетского курса, анатомию, физиологию органов чувств, а также анатомию мозга и нервов [4]. В 1913 г. был избран городской Думой городским

головой г. Саратова. После вступления в должность с целью обеспечения жителей Саратова стационарной медицинской помощью он предложил расширить городскую больницу, построив новое здание 200 коек, что позволило увеличить поток пациентов и улучшить условия их пребывания в клинике. Кроме того, совместно с медицинскими обществами Саратова добился от городской Думы строительства родильного дома на 50 коек при городской больнице.

Но одна мысль никогда не покидала Михаила Федоровича: он давно мечтал об учреждении университета с медицинским факультетом в Саратове. В своей рукописи Волков писал, что старое городское управление и представители прежнего дворянства еще в шестидесятых годах пытались войти в непосредственные переговоры с правительством об открытии университета в Саратове [6]. И в декабре 1906 года такая возможность представилась. На очередное заседание городской думы прибыл проф. Варшавского университета П.В. Никольский с целью перевода в Саратов Варшавского университета. М.Ф. Волков был назначен гласным в комиссию из трех человек, задачей которых являлось представление интересов города «перед правительством» [7].

В первых числах декабря проф. П.В. Никольский с членами комиссии осмотрел Саратовские больницы и здания для нужд предполагаемого размещения университета. 4 декабря на заседании городской думы он доложил о полном удовлетворении от всего увиденного. И уже 6 декабря М.Ф. Волков как гласный городской Думы в составе комиссии отправился в Петербург на встречу с председателем Совета министров. Однако после приезда обратно в Саратов его ждала неприятная новость: земская управа отказалась выделять 500 тысяч рублей на строительство университета. Но это была не единственная проблема. Голод весной 1907 года, смена министра просвещения тем же годом - все это тормозило утверждение законопроекта о постройке университета. Но 19 декабря 1906 года, по итогам заседания, городская Дума постановила, что для строительства зданий готова выделить 1 миллион рублей. И после многих хлопот и поездок в столицу ходатайство было удовлетворено, и только 10 июня 1909 г. Император Николай II подписал «Закон об учреждении университета в Саратове» в составе одного медицинского факультета. На первый курс медицинского факультета вновь открывшегося университета были приняты 92 студента. Занятия студентов начались лишь в октябре месяце. Торжественное собрание по случаю открытия университета состоялось в городском театре 6 декабря 1909 г. [7].

Михаил Федорович Волков проработал в Саратовском земстве 38 лет и более 20 лет в глазной больнице. За этот период времени он принял как врач 300 тысяч больных, по 8 тысяч человек в год. Произвел более 28 тысяч глазных операций, из них 5 тысяч - экстракций катаракты. В возрасте семидесяти с лишним лет М.Ф. Волков оставляет службу и уезжает в свое имение в Балашовский район. Скончался Михаил Федорович 1 апреля 1934 года на 81 году жизни [3].

Литература

1. Нуштаев И.А., Якупова А.В. Клиника и кафедра глазных болезней // Страницы истории. – Саратов: изд-во СГМУ. - 2006. - С. 3-9.
2. Волков М.Ф. К вопросу об экстракции катаракты без иридеэктомии // Вестник офтальмологии. - 1891. - Т.8. - С.99.
3. Вардугин В.И. «Во благо народного здоровья». - Саратов: ОАО «Приволжск. кн. изд-во» - 2005. – С. 189-196.
4. Нуштаев И.А. «Саратовские ученые-медики: историко-биографические очерки». - Саратов: Изд-во СГМУ. — 2003. – С. 23-26.
5. 50 лет научно-практической деятельности Физико-Медицинского общества в г. Саратове 1860-1910 г.- 1910. - С. 149., 152.
6. Волков М.Ф. История учреждения Саратовского университета и Саратовская городская Дума. 1906-1909гг. Рукопись // Саратовский областной музей краеведения. НВ. 27745. - С. 5.
7. Данилов В.Н., Скорочкина Г.В., Самохвалова Н.В., Майорова А.С. «Памятные даты отечественной и местной истории и документальное наследие // Материалы научных конференций Саратовского областного отделения Российского общества историков-архивистов 28.11.2008 г. и 20.11.2009 г.»- Саратов: Полиграфическая компания «Эль-Принт», 2009. - С. 218-232.

ID: 2016-01-231-A-6028

Обзор

Еругина М.В., Ужахов Т.М., Ужахов А.М., Завьялов А.И.

Становление и развитие земской медицины в Кузнецком уезде Саратовской губернии в конце XIX- начале XX века

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе рассмотрены особенности становления и развития земской медицины в Кузнецком уезде Саратовской губернии в конце XIX- начале XX века.

Ключевые слова: земская медицина, Кузнецкий уезд, Саратовская губерния

В 1866 г. в Саратовской губернии вводится система местного самоуправления – земства, которая позволяет обеспечить доступность медицинской помощи и сельским жителям Кузнецкого уезда. В первые годы после организации земства в Кузнецком уезде площадью 4211,2 кв. версты и с населением около 170 тыс. человек работал всего один врач и фельдшер [1]. Но уже с 1870 г. на территории Кузнецкого уезда наряду с фельдшерскими пунктами стали открываться врачебные участки. Первый врачебный участок (Камешкирский), обслуживавший население более 27 тыс. человек, был организован в селе Русский Камешкир, который оказывал медицинскую помощь жителям Камешкирской, Чадаевской, Дубровской волостей, а также деревням Девчина, Полянщина, Средняя Елюзань, Алексеевка и селам Мамадыш, Яряш и Кулясово. Затем на территории уезда появились Кузнецкий (1876), Кунчеровский (1879), Наскафтымский (1890), Неверкинский (1896), Кряжимский (1896) врачебные участки. Уже к началу 1912 г. в Кузнецком уезде функционировало 6 врачебных участков с больницами, располагавшими 138 стационарными койками и 6 самостоятельных фельдшерских пунктов, находившихся на территории четырех врачебных участков: Кузнецком (1), Кунчеровском (2), Наскафтымском (1) и Кряжимском.

Все больницы имели смешанную систему постройки с преобладанием павильонного характера с боковыми коридорами. Амбулатории располагались в отдельном помещении, а отделения для инфекционных больных находились в отдельном флигеле. Больницы имели приемный покой, где располагались чугунно-эмалированные ванны и чугунно-эмалированные умывальные вазы, водопровод и ватерклозеты. Кроме того, в начале XX столетия в большинстве больниц уезда были оборудованы родильные приюты, а также перевязочные, операционные и предоперационные, где проводились хирургические вмешательства. Количество коек в уезде постоянно увеличивалось. Так, только с 1906 по 1911 гг. их число возросло на 10,1% и составляло 138 коек. Однако, на территории уезда и по врачебным участкам койки были распределены крайне неравномерно. Кроме того, 35,2% населения уезда оставались не обеспеченными стационарной медицинской помощью [2].

В таблице 1 представлены данные об обеспеченности стационарными койками населения Кузнецкого уезда из расчета одна кровать на 1000 жителей в 1911 году.

К началу XX века система организации оказания медицинской помощи в Кузнецком уезде сложилась стационарная. Никаких обязательных и периодических выездов ни на фельдшерские пункты, ни в другие места не существовало. Медицинский персонал выезжал лишь в экстренных случаях: на роды, эпидемии и к тяжелым больным.

Амбулаторная и стационарная помощь жителям уезда оказывалась бесплатно. По взаимному соглашению уездных земств бесплатной помощью пользовались и жители близлежащих уездов: Петровского, Хвалынского, Аткарского, Вольского, Гордищенского, Пензенского и Сызранского. С жителей других уездов за лечение в стационаре взималась плата по 25 копеек в сутки.

Следует отметить, что Кузнецкое земство не принимало на службу ротных фельдшеров из-за их низкой квалификации.

Важным событием для уездной врачебной управы стало создание в 1902 г. врачебно-санитарного совета, согласно уставу, утвержденному земским собранием. В 1905 г. в совет были введены два фельдшера с правом решающего голоса, но не всех вопросов, подлежащих рассмотрению и принятию по ним решения членами санитарного совета. Заседания врачебно-санитарного совета проводились от 4 до 13 раз в год, где обсуждались вопросы не только общих принципов организации медицинской помощи, борьбы с эпидемиями и проведении профилактических мер, организации санитарного просвещения, но и вопросы школьно-санитарного надзора, о водоснабжении в населенных пунктах уезда, учета и регистрации больных туберкулезом, сифилисом и др.

В обязанности врачебно-санитарного совета входили как приглашения медицинского персонала на службу, так и увольнения по мере обсуждения на совете. Лишь в исключительных случаях уездная врачебная управа приглашала персонал по согласованию с заведующим врачебным участком. Жалованье врачам составляло 1500 руб. в год, с прибавкой 100 руб. через каждые три года земской службы; фельдшерам – 480 руб., с прибавкой 60 руб. через каждые пять лет службы. Врачебно-санитарным советом для врачей были установлены по очереди командировки с научной целью сроком до трех месяцев после пребывания на земской службе не менее двух лет с оплатой командировочных расходов 150 руб. за счет земства. Фельдшерам предоставлялись командировки для усовершенствования по старшинству службы на два месяца и выплатой субсидий в 60 рублей. Наиболее часто врачи пользовались командировками как делегаты для участия в работе губернских съездов врачей и представителей управ Саратовской губернии [2].

Расходы на содержание земской медицины в Кузнецком уезде в разные годы составляли от 20% до 42% и зависели от возникавших эпидемий холеры, сыпного тифа, дифтерии, скарлатины, брюшного тифа, строительства и содержания земских аптек, а также с объема ремонтных работ имеющихся больниц, возведения новых и открытия при них заразных барачков. Расходы на медицинское обслуживание (в расчете на одного жителя уезда) в зависимости от врачебного участка составляли от 25,2 до 66,6 копейки.

Таблица 1. Обеспеченность койками жителей Кузнецкого уезда Саратовской губернии в 1911 году из расчета одна койка на 1000 жителей

Название участка	Количество коек по норме	Число жителей на врачебном участке	Количество штатных коек	Количество коек недостающих до нормы
Кузнецкий	56	55494	53	3 (5,6%)
Кунчеровский	36	35775	28	8 (22,2%)
Камешкирский	28	27527	15	13 (46,4%)
Наскафтымский	32	32042	10	22 (68,7%)
Неверкинский	28	28352	14	14 (50,0%)
Кряжимский	33	33587	18	15 (45,4%)
Итого	213	212774	138	75 (35,2%)

Количество всех обращений жителей за медицинской помощью к врачам и фельдшерам из года в год возрастало и в 1910 г. составило 62,6% от всего населения уезда. Более чем на 30% по сравнению с 1900 г. увеличилось число лиц, обратившихся за амбулаторной медицинской помощью. В среднем за четыре года (1907-1910) по Кузнецкому уезду на каждую тысячу жителей только врачами принято по 375 человек.

Оказание акушерской помощи при родах в сельской местности осуществлялось в основном бабками повитухами. По данным статистических отчетов за 1910 г. из каждой тысячи родов только 45 прибегали к врачебной или фельдшерской помощи, а в 1906 г. – 31; остальные оставались на руках деревенских бабок. Из общего числа родовспоможений в 1910 г. на долю врача в среднем приходился прием 52 родов или 15%. Одной из основных причин редкого обращения беременных женщин за медицинской помощью было большое расстояние (5 и более верст) от места проживания роженицы до лечебного учреждения.

В начале XX века стационарную медицинскую помощь ежегодно в среднем получали более 3170 больных с различной патологией. Основную группу – 32,3% составляли пациенты терапевтического профиля, 23,7% – с хирургическими заболеваниями, 19% – глазными болезнями, 11,4% – инфекционной патологией, 9,9% – гинекологическими и акушерскими заболеваниями и 3,6% – с сифилисом [3].

Данные годовых отчетов начала XX века свидетельствуют о высокой оперативной активности врачей, как в уездной больнице, так и на врачебных участках. Только за 1910 г. были проведены операции: на черепе – 42, органах зрения – 500, в области брюшной полости – 145, гинекологических – 83, акушерских – 39, на конечностях – 84, общих операций – 174. Хирургическая помощь при заболеваниях лор-органов отмечалась весьма низкой ввиду отсутствия врача-специалиста.

Особое место в деятельности земской медицины уезда уделялось вопросам проведения прививок населению. Начиная с 1910 г. к медицинскому персоналу врачебных участков для проведения оспопрививания были приняты в штат временные оспопрививатели сроком на 1,5 месяца, которые два раза в год (весной и осенью) проводили прививки детритом доктора Романова. Введение в штат временных оспопрививателей позволило увеличить охват прививками в 1910 г. на 32% по сравнению с 1907 годом.

Летальность, среди находившихся на стационарном лечении больных, составляла от 2,3 до 3%.

В земский период на территории Кузнецкого уезда аптек со свободной продажей лекарственных средств, перевязочного материала и предметов по уходу за больными не было. Амбулаторные больные получали необходимые лекарственные препараты в аптеке по рецепту врача или фельдшера бесплатно.

Наряду с земской медициной в Кузнецком уезде впервые на суконной фабрике Асеева в 1873 г. была создана и фабрично-заводская медицина в виде фельдшерского пункта. В последующие годы были открыты еще два приемных покоя при суконных фабриках Козеева (с. Нижняя Липовка) и Дебердеева (с. Верхозим) и один фельдшерский амбулаторный пункт в селе Чиберлее у предпринимателя Балашовой.

С увеличением числа постоянных и временных рабочих, работающих на фабриках в начале XX столетия, фельдшерские пункты преобразовывались в приемные покои и больницы. Так, больница при фабрике Асеева имела 24 койки (1 койка приходилась на 83,3 рабочих предприятия), и располагалась в отдельном двухэтажном каменном здании, где на первом этаже располагались амбулатория (при ней ожидальня, кабинет врача, перевязочная, смотровая комната и аптека) и отделенная от амбулатории коридором стерилизационная и лаборатория. На втором этаже находилось отделение для стационарных больных. Штат больницы состоял из одного врача, одного школьного фельдшера и акушерки, одной смотрительницы и 7 человек прислуги.

Только за отчетный 1910 г. фабрично-заводским врачом было принято 5939 больных, из них с фабричного поселка 4801 больной, из селений не далее 5 верст 700, из селений не далее 10 верст – 864 и прочих 70. Стационарная медицинская помощь за отчетный год получили 283 больных, которые по нозологии распределились следующим образом: инфекционные болезни – 32, сифилис – 4, гинекологические заболевания – 56, болезни органов зрения – 36, роды – 53 и прочие – 102. Из числа поступивших в стационар оперативное лечение получили 78 пациентов.

Заработная плата у медицинского персонала, работавшего в фабрично-заводской медицине, была значительно выше, чем у работников земских учреждений. Жалование врача составляло 2100 рублей в год, фельдшера – 540, акушерки – 576, смотрительницы – 120 и прислуги – 500 рублей. Однако, фабричные врачи не получали командировочные, работали по праздникам и без отпусков. Кроме того, у них отсутствовали страхование жизни и пенсионная касса [2].

Важным событием для жителей Кузнецкого уезда стало открытие в 1905 г. первых яслей-приютов. В 1908 г. их уже было открыто 6 в наиболее крупных населенных пунктах уезда, которые функционировали, главным образом, в период интенсивных полевых работ с середины июля до конца августа. Ясли-приюты располагались в помещениях земской или церковно-приходской школ, где получали питание до 4-х раз в день. Всего в 6 яслях находилось 764 ребенка, на содержание которых за сезон израсходовано 1966 руб. 4 копейки. Содержание одного ребенка в течение дня обходилось 11,12 копейки и его питание – 6,5 копейки. Сельские жители весьма положительно воспринимали такую деятельность со стороны уездной врачебной управы и с большой охотой отдавали туда своих детей [2,3].

Таким образом, врачебная управа Кузнецкого уезда и земские врачи проделали огромную работу по организации участкового принципа оказания медицинской помощи сельскому населению, внесли существенный вклад в борьбу и профилактику инфекционных заболеваний, и развитие санитарного дела. Созданная система оказания медицинской помощи в земский период заложила основы становления и развития отечественного здравоохранения в нашей стране.

Литература

1. Труды X губернского съезда врачей и представителей управ Саратовской губернии. – Саратов, 1911. – Т. II.
2. Спешиков П.В. Состояние земской медицины в Кузнецком уезде в 1908 – 1911 гг. – Саратов, 1913. – 73 с.
3. Организация борьбы с эпидемиями в Саратовской губернии //Врачебно-санитарная хроника. – 1911. - № 2. – С. 7-16.

Мясникова И.В., Завьялов А.И.

И.И. Моллесон – первый заведующий Саратовской женской повивально-фельдшерской школой*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В работе рассмотрена деятельность И.И. Моллесона, первого заведующего Саратовской женской повивально-фельдшерской школой.

Ключевые слова: И.И. Моллесон, Саратовская женская повивально-фельдшерская школа

Острая нехватка акушерских и фельдшерских кадров, низкий процент охвата медицинской помощью сельского населения Саратовской губернии с введением земства побуждали медицинскую общественность к привлечению женщин для обучения и работы в медицине. Имевшаяся повивальная школа при родильном доме, готовившая акушеров для работы в сельской местности с 1862 г., не удовлетворяла потребности губернии в медицинских работниках среднего звена. Поэтому идея об открытии фельдшерской школы возникла на одном из очередных заседаний Саратовского санитарного общества 30 января 1888 г. Однако члены общества не проявили должной активности по организации учебного заведения. И лишь только после обращения 11 января 1891 г. в санитарное общество 20 женщин, окончивших повивальную школу при Саратовском родильном доме, с прошением об учреждении для них фельдшерских курсов. Члены общества, обсудив вопрос, приступили к организации женских фельдшерских курсов. С этой целью была создана комиссия по выработке проекта устава и подготовке материальной базы фельдшерских курсов. Подготовленный проект устава был направлен на рассмотрение губернского земского собрания и медицинского департамента, но решение вопроса по открытию фельдшерских курсов затянулось на несколько лет. В окончательном варианте устава фельдшерские курсы были реорганизованы в женскую повивально-фельдшерскую школу, которая имела 4 курса с программой, мало отличавшейся от медицинских факультетов университетов [1,2].

В 1894 г. на заседании санитарного общества была избрана комиссия по подготовке Устава и организации женской повивально-фельдшерской школы (подбор преподавательских кадров, помещений для занятий, приобретение оборудования и т.д.). Весомый вклад в открытие женской фельдшерской школы внесла медицинская общественность города во главе с графом А.Д. Нессельроде – председателем Саратовского общества санитарных врачей.

Окончательное решение об открытии женской повивально-фельдшерской школы было принято в 1895 г. на VII Саратовском губернском съезде врачей и представителей земств. В своем решении съезд постановил «признать желательным открытие в Саратове женской фельдшерской школы с четырехгодичным курсом», а если по каким-то причинам земство не сочтет возможным такую школу создать, тогда «ходатайствовать об оказании материальной помощи от губернского земства в деле устройства фельдшерских курсов санитарному обществу».

11 декабря 1895 г. было утверждено «Положение о женской повивально-фельдшерской школе», а спустя несколько месяцев и ее Устав [3].

Первоначально общим собранием санитарного общества от 18 апреля 1895 г., следовательно, еще до окончательного утверждения Положения о школе и ее Уставе, на должность заведующего будущей школы был избран председатель санитарного общества и организационной комиссии граф А.Д. Нессельроде. После получения утвержденного Положения и Устава о школе организационная комиссия подвергла пересмотру вопрос об избрании заведующего школой. В ст. 9 утвержденного Устава говорится: «непосредственное наблюдение за ходом и направлением преподавания заведующему школой, который избирается обществом санитарных врачей из более опытных в деле преподавания членов его». Граф А.Д. Нессельроде в виду того, что санитарное общество, избирая его заведующим школой, не имело в виду указанного параграфа, сложил с себя эту обязанность.

20 мая 1896 г. на очередном собрании общества санитарных врачей заведующим женской повивально-фельдшерской школой избрали И.И. Моллесона – почетного члена санитарного общества, а 7 июня его в этой должности утвердил губернатор [4]. Приступив к практическому воплощению своей мечты, он первым делом договорился с руководством попечительства слепых о бесплатной аренде помещения в двухэтажном доме купчихи А.В. Чирихиной, подаренной ею попечительству (расположенного на перекрестке улиц Московской и М. Сергиевской). Под занятия в доме отвели восемь комнат, сделали ремонт и оборудовали учебные кабинеты: анатомический, фармацевтический, химический, классную комнату, препаровочную комнату для внеклассных занятий учениц, канцелярию и преподавательскую. Наглядные пособия и инструменты для обучения собирали из разных регионов России. Так, заведующий кафедрой анатомии медицинского факультета Императорского казанского университета проф. А.М. Фортунатов и студенты медицинского факультета университета св. Владимира (г. Киев) подарили анатомическую карту и огромную коллекцию костей (по экземпляру на 2-3 ученицы). Препаровочные инструменты купили в Казани. Для занятий по биологии и гистологии приобрели три микроскопа. Кроме того, за небольшое вознаграждение наняли девушку в качестве живого наглядного пособия: она являлась перед ученицами в купальном костюме, и на ней под руководством преподавателя слушательницы отработывали практические навыки по наложению повязок.

Занятия в женской акушерско-фельдшерской школе начались 1 октября 1896 г. К этому времени под руководством И.И. Моллесона был полностью сформирован педагогический коллектив для ведения занятий на первом курсе во вновь открывшемся учебном заведении из наиболее опытных практических врачей города. Описательную анатомию ученицам школы читали В.И. Парусинов и А.В. Алмазов. Первый более десяти лет преподавал анатомию в повивальной школе, второй – опытный практик, двенадцать лет прослужил земским врачом. Гистологию преподавал доктор медицины А.В. Узембло. Практические занятия по десмургии со слушательницами вел А.Н. Сахаров, ординатор хирургического отделения городской больницы, пять лет до того проработавший в хирургической клинике проф. Н.В. Склифосовского. Занятия по дисциплине «физиология» проводил врач Александровской губернской земской больницы М.Ф. Волков.

Для преподавания неорганической химии был приглашен старший врач железнодорожной больницы И.В. Вяземский, изучавший химию еще в университете, а курс аналитической химии – С.Л. Рашкевич, который окончил естественный факультет университета, где химия являлась главным предметом. Кабинет химии для занятий учениц оборудован вытяжным шкафом, плитой, штативами, обеспечен посудой и реактивами.

Латинский язык преподавал директор психиатрической лечебницы С.И. Штейнберг, а ботанику, как факультативный предмет, ветеринарный врач городских боен В.А. Смолич, давно занимавшийся этим предметом и хорошо знавший его.

Курс по фармации читал провизор Б.М. Грешун, работавший самостоятельно около пятнадцати лет в аптеке. Практические занятия с ученицами по приготовлению лекарственных средств проводились ежедневно на базе аптеки.

Физику преподавал учитель женской Мариинской гимназии Е.И. Флеровский в классе, достаточно хорошо оборудованном физическими приборами для выполнения самостоятельных экспериментальных работ слушательницами [1].

Первые полгода заведующий женской акушерско-фельдшерской школой И.И. Моллесон за свою работу по организации учебного процесса не получал жалования не копейки. И вскоре он заявил, что уходит с поста заведующего. Тогда преподаватели на одном из заседаний санитарного общества, несмотря на протесты Ивана Ивановича, предложили назначить ему оклад 1800 рублей, с тем, чтобы он мог, не отвлекаясь на другие дела, заниматься только вопросами, касающимися деятельности учебного заведения. Такая самодеятельность и непомерно большой оклад заведующему не понравились Саратовской городской думе и губернскому земству. 18 голосами против 15 земцы решили не выделять для содержания школы никакого пособия. И правление санитарного общества стало настаивать на увольнении И.И. Моллесона, потому, что из-за него (как они считали) не выделяют субсидий на содержание школы. В ответ на это решение санитарного общества 13 преподавателей школы из 16 подтвердили свое желание читать лекции безвозмездно, лишь бы заведующим остался И.И. Моллесон. Кроме того, от своего годового жалования в 600 рублей отказались и надзирательницы Петрова, Вяземская и Токарская, а преподаватели Алмазов и М.Ф. Волков уведомили правление общества, что они согласны из своего кармана платить тем лекторам, которые не хотят читать лекции и вести занятия бесплатно, только бы сохранить заведующего [1,4].

За уважаемого доктора и фельдшерскую школу заступился «Саратовский листок» 16 января 1897 г., опубликовав статью П.А. Аргунова «Камень вместо хлеба фельдшерской школе», где подробно осветил суть возникшего конфликта в учебном заведении. После публикации саратовских газет «о деле И.И. Моллесона» 12 марта 1897 г. он уведомляет губернатора: «Не желая дальше оставаться заведующим Саратовской женской акушерско-фельдшерской школой, имею честь покорнейше просить Ваше сиятельство уволить меня от занимаемой мною должности по школе». Через четыре дня Иван Иванович получил приглашение: «Исполняющий должность губернатора, свидетельствующий совершенное почтение, имеет честь покорнейше просить Вас, милостивый государь, пожаловать к нему на квартиру 17 марта 1897 г. в 10½ часа дня» [1]. Содержание беседы исполняющего должность губернатора Высоцкого с бывшим заведующим фельдшерской школой И.И. Моллесоном осталось неизвестной.

15 апреля 1897 г. И.И. Моллесон оставляет службу в Саратове и уезжает в Тамбов, где вновь организует и возглавляет работу санитарного бюро при губернской земской врачебной управе[5].

Таким образом, за сравнительно короткий срок работы в должности заведующего Саратовской женской повивально-фельдшерской школой, И.И. Моллесон сумел подобрать высококвалифицированные педагогические кадры, арендовать помещения для занятий, приобрести необходимое оборудование и наглядные пособия и организовать учебный процесс в полном объеме при отсутствии собственного здания школы.

Литература

1. Вардугин В.И. Во благо народного здоровья. – Саратов: ОАО «Приволжск. кн. изд-во». – 2005. – 240 с.
2. Завьялов А.И., Оркин В.Ф., Якупов И.А. Роль санитарного общества в развитии женского медицинского образования в Саратовской губернии //Материалы III съезда конфедерации историков медицины с международным участием. – М., 2009. Т. 1. С. 240-242.
3. Государственный архив Саратовской области (ГАСО), ф.1191, оп.1, д.4, с.4,5.
4. ГАСО, ф.1, оп.1, д.56, с.13, 17.
5. Мясникова И.В., Завьялов А.И. Научно-практическая деятельность первого санитарного врача России И.И. Моллесона в Тамбовской губернии //Материалы Всероссийской научной конференции по истории медицины с международным участием. – Волгоград, 2014. – С. 26-29.

Тищенко Е.М.

Вклад земской медицины Беларуси в оказании лечебно-профилактической помощи населению*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь***Резюме**

В статье рассмотрен вклад земской медицины Беларуси в оказании лечебно-профилактической помощи населению.

Ключевые слова: земская медицина, Беларусь

Земское самоуправление в Беларуси введено (1903, 1911) позже, чем в центре Российской империи (1864) и только в Витебской, Минской и Могилевской губерниях. Однако в первое десятилетие земская медицина Белоруссии проявила лучшие традиции: муниципальное по характеру и должное по объему финансирование, территориально-участковый принцип, развитие специализированной помощи и санитарной организации.

О росте расходов на земскую медицину позволяют судить данные, представленные в таблице 1.

При этом особо следует подчеркнуть, что на медицину отпускалось, в среднем, 25-30% земского бюджета. Оплата за медицинскую помощь в земских лечебных учреждениях не взималась.

Изменение характера финансирования способствовало развитию сельской медицины. Так, с 1903 г. по 1911 г. в Минской губернии число сельских врачебных участков возросло, в среднем, с 2 до 5-6 на уезд, а их радиус уменьшился с 23,0 до 20,6 верст. Вместе с тем, как явствует из исторических источников, в начале XX века население не земских губерний получало медицинскую помощь от фельдшеров, а основными медицинскими учреждениями в сельской местности оставались фельдшерские пункты. Так, в 1906 г. в Гродненской губернии было 19 сельских больниц, 27 пунктов повивальных бабок и 102 фельдшерских пункта. Отметим также, что волостная медицина имела место в условиях земства. К примеру, в 1911 г. в Минской губернии 61,7% фельдшеров содержались волостями.

Земская медицина Беларуси в условиях многоукладности стала играть определяющую роль. Так, в 1911 г. в Минской губернии работало 56 земских врачей (45,2% врачей, состоявших на государственной службе), действовало 46 земских больниц (45% всех больничных учреждений) на 1063 койки (63,8% всех развернутых коек).

В земских губернских и ряде уездных больниц получила дальнейшее развитие хирургическая помощь. В частности, за 1911 г. в Минской губернской больнице на 68 хирургических койках пролечено 1365 больных. Амбулаторно и в стационаре выполнено 2151 хирургическое пособие различной сложности (в том числе 137 грыжесечений, 88 лапаротомий при непроходимости кишечника, 23 аппендэктомии, 12 удалений зуба). В данном общехирургическом отделении проводились также некоторые отоларингологические, стоматологические, нейрохирургические, травматологические, урологические операции.

В условиях земской медицины зародилась государственная офтальмологическая помощь, чему предшествовал накопленный исторический опыт (организация глазных отрядов по борьбе с трахомой на основе благотворительности, 1890-е годы; первые профильные койки при Минской еврейской больнице, 1899; первые частные глазные лечебницы, Гомель, 1899, Минск, 1903). Так, в 1906 г. Могилевское земство учредило должность губернского окулиста, в Минской губернской земской больнице открыт амбулаторный прием, а затем (1912) и профильное отделение на 20 коек.

В земских губернских больницах в клинических целях начинают использовать лабораторию (Минск, 1905), рентгенаппарат (Минск, 1907), цистоскоп (Минск, 1911), научные патологоанатомические вскрытия (Минск, 1910).

Следует также отметить факт открытия (1904) в условиях земства в Минске больницы для хронических больных, как исторической предшественницы хосписов.

К началу XX века относится зарождение неотложной и скорой медицинской помощи в Беларуси, которое первоначально было связано с земством. Так, в 1908 г. при Минской земской губернской больнице учреждены ночные дежурства. Позже (1910) такие дежурства устанавливаются в Минской еврейской больнице, а общество Красного Креста в Минске (1911) и городское управление в Могилеве (1912) приобретают карету скорой помощи.

Накануне первой мировой войны создаются земские аптечные учреждения (аптеки, аптечный склад, Новогрудок, 1913; аптека, Барановичи, 1913).

Формированию земской санитарной организации способствовал предшествующий санитарно-противоэпидемический опыт. Так, следует отметить проведение с 1801 г. в Беларуси оспопрививания (оспенные комитеты (1811), телятники (1888), подготовка оспопрививателей). Для борьбы с эпидемией холеры использовались медико-организационные меры (холерные комитеты, участки, госпитали, Гродненская губерния, 1830-е годы; санитарная комиссия, Витебск, 1872). Принимались обязательные санитарные постановления по благоустройству городов, водообеспечению, удалению нечистот. Подчеркивалась важность учета и регистрации заболеваемости (медико-статистическое бюро, Минск, 1899). Были учреждены должности городских санитарных врачей (Минск, 1895; Витебск, 1897; Гродно, 1904; Могилев, 1909). В Беларуси стали проводиться прививки против скарлатины (1906) и холеры (1908).

Таблица 1. Расходы на земскую медицину в Минской губернии

Годы	Объем (тыс. рублей)
1904	245
1908	515
1910	732
1914	912

Организационное становление санитарно-профилактического направления началось в условиях земства. По образцу других земских губерний Российской империи в Беларуси формировалась земская санитарная организация. Так, в Минской губернии ее составили: земский губернский санитарный совет (1909), земский губернский санитарный врач (1910), уездные санитарные врачи (1912), земская Пастеровская станция (1911). В 1910 г. в Орше открывается первая в Беларуси Пастеровская станция, а в Могилеве создается медицинское учреждение (бактериологическая лаборатория, дезинфекционная камера, изолятор) - прообраз санитарной станции. Видные белорусские врачи, состоящие на государственной службе (С.В. Балковец, С.Н. Урванцев, К.Ю. Кононович и др.), проводили изучение санитарного состояния городов, выступали за устройство медико-санитарного дела на общественных принципах, распространение гигиенических знаний. В Могилеве (1909) и в Витебске (1913) были организованы санитарные попечительства. Развитию общественного характера и практическому решению задач медицины способствовали съезды представителей земств и земских врачей (Могилевский, 1907; Витебские, 1906, 1912; Минские, 1912, 1914; Бобруйский, 1911).

В годы Первой мировой войны продолжали действовать и организовывались земские медицинские учреждения. 5 февраля 1916 г. Витебское земское собрание приняло доклад «О противоэпидемических мероприятиях для борьбы с острыми желудочно-кишечными заболеваниями». В июле 1916 г. Витебская губернская управа организовала передвижной музей по гигиене и борьбе с заразными болезнями. В 1916 г. в Могилеве открыта земская Пастеровская станция. Только за апрель 1916 г. 17 прививочных и 34 прививочно-эпидемических отрядов Западного фронта Всероссийского земского союза провели 209290 прививок против оспы, холеры и брюшного тифа.

Февральская (1917) революция активизировала идеи выборного земского самоуправления. В Белоруссии прошли съезды медицинского персонала, определившие пути реформации и подтвердившие основные принципы земской медицины. Так, 2-4 мая 1917 г. съезд земских врачей Витебской губернии подчеркнул, что «общественная земская врачебно-санитарная помощь должна быть построена на принципах общедоступности и безусловной бесплатности; осуществление организации врачебно-санитарного дела должно проводиться местными органами самоуправления при непосредственном руководстве коллегиальных врачебно-санитарных органов, построенных на демократических началах с привлечением населения». На съезде было принято 10 резолюций: об организации сельского врачебного участка радиусом 5-10 верст в зависимости от плотности населения; об учреждении участкового санитарного совета и попечительства; о создании уездных врачебно-санитарных советов и губернских врачебно-санитарных бюро, а для заведования лечебными учреждениями – больничных советов. 27-28 июня 1917 г. съезд врачей и представителей земств Могилевской губернии также принял резолюцию о местных, объединенных врачебно-санитарных советах. Идеи самоуправления медико-санитарного дела были поддержаны и на съездах врачей (18-20 мая 1917 г.) и сестер милосердия (6 июня 1917 г.) Минского губернского комитета Всероссийского земского союза.

Значение земских медицинских организаций и принципов их работы сохранялось.

К концу 1920-х годов, укрупнение врачебных участков не достигло норм земских времен, сельское население преимущественно обращалось к фельдшерам, районные больницы имели небольшую мощность (15-20 коек), большинство из них размещалось в приспособленных помещениях, требовали ремонта, ощущали недостаток твердого и мягкого инвентаря, две трети больниц (1927) существовали с земских времен.

Литература

1. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в XIX-XX веках: Монография. – Гродно, 2003. -269 с.

Горшенина В.И., Суворов В.В.

Снабжение больных лекарствами в конце XIX века*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В работе рассматриваются особенности снабжение больных лекарствами в конце XIX века.

Ключевые слова: земская медицина, лекарства, аптеки

В 1866 году образованное в Саратове земство приняло в свое ведение все медицинские учреждения, обслуживавшие гражданское население. До 1890-х гг. уездная земская медицина Саратовской губернии сохраняла ряд недостатков дореформенного времени: ощущался дефицит квалифицированных специалистов, сказывалось несовершенство акушерской помощи, в большинстве уездных земств действовала разъездная система медицинского обслуживания населения. Становление земской медицины происходило в условиях дефицита материальных средств. Тем не менее, в данное время были намечены главные направления деятельности уездных земских учреждений Саратовской губернии в области здравоохранения, включавшие расширение сети стационаров, совершенствование системы медицинского обслуживания населения, утверждение приоритета врачебной помощи над фельдшерской. Следует отметить также, что одной из проблем в пореформенный период оставалось снабжение больных лекарствами.

При формировании системы земской медицины быстро обнаружилось, что практика приобретения для больных лекарственных средств по рецептам врачей из привилегированных городских аптек не способна в полной мере удовлетворить все имеющиеся в сельской местности потребности в обеспечении медикаментами. Причина этого не только в существенной удаленности аптек от деревень, но и в очевидной дороговизне реализуемых по таксе лекарств.

Если в уезде среднее количество граждан, пользующихся за год услугами земской медицины, ограничить тридцатью тысячами человек, а количество выписываемых для них рецептов обозначить приблизительно сорока тысячами, то при усредненной стоимости одного рецепта в 50 копеек (согласно статистике, имеющейся в отношении городских аптек) общая стоимость всех лекарственных средств, необходимых уезду, составила бы 20 тысяч рублей. И это при том, что уездный совокупный бюджет, выделяемый для медицинской сферы, практически никогда не превышал 30 тысяч рублей. Следствием этого стало то, что все необходимые для приготовления медикаментов ингредиенты приобретались земствами отдельно и из них на местах уже фельдшерами (или гораздо реже помощниками провизора) приготавливались требуемые лекарства. Лишь малое число земств могло себе позволить покупать лекарства у местных аптекарей, оказавшихся в роли своеобразных комиссионеров.

За подобное посредничество местные аптекари брали или от земства уступку до 40% от цены по таксе, или от поставщиков - за комиссию надбавку в 20-30%. В любом случае для земств такая практика была слишком накладной. Даже уступка в 50% от текущих расценок оказывалась для земств невыгодной. Стало очевидным, что более целесообразно выписывать медикаменты напрямую у крупных поставщиков, предоставляя им различные уступки при солидных закупках.

При этом определенный перечень лекарственных средств наиболее выгодно было приобретать без посредников непосредственно у заграничных крупных промышленников. Естественно, что наибольшую выгоду можно было получить, делая максимально масштабные закупки (к примеру, сразу годичного запаса). Для составления подобных смет требовались специфические знания и умения, которые имелись лишь у относительно небольшого количества опытных специалистов-врачей. Требовалось также наладить плодотворное взаимодействие между ними, обеспечив четкое понимание того, без каких препаратов и веществ никак нельзя будет обойтись, а какие представляют необязательное излишество.

В целом земским врачам удавалось составлять и предлагать сбалансированные и действенные каталоги. Как правило, лекарственные средства выписывались в неготовом виде: в последующем из имеющихся компонентов готовили порошки, микстуры и так далее. По участкам медикаменты распределял уездный фармацевт (помощник провизора или сам провизор), также в его обязанности входила проверка качества высылаемых препаратов.

Очевидная выгода, которую потенциально могло приносить содержание частных аптек, побудило ряд земств активно заняться открытием и приобретением привилегированных аптек. Однако расчеты не всегда оправдались, и нередко приобретенные аптеки ожидаемой прибыли не приносили. Не разобравшись скрупулезно во всех мелочах управления аптечным делом и не имея большого количества частных покупателей, данные земства часто терпели убытки.

Наиболее заметная экономия отмечалась там, где фельдшеры не обладали большой самостоятельностью, а проникнутые земскими заботами врачи расходовали имеющиеся резервы, соблюдая принцип крайней необходимости. В ряде земств с целью обеспечить максимально эффективное снабжение всех уездов были сформированы губернские склады лекарственных средств. Данная практика оценивалась довольно противоречиво.

В процессе изготовления и распределения медикаментов можно выделить две черты – хозяйственную и медицинскую. С медицинской точки зрения принципиально важно, чтобы любое лекарственное средство применялось в точности согласно рекомендациям и установленной дозировке лечащего врача, чтобы свойства лекарств при хранении не ухудшались и чтобы исключить какое-либо их неверное или неумелое использование. Для примера, крестьянам пилюли практически не назначали, так как приготавливать их было довольно затруднительно и долго, да к тому же больные относились к ним с опаской. Назначение капель по счету тоже вызывало затруднения и могло обернуться роковыми ошибками. Наибольшую распространенность получили дозируемые по рюмкам и ложкам растворы (и вообще жидкости), а также порошки; последние позволяли избежать всякую субъективность дозирования и, что важно, позволяли обойтись вообще без посуды.

Во многих земствах больным предписывалось приносить свою посуду под лекарства, что порождало множество неудобств. Посуда эта, как правило, была грязной и часто не имела подходящих к случаю размеров. Бесплатной раздачей аптечной посуды не

практиковали, так как это было слишком затратным. Наилучшим выходом из данной ситуации для земств стала раздача аптечной тары во временное пользование с обязательным денежным залогом, соответствующим ее стоимости. Данный залог гарантировал в большинстве случаев возврат посуды и не вызывал недовольства у больных. Лишь в исключительно редких случаях посуду предоставляли бесплатно.

С хозяйственной точки зрения наиболее жаркие дискуссии вызвал вопрос о том, стоит ли раздавать лекарства всем земским плательщикам безвозмездно или же все-таки следует брать за них деньги. Данный вопрос решался в земствах по-разному. Сперва практически повсеместно лекарственные средства из земской амбулатории отпускать всем земским плательщикам бесплатно. Однако со временем по мере развития больниц и увеличения количества фельдшеров и врачей затраты на лекарства достигли очень существенных сумм (на один уезд до 5 тысяч рублей). Следствием этого все чаще стало требование оплаты с больных.

Основные аргументы защитников платы заключались в следующем:

- Земством врачебная помощь бесплатно предоставляется всем плательщикам, а выделение лекарств - это уже личная услуга, за которую разумно получать дополнительную плату, ведь помощью фельдшера или врача пользуется ближайшее к ним население;
- Бесплатная раздача медикаментов развращает население, поощряя обращение граждан за помощью с малозначительными заболеваниями, развивает небрежное отношение к лекарствам, может быть использовано лишь ради получения посуды;
- При тяжести расходов на медицину практичнее пойти на сокращение амбулаторий, но совершенствовать борьбу с эпидемиями и больничное лечение.

Противники платных медикаментов говорили о принципиальном нарушении сложившейся общественной системы земских услуг и повинностей, называли плату за лекарства косвенным налогом, а также налогом на несчастье.

Не при всех заболеваниях требуется использовать лекарства; расходы на них вовсе не соотносятся напрямую с количеством приобретенных благ и пользы. Опасность кровотечения нередко можно нейтрализовать лишь небольшим мотком ниток и искусными руками врача; на лечение некоторых заболеваний требуется большое количество дорогостоящих медикаментов, но результатом их применения будет только временное и незначительное облегчение. Бесспорно, что по размерам полученной пользы следовало бы больных первой категории облагать наибольшей платой. Заболеть какой-либо болезнью – дело случая; возлагать на земского плательщика существенные траты за несчастливую для него комбинацию обстоятельств –очевидная несправедливость.

Совсем не каждый больной являлся самостоятельным работником, имеющим определенные доходы : примерно половину населения составляли дети возрастом до 15 лет, из оставшихся более половины – это старики и женщины. В семье хворый человек – и без того бремя, а между тем необходимо выделять деньги на его лечение.

Таким образом, согласно статистике внедрение даже ничтожной платы за лекарства (к примеру, 5 копеек за рецепт) сокращало на 20-30% амбулаторию земских врачей. Введение практики бесплатной раздачи лекарств особенно бедным слоям населения ставило их в ложное и затруднительное положение в виду необходимости каких-либо убедительных доказательств бедности. Из-за незначительных сборов возникла потребность в организации контроля и отчетности, что явилось бы дополнительным бременем для медицинских работников. При рассудительном ведении аптечной деятельности реальные расходы на лекарства вовсе не были так уж значительны, составляя от 5 до 7 копеек на каждый рецепт.

Литература

1. Жбанков Д.Н. Земская медицина и ее противники // Медицинское обозрение 1889.
2. Моллесон И. Письма о земской медицине // Медицинский Вестник, 1869.
3. Абрамов Я.В. Что сделало земство и что оно делает. СПб.,1889.
4. Капустин М. Основные вопросы земской медицины. СПб, 1889.
5. Попов И. К вопросу об устройстве земской врачебной помощи // Русская Мысль, 1883.

Вклад научно-исследовательских институтов в развитие отечественной медицины

ID: 2016-01-27-T-5915

Тезис

Губарева А.О., Гуркина Д.А.

Вклад отечественных ученых XVIII века в развитие медицины*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.*

Процесс экономического, политического развития России в XVIII в. сопровождался подъемом русской культуры, искусства и науки.

До XVIII в. для охраны здоровья использовались средства традиционной медицины.

У истоков научной медицины в России стояли крупнейшие ученые той эпохи – С.Г. Зыбелин, Д.С. Самойлович, А.П. Протасов, Н.М. Максимович-Амбодик, А.М. Шумлянский.

К примеру, особое место в истории отечественной медицины XVIII в. занимал Семен Герасимович Зыбелин(1735 – 1802). Был известным ученым-клиницистом, благодаря которому был раскрыт широкий круг медицинских вопросов, а также были подняты клинические проблемы физиологии и патологии, а также оставшиеся без внимания научного общества и государства важные аспекты профилактики и гигиены. Его считают первым русским терапевтом, а также первым детским врачом в России. Именно с его помощью в истории медицины появились основные положения терапевтической школы. Семен Герасимович был ярким сторонником гигиенических мероприятий, и как следствие, горячим поборником физкультуры, как эффективного профилактического мероприятия. В 1771 году Зыбелин стал врачом, курирующим центральную часть Москвы, а также в это время был членом комиссии, которая занималась актуальными вопросами по борьбе с чумой. На протяжении более 15 лет, С. Г. Зыбелин бесплатно работал врачом в больнице при университете, где добросовестностью выполнял свои обязанности и не опасался тесного контакта с больными, чем и заслужил всеобщее уважение.

Таким образом, в России XVIII в. развивается научная медицина и клинические дисциплины. Появляются первые ростки общественной медицины.

Ключевые слова: развитие медицины

ID: 2016-01-27-T-5956

Тезис

Саруев Э.Ш., Кадиева Р.М., Ермолаева Е.В.

Достижения медицины XX века

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

В последние сто лет медицина стремительно развивается. Подтверждением этому служат различные факты, например, исследования И.П. Павлова физиологии органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы, за что ему в 1904 г. была присуждена Нобелевская премия. Ее же в 1908 г. получил И. И. Мечников за труды по инфекционным заболеваниям и иммунологии.

Разработка прививок против бешенства, куриной холеры и сибирской язвы в Парижском институте Л. Пастера позволила продумать меры профилактики и предупреждения различных эпидемий.

В 1940 г. Флори и Чейн разработали методику получения стабильного пенициллина и наладили его промышленное производство. В нашей стране пенициллин независимо от английских и американских ученых получила З.В. Ермольева.

С первой половины XX в. в крупном масштабе началось производство и применение химических медикаментов, действующих на патогенные микроорганизмы. Первые опыты в этом направлении были сделаны Д.Л. Романовским в России и П. Эрлихом в Германии при лечении малярии. Дальнейшие разработки заложили основы нового раздела фармакологии - химиотерапии.

В результате инфекционных болезней были открыты возбудители дизентерии, малярии, желтой лихорадки и др. Были приняты меры по борьбе с этими заболеваниями. Еще больший вред нанесли человечеству войны, унесшие десятки миллионов жизней и резко сказались на здоровье сотен миллионов людей. Вместе с тем эти войны вызвали бурное развитие военной медицины, особенно хирургии. Атомные бомбы, сброшенные в 1945 г. на японские города Хиросима и Нагасаки, и последовавшей за этим развитие производства ядерного оружия обозначили проблему борьбы с радиоактивным загрязнением атмосферы и лучевой болезнью.

Литература

1. Анисеева Е.А., Ермолаева Е.В. Страны БРИКС: проблемы и перспективы развития // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Ермолаева Е.В. Пространственно-временной континуум политики (социально-философский анализ): дис... канд. филос. наук. Саратов, 2006
3. Калякина Е.Р., Якунина Е.А., Ермолаева Е.В. Основные направления социальной политики в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: развитие медицины

Красников А.С.

Способ оценки энтропии лейкоцитарной формулы человека*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Изобретение относится к медицине. Сущность способа оценки энтропии лейкоцитарной формулы человека, заключается в том, что проводят клиническое исследование крови у пациента.

Ключевые слова: клиническое исследование крови

Осуществляют исследование лейкограммы в клиническом анализе, определяют показатели лейкоцитарной формулы: метамиелоциты, миелоциты, базофилы, палочкоядерные нейтрофилы, сегментоядерные нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, моноциты. Сравнивают полученные значения показателей лейкоцитарной формулы крови с нормальными значениями для возраста и пола пациента, определяют отклонения показателей лейкоцитарной формулы у пациента от нормы. Определяют энтропию лейкоцитарной формулы человека с учетом отклонений показателей лейкоцитарной формулы по соотношению. При значении показателя энтропии H равно нулю оценивают показатели лейкоцитарной формулы как норму и состояние пациента как удовлетворительное. При значении H больше нуля, оценивают как наличие изменений в гомеостазе лейкоцитарной формулы и диагностируют наличие и степень тяжести течения инфекционного заболевания. При значении показателя энтропии H , находящегося в интервале значений от 0 до 3, диагностируют субклинические изменения гемограммы. При значении показателя энтропии H , находящегося в интервале значений от 3 до 6, оценивают как легкую степень изменений в гемограмме. При значении H , находящегося в интервале значений от 6 до 10, оценивают как умеренную степень изменений в гемограмме. При значении H , находящегося в интервале значений более 10, оценивают как тяжелую степень изменений в гемограмме. Предложенный способ позволяет повысить качество оценки состояния больного с использованием прямых клинических данных, комплексно подходить к выбору терапии, оптимально осуществлять мониторинг и оценку изменений состояния больного и осуществлять прогнозирование заболевания.

Изобретение относится к медицине, а именно к области лабораторной диагностики, и может быть использовано для интегральной оценки состояния дисбаланса лейкоцитарной формулы человека.

Для комплексной оценки показателей лейкоцитарной формулы крови больных инфекционной патологией используются различные индексы. Наиболее часто используемыми являются лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я.Кальф-Калифу, индекс сдвига и расчет относительной энтропии лейкоцитарной формулы. Перспективность и большой научно-практический потенциал использования интегральных показателей крови подчеркивают многие авторы. Мониторинг интегральных показателей лейкоцитарной формулы позволяет повысить информативность традиционных диагностических тестов, повысить качество оценки эффективности терапии, определить пути прогнозирования исходов и индивидуализации лечения и реабилитации. Использование интегральных показателей крови перспективно при компьютерной оценке результатов лабораторных исследований и разработке экспертных диагностических систем. Данные математические формулы занимают важное практическое место в клинической практике и, в то же время, имеющие методологические проблемы при их определении, ставят задачи по повышению объективизации способов их регистрации.

Наиболее полно дисбаланс лейкоцитарной системы отражает расчет энтропии лейкоцитарной формулы. Использование этого показателя было предложено Егоровой М.С. и Фоминым Г.В. в 1985 году в ИБФ МЗ СССР. Мерой изменения упорядоченности системы служит изменение энтропии $АН$. Энтропия системы тем выше, чем больше степень неупорядоченности (беспорядка) системы. Таким образом, если процесс идет в направлении увеличения неупорядоченности системы, то ΔH - величина положительная. Для увеличения степени порядка в системе ($\Delta H > 0$) необходимо затратить энергию. Оба этих положения вытекают из фундаментального закона природы - второго закона термодинамики.

Для оценки энтропии, в том числе лейкоцитарной формулы, Шеннон предложил уравнение, напоминающее классическое выражение энтропии, найденное Больцманом.

$$H = -\sum P_i \log_2 1/P_i = -\sum P_i \log_2 P_i,$$

где H - энтропия Шеннона, P_i - вероятность некоторого события.

Однако в клинической практике использование данного метода оценки имеет ряд ограничений.

В частности, для того чтобы рассчитываемый показатель не зависел от количества переменных (что как раз может наблюдаться в лейкоцитарной формуле - некоторые компоненты, например, юные формы, могут появляться при определенных неблагоприятных состояниях) приходится рассчитывать относительный показатель энтропии:

$$h = H/H_{\max},$$

где h - относительная энтропия лейкоцитарной формулы, %; H - энтропия лейкоцитарной формулы, определяемая по формуле Шеннона, H_{\max} - максимальное значение энтропии.

Таким образом, по данным анализа известных источников информации, не всегда представляется возможным в широкой клинической практике оценить энтропию лейкоцитарной формулы данным способом.

Известен также интегральный коэффициент ухудшения крови (ИККУК) как суммарная величина степени отклонений регистрируемых элементов от исходного уровня. Этот интегральный коэффициент отражает в обобщенном виде степень отклонений от нормы показателей крови и рассчитывается по формуле:

$$D=(b_1 \cdot b_2 \cdot \dots \cdot b_n)^{1/n},$$

где n - количество оцениваемых показателей крови, d_1, d_2, \dots, d_n - преобразованные в безразмерную шкалу (от 0 до 1) параметры, характеризующие степень отклонения каждого из показателей от нормы. Однако перерасчет показателей лейкоцитарной формулы крови в шкалу, пригодную для расчета данным способом, затрудняет широкое клиническое применение этой формулы.

Наиболее близким к заявляемому способу является способ определения степени тяжести механической желтухи неопухолевого генеза, согласно которому проводят забор и анализ крови у больного, осуществляют развернутый анализ крови и рассчитывают показатели: лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ1), лейкоцитарный индекс интоксикации по Островскому (ЛИИ2), индекс стресса (ИС), индекс соотношения сегментоядерных нейтрофилов к лимфоцитам (ИСЛ), индекс соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (ИСНЛ), индекс соотношения лимфоцитов к эозинофилам (ИСЛЭ), при значениях $ЛИИ1 \leq 2,5$, $ЛИИ2 \leq 2,75$, $ИС \leq 1,0$, $ИСЛ \leq 7,0$, $ИСНЛ \leq 12,0$, $ИСЛЭ \leq 18,0$ - оценивают как легкую степень тяжести; при ЛИИ1 от 2,6 до 4,5, ЛИИ2 от 2,76 до 5,0, ИС от 1,1 до 2,0, ИСЛ от 7,1 до 10,0, ИСНЛ от 12,1 до 16,0, ИСЛЭ от 18,1 до 22,0 - оценивают как среднюю степень тяжести; при ЛИИ1 свыше 4,5, ЛИИ2 больше 5,0, ИС больше 2,0, ИСЛ более 10,0, ИСНЛ свыше 16,0 и ИСЛЭ больше 22,0 - оценивают как тяжелую степень патологического процесса.

Недостатками известного способа являются трудоемкость расчета большого числа показателей и применение его только у взрослых пациентов.

Таким образом, настоящего времени отсутствует простой способ оценки энтропии лейкоцитарной формулы.

Технической задачей, на решение которой направлено предлагаемое изобретение, является повышение надежности, унифицированности и достоверности оценки энтропии лейкоцитарной формулы крови у больных.

Поставленная техническая задача решается тем, что в способе оценки энтропии лейкоцитарной формулы человека, включающем забор капиллярной крови и клиническое исследование крови у пациента, согласно предложенному изобретению, осуществляют исследование лейкограммы в клиническом анализе крови у пациента, определяют показатели лейкоцитарной формулы крови: метамиелоциты, миелоциты, базофилы, палочкоядерные нейтрофилы, сегментоядерные нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, моноциты, сравнивают полученные значения показателей лейкоцитарной формулы крови с нормальными значениями для возраста и пола пациента, определяют отклонения показателей лейкоцитарной формулы у пациента от нормы, определяют энтропию лейкоцитарной формулы человека с учетом отклонений показателей лейкоцитарной формулы из соотношения:

$$N=[((Me-Mep)^2+(Mi-Mip)^2+(Bn-Bp)^2+(Pn-Pp)^2+(Sn-Sp)^2+(En-Ep)^2+(Ln-Lp)^2+(Mon-Mop)^2)]^{1/2},$$

где

Me - метамиелоциты,

Mi - миелоциты,

B - базофилы,

P - палочкоядерные нейтрофилы,

S - сегментоядерные нейтрофилы,

E - эозинофилы,

L - лимфоциты,

Mo - моноциты в процентах,

n - индекс нормальных значений показателей лейкоцитарной формулы для пола и возраста пациента,

p - индекс значений показателей лейкоцитарной формулы пациента,

и по полученному значению энтропии N оценивают состояние энтропии лейкоцитарной формулы человека, при значении показателя энтропии N равном нулю оценивают показатели лейкоцитарной формулы как норму и состояние пациента как удовлетворительное, при значении показателя энтропии N больше нуля оценивают как наличие изменений в гомеостазе лейкоцитарной формулы и диагностируют наличие и степень тяжести течения инфекционного заболевания.

Кроме того, при значении показателя энтропии N , находящегося в интервале значений от 0 до 3, диагностируют субклинические изменения гемограммы, при значении показателя энтропии N , находящегося в интервале значений от 3 до 6, оценивают как легкую степень изменений в гемограмме, при значении показателя энтропии N , находящегося в интервале значений от 6 до 10, оценивают как умеренную степень изменений в гемограмме, при значении показателя энтропии N , находящегося в интервале значений более 10, оценивают как тяжелую степень изменений в гемограмме.

Техническим результатом, достижение которого обеспечивается реализацией всей заявляемой совокупности существенных признаков, является повышение надежности, унифицированности и достоверности оценки энтропии лейкоцитарной формулы крови у пациентов всех возрастных групп.

Предложенный способ оценки энтропии лейкоцитарной формулы человека у больных осуществляют следующим образом.

У пациента общепринятым методом осуществляется забор капиллярной крови и рутинной клинико-лабораторное исследование крови. Определяют показатели лейкоцитарной формулы: метамиелоциты, миелоциты, базофилы, палочкоядерные нейтрофилы, сегментоядерные нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, моноциты. Далее определяют отклонения показателей лейкоцитарной формулы от нормальных для данного пола и возраста показателей и оценивают состояние энтропии лейкоцитарной формулы человека на основании следующей формулы:

$$H = [((Men-Mep)^2 + (Min-Mip)^2 + (Bn-Bp)^2 + (Pn-Pp)^2 + (Sn-Sp)^2 + (En-Ep)^2 + (Ln-Lp)^2 + (Mon-Mop)^2)]^{1/2},$$

где Me - метамиелоциты, Mi - миелоциты, B - базофилы, P - палочкоядерные нейтрофилы, S - сегментоядерные нейтрофилы, E - эозинофилы, L - лимфоциты, Mo - моноциты в процентах, значения показателей лейкоцитарной формулы относятся к нормальным для данного пола и возраста, p - к показателям лейкоцитарной формулы пациента.

Значение показателя энтропии H равно нулю позволяет говорить о сохранении показателей лейкоцитарной формулы в пределах возрастных норм пациентов, что свидетельствует о сохранении гомеостаза лейкоцитарной формулы и, в совокупности с другими симптомами заболевания (например, отсутствием симптомов интоксикации), оценить состояние больного как удовлетворительное.

Значения показателя энтропии H больше нуля указывает на выраженность изменений в гомеостазе лейкоцитарной формулы и чем больше степень повышения значения энтропии, тем о большей тяжести течения, например, инфекционного заболевания это свидетельствует.

Значения показателя энтропии H от 0 до 3 единиц соответствует субклиническим изменениям, значения от 3 до 6 единиц свидетельствуют о легкой степени изменений в гемограмме, от 6 до 10 - об умеренной степени, более 10 - о тяжелой степени изменений в гемограмме.

Преимуществом способа является то, что предложенный способ позволяет интегрально оценивать отклонения в лейкоцитарной формуле на ранних субклинических стадиях, когда минимальные изменения гемограммы могут недооцениваться врачом. Преимуществом данного способа оценки энтропии лейкоцитарной формулы является также и то, что у детей конечное значение энтропии лейкоцитарной формулы не зависит от возраста. Все остальные способы оценки лейкоцитарной формулы либо не предназначены для использования в педиатрической практике, либо требуют специальных перерасчетов с учетом возрастных изменений в гемограмме. В предложенном нами способе возрастные характеристики гемограммы необходимо учитывать только непосредственно в расчете, подставляя в предлагаемую формулу способа оценки энтропии лейкоцитарной формулы соответствующие возрасту пациента нормы.

Примеры

Пример 1

Пациент Иван П., 15 лет, диагноз: левосторонняя пневмония. Поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,3°C, кашель с мокротой, заложенность носа. Из анамнеза известно, что болен 4-е сутки, заболевание началось остро с повышения температуры, на 2-е сутки присоединился кашель. При клинико-лабораторном обследовании были получены следующие данные: табл. 1.

Был проведен расчет относительной энтропии лейкоцитарной формулы, ЛИИ по Я.Я.Кальф-Калифу и энтропии лейкоцитарной формулы предлагаемым способом. Показатель относительной энтропии лейкоцитарной формулы составил 57,6 единиц (что укладывается в показатели физиологической нормы), ЛИИ по Я.Я.Кальф-Калифу - 7,7 единиц (что соответствует диапазону 5,8-8,5±1,4, относящемуся к тяжелой степени интоксикации).

Показатель энтропии лейкоцитарной формулы предлагаемым способом составил 12,5 единиц, что соответствует выраженным изменениям в гомеостазе лейкоцитарной формулы. Комплексная оценка лейкоцитарной формулы потребовала назначения ребенку интенсивной терапии, в частности парентерально антибактериальных препаратов. При динамическом наблюдении за показателями крови была получена значительная положительная динамика энтропии лейкоцитарной формулы, что позволило перевести пациента на ступенчатую антибактериальную терапию (продолжить введение препарата per os).

Таким образом, использование данного способа расчета энтропии лейкоцитарной формулы позволило практикующим врачам быстро оценить состояние пациента при поступлении, выбрать оптимальную терапевтическую тактику и в динамике комплексно оценить прогноз заболевания.

Таблица 1. Клинический анализ крови, пример 1

Форменные элементы	Показатели пациента	Норма
Метамиелоциты	0	0
Миелоциты	0	0
Базофилы	1	0-1
Палочкоядерные нейтрофилы	15	1-5
Сегментоядерные нейтрофилы	70	47-72
Эозинофилы	1	0,5-5
Лимфоциты	12	19-37
Моноциты	1	3-11

Таблица 2. Клинический анализ крови, пример 2

Форменные элементы	Показатели пациента	Норма
Метамиелоциты	0	0
Миелоциты	0	0
Базофилы	0	0-1
Палочкоядерные нейтрофилы	3	1-5
Сегментоядерные нейтрофилы	22	28-48
Эозинофилы	1	0,5-5
Лимфоциты	65	37-60
Моноциты	9	3-10

Пример 2

Больная Мария П., 1 год 9 месяцев.

Заболела остро с повышения температуры тела до 39,0°C, появления многократной рвоты до 10 раз в сутки, появления жидкого водянистого стула до 3 раз в сутки без патологических примесей. Ребенок госпитализирован в стационар с диагнозом: острый инфекционный гастроэнтерит, эксикоз I ст.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести, отмечается вялость, снижение аппетита, боли в животе, сухость губ. Тургор кожи не изменен. В зеве - гиперемия дужек. В легких выслушивается везикулярное дыхание, которое проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, отмечается умеренная тахикардия. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в околопупочной области. Печень пальпируется у края реберной дуги, эластичная, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Моча светлая, мочится достаточно.

При проведении клинического анализа крови в лейкограмме были получены следующие результаты: табл. 2.

Предложенный способ оценки энтропии лейкоцитарной формулы у инфекционных больных может быть использован для комплексной оценки течения инфекционных заболеваний, различных терапевтических подходов в группах сравнения. При расчете энтропии лейкоцитарной формулы предложенным способом было получено значение 7,8 единиц. Этот результат позволил имеющиеся у пациента изменения оценить как умеренные. Это позволило в плане терапии воздержаться от проведения антибактериальной терапии. Пациенту был проведен комплекс терапевтических мероприятий, включающих в себя парэнтеральную регидратацию, сорбенты, пробиотические препараты. В течение 4 суток состояние больной значительно улучшилось, температура тела нормализовалась, тошноты, рвоты не было. Стул 1-2 раза в сутки полуоформленный. При выписке показатели гемограммы соответствовали возрастной норме. Ребенок выписан из клиники с выздоровлением.

Пример 3

Для оценки эффективности терапии было проведено сравнение показателей энтропии лейкоцитарной формулы в группах детей, больных острыми респираторными инфекциями: 25 детей получали базисную терапию, 30 пациентов в дополнение к базисной терапии получали Хилак Форте. Было проведено сравнение по длительности сохранения основных симптомов заболевания, частоты развития осложнений, нарушениям со стороны микрофлоры желудочно-кишечного тракта, сопровождавших основное заболевание. Расчет энтропии лейкоцитарной формулы в динамике показал, что в периоде ранней реконвалесценции (7-10 сутки) после проведенной терапии в группах сравнения есть достоверные отличия по данному показателю. Так, в группе детей, получавших базисную терапию показатель энтропии, рассчитанный предложенным способом, составил 6,7 единиц, в то время как данный показатель в группе детей, в комплексной терапии которых был использован адаптоген Хилак Форте, показатели гемограммы соответствовали возрастной норме и, соответственно, значение энтропии было равно нулю. Использование данного способа расчета энтропии лейкоцитарной формулы позволило провести быстрый интегральный анализ эффективности использования в составе комплексной терапии препарата Хилак Форте, а также подтвердить его адаптогенные свойства.

Предложенный способ расчета энтропии лейкоцитарной формулы позволяет наиболее повысить качество оценки состояния больного с использованием прямых клинических данных, комплексно подходить к выбору терапии, оптимально осуществлять мониторинг и оценку изменений состояния больного и осуществлять прогнозирование заболевания.

Литература

1. В.С. Тихончук, И.Б. Ушаков, В.Н. Карпов, В.Г. Зуев. Возможности использования интегральных показателей периферической крови человека. // Воен. - мед. журн. - 1992. - №3. - С.27-31.
2. Мирошникова О.Н. Изменения показателей периферической крови и системы кровообращения человека как индикаторы реакции организма на действие экологических факторов: диссертация... кандидата биологических наук. - Владивосток, 2007. 132 с.
3. Л.И. Дубенская, С.М. Баженов, С.А. Исаева. Возможности и перспективы индивидуализированного корреляционного анализа лейкоцитарной формулы крови. // - Вестник новых медицинских технологий: периодический теоретический и научно-практический журнал. - 2003. - №3. - С.12-14.
4. Е.Д. Голованова, Л.И. Дубенская, С.М. Баженов с соавт. Влияние темпа старения на вегетативный статус и энтропию лейкоцитарной формулы крови у пожилых больных с артериальной гипертензией. // - Клиническая геронтология: ежеквартальный научно-практический журнал. - 2005. - Том 11, №2. - С.12-16.
5. Методика энтропийной оценки воздействия магнитных полей на персонал по лейкоцитарным формулам крови. - ИБФ МВ СССР. Инв. Б-4587, М, 1985, 11 с.
6. Шеннон К. Работы по теории информации и кибернетике. - М.: Изд. иностр. лит., 2002.
7. Фомин Г.В., Смирнова Н.С., Мартынюк Ю.Н. Расчет относительной энтропии лейкоцитарной формулы как методика оценки преднозологических состояний персонала. Материалы Всес. конф. "Проблемы донозологической гигиенической диагностики", - Л., 1989, с 235-236.
8. Патент РФ №2364867 на изобретение «Способ определения степени тяжести механической желтухи неопухолевого генеза», МПК G01N33/49, опубл. 20.08.2009 г.
9. Г.И. Назаренко, А.А. Кишкун, «Клиническая оценка результатов лабораторных исследований», М., 2005 г.
10. Ослопов В.Н., Садыкова А.Р., Абдулхаков Р.А. Клиническая лабораторная диагностика (третье издание). - М.: Изд. «МЕДпресс-информ», 2005, 64 стр.

Инновационная медицина России в начале XXI столетия

ID: 2016-01-231-T-5613

Тезис

Зайцева Н.А., Ширяева А.С.

Телемедицина в современной системе здравоохранения

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.*

Во Всемирной организации здравоохранения термин «телемедицина» определяется как «комплексное понятие для систем, услуг и деятельности в области здравоохранения, которые могут дистанционно передаваться средствами информационных и телекоммуникационных технологий, в целях развития всемирного здравоохранения, контроля над распространением болезней, а также образования, управления и исследований в области медицины». Телемедицина – это достаточно новое и актуальное направление, играющее важную роль в современной системе здравоохранения любой страны мира, так как во всем мире есть значительные территории, где совершенно не развита инфраструктура.

Достоинства телемедицины заключаются в предоставлении возможности специалистам ведущих медицинских учреждений мира обмениваться различной медицинской информацией с регионами и учреждениями с недостаточным количеством высококвалифицированных врачей; повышать качество и уровень диагностики, проводить непрерывное эффективное теоретическое и практическое обучение; лечить пациентов, находящихся на расстоянии от медицинского персонала необходимой квалификации, с помощью использования различных современных компьютерных и телекоммуникационных технологий; упорядочивать и хранить необходимую информацию, а так же в снижении стоимости медицинских услуг для населения и качестве их оказания.

Существуют препятствия для развития и внедрения телемедицины, например: недостаток средств, отсутствие или недостаточное знание стандартов, отсутствие качественного телемедицинского оборудования и телефонной системы, отсутствие Интернет- соединения необходимой скорости, недостатки взаимодействующих интерфейсов, нехватка квалифицированных медицинских работников и т.д.

Телемедицина, развиваясь во всём мире, доказывает свою действенность на практике и позитивно влияет на систему здравоохранения, повышая общее качество медицинских услуг.

Ключевые слова: телемедицина, здравоохранение

ID: 2016-01-35-T-5742

Тезис

Булудова М.В., Панченко А.П.

Die intravenöse Laserbestrahlung des Blutes

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков

Научный руководитель: Ахбулова А.Г.

1. Внутривенное лазерное облучение крови является относительно молодым методом воздействия на форменные элементы крови.
2. Особенностью внутривенного лазерного облучения крови есть еще и то, что терапевтический метод не имеет аналогов при фармакологическом методе лечения и считается наиболее эффективным.
3. Длительность терапевтического курса назначается специалистом в зависимости от тяжести патологического процесса.
4. Благодаря данному методу все системы организма человека активизируются.

Der Organismus des modernen Menschen wirkt immer auf elektromagnetische Felder der Handys, der Haushaltsgeräte (Mikrowelle), der Abgasen und Industrieabfälle. Auch die Qualität der Lebensmittel und des Wassers ist nicht immer gut. Ebenfalls fühlt der Mensch viel Stress im Alltag. Deshalb veraltet unsere Haut und unser Organismus mehr früher als es gewöhnlich ist, leider hat man Elixier der Jugend nicht entdeckt. Allerdings haben die Wissenschaftler viele Untersuchungen durchgeführt und beschlossen, dass das Blut das Geheimnis der Schönheit und der Gesundheit ist. Die intravenöse Laserbestrahlung des Blutes ist jetzt eine Methode der Verjüngung des Blutes und des ganzen Organismus.

Die intravenöse Laserbestrahlung des Blutes ist relativ neue Entdeckung. Diese Bestrahlung wirkt auf die Blutzellen, aber diese Methode ist eine der populärsten. Dankbar dieser Methode werden alle Systeme des menschlichen Körpers aktiviert, um alle Fehler und Problemen zu korrigieren. Der Schwerpunkt dieser Methode:

Der Lichtwellenleiter führt in jede leicht zugängliche Vene und beginnt die Bestrahlung des Blutes im Blutkreislauf. Der Apparat, der diese Bestrahlung generiert, gibt rotes Licht mit der Wellenlänge 630 nm. Die intravenöse Laserbestrahlung des Blutes ist ganz besonders, weil diese Methode keine Analoga bei der Pharmakologischen Behandlung hat, und effektiver beim Kur der Viruserkrankungen und gynäkologischen Erkrankungen, auch der Hautkrankheiten ist.

Der Patient fühlt keine Unbequemlichkeit und Veränderungen im Organismus. Diese Methode ist schmerzlos, man muss keine speziellen Medikamente verwenden und keine spezielle Vorbereitung machen. Die positive Wirkung fühltэ nach der ersten Prozedur der Blutreinigung.

Es gibt viele positive Rezensionen von den Patienten, die verschiedene Krankheiten haben. Heute verwendet man die intravenöse Laserbestrahlung des Blutes in vielen medizinischen Bereichen: Pulmologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Endokrinologie, Urologie, Gynäkologie, Dermatologie, Anästhesiologie, Chirurgie, Onkologie, Neurologie.

Ключевые слова: Die intravenöse Laserbestrahlung des Blutes

ID: 2016-01-35-T-5765

Тезис

Бекмурзаева У.А.-А., Готыжев М.В.

Computertomographie als eine der Methoden der diagnostischen Untersuchung*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков**Научный руководитель: Ахбулова А.Г.*

Computertomographie (CT) - Computertomographie (CT)- hochempfindliche Methode zur Diagnostik, die in den frühen Stadien der Diagnose von Erkrankungen der inneren Organe, gibt Objektive Informationen in Bezug auf die negativen oder positiven Dynamik der Verlauf der Krankheit, können rechtzeitig zu diagnostizieren Pathologie und eine angemessene Behandlung. Die Empfindlichkeit und Genauigkeit der Computertomographie in der Diagnostik von Erkrankungen der inneren Organe, vor allem die von bösartigen Tumoren, übersteigt die Möglichkeiten der anderen instrumentelle Methoden der Untersuchung und ist 85-90 %.

Die Arten der CT:

- Spiral-CT
- Multispiral CT

Würde die Methode der CT:

1. Nichtinvasives Verfahren
2. Erste detaillierte Bilder des Gehirns
3. Sie gelten als gesund und krank
4. Die Methode ermöglicht die Ermittlung verschiedene Störungen des Gehirns
5. Es gibt keine Beschränkung auf das Vorhandensein von metallischen Objekten

Die Nachteile der Methoden der CT:

1. Gibt nur Auskunft über den anatomischen Bau, aber nicht über die Funktionen.
2. Proband/Patient ausgesetzt ist, Röntgenstrahlung
3. In hoher Qualität ergeben sich nur axiale Schnitte
4. Die Bildqualität schlechter ist, als in der MRT

CT informativer für:

- Niederlagen Knochen der Schädelbasis, der felsenbeine, Nasennebenhöhlen;
- Der Niederlage gesichtsschädels, Kiefer, Zähne;
- Aneurysma und Atherosklerotische Läsionen der Blutgefäße;
- Pathologie der Organe der Brusthöhle (Tuberkulose, Lungenentzündung, etc.);
- der Schilddrüse;
- Verletzungen des Gehirns und der Knochen des Schädels;
- Erkrankungen der Wirbelsäule (Bandscheibenvorfälle, Osteoporose, Skoliose).

Kontraindikationen CT

- Schwangerschaft (radiale Belastung auf den Fötus).
- Die Notwendigkeit, die in der künstlichen Aufrechterhaltung der grundlegenden Funktionen des Körpers.
- Körpergewicht der untersuchten mehr als 150 kg.
- Die Verfügbarkeit im Darm bariumsuspension.

Für die CT mit Kontrast-Verstärkung Kontraindikationen sind:

- chronische Niereninsuffizienz — gestörte Ausscheidung aus dem Körper;
- Unverträglichkeit von Kontrastmittel-Allergie gegen JOD;
- Schilddrüse Struma.

*Relative Kontraindikation — Stillzeit.***Ключевые слова:** computertomographie

ID: 2016-01-35-T-5801

Тезис

Араньязова Э.Р., Аристанова Л.С.

Klonen

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра иностранных языков

Научный руководитель: Ахбулова А.Г.

Генетика является молодой наукой. Термин «клон» происходит от греческого слова «klon», что означает - веточка, побег, черенок. В самом общем значении — точное воспроизведение какого-либо объекта N-ое количество раз. Объекты, полученные в результате клонирования, называются клоном.

Существует три типа клонирования: клонирование гена, репродуктивное клонирование и терапевтическое клонирование.

Этот процесс важен с научной точки зрения, так как открывает большие возможности для борьбы с болезнями.

Die Genetik ist eine junge Wissenschaft. Die Errungenschaften haben auf dem Gebiet der Klonierung viele Fragen erzeugt. Diese Wissenschaft ist so interessant, dass sie Erfolg und Aufmerksamkeit unter den Gelehrten erworben hat.

Der Terminus "der Klon" geschieht vom Griechischen „Klon“, das bedeutet Ast, Keim, Ableger. In weiterem Sinne bedeutet es die genaue Wiedergabe irgendwelches Objektes N - Mal. Das Objekt, das infolge der Klonierung bekommen ist, nennt man den Klon.

Solange die Technik der Klonierung wenig erforscht ist, gerade die großen Geister darauf gerichtet sind.

Man unterscheidet drei Typen der Klonierung: DNS Klonen, reproduktives Klonen und therapeutisches Klonen.

Das Ziel der DNS Klonierung ist ein DNS-Fragment zu vermehren. Das ist verbreiteten und gewöhnlichen Typ der Klonierung, der im nationalen Forschungsinstitut für Gene des Menschen erzeugt war. Bei dieser Prozedur wird ein gewünschtes DNS-Fragment (ein Gen) in einen Vektor integriert. Nach einer Vervielfältigung kann durch Isolierung der gesamten DNS ein Vielfaches der anfangs eingesetzten DNS-Menge gewonnen werden, was im Gegensatz zu in vitro-Verfahren wie der PCR kostengünstig, präzise und in großer Zahl geschieht.

Das folgende ist die therapeutische Klonierung, die für die Bildung des geklonten Embryos, und im Gefolge für das einzige Ziel – die Bildung der embryonalen Stammzellen mit selber DNS wie bei der Spender-Zelle verwendet wird.

Bei der reproduktiven Klonierung bildet sich der neue ganzheitliche Organismus, der eine genetische Kopie anderes Organismus ist.

Bei der Klonierung entstehen viele widersprüchliche Fragen, auf die die Gelehrten die Antworten versuchen zu finden. Wissenschaftlich gesehen ist dieser Prozess wichtig, da er große Möglichkeiten für den Kampf mit den Krankheiten öffnet.

Ключевые слова: Klonen

ID: 2016-01-4271-T-5908

Тезис

Панина А.А., Сычева Л.А., Ермолаева Е.В.

Инновационные разработки в медицине*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

В настоящее время медицина стремится познать не только механизм развития болезни, создать точную схему ее предотвращения, но и овладеть методами, позволяющими ее остановить. Человечеству стали доступны такие, казалось бы, немислимые манипуляции как трансплантация органов, стволовых клеток и даже клонирование. Ученые разрабатывают различные инновационные методы диагностики и лечения, которые не требуют хирургического вмешательства, долгого восстановления и ухода за больным.

Например, в области хирургии учеными был создан протез сердечного клапана, который решил важные проблемы сердечно-сосудистой системы. Для пациентов, страдающих такими заболеваниями, это изобретение поможет снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку такой протез обеспечивает ток крови в одном направлении и поддерживает работу сердца в обычном режиме.

Еще одним из актуальных изобретений ученых является препарат, помогающий организму человека самовосстанавливаться. Он способствует регенерации органов и тканей; имеет огромное значение в регуляции иммунной системы, помогая ей бороться с воздействием вредных факторов.

Созданный учеными препарат, восстанавливающий слух, помогает бороться с глухотой, которой страдают более 360 млн. человек в мире, по статистике большинство из них люди пожилого возраста. Он восстанавливает волосковые клетки уха, поврежденные в результате воздействия токсинов и громкого звука.

Создание лазерного шприца значительно упрощает жизнь диабетикам. Это устройство сможет вычислять уровень глюкозы в крови без уколов, помимо этого он исключает возможность проникновения в организм бактерий.

Таким образом, инновационные разработки позволяют снизить расходы на лечение, так как предоставляют возможность точнее поставить диагноз и назначать эффективное лечение на более ранней стадии, повысить вероятность выздоровления, и соответственно сохранить трудоспособность и увеличить продолжительность жизни.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Ивлиева Д.А., Ермолаева Е.В. Государственная и частная медицина в России: проблемы взаимодействия // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: инновации в медицине

ID: 2016-01-3881-T-5948

Тезис

Аверьянова Я.А., Ермолаева Е.В.

Косметология в России: проблемы подготовки кадров

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Сфера практической косметологии в России еще формируется, активно внедряются зарубежные компании, открываются новые кабинеты, салоны, клиники. Как следствие, возникает необходимость в их кадровом обеспечении. Именно руководитель косметологического заведения сегодня определяет, какого специалиста целесообразно принять на определенную должность. В настоящее время большинство сотрудников косметических салонов прошли лишь дополнительное обучение на краткосрочных курсах по косметологии.

Многие работодатели считают, что обязательным условием для косметолога, является наличие высшего медицинского образования независимо от его специализации. Но необходимые навыки у выпускников медицинских вузов практически отсутствуют, а косметологические учреждения позиционируют себя в качестве профильных специалистов в этой области. Поэтому наиболее значимой проблемой в сфере практической косметологии в России является недостаток квалифицированного персонала, как профильных специалистов, так и административного персонала.

Этому способствует отсутствие единых государственных стандартов подготовки специалистов в данной сфере. Кроме того, большинство претендентов не соответствуют требованиям работодателей в профессиональном плане, что обуславливает большую текучесть кадров.

Не определены на законодательном уровне требования к образовательному и квалификационному уровню специалистов косметологических учреждений. Не существует перечня функциональных обязанностей в зависимости от полученной специалистом профессии. Тем самым, перспективной задачей в направлении развития сферы косметологии является создание нормативной и законодательной базы деятельности косметологических заведений.

Литература

1. Александрова М.А., Мустафаева Д.Р., Ермолаева Е.В. Конфликты в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Кондратьева Д.А., Коваленко А.Д., Ермолаева Е.В. Проблема трудоустройства выпускников высших медицинских учебных заведений России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Шарапова И.А., Ермолаева Е.В. Выгодно ли быть предпринимателем? // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: косметология, проблемы косметологии

ID: 2016-01-27-T-6000

Тезис

Кайшаури Д.Г., Шайдаев С.А., Ермолаева Е.В.

Достижения отечественной медицины в первой половине XX века*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Медицина в России в XX веке испытала на себе противоречивые влияния экономических реформ, социальных революций, мировых войн и научно-технического прогресса. В это период в развитых странах снизился уровень общей и детской смертности, прежде всего от инфекционных заболеваний. П.Ф. Боровский, Г.Н. Габричевский, Е.И. Марциновский способствовали изучению паразитарных заболеваний в России. Дальнейшее развитие паразитология получила благодаря работам Е.Н. Павловского, К.И. Скрябина и других.

В первой половине XX века в медицине достигнуты большие успехи в отношении распознавания болезней, понимания их патогенеза, их лечения и предупреждения. Развитие нормальной и патологической физиологии позволило врачам лучше изучить патогенез ряда заболеваний. В XX веке создано учение о витаминах, и показана их роль при профилактике заболеваний и последующем лечении, выявлено значение не только белков, жиров, углеводов, но и минеральных частей пищи, в том числе и микроэлементов, примером чего служат работы В.В. Пашутина и Н.И. Лунина. Усовершенствован и лечебный процесс - стали широко применяться химические лекарственные вещества, действующие на патогенных микроорганизмов. Так, например, начало применению химиотерапевтических средств при лечении малярии положили русский врач Д. Л. Романовский и германский ученый П. Эрлих. Но в целом для XX в. характерно увлечение диагностическим уклоном медицины, при котором распознавание болезней превращается в самоцель и врача забывает об основной задаче медицины — излечении больного. Особенно этому способствовало развитие специальных методов исследования и диагностики болезней, например, лабораторной диагностики.

Литература

1. Афанасьева А.Д., Ермолаева Е.В. Реклама в социальных медиа // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Лемзина А.Е., Идрисова Х.У., Ермолаева Е.В. Электронное здравоохранение: проблемы и перспективы // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Мурзаева М.В., Ермолаева Е.В. Интернет и его роль в современном обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: медицина

ID: 2016-01-27-T-6004

Тезис

Косьяненко С.С., Бурковская А.О., Ермолаева Е.В.

Инновации в медицине: Южная Корея и Россия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Существует миф о невысоком образовательном уровне России и Южной Кореи, не самом удовлетворительном сервисе. Этот миф лишен каких-либо оснований: врачи проходят обучение в известных учебных заведениях, врачами успешно выполняются сложнейшие операции, крупные научно-исследовательские центры обеспечивают развитие медицинских и биотехнологий.

Южная Корея в настоящее время одна из наиболее перспективных стран на рынке медицинского туризма не только Азии, но и мира в целом. В последние 10 лет благодаря мощной государственной поддержке система здравоохранения страны интенсивно развивалась, и теперь достигла уровня, позволившего называть южнокорейскую медицину одной из лучших в Азии. На стремительный рост Южной Кореи, как и России, оказывали влияние самые различные причины:

- развитие промышленного экспорта;
- международный экономический климат;
- сильное и эффективное руководство правительств;
- привлечение иностранных капиталовложений и др.

Основными направлениями прикладных научных исследований в медицине и здравоохранении являются:

- формирование индустрии «здорового образа жизни»;
- развитие института общеврачебной практики;
- внедрение современных лечебно-диагностических и организационных технологий в медицинскую практику;
- автоматизация методов учета, обслуживания и оплаты медицинских услуг и отпуска лекарственных средств;
- изучение закономерностей воздействия комплекса факторов окружающей, производственной, социальной среды на условия жизнедеятельности, здоровье и благополучие населения.

Изменение менталитета народа – привнесение духа оптимизма делает возможным дальнейшее развитие России и Южной Кореи. Достижения промышленности могут быть с легкостью использованы для военных и медицинских целей. Появление активных и эффективных предпринимателей заложили основу для создания крупнейших предприятий, а контроль со стороны государства за кредитно-финансовой, валютной сферами, здравоохранением, туризмом стал одним из важнейших факторов развития.

Литература

1. Ермолаева Е.В. Пространственно-временной континуум политики: автореф... канд. филос. наук. Саратов, 2006.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.

Ключевые слова: инновации в медицине, Южная Корея, Россия, медицина

ID: 2016-01-27-T-6007

Тезис

Хусаинова П.А., Воробьева А.Г.

Экотуризм в современном обществе*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.*

Экотуризм - это природный туризм, направленный на изучение окружающей природной среды и служащий для улучшения условий в этой среде. Именно забота об окружающей среде является движущей силой экотуризма. Экотуризм можно отличить от других видов туризма по следующим признакам:

- путешествие должно сопровождаться изучением природных условий и окружающей среды какого-либо региона;
- все доходы от экологического туризма должны вкладываться в различные организации по защите и охране окружающей среды;
- все участники экотуризма должны лично принимать участие в действиях, направленных на сохранение и восстановление ресурсов дикой природы.

Итак, основными компонентами экотуризма являются познание окружающей среды, сохранение экологических систем и уважительное отношение к интересам местных жителей.

В последнее время экотуризм становится всё более популярным. Это происходит вследствие возникновения у людей экологического сознания, заключающегося в стремлении сохранить оптимальные условия окружающей среды, необходимые для существования. В современном обществе часто не задумываются о вреде, который наносится нашей природе, поэтому создаются и реализуются различные проекты в сфере защиты окружающей среды. Экотуризм также можно отнести к одному из таких проектов, ведь его главная задача ; это изучение и сохранение нашей природы.

Экологический туризм подразделяется на четыре следующих вида:

- 1) Научный экотуризм.
- 2) Экотуризм, направленный на изучение истории природы.
- 3) Приключенческий экотуризм.
- 4) Путешествия в природные заповедники и национальные парки.

Каждый из этих видов имеет свою особую направленность, к примеру, приключенческий экотуризм- это самый активный из всех видов, а научный направлен на строгое изучение фактов о природе и посещении природных охраняемых зон. Однако все эти виды преследуют одну цель- защитить окружающую среду.

Ключевые слова: экотуризм

ID: 2016-01-27-T-6008

Тезис

Терентьева Е.В., Ермолаева Е.В.

Финансирование здравоохранения в контексте шведской модели экономики

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

В шведской модели организации экономики можно выделить принципы, которые обеспечили ей развитие без глубоких политических конфликтов, высокий уровень жизни и социальные гарантии для большинства населения. Она характеризуется разветвленной государственной социальной сферой и высоким уровнем бюджетной централизации национального продукта (около 60%). Медицинское обслуживание одинаково доступно всему населению Швеции. По сравнению с другими странами того же уровня развития, шведская система здравоохранения весьма эффективна при умеренных капиталовложениях и контролируемых расходах.

В основе данной экономической модели лежат следующие принципы:

- высокий уровень развития политической культуры и взаимодействие различных слоев населения между собой;
- высокая конкурентоспособность промышленности;
- возрастание роли человеческого фактора среди традиционных факторов производства. Минимизация уровня безработицы, разделение населения по уровню дохода.

Шведская экономическая модель обладает рядом достоинств и недостатков. К достоинствам следует отнести:

- высокий уровень экономической эффективности и жизни населения;
- высокие экологические стандарты;
- низкий уровень безработицы, небольшую дифференциацию в доходах населения;
- сочетание высоких темпов экономического роста с высоким уровнем полной занятости.

Недостатками шведской экономической модели выступают:

- наличие инфляции;
- неэффективная работа государственного сектора, который часто страдает из-за низкой производительности и коррупции, что в свою очередь не позволяет увеличить объем производства и уменьшить затраты государства;
- огромная роль монополий.

Таким образом, можно сделать вывод, что целью данной модели является достижение полной занятости и равенства благодаря экономическому росту, конкурентоспособности и стабильности цен при отсутствии контроля со стороны государства.

Литература

1. Забродова А.Н., Ермолаева Е.В. Россия и ВТО: проблемы вступления и перспективы участия // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Лесина И.И., Антонова О.Н., Ермолаева Е.В. Факторы стабильности современной семьи // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Эльдарханова Д., Камрикова М., Ермолаева Е.В. Отношение к коррупции в современном обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: регулирование экономики, шведская экономическая модель, социальная политика

Отечественная медицина в политическом контексте

ID: 2016-01-28-T-5890

Тезис

Балахонцев Б.А.

Положение врачей при Московских правителях

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.*

Различные заболевания всегда сопровождали развитие человечества, эти заболевания так же не могли обойти великих князей и царей, поэтому им необходимы были лекари, способные избавить их от болезни.

Профессиональные врачи на Руси появились достаточно поздно всего лишь в XV веке, но и при этом они служили исключительно при великокняжеских палатах, это в основном были приглашенные с запада доктора, но иногда встречались и местные самоучки, которые получали титул доктора.

Поначалу врачи обязаны были излечить любую болезнь, и при невозможности этого свершить они могли поплатиться за это своей головой, но постепенно отношения менялись, врачи становились одними из самых приближенных к царю людей, поэтому играли свою роль их взаимоотношения, возможные противоречия, награды и наказания, за разные проступки и достижения. В зависимости от правящего лица все эти параметры менялись, но все равно со временем их возможная участь облегчалась, и врачевание все больше становилось похоже на профессию, появлялось больше людей занимавшихся этим.

Происходили специализация и развитие профессиональной публичной медицины, начинавшиеся с лечения определенных лиц по указу и разрешения царя.

Благодаря изучению различных исторических источников подлинно известны отношения некоторых царей к врачам, положения докторов при властном лице, методы и результаты лечения болезней.

Литература

1. Как лечились московские цари. Медико-исторический очерк. Ф. Л. Герман изд. Типография Н.Чоколова. Киев 1895 год.
2. Медицина и врачи в Московском государстве / М. Ю. Лахтин. - Москва, 1906.

Ключевые слова: история медицины

Дубровина М.С.¹, Кром И.Л.¹, Чижова М.В.²

Современные основания феномена социального сиротства в России

¹ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им В.И. Разумовского Минздрава России

²ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Волгоград

Резюме

Феномен социального сиротства актуализировался в России в последние десятилетия. Количество сирот и беспризорных детей резко возрастает в годы политических, экономических и социальных потрясений. Острота проблемы социального сиротства обусловлена, с одной стороны, увеличением числа социальных сирот, а с другой – неэффективным функционированием системы социально-правовой поддержки. В статье рассмотрены современные основания, причины и факторы возникновения феномена социального сиротства в России.

Ключевые слова: сиротство, социальное сиротство, факторы социального сиротства

Безнадзорность и социальное сиротство – одна из характеристик современного российского общества. Дефиниция «сиротство», исторически обозначавшее детей, чьи родители умерли, в XXI веке приобретает иную интерпретацию. Понятие «сиротство» – не новое социальное явление для Российской Федерации: количество сирот и беспризорных детей резко возросло в годы политических, экономических и социальных потрясений [1]. Многочисленные войны, стихийные бедствия, социальные катаклизмы оставляли огромное число детей без родительского попечения. Не менее значимой являлась проблема незаконнорожденных детей.

Детское бродяжничество и нищенство стало особенно заметным после войны 1812 года, а затем отмены крепостного права в 1861 г. Всплеск роста числа беспризорных произошел во время Первой мировой войны. В начале XX века вклад в увеличение бедности, нужды и сиротства внесли гражданская война, а после нее – многолетняя хозяйственная разруха, эпидемии и голод. Вслучайно массовое детское беспризорничество стало своеобразным символом 20-х годов. Огромное количество породила Великая Отечественная Война, среди них дети родителей, погибших на фронте, в концлагерях, угнанных на работы в Германию. В послевоенное время в России сохраняется количество беспризорников. Проблема массовой беспризорности новой остротой встала после распада Советского Союза. В среднем по каждому региону ежегодно выявляется от 2 до 4 тыс. детей, по различным причинам лишившихся родительского попечения. Масштаб проблемы сравним с таковой в 20-е годы прошлого века, считающиеся наиболее неблагоприятными по количеству беспризорных детей. Социальные катаклизмы постсоветского периода, кризис в экономике и других сферах общественной жизни привели к ухудшению социально-экономического положения большинства российских семей. Низкий уровень жизни, безработица, рост преступности, снижение нравственного воспитания, приводящие к увеличению распространению алкоголизма, наркомании, явились причиной роста насилия в семьях, безнадзорности и беспризорности. Как отдельную проблему после распада СССР можно выделить резко возросшую миграцию населения, особенно из неблагоприятных в экономическом и социальном отношении регионов [2].

В 90-е годы XX века только 10% от общего числа детей-сирот стали сиротами вследствие смерти их родителей, остальные – сироты при живых родителях. Более половины от общего числа детей-сирот помещаются в дома ребенка по социальным причинам: лишение родительских прав, плохие материальные и жилищные условия, внебрачное положение женщины, нахождение родителей в заключении. Особую группу составляли отказные дети. Самые распространенные причины отказа от ребенка – трудные материальные и бытовые условия семьи, тяжелая болезнь ребенка.

В решении Межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних при правительстве РФ от 07 июля 1998 г. Генезис детской беспризорности и безнадзорности определен следующим образом «Детская безнадзорность и беспризорность – следствие современной социально-экономической и духовно-нравственной ситуации в России, которая характеризуется нарастанием социального благополучия семей, падением их жизненного уровня, дистанцированием школы от детей с трудной судьбой, криминализацией среды» [3].

По мнению А.М. Нечаевой причины детской беспризорности и безнадзорности предопределяются в современной России такими факторами как:

- экономический кризис;
- безработица;
- обнищание широких слоев населения, чье большинство живет за чертой бедности;
- повсеместное ослабление семейных устоев;
- утрата поколениями моральных ценностей;
- алкоголизм, наркомания;
- распространение психических заболеваний [4].

Перечисленные факторы, являясь условиями для возникновения наиболее серьезных негативных социальных явлений, не исчерпывают всех причин исследуемой проблемы детская безнадзорности и беспризорности. Одной из основных причин роста беспризорности и безнадзорности является разрушение государственной инфраструктуры социализации и общественного воспитания детей без формирования новой эффективной структуры социализации и досуга детей в условиях рыночных отношений. Другая причина становления сиротства в современном обществе состоит в кризисе семейных отношений: рост бедности, ухудшение условий жизнедеятельности и разрушение нравственных ценностей и воспитательного потенциала семей. В неполной семье воспитывается сегодня каждый седьмой российский ребенок. Ослаб воспитательный потенциал семей, разрушаются ее нравственные устои, утрачиваются фундаментальные человеческие ценности [5].

Следует отметить, что к причинам происхождения детской безнадзорности и беспризорности современные исследователи в области социологии относят на сегодняшний день не только экономические и социальные проблемы, но и проблемы психологического характера. Так, Е.Г. Слущкий выделяет три основные категории причин развития детской безнадзорности и беспризорности: социально-экономические, социально-психологические и медико-психологические причины.

К социально-экономическим он относит факторы, длительно нарушающие трудовой уклад жизни и деформирующие быт людей. Это экономический кризис, безработица, голод, эпидемии, интенсивные миграционные процессы в связи с военными конфликтами или природными катаклизмами.

Социально-психологические причины, по мнению автора, связаны с кризисом семьи, увеличением разводов, с утерей одного из родителей, опекуном, ухудшением климата в семье, грубым обращением с детьми физическими наказаниями, а порой и сексуальными домогательствами со стороны взрослых.

Медико-психологические причины он связывает с увеличением числа детей, имеющих выраженные психофизические аномалии, черты асоциального поведения (т.е. наличие генетической предрасположенности) [6].

Нельзя не согласиться с мнением Н.А. Палиевой, которая считает, что сиротство как явление сформировалось в России в результате влияния нескольких факторов. Во-первых, вследствие делегирования государству воспитания детей и, фактически, снижения воспитательной роли семьи. Государство приняло на себя роль патрона. Это означало, что, предоставляя ребенку необходимый минимум услуг, государство требовало безусловного подчинения и лояльности. Семья воспринималась в большей степени как дополнительный фактор контроля над личностью и как институт воспроизводства населения. Во-вторых, подрыв института материнства, семьи и брака революционными экспериментами с последующим ужесточением семейной и репродуктивной политики. В-третьих, ослабление государства с подрывом на этом фоне стабильности семьи вызвало упадок основных семейных ценностей, снизило ценность детей, сформировало гедонистические установки у родителей, вызвало увеличение числа неблагополучных семей и, как результат, количество социальных сирот.

Этиологическими факторами социального сиротства в современной России являются

1. экономические (экономический кризис: безработица; голод; эпидемии и др.);
2. социальные (ослабление социальных традиций; утрата моральных ценностей; кризис семьи; увеличение разводов и др.);
3. психологические (незащищенность детской психики, дефекты воспитания и др.);
4. медико-социальные (распространение алкоголизма, наркомании и др.);
5. политические (политический кризис в странах ближнего зарубежья, значительно усиливший приток беженцев в крупных городах и др.);
6. социально-правовые (не достаточно четко проработанный механизм профилактики детской беспризорности и безнадзорности, в частности сложность процедуры усыновления, недостатки устройства системы интернатных учреждений и др.) [7].

Современные причины возникновения и распространения социального сиротства связаны с правовыми и социально-политическими аспектами функционирования государства, с национальными семейными традициями, социальной защищенностью института семьи.

Литература

1. Осипова И.И. Государственные стратегии предотвращения социального сиротства // Социальная педагогика. – 2008. – №2. – С. 19-25.
2. Ибрагимов А.И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей: дис. д-ра.мед.наук. – М. – 2006. – С. 338.
3. Генезис детской беспризорности и безнадзорности [Электронный ресурс]. URL: <http://www.vevivi.ru/best/Genesis-detskoi-besprizornosti-i-beznadzornost...> (дата обращения 01.11.2015).
4. Нечаева А.М. Детская беспризорность – опасное социальное явление // Государство и право. – 2001. – № 6.
5. Лобатюк В.В. Социальные технологии профилактики сиротства в условиях современного российского общества: канд.социол.наук. –СПб., 2007. – 187 с.
6. Слущкий Е.Г. Беспризорность в России: вновь грозная реальность. // Социс. – 1998. – № 3.
7. Палиева Н.А., Горюва В.И. Феномен детского сиротства и факторы его возникновения. – Ставрополь: Литера – 2006.

Медицинская терминология в аспекте политических оценок происходящего

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Работа посвящена актуальным языковым поступлениям сферы медицины в современную публичную речь и средства массовой информации.

Ключевые слова: политический дискурс, медицинский дискурс, номинации болезней

Введение

«Медицина» – одно из ключевых понятий русского языкового сознания, ментально обусловленное целостное образование с соответствующими философскими, логическими, психологическими, прагматическими и культурологическими основаниями.

Данная лексико-семантическая группа входит в список наиболее высокочастотных языковых образований, среди которых представлены:

1. политика, социальное устройство, идеология;
2. экономика, финансирование;
3. новые технологии;
4. армия, силовые структуры;
5. этнос;
6. религия, вероисповедания;
7. культура;
8. образование;
9. быт;
10. область паранормальных явлений.

Цель исследования: проанализировать новейшие языковые поступления в лексико-семантическую группу «Медицина» и изучить особенности их функционирования в современном политическом дискурсе.

Материал и методы

Материалом исследования послужили публичные выступления политиков, дипломатов, общественных деятелей, журналистов и блоггеров в связи со злободневными политическими событиями и вызовами времени.

Результаты и обсуждение

Бурные социально-политические перемены последнего времени тесно взаимодействуют с активизацией социальной парадигмы языка. Кардинальные изменения в политической жизни общества мощно стимулируют активное переустройство в системе современного лексикона. На политический дискурс сегодня существенное влияние оказали распространение постперестроечной политической свободы, отмена политической цензуры, свобода в выборе и демонстрации общественной позиции, свобода слова, развитие полемических форм диалога, возрастающая роль устной речи, изменение в языке средств массовой информации, проникновение в публичную речь общеупотребительной и даже сниженной лексики.

Лексико-семантическая группа «Медицина» особо активно используется в публичных речах, рассчитанных на широкий круг слушателей (зрителей), дающих острую социально-политическую оценку актуальным событиям и фактам, получившим широкий резонанс.

В настоящее время медицинская тематика, а точнее тема «Болезни общества», становится одной из самых популярных. Идея уподобления общества живому организму со всеми его физиологическими и психическими особенностями, всевозможными патологиями и болезненными состояниями не нова - она восходит к XIX веку. Эта традиция формировалась под влиянием философских идей Ф. Бэкона, Т. Гоббса, А. Шлейхера и др.

О болезни русского общества в разное время охотно писали А.И. Герцен, В.Г. Белинский, М.Е. Салтыков-Щедрин, Н.А. Бердяев, А.В. Луначарский, С.М. Соловьев.

XX век - период продолжения и развития этой традиции на новом историко-политическом материале. Из художественных произведений и публицистических трудов номинации болезней общества переключались в язык газет и журналов. Период перестройки стал пиком метафоризации различных устных и письменных жанров СМИ. Именно с помощью метафорических средств удалось точно и выигрышно продемонстрировать, как картина мира реально отражается в общественном сознании людей и какова истинная суть общей картины жизни.

Во время перестройки произошли глобальные лексико-семантические сдвиги. Относительно функционирования номинаций болезней можно смело утверждать, что именно в данный период времени наблюдается создание обширного целостного семантического поля, перенесенного в поле политики.

Для характеристик событий новейшего политического дискурса широко используются номинации болезней, видов болезней, симптомов заболеваний, источников болезней, видов лечения, лекарств, течения и исхода болезней.

Например: «*Диагноз политической ситуации был неутешительным*»; «*В 90-е годы стране было необходимо выйти из коматозного состояния*»; «*Разрушение хозяйственных связей обернулось тем, что экономика оказалась на грани паралича*»; «*Митинговая эйфория быстро прошла*»; «*Шоковая терапия обернулась падением жизненного уровня значительной части граждан, остановкой производства, разрухой в сельском хозяйстве*»; «*Болезнь суверенизации для союзных республик оказалась*

заразной»; «*Болезная, издерганная страна нуждалась не в шоко-, а в психотерапии*»; «*Всем стало ясно, что реанимация социализма уже невозможна*».

Метафоры с ключевым понятием «болезнь» становятся самыми политическими. Именно в них прекрасно уживаются разные политические позиции говорящих и пишущих. Порой стоит только изменить часть конструкции, и общая оценка легко меняет направление. Например: *бациллы глобализации, бациллы экстремизма, бациллы национализма; вирус общественного разложения, вирус вседозволенности, вирус анархии; приступ русофобии, приступ антисталинской паранойи; приступ инфляции*.

Проанализированный материал показывает, что в общественном сознании отражаются разные фрагменты реальной действительности, особые состояния общества и происходящие в нем процессы. Важно уточнить, что весь арсенал медицинских номинаций, как правило, используется для изображения негативных сторон политики, экономики, как средство разоблачения происходящего или образного обругивания политической ситуации. Например: *Стремительно прогрессирует дебилизация общества; Мы пришли к инвалидизации общества; На рубеже 80-х годов XX произошел крутой поворот от всеобщей алголизации к его наркотизации*.

Существенные изменения, произошедшие в социально-политической и общественно-экономической жизни России последних лет, сказались на функционировании современного русского литературного языка, а также явились основной причиной активных процессов, происходящих в русском общественном языковом сознании. Это наглядно доказывают многочисленные свежие примеры из различных информационных источников: *ИГИЛ, как раковая опухоль, проявляет метастазы в разных странах* (С.М. Миронов); *Победить терроризм, распространяющийся, как раковая опухоль, можно только сообща* (В. И. Матвиенко); *Мы уже давно безуспешно пытаемся убедить Буша и сионистов из его администрации в опасности деления раковой опухоли на две части: на плохую и на хорошую* (В.А. Пруссаков); *Терроризм – явление межнациональное и сугубо социальное - это чума на теле человечества* (Sinan); *Мы выражаем соболезнования французам, прекрасно понимая, что терроризм - это чума XXI века* (А.А. Клишас); *Российские авиаудары вызвали паралич сил ИГИЛ у авиабазы Дейр-эз-Зорь* (Информационно-аналитический портал Free News); *Пан Ги Мун заявил о «дипломатическом параличе» в СБ ООН* (газета «Взгляд»); *Паранойя прогрессирует: Яценюк уверен, что Путин планирует захватить Украину* (Новостное агентство «Харьков»); *На Украине усиливается аллергия на федерализацию страны* (С.Р. Соловьев); *Украинская информационная диарея раздражает Европу* (antifashist.com); *Жизнь после АТО. Всеобщий психоз и диарея* (povogus.info); *Лихорадка выборов. Кто может стать губернатором* («Аргументы и факты»); *«Эта шоковая терапия не приведет к выздоровлению экономики. У нас 25 процентов падения экономики. Это следствие шоковой терапии, а вернее, это шок без терапии»* (Ю.В. Тимошенко). *При поддержке России Крым получил реальный шанс на выздоровление* (М.В. Леонтьев); *Фобии Эрдогана можно перечислить: аскерофобия (аскер – от турецкого «военный»); дарбефобия (дарбе – от турецкого «переворот»); гюленофобия (Гюлен – «религиозный авторитет»); сирияфобия или же асадофобия; сиссифобия (Аль-Сисси – египетский генерал); социофобия (боязнь соцсетей)* (К.А. Агаев).

Заключение

Таким образом, подобное использование языковых средств позитивно оценивается специалистами, так как их применение обусловлено прежде всего процессом расширения функциональных возможностей языковой системы и отражением полярных точек зрения - оптимистической, оценочно-нейтральной, аналитически бесстрастной, с одной стороны, и пессимистической, оценочно-окрашенной (преимущественно негативно), субъективной, с другой стороны.

Литература

1. Бельчиков Ю.А. Что было выражено словом, то было и в жизни // Русская речь. 1993, №3. - С 31.
2. Вепрева И.Т. Языковая рефлексия в постсоветскую эпоху. - Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2002. - 380 с.
3. Ермакова О.Н. Семантические процессы в лексике // Русский язык конца XX столетия (1985-1995) - 2 изд. М.: «Языки русской культуры», 200. Глава I. - С. 32-67.
4. Костомаров В.Г. Языковой вкус эпохи. Из наблюдений за речевой практикой масс-медиа. - СПб., «Златоуст». - 1999. - 312 с.
5. Кочеткова Т.В. Языковые изменения: диагноз нашего времени // Античный мир и мы. - Саратов: Изд-во ГосУНЦ «Колледж», 2002, вып. 8. - С. 5-24.
6. Проблемы речевой коммуникации: Межвуз. сб. науч. тр. - Саратов: Изд-во Саратов ун-та, 2009. - Вып.9. - 224 с.
7. Стернин И.А. Что происходит с русским языком? Очерк изменений в русском языке конца XXвека. - Туапсе, 2000. - 71 с.

Проблема здоровья и болезни в российском обществе

ID: 2016-01-27-T-5564

Тезис

Булыгина О.В., Родина П.А.

Медицинская география: современные аспекты

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.

В современном мире решение экологических проблем, охрана и оздоровление среды обитания человека и биосферы в целом, приводит к развитию новых направлений в науке. На стыке медицины и географии возникает междисциплинарная отрасль науки - медицинская география, заслуживающая особого внимания.

Медицинская наука развивается как комплексная дисциплина. Медико-географический подход отражает в первую очередь экологический образ мышления, который все больше проникает в медицину и становится характерным для современной эпохи.

Основными аспектами работы медицинской географии являются:

- оценка природных и экономических условий для определения основных причин возникновения заболеваний человека, районирование эпицентра и состояние здоровья населения в данной области;
- разработка прогноза для малообжитых районов, подлежащих в будущем освоению, а также для территорий, в пределах которых будет преобразовываться природа от деятельности человека;
- составление географической карты болезней человека – нозокарты.

Международная медицинская география занимается изучением редких в наше время заболеваний и места, где данные болезни развиваются. Основные теоретические положения позволили эффективно решать проблемы конструирования среды обитания, оптимальной в гигиеническом, социальном, биологическом и медицинском аспектах.

Но и в данном разделе научно-исследовательской работы возникли сложности:

- в выявлении заболеваний в еще необжитых людьми территориях, так как данные места являются опасными и неисследованными;
- недостаточное спонсирование, оснащение научных работников и лабораторий;
- прогнозирование проявлений заболеваний в зависимости от климата, местности, человеческого иммунитета.

Таким образом, можно сделать вывод, что приоритетная разработка новых направлений медико-географического районирования, моделирования и оценки качества окружающей среды, позволит создать региональные системы мониторинга окружающей среды и здоровья населения.

Ключевые слова: медицинская география: современные аспекты

ID: 2016-01-2164-T-5604

Тезис

Гурижева М.И., Ханикова Х.М., Ермолаева Е.В.

Роль нетрадиционных методов лечения в современном обществе*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Традиционная медицина в современном обществе представляет собой лечение у специалистов с высшим медицинским образованием, и подавляющее большинство населения доверяют именно такому способу лечения. Но есть еще альтернативная медицина, представляющая собой собрание нетрадиционных методов лечения.

Методы лечения, которые используются в традиционной медицине, всегда имеют научное обоснование, должны быть подтверждены результатами исследований и пройти клиническое тестирование, соответственно их действие не связано ни с какими внешними факторами. Все, что не укладывается в соответствующие рамки, автоматически записывается в категорию антинаучного.

В настоящее время нетрадиционная медицина представлена множеством направлений, наиболее распространенными из них являются гомеопатия, натуропатия, в которую входят фитотерапия, ароматерапия, апитерапия, талассотерапия, гирудотерапия, водолечение и др., акупунктура (иглоукалывание) и традиционная китайская медицина, акупрессура (точечный массаж), гипнотерапия, су-джок или традиционная восточная медицина, а также народная медицина.

По сравнению с традиционной медициной нетрадиционная обладает следующими преимуществами:

- отсутствие побочных эффектов;
- относительная дешевизна лечения;
- комплексное оздоровление организма;
- профилактика заболеваний.

Но наряду с ними нетрадиционной медицине присущи и недостатки: отсутствие данных об эффективности метода альтернативной медицины, а также свои противопоказания.

Таким образом, в настоящее время все большее число врачей и пациентов обращаются к лечебным методам, позволяющим добиться нужного лечебного эффекта с минимальными дозами лекарственных средств, учитывая побочные эффекты лекарственных препаратов. Центральное место среди этих методов занимает нетрадиционная медицина, использующая природные минералы, травы, стимулирующая естественные процессы человеческого организма.

Ключевые слова: нетрадиционные методы лечения

ID: 2016-01-35-T-5620

Тезис

Свитавская Д.С., Сегеда Л.Н.

Отношение человека к здоровью: исторический аспект

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

В соответствии с различными подходами к оценке здоровья и проведенными исследованиями в этой области в России можно считать здоровыми лишь от 5% до 20% населения. По последним данным ВОЗ ЮНЕСКО коэффициент жизнеспособности населения в России составляет по 5-балльной шкале всего лишь 1,4 балла. Эти данные заставляют задуматься о том, как люди относились и относятся к своему здоровью.

Человек начал заботиться о своем здоровье с тех пор, как осознал себя социальным существом. В ранние времена физическое состояние связывалось с потусторонними силами, поэтому меры по сохранению здоровья осуществлялись в мистических обрядах. Затем заметили, что образ жизни, место обитания и другие природные факторы влияют на состояние здоровья, так постепенно начала развиваться медицина.

Систематизация знаний о здоровье начала происходить во времена рабовладельческого строя, тогда в разных странах ученые-современники направляли свои силы на создание оздоровительных систем, которые основывались не на лечении болезней, а на формировании, сохранении и укреплении здоровья.

Следовательно, культура физического и психического здоровья, гигиена питания, жилища, одежды, организация мероприятий по предупреждению заболеваний, культура репродуктивного поведения – существует с глубокой древности.

В древности люди старались проследить причинно-следственные связи между здоровьем и образом жизни человека, факторами внешней среды, влияющие на него. Но с увеличением объема знаний о человеке, его биологической составляющей, развитие медицины люди стали больше полагаться на специалистов в этой области, врачей и медикаменты. Как следствие, они перестали уделять много внимания поддержанию своего тела в нужной форме. Благодаря развитию промышленности, научно-техническому прогрессу человеку приходится все больше времени уделять поддержанию и сохранению своего здоровья, множество факторов препятствуют человеку вести здоровый образ жизни. Несмотря на то, что в последнее время медицина сделала огромный рывок в своем развитии, она все еще не может полностью контролировать проблему поддержания здоровья человека.

Ключевые слова: человек, здоровье, история, знания, медицина

ID: 2016-01-439-T-5636

Тезис

Кондратьева А.О., Гасанова С.Ю.

Социально-экономическая эффективность семейной медицины*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.*

В настоящее время в России активно внедряется система первичной амбулаторной помощи населению, в основе которой лежит целостный подход к обеспечению здоровья человека и всех членов его семьи, так называемая «семейная медицина». Вследствие чего актуальным становится вопрос о ее эффективности.

Семейный врач — это высококвалифицированный специалист, обладающий необходимыми как общими, так и специальными знаниями и навыками. Главным преимуществом семейных врачей является то, что они наблюдают своих пациентов на протяжении длительного срока, имеют представление обо всех хронических заболеваниях и способны предугадать развитие новых. Все это в совокупности позволяет врачам общей практики быстрее и точнее поставить диагноз в каждом конкретном случае. Деятельность специалистов данной категории охватывает также различные слои населения, поскольку пациенты сами выбирают специалиста.

Однако современные высшие медицинские учреждения не могут удовлетворить потребность населения в квалифицированных врачах семейной практики. Упрощенный подход и нехватка информации приводит к возникновению недоверия к этой отрасли медицины, как со стороны пациентов, так и медицинских работников.

В странах Европы и Северной Америки подобная система организации медицинской помощи уже давно доказала свою эффективность, примером чего служит повышение качества медико-санитарного обеспечения населения, уменьшение числа госпитализаций и т.п. В России семейная медицина только начала свое развитие, но постепенно приобретает популярность в обществе. В ряде регионов внедряются программы развития общей врачебной практики, которые предполагают не только подготовку специалистов, но и усовершенствование материально-технической базы первичной медицинской помощи.

Таким образом, семейная медицина эффективна для общества и становится все более востребованной. Она выгодна для людей, так как пациент может в любое время обратиться к врачу, которому он полностью доверяет и который сможет принять меры для предотвращения обострений и рецидивов хронических заболеваний.

Ключевые слова: социально-экономическая эффективность семейной медицины

ID: 2016-01-27-T-5637

Тезис

Муканалиева А.Р., Максимова Е.Р., Ермолаева Е.В.

Врачебные ошибки

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Врачебная ошибка – добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов: халатности, небрежности, профессионального невежества.

Врачебные ошибки могут быть нескольких видов:

- Диагностические - связанные с неверной постановкой диагноза или неполным обследованием больного;
- Лечебные - неправильный выбор методов лечения и оценка его результатов;
- Организационные - неправильная организация лечебного процесса или рабочего места;
- Ошибки в оформлении медицинской документации и в поведении медицинского персонала;
- Ошибки в выборе врачом лекарственного препарата, его дозы и длительности применения.

Основными причинами врачебных ошибок являются:

- Отсутствие качественного оборудования для лечения и диагностики;
- Непредсказуемые действия биологических законов и процессов;
- Недостаточный уровень квалификации, опыта, образования медицинского персонала;
- Устаревшие методы лечения (в том числе личное неприятие новых методов лечения и препаратов).

Говоря о существующих данных о количестве врачебных ошибок в российских клиниках, можно привести в пример следующую статистику: «Порядка тридцати процентов смертей связаны именно с неосторожностью врачей, а если учесть тот факт, что ежегодно в российские больницы ложится порядка тридцати миллионов человек, то примерные данные становятся на самом деле катастрофическими»

В жизни может случиться что угодно, люди взлетают, падают, ошибаются, врачи тоже люди, которые имеют право на ошибку, но не в профессиональной деятельности, ведь на них лежит ответственность за самое ценное, что есть у человека – жизнь. Чтобы стать первоклассным профессионалом, врачу необходимо пройти огромный путь, пролистать сотни учебников и тетрадей, выучить огромный материал и научиться спасать жизни, но, пройдя через все это, каждый не должен останавливаться на данном уровне своего развития, необходимо совершенствовать свои знания в различных областях науки, узнавать о новых разработках лекарств и различных препаратов, а главное относиться ответственно к своему профессиональному делу. Не бывает ничего совершенного, но каждый должен стремиться постичь совершенство, особенно врачи в своей профессиональной деятельности, ведь «Тот, кто избрал труд врача, должен дать клятву, что будет честно служить своему народу.» Н.И. Пирогов.

Ключевые слова: врачебные ошибки

ID: 2016-01-28-T-5649

Тезис

Бурмистрова Д.Н., Ермолаева Е.В.

Восприятие болезни в истории культуры*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Здоровье всегда противопоставлялось болезни, часто критерием болезни выступает страдание или дискомфорт. Первоначально возникновение заболевания воспринималось как некое чуждое человеку живое существо, способное проникать в его тело и вызывать болезненное состояние организма, что привело к применению заклинаний, заговоров, молитв магических приемов лечения в виде. Развитие знахарства и шаманства привело к возникновению самого понятия лечение.

В различных культурах древности болезнь разъяснялась по-своему. У африканцев, индейцев или чукчей болезнь считалась знаком свыше, а заболевший человек окружался почтением соплеменников как человек, «одержимый богами» и стоящий на пороге иного мира. В древнем Египте болезни — следствие вселения демона, они возникают по воле богов. Напротив, в Индии и Китае болезнь понималась как кара, наказание за грехи, а причинами были гнев богов, изменение климата и погоды, нарушение диеты и правил личной гигиены.

Средневековое общество резко восстает против больных людей. К примеру, охота на ведьм XIV-XV веков, когда огромное количество осужденных представляли собой бродяги - люди, страдающие заразными болезнями. Одной из самых тяжелых болезней средневековья считалась проказа, боязнь заражения которой была настолько сильна, что заболевший считался обреченным. Однако, несмотря на такие разногласия, всеми народами болезнь единодушно воспринималась как событие религиозное. Исцеление больных предоставлялось служителям религии.

Медицина нового времени укрепила свои позиции как наука. Экспериментальный характер ее развития становится преобладающим. Понятие духовной болезни теряет свою актуальность. Люди осознают, что уже не настолько бессильны к болезням.

Плохая экология, неправильное питание, антибиотики, стресс, малоподвижный образ жизни – все это характерно для современного общества. Оно находится в противоречивом положении. С одной стороны, постоянно подчеркивается ценность здоровья, а с другой — рынок медицинских и фармацевтических услуг нуждается в постоянном росте числа потребителей. В настоящее время к больным людям относятся толерантно, с состраданием, а болезнь стала частью обыденной жизни и считается обычным состоянием, характерным для современного общества.

Ключевые слова: история, медицина, развитие, эпохи

ID: 2016-01-27-T-5684

Тезис

Субботин С.И., Буянов А.А.

Социально экономические факторы здоровья

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

Здоровье - это жизненная ценность, оказывающая огромное влияние на социально-экономическое развитие страны. Крепкое здоровье является важным условием активной, творческой и полноценной жизни человека. Низкий уровень здоровья уменьшает социальную, трудовую и экономическую активность людей, приводит к снижению производительности труда, показателей здоровья будущего поколения.

По результатам экспертной оценки ВОЗ состояние здоровья человека зависит от 4х факторов: генетических - 15-20%; состояния окружающей среды 20-25%; медицинского обеспечения- 10-15%; условия и образа жизни людей - 50-55%. На здоровье человека влияет его образ жизни, в котором выделяют две категории: экономическую - уровень жизни, социальную - качество жизни. Показателями уровня жизни являются размер и форма доходов, структура потребления, обеспеченность жильем и его качество, условия труда и отдыха, экология, образовательный и культурный уровень населения, здоровье и продолжительность жизни.

Качество жизни, как социальная категория, характеризуется укладом жизни и стилем жизни, который представляет собой порядок общественной жизни, быта, культуры людей.

Уклад жизни, как социально-экономическая категория характеризуется следующими факторами:

- укрепляющими здоровье: рациональная организация жизнедеятельности оседлый образ жизни, адекватная двигательная активность, социальный и психологический комфорт, полноценное и рациональное питание, отсутствие вредных привычек, образование;
- ухудшающие здоровье: отсутствие рационального режима жизнедеятельности, миграционные процессы, социальный и психологический дискомфорт, неправильное питание, вредные привычки, недостаточный уровень знаний и др.

Оценкой качественной стороны условий жизни являются такие формы качества жизни, как показатель уровня комфорта, удовлетворенность работы и общением и т.д.

Таким образом, чем выше уровень экономического развития страны, тем выше показатели общественного здоровья и здоровья отдельного человека. Для поддержания высокого уровня здоровья необходимо не только углубление знаний, расширение представлений о болезнях, но и умелое использование всех факторов, в том числе и социально-экономических, влияющих на различные составляющие здоровья.

Ключевые слова: социально экономические факторы здоровья

ID: 2016-01-27-T-5741

Тезис

Кудаев А.Т., Фахрудинова Э.Р., Аленин П.Н.

Специфика комплаентного поведения больных туберкулезом*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Актуальность рассматриваемой темы бесспорна: вопрос приверженности туберкулезных больных к лечению, в связи с его тяжестью и социальной значимостью заболевания, всегда занимал и продолжает привлекать внимание многих.

Цель: проанализировать особенности комплаентного поведения больных туберкулезом.

Первостепенным условием эффективности лечебного процесса является установление психологического контакта и доверительных отношений между врачом и пациентом. Проблема взаимодействия врача и пациента туберкулезного профиля имеет свою специфику. В первую очередь – это социальные характеристики данной категории больных (преимущественно граждане из неблагополучных слоев населения, мотивация к лечению у которых минимальна). Еще одной характерной особенностью лечения туберкулеза является его продолжительность. Большинство больных негативно относятся к перспективе долгосрочной потери заработка.

По статистике от 25 до 50% пациентов проявляют черты некомплаентного поведения. Это имеет негативные последствия не только для здоровья населения, но и в целом для системы здравоохранения: пациенты продолжают болеть, а система здравоохранения констатирует перерасход средств на лечение данных пациентов.

Туберкулезные больные, пройдя первый этап лечения, преимущественно игнорируют реабилитацию, которая является важной составляющей полного излечения туберкулеза.

Заключение. Таким образом, комплаентность пациента имеет первостепенное значение, следовательно, основной задачей фтизиатра является формирование у пациента позитивной мотивации на приверженность лечению.

Литература

1. Гришечкина Н.В., Фахрудинова Э.Р. Модель взаимодействия врача и пациента как фактор формирования комплаентности// Социология медицины – реформе здравоохранения. Научные труды IV Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием). – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2013. – С. 183-188.
2. Аленин П.Н., Андриянова Е.А., Живайкина А.А., Масляков В.В. Факторы профессионализации фтизиатрии на современном этапе развития отечественного здравоохранения// Фундаментальные исследования. 2015. - №1. - С. 449-452.

Ключевые слова: комплаентность, больные туберкулезом

ID: 2016-01-27-T-5868

Тезис

Червоненко Д.В., Шелудько А.Н., Ермолаева Е.В.

Вредные привычки

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Важнейшей чертой, характеризующей отношение человека к своему здоровью, является наличие вредных привычек или их отсутствие. Вредные привычки - это многократно повторяющиеся действия, которые мешают ему достичь цели и полностью использовать в течение жизни свои возможности, наносят вред здоровью.

Вредную привычку можно рассматривать как болезнь или патологическую зависимость. Но наряду с вредными привычками существуют бесполезные действия, которые нельзя рассматривать как болезнь, но которые возникают из-за неуравновешенности нервной системы. Привычки способствуют формированию нравственного облика человека, так как, закрепившись, они уже будут приводить к появлению у него тех или иных черт характера.

Чаще всего человек приобретает вредные привычки в ранней молодости. Причинами их могут стать как недостаток чувства ответственности и внутренней дисциплины, отсутствие четкой жизненной цели, так и тревога, скука, ощущение себя несчастным, возникающие при общении трудности, желание уйти от проблем, склонность к экспериментам. Среди вредных привычек, наносящих вред здоровью человека, наиболее распространены употребление алкоголя, сигарет и энергетических напитков, психогенное переедание, шопоголизм, зависимость от игр и сети Интернет.

Люди убеждены, что в малых дозах они вреда не несут, а, начав употреблять что-то, у человека хватает силы воли бросить вредную привычку. К вредным привычкам также относят часто повторяющиеся бесполезные действия, наиболее часто встречаются привычка грызть ногти и ковырять кожу, щелкание суставами и другие. Самыми безобидными из них можно считать употребление в речи слов-паразитов, нецензурные выражения, сплевывание на пол и привычка грызть карандаш или ручку.

Таким образом, можно сделать вывод, для того чтобы справиться с вредными привычками, важно осознать, что это необходимо, принять твердое решение изменить свою жизнь. Но профилактику вредных привычек необходимо начинать с раннего возраста. Необходимо помнить, что зачастую вредные привычки могут привести к неблагоприятным последствиям, либо стать предвестниками серьезных заболеваний.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Благоприятный социально-психологический климат в коллективе как условие эффективной работы // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. 2015. № 3. С. 50-52.

Ключевые слова: привычки, зависимость, студенты, школьники

ID: 2016-01-27-T-5875

Тезис

Власова П.О., Берюхова А.А., Ермолаева Е.В.

Отношение студентов-медиков к здоровому образу жизни*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Медикам обычно предъявляются высокие требования к состоянию их здоровья. Студенты, обучающиеся в медицинских вузах, уделяют много времени профессиональной деятельности в области охраны здоровья граждан, но на свое здоровье обращают мало внимания. Среди молодежи за последние 8-10 лет практически незаметно положительных сдвигов в психологических установках и поведении в сторону оздоровления своего образа жизни.

Под здоровым образом жизни обычно понимаем концепцию жизнедеятельности человека, направленную на улучшение и сохранение здоровья с помощью правильного питания, физической подготовки, морального настроя и отказа от вредных привычек.

Опрос студентов 1 курса Саратовского ГМУ (N=80), направленный на выяснение уровня их осведомленности о ведении ЗОЖ и определение отношения к состоянию своего здоровья, показал, что 46% респондентов под ЗОЖ понимают отсутствие вредных привычек; 33% студентов – занятия спортом, а 21% – правильное питание. При этом 69% считают, что ведут ЗОЖ, хотя на самом деле это не так, а 31% признались, что сами не ведут здоровый образ жизни.

На протяжении обучения в вузе, у студентов повышается недовольство, вызванное состоянием своего здоровья, но только 46% респондентов высказали намерение соблюдать принципы ЗОЖ, у 36% опрошенных этому препятствует недостаточная мотивация. В качестве личного примера для пациентов в будущей врачебной деятельности следование принципам ЗОЖ предполагают лишь 18% опрошенных.

Таким образом, очевидно, что реальное представление о здоровье как благополучии у студентов находится в стадии становления, поэтому необходимо проводить как можно больше мероприятий, которые будут направлены на формирование мотивации к ведению здорового образа жизни.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Девличарова Р.Ю., Андриянова Е.А., Акимова Н.А., Клоктунова Н.А. Исследование профессиональных рисков среднего медицинского персонала как вариант реализации междисциплинарного подхода к изучению рисков здоровья // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. Т. 10. № 4. С. 674-680.

Ключевые слова: студенты, здоровье, ЗОЖ

ID: 2016-01-28-T-5881

Тезис

Клюева К.Е., Погорелая Е.М.

Сахарный диабет: история и современность

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Сахарный диабет заболевание распространенное. История болезни сахарного диабета начинается с II тысячелетия до н.э. В то время это заболевание люди могли распознавать, но способов его лечения не имели. Больные сахарным диабетом были обречены на скорую смерть.

Выделяли три основных симптома:

- учащенное мочеиспускание,
- сильная жажда,
- резкая потеря веса.

Наличие этих признаков говорило о том, что причиной заболевания являлось нарушения работы почек или желудочно-кишечного тракта.

В 30 – 90 годы н.э. заболевание получило название «диабет». Название характеризовало прохождение выпитой жидкости сквозь организм. В 131-201 годах н.э. Гален предположил невозможность возникновения диабета от болезней почек.

В XVI Парацельс говорил, что диабет – болезнь организма в целом и предполагал его развитие большим содержанием соли в организме. В 1776 году Добсон выяснил, что моча имеет сладковатый вкус из-за того, что в ней присутствует сахар. С тех пор диабет и стал называться сахарным диабетом.

В 1841 году врачи научились измерять содержание глюкозы в моче. В 1960 г. была установлена химическая структура инсулина человека, а в 1979 г. был осуществлен полный синтез инсулина методом генной инженерии.

В 1980-е года появились глюкометры позволяющие измерять уровень глюкозы в крови.

Данные некоторых исследований подтверждают, что у людей, страдающих сахарным диабетом, часто бывает ряд психологических проблем и психических расстройств. Развитие сахарного диабета приносит много трудностей. Человеку необходимо около года, чтобы побывать почти во всех ситуациях, на которые оказывает влияние диабет.

Диабет - такая болезнь, которая может доставить много неудобств, даже в самых «нормальных» семьях. Больному сахарным диабетом очень важно осознавать, что лечение необходимо ему лично, а не семье или друзьям. Ему необходимо стать собственным экспертом, уметь адекватно реагировать на любую ситуацию, которую жизнь может преподнести т.к. негативное отношение к сахарному диабету, неустойчивое эмоциональное состояние приводит к неспособности пациента психологически адекватно оценить и перебороть сложившуюся ситуацию в условиях болезни.

Таким образом, отношение к болезни является одним из существенных факторов, определяющих качество жизни, психологическое и эмоциональное состояние пациентов.

Ключевые слова: сахарный диабет, история

ID: 2016-01-27-T-5902

Тезис

Атаева К.С., Новикова С.С.

Культура здоровья в современном российском обществе*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.*

В современном обществе, где особенно остро стоят проблемы алкоголизма, наркомании и венерических заболеваний, актуален вопрос сохранения здоровья населения. Здоровье – многоаспектное понятие, охватывающее физическое, психическое благополучие человека. Безразличное отношение к своему здоровью, несоблюдение личной гигиены и здорового образа жизни, неправильное питание ведут к развитию многих заболеваний. Отношение к проблемам здоровья тесно связано с мировоззренческим, социальным контекстом, с культурными традициями. Культура здоровья представляет собой совокупность знаний, норм, установок, связанных с пониманием здоровья как ценности, выполняющих регулятивно-ориентирующие функции в отношении тех видов деятельности, которые обеспечивают формирование, поддержание и укрепление здоровья.

По данным Росстата с середины 90-х и до середины 2000-х гг. среднегодовая естественная убыль населения достигала 850 тыс. человек. Причиной этого является распространение вредных привычек среди населения, которые приводят к сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям – основным причинам смертности в России.

Люди, обеспокоенные здоровьем своим и своих детей, заинтересованы в повышении уровня и качества жизни, поэтому в последнее время стало много внимания уделяться проблеме самосохранительного поведения, которое представляет собой совокупность действий и отношений, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла либо на продление жизни в пределах этого цикла.

Кроме того, для решения демографических проблем государству необходимо усилить направление политики в сторону реализации программ по созданию благоприятных условий для жизни населения и особую поддержку оказывать слабозащищенным слоям населения: детям-сиротам, матерям-одиночкам, инвалидам.

Литература

1. Боргер Л.С., Швецова А.А., Ермолаева Е.В. Обязательное медицинское страхование: достоинства и недостатки // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Калякина Е.Р., Якунина Е.А., Ермолаева Е.В. Основные направления социальной политики в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: здоровье, демография, общество

ID: 2016-01-231-T-5903

Тезис

Чирин А.С.

Артериальная гипертензия как социально-значимая проблема современной России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Сердечно-сосудистые патологии на сегодняшний день являются ведущей причиной инвалидности и смертности в России. Одной из них является артериальная гипертензия (АГ), характеризующаяся стойким повышением цифр артериального давления (АД) более 140 мм. рт. ст.

Статистические данные этиологии артериальной гипертензии свидетельствуют о том, что в 90% случаев заболевание развивается вследствие ведения нездорового образа жизни, имеющих вредных привычек, а лишь в 10% - по другим причинам. По статистике около 30% населения земного шара отмечают у себя повышенное АД, из этого контингента 2/3 страдают стойкой артериальной гипертензией, 1/3 – пограничной артериальной гипертензией.

Доля населения в возрасте от 65 лет, страдающего АГ, составляет более 50% от общего населения этого возраста. Данные о распространенности заболевания по возрастам следующие: каждый четырнадцатый среди 20-29-летних (7,1%), каждый шестой среди 30-39-летних (16,3%), каждый четвертый среди 40-49-летних (26,9%), каждый третий среди 50-59-летних (34,4%) - неуклонный рост частоты АГ пропорциональный возрасту.

Были проанализированы данные федеральной службы государственной статистики по заболеваемости населения РФ гипертонической болезнью в период с 2000 по 2013 год, на 100000 населения: 2000г. - 434,8, 2005г. - 772,6, 2006г.- 1007,3, 2007г. - 990,3, 2008г.- 979,0, 2009г. - 920,3, 2010г. - 870,7, 2011г. - 848,3, 2012г. - 841,3, 2013г.- 885,0. Значительный рост заболеваемости наблюдается с 2000г. по 2006г. - пик заболеваемости населения РФ артериальной гипертензией. В дальнейшем прослеживается незначительное снижение заболеваемости. Доля лиц, страдающих АГ, среди мужского и женского населения в РФ на 2005г. составила соответственно: 26,6% и 26,1%. Это доказывает большую подверженность заболеванию мужчин, нежели женщин. Планируемая доля лиц, страдающих АГ, среди мужского и женского населения в РФ на 2025г. соответственно — 29,0% и 29,5%. Это говорит о предполагаемом росте заболеваемости гипертонией населения РФ в целом, а также женского населения, по сравнению с мужским.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности АГ среди населения РФ, плохой осведомленностью больных о своем заболевании (особенно среди мужчин). Связано это с сохраняющимися проблемами в диагностике, лечении и профилактике АГ, а также диспансерного наблюдения лиц с повышенным АД.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, заболеваемость, статистика

ID: 2016-01-8-T-5926

Тезис

Киселева А.Ю., Фадеева Д.А.

Сравнение уровня стрессоустойчивости студентов 1 и 3 курсов Вятского техникума экономики, статистики и информатики*ГБОУ ВПО Кировская ГМА Минздрава России*

Жизнь студента наполнена напряжением, волнительными ситуациями и переживаниями. Конкретными причинами стресса для студентов учебных заведений может стать недостаток сна; несданные во время и незащищенные лабораторные работы; не выполненные или выполненные неправильно расчетно-графические задания; большое количество пропусков по какому-либо предмету; отсутствие на нужный момент курсовой работы или проекта по дисциплине; недостаточно полные знания по дисциплине; плохая успеваемость по определенной дисциплине. Мнение о том, что все болезни происходят «от нервов» признается справедливым и в научном обществе, и среди обывателей. Поэтому каждый студент должен помнить о необходимости сохранения душевного равновесия, особенно во время сессии.

Цель исследования: сравнить уровень стрессоустойчивости студентов 1 и 3 курсов Вятского техникума экономики, статистики и информатики.

Задачи исследования:

- Изучить уровень стрессоустойчивости студентов 1 курса Вятского техникума экономики, статистики и информатики
- Изучить уровень стрессоустойчивости студентов 3 курса Вятского техникума экономики, статистики и информатики.

Материал и методы. Исследование проводилось в октябре 2015 года на базе КОГОАУ СПО Вятского техникума экономики, статистики и информатики. В качестве респондентов выступили студенты 1 и 3 курсов. Всего опрошено 60 человек, из них 30 студентов 1 курса в возрасте 16 лет ($\pm 0,718$) и 30 студентов 3 курса в возрасте 18 лет ($\pm 1,96$). Для исследования использовались тесты профессора психологии Воронежского филиала Московского гуманитарно-экономического института Ю.В.Щербатых: Тест на стрессоустойчивость; Тест на учебный стресс. Полученные в ходе анкетирования данные обработаны с помощью программы Microsoft Excel и программы БИОСТАТ.

Результаты. В результате проведенного анкетирования было выявлено, что: 1) студенты 1 курса больше подвержены учебному стрессу, а также менее стрессоустойчивы, так как учеба в СУЗе значительно отличается от учебы в школе, а также влияет тот факт, что многие начали самостоятельную жизнь вдали от родителей. В ходе исследования выяснилось, что их больше волнуют: высокие цены на одежду и продукты, строгие преподаватели. 2) студенты 3 курса менее подвержены учебному стрессу и более стрессоустойчивы. В отличие от 1 курса их беспокоят: проблемы с учебой, дальнейшее будущее, проблемы в коллективе и для снятия стресса они используют алкоголь и сигареты.

Заключение. Наши предложения по снижению стрессоустойчивости у студентов: 1. организация культурно-массовых мероприятий: совместный выход на каток, кино; своя команда КВН; выезд на природу. 2. возможность обеденного перерыва, обеспечить в расписании окно для обеда. 3. правильное составление расписания

Ключевые слова: стрессоустойчивость, студенты

Оценка доступности медицинской помощи больным с артериальной гипертензией: депривационный подход

¹ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

²ООО «Центр медико-социологических исследований», г. Саратов

³Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове

Резюме

В работе представлены результаты анализа доступности медицинской помощи трудоспособным пациентам, страдающим артериальной гипертензией, для чего респонденты были распределены по 4 степеням депривации. 98,3% респондентов в исследовании имеют высокий риск развития артериальной гипертензии и осложнений, связанный с малой доступностью адекватной гипотензивной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, доступность медицинской помощи, депривации

Актуальность

В 2013 году на 66 сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) было отмечено, что повышение доступности качественной и недорогой медико-санитарной помощи «бедным» слоям населения любой страны является залогом развития их способностей и позволяет им найти хорошую работу, которая изменит их жизнь. А для этого необходим, прежде всего, доступ к качественным и недорогим медицинским услугам [11].

Исследование структуры уровня смертности взрослого населения в современной России показало, что первое ранговое место в Российской Федерации, Приволжском Федеральном округе и Саратовской области занимают показатели смертности при болезнях системы кровообращения [6]. Следует отметить, что в России от болезней системы кровообращения умирает преимущественно население трудоспособного возраста [5].

Согласно Концепции развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации одной из основных задач системы здравоохранения в современных условиях является достижение высокого уровня качества медицинской помощи в соответствии с утвержденными порядками и стандартами ее оказания. В Государственной программе РФ «Развитие здравоохранения», утвержденной Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294, одним из целевых индикаторов является снижение смертности от болезней системы кровообращения к 2020 году до 622,4 случая на 100 тысяч населения [4].

Основной причиной сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности является артериальная гипертензия, которая признана ВОЗ величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией [1]. Постановлением Правительства Российской Федерации (РФ) от 1 декабря 2004 г. N 715 заболевания, характеризующиеся повышенным уровнем кровяного давления, отнесены к группе социально-значимых болезней.

Возможность своевременного обследования, качественного лечения позволяют уменьшить риск сердечно-сосудистых осложнений, пролонгировать жизнь и оптимизировать качество жизни пациентов. Равный доступ населения к качественным медицинским услугам и фармакологическим средствам является базисным компонентом справедливого общественного порядка [3]. Преодоление неравенства в доступности медицинской помощи является сложным и длительным процессом. В настоящее время нет страны, которая была бы окончательно удовлетворена состоянием своей системой здравоохранения. Практически в каждой стране осуществляется ее коррекция, ведутся преобразования и реформы. И одна из задач этих преобразований – равенство всех граждан в доступе к медицинской помощи высокого качества [7].

Материал и методы

Для анализа доступности медицинской помощи пациентам, страдающим артериальной гипертензией, нами был составлен медико-социальный портрет данной категории больных. В исследование включены на основе случайной выборки 312 респондентов трудоспособного возраста, (58% женщин), страдающих эссенциальной артериальной гипертензией и наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Саратова. Диагноз артериальной гипертензии респондентам был установлен в соответствии Рекомендациями Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов.

Результаты и обсуждение

Распределение респондентов по полу характерно для общей распространенности в популяции. Средний возраст респондентов составил 47,5 лет.

Большая часть респондентов имели среднее специальное и более низкий уровень образования. По социальному статусу пациенты распределились следующим образом: учащимися являются 4 человека (1,2%), представителями рабочих профессий – 108 человек (34,5%), инженерно-техническими служащими – 82 человека (26,2%), государственными служащими – 35 человек (11,3%), безработные – 34 человека (11,3%), домохозяйки – 43 человека (13,7%), индивидуальные предприниматели – 6 человек (1,8%).

Низкое социально-экономическое положение и уровень дохода воздействуют на здоровье через депривацию и материальные лишения, то есть через субъективное восприятие людьми своего «неравного» положения в обществе и связанные с этим оценки, отношения, переживания [8].

В проведённом нами исследовании респонденты были распределены по 4 степеням депривации [2]. К 4 степени деприваций было отнесено 15 респондентов (4,8%), к 3 степени – 78 человек (25%), к 2 степени – 53 человека (17%), к первой – 161 человек (51,6%). 5 (1,6%) респондентов не имели ограничений в социальной жизни. 98,3% респондентов в нашем исследовании имеют высокий риск развития артериальной гипертензии и осложнений, связанный с малой доступностью адекватной гипотензивной терапии.

ВОЗ предполагает необходимость реформ в современной системе здравоохранения, способствующих достижению равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции, обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья; обеспечивающих реорганизацию медицинской помощи в медико-социальную помощь, учитывающую потребности и ожидания людей, повышение социальной значимости этой помощи; повышению уровня здоровья путем интеграции деятельности в области общественного здравоохранения с медико-социальной помощью. Предполагаемые реформы, призванные заменить чрезмерное использование административно-командных методов управления, с одной стороны, и политику невмешательства со стороны государства – с другой, социально интегрированным, репрезентативным управлением современных систем здравоохранения [10].

Заключение

Оптимальные результаты по предотвращению потерь населения от болезней системы кровообращения возможны при эффективной работе каждого уровня организации медицинской помощи (первичная, специализированная, высокотехнологичная и комплекс своевременных этапных реабилитационных мероприятий) при координации оперативного межуровневого взаимодействия [9].

Литература

1. ВОЗ: Социальный фактор для здоровья важнее генетики [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/society/30/08/2008/232833.shtml> (дата обращения 03.05.2015).
2. Давыдова Н.М. Депривационный подход в оценках бедности Социологические исследования . – 06/2003 . – № 6 . – С.88-96 .
3. Засухина В.Н. Справедливость - воздаяние по заслугам или милосердие? (анализ проблемы в контексте биоэтики) // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2012. – № 2 (16). – С. 92-96.
4. Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю. Оценка медицинской помощи в контексте качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1. – С. 1174-1177.
5. Петрухин И.С., Лунина Е.Ю. Актуальные проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в России // Верхневолжский медицинский журнал. – 2012. – Т. 10. – № 1. – С. 3-8.
6. Сазанова Г.Ю. Особенности заболеваемости, инвалидности и смертности населения Саратовской области // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – №1. С. 144-146.
7. Силуянова И.В. Этика врачевания. Современная медицина и Православие. – М.: Московское подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 2001. – 450 с.
8. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения России. Социологические исследования 2004; (3): 126-137
9. Цыцорина И.А. Влияние системы охраны здоровья населения на уровень и причины смертности / И.А. Цыцорина, Е.А. Финченко, Д.А. Хоптян, О.Б. Левин // Сб. науч. тр. Всероссийской научно-практической конференции 30–31 мая 2006 г. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2006. – С. 122-124.
10. Dans A. Assessing equity in clinical practice guidelines // Journal of Clinical Epidemiology. - 2007. - Vol. 60. - P.540-546.
11. Poverty, health and the human future. Address by Dr Jim Yong Kim, World Bank Group President, to the Sixty-sixth World Health Assembly. Geneva, 21 May 2013. Режим доступа URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149685/1/A66_DIV7-en.pdf?ua=1 (дата обращения 30.04.2015).

ID: 2016-01-27-T-5946

Тезис

Алыпкашева С.А., Чотчаева Д., Ермолаева Е.В.

Здоровье как показатель благосостояния общества

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Начало нового тысячелетия наше государство встретило с пониманием неизбежной ценности для общества физического и психического здоровья его членов, необходимости заботы о здоровье нации. Поскольку в РФ на первое место причин смертности и заболеваемости вышли болезни, обусловленные не внешними, а внутренними поведенческими причинами, стало очевидным, что медицина одна не в состоянии обеспечить необходимый уровень здоровья населения. Здоровье стало рассматриваться в контексте гуманистических традиций как феномен наряду с экономическими и духовными ценностями общества.

Кроме того, система здравоохранения поставила население перед необходимостью изменить отношение к здоровью, взяв на себя ответственность за собственное здоровье, что должно выражаться в соответствующих поведенческих практиках. Не меньшее беспокойство вызывает состояние окружающей среды как фактора влияния на здоровье человека.

Почти все аспекты благополучия и здоровья находятся в зависимости от социального происхождения человека. В РФ для представителей низших социальных классов в большей степени, чем для представителей высших классов, свойственны рождение детей с малым весом, смертность в раннем детстве, развитие хронических заболеваний, ограниченная активность из-за болезни.

Каким же образом общество может помочь своим гражданам вести здоровый образ жизни? Одним из первых шагов должны стать программы борьбы с бедностью. Людей необходимо научить, как быть более ответственными за свое здоровье и благосостояние, особенно когда социальное окружение откровенно подталкивает к безответственному и нездоровому поведению.

Литература

1. Мазурина А.А., Тахохова А.А., Ермолаева Е.В. Проблема социального неравенства в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Смерека В.Ю., Ермолаева Е.В. Уровень и качество жизни в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Харитоновна М.А., Калинина К.Ю., Ермолаева Е.В. Проблемы формирования среднего класса в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: здоровье, человек, общество, благосостояние

ID: 2016-01-4-T-5954

Тезис

Анохина Е.А., Пойманова Ю.М., Суворов В.В.

Значение обезболивания в медицине*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Люди с давних времён искали способы борьбы с болью, пытались ослабить её, искали препараты, которые могли бы этому способствовать. До нас дошли сведения, что в Древнем Египте, Эрэбесе, Древнем Риме, Древнем Китае делались попытки обезболивания в 3-5 тысячелетиях до н. э. Некоторые компоненты болеутоляющих средств обладали высокой токсичностью и дозировались произвольно, применение их было не безопасно. Также изготавливали препараты люди, не имеющие отношения к медицине, поэтому очень важной была находка безопасных для организма и в то же время действенных способов обезболивания.

В Мировой и Российской истории медицины были запечатлены попытки многих ученых к успешному обезболиванию, среди которых особо выделялись такие ученые, как Гораций Уэллс, Джон Риггс, Джон Уорен, Н.И. Пирогов, И.П.Спасский и многие другие. Началом развития методик обезболивания можно условно считать открытие анестезирующего действия закиси азота. Ученые в разных частях мира упорно работали, проводили исследования, ставили эксперименты, в попытке разыскать наиболее эффективный способ обезболивания. Многие попытки увенчались успехом и были официально запатентованы, данная область науки активно «двигалась вперед», набирая обороты. Таким образом, сформировалась наука, хорошо известная каждому врачу. Постепенно наука стала неотъемлемой частью любой отрасли медицины, в первую очередь. Тяжело представить любую, даже самую несложную операцию, как например, удаление зуба, без обезболивания. Приходя к стоматологу, мы вынуждены были бы терпеть тяжелую физическую боль, которая может приводить к нежелательным последствиям в виде потери сознания и т.п. Совместно с этим у любого человека обязательно появился бы психологический барьер, своего рода боязнь врачей, вплоть до отказа от их услуг. Следовательно, значительно возросла бы смертность среди людей всех возрастов, национальностей и профессий, понизилась рождаемость, так как даже появление ребенка на свет иногда сопровождается хирургическим вмешательством.

Анестезиология развивается и по сей день, её методы постепенно совершенствуются и дополняются новыми, причем данная наука состоит «в содружестве» с медициной и изменение одной части этого «союза», ставит необходимость к изменению другой его части.

Литература

1. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. М.: Медицина. 1997.
2. Кузин М.И., Харнас С.Ш. Местное обезболивание. Библиотека практического врача. М.: «Медицина», 1982.

Ключевые слова: обезболивание в медицине, значение

ID: 2016-01-977-T-5964

Тезис

Аникина А.С.

Проблема педикулёза в современном обществе

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

По данным Всемирной Организации Здравоохранения каждый третий человек встречается с педикулезом хотя бы раз в жизни. Реальные же числа будут выше, так как многие не обращаются за специализированной помощью, потому что считают эту проблему интимной. Происходит это из-за того, что люди ошибочно думают, что причина заболевания кроется в нечистоплотности человека. Но это не так. Обычно заражаются постоянно волнующиеся люди (при этом появляется привлекающий насекомых запах), а стрессы сопровождают нас всю жизнь. И не стоит исключать, что сами того не подозревая, мы контактируем с вшивыми людьми. Что касается войн, стихийных бедствий и социальных потрясений, то здесь причиной является скученность людей и антисанитарные условия.

Легко ли лечится педикулез? Самый эффективный способ избавиться от головных вшей - бритье волос, но не каждый захочет распрощаться с волосами. Обратившись за советом к старшим, мы точно услышим, что лучшими средствами являются керосин, перекись водорода и уксусная кислота. Однако все должны понимать вред этих методов "лечения", ведь никто не захочет получить еще и ожог. На витринах аптек стоит множество шампуней, аэрозолей, порошков, кишаших непонятными среднестатистическому человеку химическими веществами. Да и убивают они только вшей, но не их яйца — гниды, из которых появятся новобранцы, продолжающие паразитическую жизнь своих предков.

Информация о приближающейся эпидемии педикулеза все чаще мелькает в СМИ. На фоне этого был проведен опрос среди студентов нашего вуза. Был задан ряд вопросов: «Болели ли Вы педикулезом? Считаете ли Вы его проблемой современности?». Приняли участие более 100 человек. Результаты распределились так: 4,4% опрошенных болели педикулезом и считают, что в наше время еще нет эффективных средств для лечения; 22,2% болели и считают, что вывести вшей не легко, так как есть множество современных средств; 24,4% не болели, но слышали, что вывести вшей сложно; 49,8% опрошенных не болели, но знают, что есть много средств, позволяющих быстро распрощаться с паразитами. На основе результатов опроса можно сделать вывод, что в случае эпидемии люди смогут самостоятельно вывести вшей, так как более 70% знают как бороться с ними. Нужно учесть, что результаты необъективны для всех жителей страны, так как опрос проведен в медицинском вузе.

В заключение хочется сказать, что своевременная забота о здоровье — лучшее лекарство. Не стоит забывать, что заболев педикулезом, Вы подвергаете опасности окружающих, поэтому не нужно самостоятельно бороться со вшами, а лучше обратиться к врачам, которые без вреда помогут побороть Вашу беду проверенными и эффективными методами.

Ключевые слова: педикулёз

ID: 2016-01-257-T-5970

Тезис

Сергеева Ю.А., Клешина Е.Д.

Проблема аборт в современном обществе*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Аборт-это искусственное прерывание беременности посредством удаления или выведения из матки зародыша или эмбриона до того, как он станет жизнеспособным.

Данная работа посвящена проблеме абортов в современном мире, на которую в данный момент нет однозначного мнения в общественном сознании – ни среди широкой публики, ни среди специалистов. Проблема абортов очень распространена в настоящее время и имеет как отрицательные, так и положительные стороны. Для одних - это обычная процедура, операция. Для других же - это убийство человека. Например, древнейший философ Аристотель высказывался: «Если в браке зарождаются дети вопреки ожиданию, то плод может быть изгнан, прежде чем она начнет чувствовать и жить». Вопреки этому, другой древний философ Гиппократ относился к аборту отрицательно и считал плодиозгнанием безнравственным поступком.

Среди студентов медицинского университета был проведен социологический опрос с целью выяснения их отношения к такой современной врачебной практики, как искусственное прерывание беременности.

По полученным данным, в ходе опроса, проведенного среди 600 студентов, были сделаны выводы о том, что большинство(30%) опрошенных считают, что стоит разрешить аборт только по медицинским и этическим показаниям. Чуть меньше (22%) относятся к абортам нейтрально и примерно столько же (20%) всё же считают, что аборт-это убийство. Другое количество студентов (11%) высказали, что у любой женщины есть право на самостоятельное решение - делать, аборт или нет и столько же(11%) учащихся указали, что в жизни бывают разные личные обстоятельства. Но также есть люди(6%), которые затрудняются ответить на наш вопрос.

Наиболее убедительной представляется точка зрения, что аборт – это убийство. Не важно, на каком этапе развития плода, сделан аборт- все это убийство. Но аборт как метод регулирования рождаемости (рождение детей с врожденными серьезными болезнями) в наши дни должен использоваться, но только в случае крайней необходимости, так как он представляет серьезную опасность для здоровья женщин. Осложнения, возникающие после аборта, могут быть различными: образование тромба, инфекция, повреждение стенки матки, а также могут нарушить способность шейки матки удерживать плод при последующей беременности.

Таким образом, следует подчеркнуть, что проблема абортов в 21-ом веке является актуальной, и общество необходимо призывать к милосердию, к разумным поступкам и прикладывать как можно больше усилий на предотвращение увеличения абортов среди населения.

Ключевые слова: аборт

Исследование межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения и обоснование технологии его оптимизации

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Установлены перечень и значимость 37 детерминант здоровья, влияние на них заинтересованных в охране здоровья 23 секторов государства и общества, характеристики взаимодействия этих секторов. Разработаны автоматизированный способ оценки успешности межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья в территориальном образовании (образованиях) и базирующаяся на нём технология оптимизации.

Ключевые слова: здоровье, население, детерминанты, секторы, оптимизация

Введение

Охрана здоровья населения, безусловно, является одной из важнейших проблем любого государства, в том числе и России. В основе решения данной проблемы лежит определение детерминант здоровья и целенаправленное воздействие на них. Достигнуты определённые успехи. Создана и функционирует специальная Комиссия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по социальным детерминантам здоровья. Вместе с тем зачастую анализировались группы детерминант (как правило, отдельные), хотя каждая включает достаточно обширный перечень факторов.

Целесообразно не только исследовать факторы, влияющие на состояние здоровья, но и установить роль различных секторов государства и общества, которые должны осуществлять работу по его охране, то есть воздействовать на эти детерминанты. Действительно, в последние годы ВОЗ важнейшее значение в деле охраны здоровья придаётся так называемому «межсекторальному взаимодействию или сотрудничеству». Сформулированы соответствующие принципиальные положения. К сожалению, реализация многих из них носит декларативный характер, в частности, не определены значимость и удельный вес деятельности секторов, их влияние на конкретные детерминанты здоровья, характеристики взаимодействия, недостаточно обоснованы организационные аспекты. Как правило, в регионах осуществляются ведомственные программы и проекты, а если они и являются межведомственными, то количество ключевых партнёров ограничено.

Использование оценочных процедур в рассматриваемой проблемной области ограничивается выявлением влияния на здоровье отдельных заявок (проектов, программ, планов), в частности, на этапе их формирования. Кроме данного подхода, есть необходимость всесторонне оценить текущее состояние межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения. Это позволит определять направления оптимизации рассматриваемого процесса, в том числе необходимость целенаправленной реализации конкретных заявок.

Цель работы заключается в том, чтобы исследовать межсекторальное взаимодействие по вопросам охраны здоровья населения и обосновать технологию его оптимизации.

Материал и методы

Анализировались нормативное правовое поле охраны здоровья населения, соответствующие служебная и медицинская документация, результаты анонимного опроса по специально разработанным анкетам 804 врачей, проходивших усовершенствование на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского (СГМУ) по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Респонденты имели опыт организационной работы не менее десяти лет и совокупный коэффициент компетентности $\geq 4,0$ балла по привычной 5-балльной шкале [1]. Кроме того, опрошены 6106 человек (не медицинских работников), проживавших в г. Саратове и Саратовской области и проходивших плановое обследование в Центрах здоровья.

Проведено анонимное анкетирование 14 экспертов из числа профессорско-преподавательского состава организационных кафедр СГМУ (организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права; экономики и управления здравоохранением и фармацией).

Результаты исследования обработаны с помощью персональной ЭВМ методами вариационной статистики с вычислением параметрических и непараметрических критериев различия.

Результаты и обсуждение

Установлена значимость составляющих следующих групп детерминант здоровья:

- образ жизни (качество питания, физическая активность, табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков, сексуальное поведение, медицинская активность);
- условия жизни и работы (обеспеченность жильём, в том числе санитарно-гигиеническими условиями; условия работы, в том числе санитарно-гигиенические; организация охраны труда; доступность услуг, в том числе функционирование сети обслуживания жилого фонда; доступность необходимого уровня комфорта; возможности получения образования; транспортное обеспечение, в частности, состояние дорожно-транспортной сети и функционирование системы личного и общественного транспорта; устройство территории; обеспечение социальных гарантий, в том числе для пенсионеров, лиц с ненадежной занятостью, включая безработных, неформальную занятость и работу по дому и по уходу, в таких особых ситуациях, как болезнь, инвалидность);
- факторы, которые воздействуют на общество в широком смысле слова (ответственность власти за действия и справедливость в отношении здоровья населения; общие социально-экономические условия, в том числе финансирование мер по воздействию

на социальные детерминанты здоровья и обеспечение справедливости в отношении здоровья для всех; участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем; климат; погода; экологическая обстановка; работа средств массовой информации, в частности, по вопросам гигиенического обучения и воспитания населения, пропаганды здорового образа жизни; состояние общественной безопасности и правопорядка;

- структурные показатели социально-экономического неравенства (род занятий, в том числе положение в общественной иерархии; уровень дохода; место проживания; условия найма на работу и обеспечения достойной работой; социальная изоляция, прежде всего иммигрантов, национальных меньшинств, иностранных рабочих и беженцев, их детей - особая группа риска).

Кроме того, были исследованы и такие детерминанты (вне групповые), как наследственность, пол, возраст, индивидуально-психологические особенности личности, уровни образования и культуры конкретного человека, система взаимоотношений между людьми, в том числе в семье, с друзьями, ближайшим окружением, сослуживцами, помощь членов общества друг другу в неблагоприятных ситуациях. Безусловно, не была упущена и оценка медицинского обслуживания - работы органов и учреждений здравоохранения.

Установлено, что группа «Образ жизни» играет приоритетную роль. Так, из семи рассматриваемых её составляющих пять были оценены более чем на 7 баллов (из них две – более 8). В других группах этого отмечено не было, а среди вне групповых детерминант только наследственность получила $7,50 \pm 0,13$ балла.

Можно отметить, что внутри каждой из перечисленных групп значимость детерминант существенно различается.

Сравнительный анализ всех исследуемых детерминант показал, что наиболее значимы – первые три ранговых места «употребление наркотиков», «качество питания» и «наследственность», наименее – последние три ранговых места – «пол», «участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем», и «обеспечение социальных гарантий».

Логика распределения данных, полученных при анкетировании населения, в основном совпадает с результатами опроса врачей-организаторов. Вместе с тем можно отметить, что, по мнению последних, достоверно более приоритетными были такие детерминанты, как «употребление наркотиков» и «наследственность» и менее значимы – «пол», «доступность необходимого уровня комфорта», «обеспечение социальных гарантий», «участие населения в разработке связанных с политикой повесток дня и принятии решений, связанных со здоровьем», «климат», «погода», «род занятий», «место проживания», «социальная изоляция» ($p \leq 0,05$).

Полученные результаты позволили перейти к анализу воздействия на детерминанты здоровья заинтересованных секторов. С этой целью организаторы здравоохранения установили секторы, участвующие в работе по охране здоровья населения, и выделили среди них 13 основных (расположены по мере убывания значимости): здравоохранение; администрация территории (аппарат главы администрации); средства массовой информации и печати; сфера образования; депутаты думы территории; сфера обеспечения безопасности жизнедеятельности населения; сфера молодежной политики, физической подготовки, спорта и туризма; сфера охраны окружающей среды и природопользования; сфера социального развития; сфера финансов; общественные организации; органы внутренних дел и прокуратура; военный комиссариат.

По мнению экспертов, всего в межсекторальном взаимодействии участвуют не менее 23 секторов. Кроме перечисленных основных 13, установлены следующие 10: строительство и жилищно-коммунальное хозяйство; сельское хозяйство; ветеринария; промышленность и энергетика; сфера культуры; транспорт; сфера торговли; дорожное хозяйство; охотничье хозяйство и рыболовство; лесное хозяйство.

Удельный вес участия каждого из секторов в межсекторальном взаимодействии по вопросам охраны здоровья населения, как правило, соответствует оцениваемой значимости.

Степень воздействия перечисленных секторов на детерминанты здоровья, естественно, различна. Более того, есть детерминанты, на которые они практически не влияют. Это – «пол», «возраст», «климат», «погода». Только сектор «здравоохранение» влияет на наследственность, имея в виду генную инженерию – $6,15 \pm 0,11$ балла. Кроме того, такие секторы, как «органы внутренних дел» и «военный комиссариат», воздействуют на существенно меньшее число детерминант здоровья, чем остальные. Так, сектор «военный комиссариат» значимо влияет только на 17 из 37 рассматриваемых детерминант, а органы внутренних дел – на 26.

Для решения практических задач по формированию специальных программ, направленных на охрану здоровья населения, могут быть использованы как данные, количественно характеризующие влияние конкретного сектора на каждую из детерминант здоровья, так и перечень секторов, которые могут воздействовать на отдельную детерминанту.

Организаторы здравоохранения оценили силу связи между основными тринадцатью заинтересованными секторами при осуществлении ими работы по охране здоровья населения. Установлено наличие значимых связей между всеми основными секторами.

При этом по значимости межсекторального взаимодействия наиболее высокие ранговые места (первые пять) занимают связи администрации территории (аппарата главы администрации) со здравоохранением, депутатами думы и сферой финансов, средств массовой информации и печати со здравоохранением, депутатов думы со здравоохранением. Наименее значимы (пять последних ранговых мест) связи военного комиссариата со сферами охраны окружающей среды и природопользования, финансов, социального развития, средствами массовой информации и общественными организациями.

Результаты целенаправленного исследования закономерностей функционирования системы межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения позволили расширить представление об организационных аспектах этого процесса. Во-первых, дана характеристика основных действий по организации такого межсекторального взаимодействия: Во-вторых, обоснованы направления, по которым должно осуществляться межсекторальное взаимодействие. Это позволило экспертам обосновать 38 информативных векторов оценки рассматриваемого процесса.

В данном случае использован термин «информативный вектор», так как очевидно, что часть характеристик может, в свою очередь, быть описана ещё рядом показателей – теперь уже информативных критериев. Сформированные информативные

векторы оценки межсекторального взаимодействия были разделены на простые – их 21 (каждый представляет собой один информативный критерий) и сложные (17), состоящие из ряда информативных критериев (от 3 до 12).

Простой информативный вектор и каждый информативный критерий сложного вектора имеют градацию – высокий, средний и низкий уровни. Естественно, что конкретные вектор и критерий оцениваются отдельно и в различных единицах, поэтому с целью использования в дальнейшем формальных расчетов каждому уровню были присвоены балльные оценки.

Не все векторы и критерии равнозначны с точки зрения их влияния на интегральный показатель, поэтому на основе экспертного опроса для каждого из них были установлены по известному методу попарных сравнений коэффициенты значимости [2].

Кроме того, эксперты разделили все векторы на две группы: относительно более значимые и относительно менее значимые.

Этот методический подход позволил обосновать так называемые «модельные варианты» и оценить успешность межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения следующим образом: «отлично»; «хорошо»; «удовлетворительно» и «неудовлетворительно».

Каждый из сложных векторов оценивается аналогично (до многовекторной оценки), но путём анализа уже информативных критериев, которые в него включены. При этом интегральные оценки «отлично» и «хорошо» принимаются за высокий уровень градации данного сложного вектора, «удовлетворительно» - средний уровень и «неудовлетворительно» - низкий.

Так как данный способ даёт возможность оценивать состояние межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья в различных территориальных образованиях (город, район, регион и т.п.), можно сделать заключение о том, что сформирована многоуровневая иерархическая структура диагностики.

Сконструированный способ автоматизирован на базе системной программы 1С: Предприятие, что существенно облегчает оценку не только одного, но и ряда территориальных образований, позволяет располагать их в порядке убывания приоритета, определять необходимое количество лучших и худших и, самое главное, указывать векторы и критерии, которые обусловили ту или иную оценку. Появляется возможность определить причины создавшегося положения дел, то есть целенаправленно управлять межсекторальным взаимодействием, что имеет непосредственное отношение к его оптимизации.

В исследовании обоснована дефиниция такой оптимизации. Это такой процесс, который осуществляется в рамках адекватного нормативного правового поля, на основе современных средств, форм и методов охраны здоровья, с учётом иерархического взаимодействия заинтересованных секторов и особенностей их влияния на детерминанты здоровья, многовекторной оценки успешности межсекторального взаимодействия с целью обоснования и выбора таких управленческих решений, которые являются наилучшими с точки зрения достижения эффективного результата функционирования.

Результаты проведённого исследования существенно дополнили данные литературы о детерминантах здоровья, секторах государства и общества, заинтересованных в его охране, характеристиках их взаимодействия, что дало возможность разработать многовекторный автоматизированный способ оценки успешности межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья в территориальном образовании (образованиях) и на его основе спроектировать соответствующую технологию оптимизации.

При этом основные направления оптимизации интегрированы в одну схему, состоящую из ряда элементов: оценки успешности этого процесса, совокупности целенаправленно проводимых мероприятий, связей между ними.

Начальным этапом оптимизации функционирования системы межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения является первичная оценка с помощью предлагаемого способа. Практическая оценка межсекторального взаимодействия достаточно проста и заключается в определении уровня каждого информативного вектора и критерия и введении данных в компьютер. Способ открыт для дальнейшей доработки и совершенствования. Например, при изменении векторов или критериев, коэффициентов важности, совершенствовании моделей оценки и т.п.

В случае неудовлетворительной оценки путем целенаправленного анализа устанавливаются те векторы и критерии, которые ее определили, и осуществляются необходимые целенаправленные корректирующие мероприятия. Естественно, что мероприятия по коррекции деятельности проводятся и в случаях определения благоприятных результатов «удовлетворительно» и «хорошо».

В последующем осуществляется динамическая многовекторная оценка, выполняющая роль обратной связи.

В рамках реализации предлагаемой технологии оптимизации появилась возможность конкретизировать формирование специальных программ, направленных на охрану здоровья населения. При этом используются как результаты многовекторной оценки, так и установленные в исследовании перечень и значимость детерминант здоровья, характеристики влияния на каждую из них описанных заинтересованных секторов.

Заключение

Полученные данные позволили обосновать технологию оптимизации межсекторального взаимодействия по вопросам охраны здоровья населения.

Литература

1. Бешелев С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок. – 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Статистика, 1980. – 263 с.
2. Методы определения коэффициентов важности критериев / А. М. Анохин, В. А. Готов, В. В. Павельев, А. М. Черкашин // Автоматика и телемеханика. – 1997. - №8. С. 3-35.

Мананникова А.Д.

Проблема вакцинации в России*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

Проблема вакцинации в России с каждым годом становится все «острее». Недооценка важности вакцин и вакцинопрофилактики неминуемо ведут к подъему инфекционной заболеваемости. На протяжении всей истории человечества, инфекционные болезни преследуют людей. Известно множество случаев, когда такие заболевания опустошали целые села и города. С появлением вакцин мы забыли про такие заболевания как: сибирская язва, тиф и т.д.

Цель работы: с помощью статистики, показать, что вакцинация - это необходимая мера по предотвращению и снижению заболеваний среди населения.

Материал и методы. Чтобы подробнее изучить данную проблему были проанализированы: статистика о нормах выполнения вакцинации населения за последние годы, а также данные Роспотребнадзора.

Результаты. На протяжении последних лет идет борьба сторонников и противников вакцинации. Люди, которые отказываются от вакцинации, убеждены, что прививки от заболеваний, которые в настоящее время встречаются крайне редко, не нужны. Но эта часть населения обычно руководствуется необоснованными доводами. Но суждения их ошибочны.

Но, тем не менее, таких людей становится с каждым годом все больше. По данным статистики Роспотребнадзора «о выполнении плана профилактических прививок за август 2012-2015 годов» с каждым годом процент выполнения вакцинации падает примерно на 3-4%. Так, «за первые четыре месяца 2012 года 83 процента заболевших детей не были привиты против кори, 28 процентов из них не проходили иммунизацию по медицинским показаниям. Также не были вакцинированы 67 процентов инфицированных взрослых. При этом 15 процентов всех заболевших ранее отказались от прививки против этого заболевания».

Заключение. Безусловно, вакцинация является одним из величайших достижений медицины. Во всем мире вакцинопрофилактика признана самым эффективным способом в борьбе с инфекциями. Возможно, противники болезни появились из-за безответственности медперсонала, который должным образом не осмотрели ребенка перед процедурой. Данная проблема должна разьясняться не только родителям, но и медперсоналу в том числе. У процесса вакцинации должен быть исключительно индивидуальный подход.

Литература

1. <http://www.scientificmedicine.ru/mednews/6211> , - Научный медицинский портал
2. <http://www.alegri.ru/zdorove/domashnii-doktor/privivki-istorija.html> , - основные даты истории вакцинации
3. Миллер Нейл. Прививки: действительно ли они безопасны и эффективны?. Бином. Лаборатория знаний, 2014.

Ключевые слова: проблема вакцинации в России

ID: 2016-01-231-T-5977

Тезис

Чашина В.А., Отлячкина А.В.

Проблема донорства в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

*У доброты порою нет лица,
И имена не вписаны в скрижали,
Но тех, кто жизнь спасает без конца,
Всегда безмерно люди уважали.*

Донорство – добровольная помощь здоровых людей, заключающаяся в сдаче части своей крови. Слово донор в переводе с латинского «donare» - «дарить».

Цель работы: рассмотреть проблемы донорства и пути их решения, выявить отношение людей к сдаче крови (опрос).

В настоящее время в России количество людей, сдающих кровь, резко сократилось. Это можно объяснить рядом причин. Проблема СПИДа, который появился в 80-е годы, и страх заразиться им через сдачу крови, боязнь вида крови, увеличение количества людей с противопоказаниями к сдаче крови, снижение нравственного уровня современного общества.

Каждый год в переливании крови нуждаются более полутора миллиона россиян. Треть всего населения земного шара хоть едinoжды, но нуждалась в донорской крови. Имеется много заболеваний, при которых жизнь без донорской крови невозможна или крайне непродолжительна. А стихийные бедствия, аварии и различные непредвиденные ситуации увеличивают количество нуждающихся в переливании крови людей.

Проведённый опрос в сети Интернет об отношении людей к проблеме донорства выявил следующие результаты. 48% респондентов считают, что донорство – это долг каждого гражданина. 27% респондентов сдали бы кровь, если в этом была острая необходимость. 20% опрошенных считают, что это личное дело каждого человека. 5% респондентов отрицательно относятся к донорству, так как это может навредить их здоровью. Таким образом, большинство опрошенных готовы выполнить свой гражданский долг и сдать кровь.

Российское донорство переживает трудные времена. Чтобы переломить эту ситуацию в сторону улучшения, нужно увеличить количество пунктов сдачи крови, создавать выездные пункты переливания крови для людей, живущих в труднодоступных районах, проводить социальную рекламу по телевидению и на радио, наглядную агитацию (на плакатах, календарях, блокнотах и т.д.), распространять информацию о донорстве в различных учреждениях и организациях.

Литература

1. https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8
2. <http://text.ru/rd/aHR0cDovL215c2FnbmkuUvdWNoZWJhL3NvY2lvbG9naXlhLzc5MC1rdXJzY3ZheWEtcmFib3RhLXBvLWRpc2NpcGxpbnUtcHJpa2xhZG5heWEtc29jaW9sb2dpeWEtbnEtdGVtdS1wcm9ibGVtYS1kb25vcnN0dmEuaHRtbA%3D%3D>

Ключевые слова: методы борьбы с проблемой донорства в России

ID: 2016-01-24-T-5980

Тезис

Саитова А.А., Боташев А.С., Ермолаева Е.В.

Эстетическая медицина: проблемы и противоречия*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Клиентами пластических хирургов долгое время были женщины старше среднего возраста, которые стремились скрыть признаки старости. В настоящее время клиентура изменилась: к пластическим хирургам обращаются и молодые пациенты, и среди них иногда даже несовершеннолетние, желающие модифицировать свое тело под влиянием различных молодежных субкультур.

Пластическая хирургия сейчас в большой моде. Некоторые люди бесстрашно обращаются в поисках красоты за радикальной помощью к пластической хирургии. Увеличилось и количество мужчин, но их все еще остается меньше, чем женщин.

Услуги пластических хирургов стоят очень дорого. Хирурги обязаны до операции информировать своих пациентов о возможных негативных последствиях операции, и документально оформлять их согласие. К сожалению, очень часто, в погоне за прибылью, пластические хирурги могут рекомендовать вмешательства, которые на самом деле не оправданы состоянием здоровья пациента.

В настоящее время с помощью пластических операций можно изменить практически все: очертания фигуры и лица, ягодицы, живот, нос, разрез глаз и др. Эстетическая медицина как область науки получила колоссальное развитие в последние несколько десятилетий, отодвинув границы невозможного. Однако по мере того, как эстетическая хирургия все больше входит в повседневную жизнь, возникает все больше проблем. Многие врачи считают риск, связанный с коррекцией внешности, в большинстве случаев неоправданным. Исключением может быть ситуация, когда из-за дефекта внешности возникают проблемы со здоровьем.

Таким образом, целью эстетической хирургии является не восстановление здоровья пациента, а повышение качества его жизни. Она направлена на улучшение внешнего вида фактически здоровых людей, а операции в большинстве случаев выполняют на нормальных, хотя и измененных с возрастом тканях.

Литература

1. Трехлебова И.В., Ермолаева Е.В. Рынок платных медицинских услуг в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015
2. Умнова Т., Бочкарева Д., Ермолаева Е.В. Современные молодежные субкультуры // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Чурилова А.А., Попова М.Н., Ермолаева Е.В. Клинический этикет // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: пластические операции

ID: 2016-01-27-T-5985

Тезис

Ермолаева Е.В., Эминова Б.Я., Джагутханова Т.Б.

Развитие косметологии в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Человек всегда старался ухаживать за своей кожей, украшать ее при помощи декоративных косметических средств. В России женщинам тоже было не чуждо желание стать еще более красивыми. Но, в отличие от средневековой Европы, русские женщины использовали природные средства, а также баню, которая улучшает кровообращение, способствует отшелушиванию отмерших клеток кожи, т.е. способствует омоложению кожи лица и тела. С XVIII века косметология начинает восприниматься как наука, которая сосредоточена на проблемах кожи.

В 1930 году открылся первый советский кабинет врачебной косметики, получивший известность под брендом «Институт красоты». В 1960 году отечественные врачи открыли первый стационар. Четко функционирующая инфраструктура обеспечила быстрое развитие советской косметологии и пластической хирургии. В Институте красоты формируется комплексный подход к пациенту, и решение его проблем рассматривается с точки зрения сохранения здоровья.

60-е годы стали поворотным моментом в истории отечественной науки красоты. Институт красоты становится брендом, популярным на Родине и известным за рубежом. Расцвет косметологии в нашей стране приходится на 80 гг. XX в. Ранее считалось, что спорт, закаливание и режим дня уже сам по себе дарит здоровый и ухоженный вид. Но населению страны хотелось большего. В конце 90-х годов на российском рынке косметологии получают распространение новые технологии, процедуры и препараты для поддержания красоты, здоровья и молодости на основе шоколада, трюфелей, вина и водорослей и т.п. Возрождаются гомеопатия, фито – и ароматерапия, лечение пиявками и другие забытые некогда методы. Они становятся доступными для всех.

Еще в конце XX века все самые сложные процедуры были доступны только элите общества, в настоящее время даже представители среднего класса могут позволить себе инъекционные, подтягивающие и пластические процедуры.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Кузнецова С.В., Сергеева М.А., Ермолаева Е.В. Социальный портрет современного российского врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Трехлебова И.В., Ермолаева Е.В. Рынок платных медицинских услуг в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: косметология

ID: 2016-01-27-T-5993

Тезис

Сийидмагомедова Г.Д., Магомедмирзоева Т.А., Ермолаева Е.В.

Здоровье как основополагающая ценность современного общества*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Интерес к проблеме здоровья, способов его сохранения заметно вырос во второй половине XX века. Это связано с тем, что на первый план при анализе заболеваемости и смертности вышли болезни, источниками которых стали не внешние, а внутренние, поведенческие причины. В этот же период усилились негативные тенденции здоровья населения, что показало необходимость радикальных изменений в данной сфере. Здоровье человека является наивысшим интегральным показателем функционирования целостного организма, активной деятельности, самосохранения и продления жизни.

Существуют причины, которые определяют нисходящую динамику здоровья молодежи: состояние здоровья каждого последующего поколения хуже предшествующего, социальные условия препятствуют реализации биологических резервов человека, проблемы заболеваемости перемещаются из групп престарелых в группу детей и молодежи.

Социальная значимость здоровья как одной из основополагающих ценностей человека заключается, в том, что, не учитывая уровень и состояние здоровья граждан общества, политики государства в области здравоохранения, невозможно дать системную характеристику общества, определить направление, формы и способы организации всех сторон социальной жизни, невозможно решать задачи повышения качества жизни.

Тем самым состояние здоровья является результатом воздействия целого комплекса различных факторов: условия и образ жизни, воспитание, природная среда, вредные привычки, медицинское обслуживание. Важной жизненной сферой, оказывающей значительное влияние на состояние здоровья человека, является семья. Отношения в семье могут, как стимулировать развитие болезни, так и наоборот, не допустить ее появления.

Литература

1. Антонова И.Ю., Аджиньязова А.А., Ермолаева Е.В. Демографические проблемы в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Иванова А.А., Александрова А.С., Ермолаева Е.В. Качество жизни населения Российской Федерации // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Смерека В.Ю., Ермолаева Е.В. Уровень и качество жизни в современной России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: здоровье в России

Павлова Л.А., Ермолаева Е.В.

Здоровье и здоровый образ жизни российского студенчества

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Ключевые слова: здоровый образ жизни, студенчество, здоровье, ценность здоровья

Конец XX – начало XXI века в России характеризуется снижением естественного прироста населения и его переходом в естественную убыль (превышением числа умерших над числом родившихся), а также ухудшением показателей здоровья: рождаемости и смертности, средней продолжительности жизни, физического развития, заболеваемости, полиморбидности и инвалидизации. Все это, к сожалению, свидетельствует о том, что здоровье россиян находится на неудовлетворительном уровне.

Поэтому проблема улучшения здоровья населения активно обсуждается в последние годы в России на различных уровнях власти. Так, неоднократно в посланиях Президента РФ Федеральному Собранию декларировался приоритет развития здравоохранения, образования и культуры (2013, 2014, 2015 гг.). И были приняты стратегические документы, определяющие перспективы социального развития страны: Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020 года и др.

Состояние здоровья российской молодежи как одной из наиболее социально уязвимых демографических групп также вызывает обоснованную тревогу в условиях экономической нестабильности страны, социальной напряженности и снижения качества жизни. Результаты многочисленных и углубленных исследований, проведенных различными специалистами, подтверждают неблагоприятное ее здоровье [1]. Это свидетельствует о наличии противоречия между потребностью общества в здоровых, мобильных и активных гражданах и стремительным ухудшением их здоровья.

Пристальное внимание к проблеме состояния здоровья молодых россиян обусловлено во-первых, особой значимостью этого возрастного периода для последующей взрослой жизни; во-вторых, снижением их численности в составе населения; в-третьих, ростом негативных тенденций в здоровье; в-четвертых, молодые люди - это основной политический и экономический, социальный и культурный, интеллектуальный и репродуктивный потенциал общества.

Наше «завтра» - полностью зависит от «сегодняшней» молодежи. При этом ее ослабленное или плохое здоровье не только серьезно осложняет и затрудняет реализацию инновационных процессов развития страны, но и способствует возникновению «социальной воронки» (больные родители - больные дети). Следовательно, современному российскому обществу нужны не просто молодые высокообразованные и высококвалифицированные специалисты, а физически крепкие и здоровые.

Многие проблемы и жизненные трудности человек оплачивает здоровьем. То есть, оно становится тем социальным свойством личности, которое обеспечивает ей работоспособность и мобильность, финансовую независимость и материальную стабильность, возможности профессионального и квалификационного роста, а также физический и психологический комфорт. В связи с этим, здоровье как индивидуальное, так и общественное сегодня имеет первостепенное значение и выступает главным условием социально-экономического прогресса.

Темпы развития современного общества предъявляют все более высокие требования к самочувствию, выносливости и работоспособности человека. В последнее десятилетие появились новые факторы, влияющие на здоровье и образ жизни нашей молодежи. Это связано с усложнением общественной жизни, возрастанием экономических и экологических рисков, усилением стрессогенных воздействий и нагрузок на молодой организм. Так, длительность и интенсификация обучения, а также процесс овладения студентами сложной современной техникой и усвоения больших объемов информации возможны за счет физиологических и психических резервов организма. И лишь молодежный максимализм и оптимизм не позволяют им предвидеть и минимизировать возможные отрицательные последствия подобных нагрузок (гиподинамия, нарушение осанки и зрения) [2].

Влияние неблагоприятных факторов постепенно ослабляет защитные функции студенческого организма. Он становится более уязвимым и беззащитным, а его биологические ритмы перестают соответствовать ритмам социальным. Таким образом, потенциал здоровья студентов в процессе обучения постепенно снижается. Это проявляется в отклонениях от нормативных показателей физического развития, физическом перенапряжении и умственно-эмоциональном напряжении, а также пониженной работоспособности и повышенной утомляемости.

Нередко студенты (особенно первокурсники), оказавшись без родительской опеки и в силу возрастных амбиций, тяжело адаптируются к новым условиям жизни и учебы. Но легко и охотно идут на различные нарушения общепринятых норм и правил (сна, отдыха, питания, дисциплины, гигиены, здоровья). Приспособление неокрепшего организма к новым социальным условиям сначала вызывает его мобилизацию, а затем постепенное физическое истощение. И как следствие – обострение хронических заболеваний или появление новых, которые мешают полноценной и активной жизни.

И тогда основным резервом здоровья студента становится образ жизни, которого он придерживается на протяжении всех лет обучения. По утверждению академика РАМН Н.Ф. Герасименко в структуре заболеваемости и смертности 55 процентов – это образ жизни, 15 процентов – наследственность, а еще по 15 процентов – это окружающая среда и медицина [3]. Следовательно, медики лишь диагностируют и лечат имеющиеся заболевания, а беречь и поддерживать здоровье на протяжении всей жизни надо самому. На важность бережного и уважительного отношения к здоровью обратил внимание еще сто лет назад русский врач и писатель Викентий Вересаев, утверждавший, что человек, который не заботится о своем здоровье, подобен плохому мастеру, который не заботится о своих инструментах [4].

Однако многие молодые люди сегодня ведут такой образ жизни, который не способствует сохранению здоровья. Студенты ценят свое здоровье, но часто легкомысленно и небрежно относятся к нему, считая, что забота о их здоровье лежит на родителях, медиках и государстве. Они не всегда понимают, что тоже несут ответственность за собственное здоровье или нездоровье. И лишь немногие, признавая неформально, а реально значимость здоровья, охотно поддерживают его в студенческие годы. Для них

здоровый образ жизни – потребность и важная предпосылка успешности и престижности. Это свидетельствует также о стремлении молодых людей в будущем стать востребованными и перспективными специалистами и сохранить социальное и профессиональное долголетие.

Большую часть своего времени студенты проводят в учебном заведении, где проблемам укрепления их здоровья уделяется достаточно большое внимание. Об этом свидетельствуют регулярные занятия физической культурой и достижения студентов - победителей различных спортивных соревнований. Эти занятия восполняют дефицит двигательной активности и обеспечивают полноценное физическое развитие молодого организма. Они улучшают его подвижность и выносливость, учат собранности и дисциплинированности, а также существенно снижают уровень студенческой заболеваемости. Спортивные упражнения могут заменить многие лекарства, но ни одно лекарство не может заменить физическое упражнение. Поэтому спорт должен стать составной частью образа жизни студента.

В процессе обучения студентами наряду с другими ценностями усваивается ценность здоровья. И постепенно формируется ответственность за него. Для поддержания здоровья им необходимо приложить определенные усилия и стать его созидателями. Но не все молодые люди и не всегда способны и готовы это сделать. А некоторые из них равнодушно разрушают свое здоровье недостойным или даже рискованным поведением.

Важнейшей чертой, характеризующей отношение современных студентов к своему здоровью, является отсутствие или наличие вредных привычек. Это - курение, алкоголизм, наркомания, токсикомания, кофемания, пивомания, фастфуд, азартные игры, компьютерная и СМС-зависимость, экстремальные формы досуга, цифровые и аудио-наркотики. В молодежной среде они часто становятся способом снятия стресса и ухода от решения существующих проблем.

Вредные привычки с медицинской точки зрения - патологические зависимости, которые постепенно развиваются в болезни и требуют серьезного и длительного лечения. Их социальные последствия тревожны и опасны для общества. Это - низкая культура молодежи, деградация общества, снижение работоспособности, ухудшение репродуктивного здоровья, эпидемии инфекций, ранние беременности. И тогда осознанный отказ студентов от вредных привычек - основа их здоровьесберегающего поведения.

Следовательно, здоровый образ жизни – это хорошая физическая подготовка и активность, рациональное и сбалансированное питание, соблюдение режима труда, отдыха и сна, норм санитарии и гигиены, профилактика заболеваний, отсутствие вредных привычек и досуг, способствующий развитию личности.

Такой образ жизни, позволяющий иметь крепкое здоровье, а не здоровышко, должен понравиться российскому студенчеству и стать для него предпочтительным. Но значительная часть молодежи, к сожалению, пассивна и с детства не владеет навыками ведения здорового образа жизни. Поэтому одна из важнейших задач высшего учебного заведения - формирование культуры здоровья и социально здорового поведения студентов. Эта задача сложная, но решаемая, если в вузе одновременно с использованием педагогических средств создать поддерживающую физическую и социальную среду.

Студенческий образ жизни становится здоровым тогда, когда развивается и дополняется новыми и полезными для здоровья знаниями и привычками. Здоровому образу жизни и искусству его сохранения надо постоянно учиться и учить студентов, потому что здоровье – это та вершина, на которую каждый должен подняться сам.

Литература

1. Алимбекова П.Р. Заболеваемость эндокринной патологией среди студенческой молодежи Томска по данным обращаемости / П.Р. Алимбекова, О.А. Павленко // Сибирский медицинский журнал. 2011. № 4. С. 196–201.
2. Братчикова В.А. Анализ и тенденции первичной инвалидности в Кемеровской области вследствие болезней системы кровообращения / В.А. Братчикова, В.С. Лобанова, Л.Т. Полтарыхина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012. № 2. С. 24–26.
3. Гришина Л.П. Сравнительный анализ первичной инвалидности вследствие болезней эндокринной системы в Российской Федерации, Центральном Федеральном Округе и его субъектах / Л.П. Гришина, Ю.Н. Радикова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012. № 1. С. 26–30.
4. Антонова Л.Н. Психологические основания реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях / Л.Н. Антонова, Т.И. Шульга, К.Г. Эрдынеева. М.: Изд-во МГОУ, 2004. 100 с.
5. Бушев А. (2013 Электронный ресурс) // Российская газета: Союз. Беларусь-Россия. № 606 (26). URL: <http://www.rg.ru/2013/07/11/gerasimenko.html>
6. Трезвый образ жизни: Пособие для классных руководителей // Ответ. ред. С.В. Козуля. Симферополь, 2013. С.6.

Демина Н.А.

Греческие боги на службе здоровья: становление терминологической системы гигиены

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Работа посвящена анализу культов богов греческого Олимпа, связанных с наукой о здоровом образе жизни – гигиеной.

Ключевые слова: здоровье, гигиена, греческие боги

Гигиена – наука о здоровом образе жизни – в частной и общественной жизни греков имела большое значение и довольно рано стала считаться составной частью медицины. Так, врачебные гигиенические мероприятия включали ежедневные заботы о физическом здоровье, продолжительности сна, физических нагрузках, а также заботу о здоровье общества, о сохранности продаваемого продовольствия, водоснабжении, канализации, захоронении трупов и т.д.

В греческой мифологии персонификацией здоровья стала дочь и помощница бога Асклепия, внучка Аполлона Гигея (Павс.V 20,3), от имени которой получила свое название медицинская дисциплина «гигиена». Считается, что Гигея - богиня здоровья, или превентивной медицины, дарит здоровье людям от рождения, как дар богов, в то время как ее сестра Панацея избавляет от болезней. Греки изображали Гигею в виде молодой и цветущей женщины в длинной одежде, со змеей в руках.

Из олимпийских богов, имеющих отношение к окружающей среде и здоровью, следует назвать Артемиду. Артемиды – одна из главных богинь греческого Олимпа, дочь Зевса и Латоны, сестра-близнец Аполлона. По легенде, только появившись на свет, Артемиды помогла матери принять родившегося вслед за ней Аполлона.

Культы богини очень разнообразны, имеют территориальные различия, а сама богиня имела большое количество местных прозвищ – Агротера, Ифигения, Кинтия, Лафрия, Орфия, Тавропола и многие другие.

Прежде всего, Артемиды выступает как богиня природы, обнаруживая при этом отношение к животному и растительному миру. Действительно, исконная Артемиды была божеством, отражающим в своем характере черты, имеющиеся в стадии первобытной религии: помогающая мужчинам на охоте и в рыбной ловле, а женщинам дающая быстрые и безболезненные роды.

В Беотии и частично в Аттике Артемиды была очень популярна как покровительница брака и родов. Плутарх (Аристид 20) рассказывает, что у беотийцев и локров почиталась Артемиды Евклея: ее алтарь и статуя стоят на каждом рынке, а перед вступлением в брак юноши и девушки приносят ей жертвы.

Эта функция Артемиды - быть покровительницей брака и родов – часто упоминается в греческой литературе и засвидетельствована ее культовыми прозвищами Лохейя, а также Илифья, под которым именем она нередко отождествлялась с самостоятельным божеством деторождения Илифией. Ее изображали молодой женщиной с закутанной в плащ головой, но с обнаженными руками и с факелом (символом начала новой жизни младенца). Женщины призывали Артемиды и молили ее о благополучных родах. Хотя Еврипид говорит («Ифигения в Тавриде», 1466 сл.), что Артемиды посвящали одежды женщин, умерших при родах, инвентарь храма Артемиды Бравронии на Акрополе показывает, что ей посвящали одежды женщин в связи со счастливым исходом родов (IG II 1514 – 1516).

Артемиды Куротрофос и Пайдотрофос, заботящаяся о физическом здоровье юношей и детей, в дошедших до нас источниках засвидетельствована плохо. В научной литературе имеется точка зрения, что детские одежды на Акрополе посвящали ей как покровительнице детей. Она имела храм в Мессении, который делила с Асклепием и Дионисом (Павс. 34,6). В Спарте в мае месяце на празднестве в честь Артемиды Корифалии кормилицы несли в храм богини грудных детей и молили богиню о защите и покровительстве.

Для этих функций Артемиды характерен также обряд приношения волос девушками перед вступлением в брак и юношами перед вступлением в зрелый возраст. В Афинах это посвящение юношей происходило на празднике апатурий.

Таким образом, многие из современных гигиенических мероприятий берут начало в античности, а проанализированные нами имена греческих богов являются фундаментальными понятиями для медицины, и в частности, для гигиены.

Литература

1. Зайцев А.И. Греческая религия и мифология: Курс лекций/ Под ред. Л.Я.Жмудя. - Учеб.пособие для студ.высш.учеб.заведений - СПб, Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр "Академия", 2005. - С.122 - 123.
2. Лосев А.Ф. Мифология греков и римлян. М., 1966 - С.311.
3. Linders T. Studies in the Treasure Records of Artemis Brauronia in Athens. - Stockholm, 1972. P.12.
4. Nilsson M.P.Geschichte der griechischen Religion. - 3 Aufl. - München, 1967. - Bd.1. - 307 ff.
5. Wilamowitz-Moellendorff U.v. Glaube der Hellenen. - Berlin, 1931. - Bd.1. S.177 ff.

ID: 2016-01-231-A-6014

Авторское мнение

Кочеткова Т.В., Ремпель Е.А.

Русский язык как средство межнационального общения в современной культурно-речевой ситуации*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В работе рассматривается ряд вопросов, касающихся современной языковой политики. В центре внимания - роль русского языка как государственного языка Российской Федерации, как средства межнационального общения и международной интеграции.

Ключевые слова: русский язык, Русский мир, русская литература, российское образование

Великое предназначение русского языка на протяжении всей истории развития нашего государства волновало лучшие умы. Точное определение языку пытались дать мыслители, ученые, поэты, писатели. Язык трактовали и как образ дела, и как искусство управления умами людей, и как показатель интеллекта, и как проявление силы и мощи человеческого характера, и как ключ ко всем знаниям. В глубинах русского языка правдиво отражается вся история духовной жизни народа.

Петр Андреевич Вяземский, русский поэт, переводчик, критик, публицист, историк, государственный деятель, литературный соратник А.С. Пушкина, сравнивая язык по трудности овладения со скрипкой, предупреждал соотечественников, что посредственность как на одном, так и на другом инструменте нетерпима.

Русский язык является стержнем Русского мира. На нем воспитывается и крепнет нация. Человека, его активную гражданскую позицию, его вкусы, пристрастия, привычки формирует родной язык. Язык позволяет человеку осознать себя личностью, почувствовать свою принадлежность к родной стране, усвоить законы человеческого взаимодействия. В России воспитание человека и гражданина словом всегда происходило на протяжении всей его жизни ненавязчиво и проникновенно. Несмотря на любые житейские испытания, для русского человека важно сохранить в душе словесные символы Родины. Ими может стать материнская колыбельная, первые русские книжки для самых маленьких, русские народные сказки, русская литературная классика, объединяющие людей в горе и радости застольные песни, приветствие первой учительницы, напутственное слово профессора, поддержка тренера и мн.др. Человек и его мировоззрение формируются под влиянием исторических, литературных и культурных источников.

Значение русского языка в наше время велико. Это государственный язык Российской Федерации, язык науки, культуры, образования, государственных и общественных учреждений, язык всего комплекса средств массовой информации, язык профессиональной дипломатии и международного сотрудничества.

Повсеместное хорошее владение русским языком, грамотной и уместной русской речью необходимо для процветания всей страны и каждого ее жителя.

После развала Советского Союза языковая политика России претерпела существенные изменения. Однако за последние годы можно отметить ряд различных результативных попыток создания новой языковой политики с учетом последних реалий времени.

Начиная с 1985 года, 24 мая в России широко и торжественно отмечается День славянской письменности и культуры, прославляющий создателей славянской азбуки, великих просветителей, православных святых Кирилла и Мефодия. Эта дата чрезвычайно значима для России и для всех славянских стран.

Сегодня международный праздник День славянской письменности и культуры наполнился в России новым содержанием. В этот день в самом сердце Москвы, на Красной площади, происходит своеобразная демонстрация всенародного единства нашей страны через массовое исполнение любимых народом песен. В звучащих песнях наглядно проступает вся история Отчизны. К выступлениям хоровых коллективов, любимых артистов воодушевленно присоединяются все присутствующие на Красной площади - ветераны, кадровые военные, студенческая молодежь, дети, москвичи и многочисленные гости столицы из других городов нашей страны. Народ прекрасно знает слова песен, ставших знаковыми для разных этапов жизни нашей Родины. Люди самоотверженно поют, поддерживая своим искренним пением тысячные сводные профессиональные и самодеятельные хоры, различные творческие коллективы, своих любимых артистов.

Праздничный концерт в этот день становится всероссийским. Его подхватывают многие большие и малые города России: Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Новосибирск, Саратов, Самара, Орел, Брянск, Рязань, Калуга, Новый Уренгой, Нижневартовск, Краснодар, Хабаровск, Владивосток, Находка, Уссурийск, Архангельск, Псков, Великий Новгород, Красноярск, Омск, Ялта, Севастополь. Единый всенародный концерт транслируется различными государственными телеканалами.

В этот день особенно ощутима консолидация нашего общества вокруг фундаментальных, нравственных принципов и вековых отечественных традиций, без которых не сможет существовать ни личность, ни семья, ни общество, ни великое государство. Народу близки и понятны простые слова Патриарха Московского и Всея Руси Кирилла: «Просвещение – это просвещение ума и сердца, на этом настаивали святые Кирилл и Мефодий. В сочетании знаний, интеллекта и духовности и есть сила нации, сила народа!».

Языковое образование на наших глазах постепенно превращается в важную стратегическую задачу развития современного российского общества. В этом направлении и руководство страны, и общественные организации, и профессиональные сообщества филологов предпринимают различные меры. Так, например, 2007 год вошел в историю как Год русского языка. Русский язык в этой связи рассматривался как мощный социальный фактор взаимодействия разных стран и народов, стимул развития культурных, правовых, экономических и политических отношений в современном мире. С помощью русского языка, воспитания словом, приобщения к чтению продолжается духовное единение Великой страны.

В 2011 году новым российским и международным государственным праздником становится День русского языка, который отмечается 6 июня, в день рождения гордости русской культуры А.С. Пушкина, поэта, писателя, драматурга, создателя

современного литературного русского языка. Произведения А.С. Пушкина любимы каждым человеком, живущим в России и представляющим Русский мир за рубежом.

2015 год объявлен в России Годом литературы. Цель его проведения – напомнить людям об исключительной значимости отечественной литературы и ее особой миссии в истории нашей страны. Год призван вернуть России статус самой читающей державы, привить молодому поколению любовь к настоящей литературе, познакомить молодежь с шедеврами русской классики и публицистики, новинками современной литературы. С помощью книг воспитывалось не одно поколение россиян, формировался их художественный вкус, определялись нравственные ориентиры, оттачивалось языковое чутье.

Велика роль уроков русского языка и литературы в духовно-нравственном развитии школьников и студентов. Не потеряли злободневности известные слова Константина Дмитриевича Ушинского: «...то литературное произведение нравственно, которое заставляет дитя полюбить нравственный поступок, нравственное чувство, нравственную мысль, выраженную в этом произведении». Книга на Руси всегда воспринималась как открытие мира, путь к высоким мыслям и большим чувствам. На книгах учились хорошей русской речи, образцам поведения, основам воспитания, нормам морали и совести. Как известно, основой письменности является алфавит. Русский алфавит, как никакой другой в мире, может быть представлен в полном объеме именами великих писателей и поэтов: Ахматова А.А., Бунин И.А., Вересаев В.В., Гоголь Н.В., Державин Г.Р., Есенин С.А., Жуковский В.А., Замятин Е.И., Ильф И.А., Крылов И.А., Лермонтов М.Ю., Маяковский В.В., Некрасов Н.А., Островский А.Н., Пастернак Б.Л., Радищев А.Н., Салтыков-Щедрин М.Е., Тургенев И.С., Ушинский К.Д., Фонвизин Д.И., Хлебников В.В., Цветаева М.И., Чуковский К.И., Шмелев И.С., Щипачев С.П., Эренбург И.Г., Югов А.К., Языков Н.М.

Весь мир признает русских гениев слова: Ломоносова М.В., Пушкина А.С., Толстого Л.Н., Достоевского Ф.М., Чехова А.П., Шолохова М.А.

Пути развития и совершенствования современного филологического образования намечены в комплексном документе – «Концепция школьного филологического образования».

9 июня 2014 года в целях обеспечения развития, защиты и поддержки русского языка как государственного языка Российской Федерации был создан Совет по русскому языку при Президенте.

В задачи Совета входит определение приоритетных направлений поддержки русского языка в России и за рубежом, координация деятельности общественных объединений и организаций; анализ реализации курируемых программ и проектов, направленных на защиту русского языка и литературы. Председателем Совета по русскому языку назначен праправнук Льва Николаевича Толстого – Владимир Ильич Толстой.

Постперестроечное время кардинальным образом изменило привычные и естественные условия функционирования русского языка. Традиционно долгие годы русский язык рассматривался как родной для определенной категории учащихся, его изучали в национальных школах и использовали в СССР как язык межнационального общения. Для иностранных граждан существовал учебный предмет «Русский язык как иностранный».

После глобальных социальных перемен, увеличения масштабов миграционных потоков, социальных трансформаций на наших глазах была изменена языковая картина страны. Обучение русскому языку в школах и вузах нельзя вести по старинке. Сегодня как никогда необходимо использовать новейшие учебные методики и приемы. Так, например, в современной студенческой среде в последние годы ярко проступает неоднородность уровня владения русским языком. В настоящее время в вузах России обучаются разные категории студентов: студенты, для которых русский язык является родным; студенты, для которых русский язык не является родным, но они являются гражданами России; студенты из других государств, для которых русский язык является иностранным. Однако среди иностранных студентов все чаще встречаются такие, которые прекрасно владеют русским языком и хорошо понимают русскую речь, а среди россиян уже частотны случаи, когда студенты плохо владеют русским языком и искаженно понимают содержание русской речи.

Полиэтничность прочно укрепилась как характерная черта молодого российского государства. Работа по поддержке и сохранению русского языка приобретает особый статус, так как русский язык способствует эффективному распространению духовного и культурно-исторического наследия нашего многонационального и многоконфессионального государства. Русский язык является основой межнационального взаимодействия и единства народов нашей страны.

Русский язык занимает третье место по распространенности в мире. На нем разговаривает свыше 500 млн. человек. На всем земном шаре он воспринимается как язык науки, прогресса и культуры. На русском языке охотно общаются за пределами основной территории его распространения представители разных народов, говоря не только с исконными носителями русского языка, но и между собой.

Русский язык – один из наиболее развитых мировых языков. Он обладает обширным словарным фондом, богатой и развитой терминологией по всем существующим отраслям науки и техники. Русскому языку присущи краткость и ясность лексических и грамматических средств, развитая система функциональных стилей, способность воплотить в устной и письменной форме речи всё многообразие окружающего мира. Русский язык гибок и выразителен, на нем возможна передача тончайших оттенков мыслей. На русский язык переведена большая часть мировых научных трудов и художественных произведений.

Деятельность по сохранению и развитию русского языка – это прежде всего большая и систематическая работа по распространению русского языка и популяризации русской культуры в мире. Именно этим многие годы занимались известные общественные организации – МАПРЯЛ (Международная ассоциация преподавателей русского языка и литературы, с 1967 г. по настоящее время) и РОПРЯЛ (Российское общество преподавателей русского языка и литературы, с 1999 г. по настоящее время).

Среди организаций, содействующих укреплению позиций русского языка, в настоящее время особого внимания заслуживает фонд «Русский мир». Приоритетным в деятельности этого фонда является создание русских центров за рубежом, кабинетов «Русского мира», проведение образовательных программ, тренингов, осуществление информационных проектов, организация фестивалей русской культуры. По состоянию на 2015 год зарегистрировано около 90 центров «Русского мира» более чем в 40 странах.

Русский мир – это не только русские, не только наши соотечественники в странах ближнего и дальнего зарубежья, но и эмигранты всех волн, выходцы из России и их потомки. Это ещё и иностранные граждане, говорящие на русском языке, изучающие или преподающие его, то есть все те, кто знает Россию и искренне ею интересуется, кого волнует её настоящее и будущее. Через

осознание причастности к России и был рожден термин «Русский мир», который вобрал в себя полиэтничность, многоконфессиональность, социальную и идеологическую неоднородность, мультикультурность, территориальную принадлежность и географическую сегментированность.

Сформировав «Русский мир» как масштабный проект, Россия обрела новую идентичность, новые возможности плодотворного сотрудничества с другими странами и дополнительные стимулы для собственного развития.

Литература

1. Карасик В.И. Язык социального статуса. — М.: ИТДГК «Гнозис». — 333 с.
2. Кочеткова Т.В. Свободное владение государственным языком России - залог высокого качества профессионального образования и карьерного роста. // Медицинское образование 2013: сборник тезисов. - М.: Издательство Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, 2014. С. 236.
3. Кочеткова Т.В., Барсукова М.И. Слово в работе врача (Культура речи врача) Чтобы Вас понимали: Культура русской речи и речевая культура человека. / Под ред. О.Б. Сиротининой. — М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. - С. 155-165.
4. Кочеткова Т.В., Дорогойкин Д.Л., Чернышкова Е.В. Хорошая речь врача как залог успешного профессионального сотрудничества // «Достижения и перспективы медицины». Сборник статей III Международной научно-практической конференции. - Уфа: Аэтерна, 2014. С. 10-14.
5. Ремпель Е.А. Коммуникативная направленность обучения русскому языку и культуре речи // Материалы 67-й весенней научно-практической конференции студентов и молодых специалистов Саратовского государственного медицинского университета «Молодые учёные — здравоохранению региона». Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 2006. С. 24 — 26.
6. Тер-Минасова С.Г. Язык и межкультурная коммуникация. — М.: Слово/Slovo, 2000. — 624 с.
7. Хорошая речь / Под ред. М. А. Кормилициной и О. Б. Сиротининой. М.: Изд-во ЛКИ, 2007. — 317 с.

Кочеткова Т.В., Полухина О.Н., Ремпель Е.А., Наумова Е.В.
Латинский язык в лекарском искусстве XVI-начала XVIII вв.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе с опорой на различные источники проанализирована роль латинского языка в становлении лечебного дела в России (XVI- XVIII вв.).

Ключевые слова: латинский язык, первые медицинские бумаги, истоки лечебного дела

В XVI-XVII вв. знание латинского языка было и для врача, и для аптекаря делом обязательным. Были отмечены случаи, когда приезжих «докторов», не знающих латыни, не признавали и отсылали назад, а знание латинского языка прибывающего из Европы доктора подтверждалось специальным дипломом. В России неоднократно предпринимались попытки подготовить отечественных лекарей и аптекарей. Так, например, в 1678 году четыре ученика Аптекарского приказа были направлены в Немецкую слободу к учителю лютеранской школы Я. Понтанусу учиться латинскому и немецкому языкам.

Первая медицинская рукопись, переведенная в 1588 году с польского на русский язык по приказу воеводы Фомы Бутурлина, представляла собой так называемый «врачебник». В рукописи название каждой травы сначала было дано на латыни, а затем на русском языке указывалось, где и как она растет, ее свойства, способ приготовления и употребления. В конце книги было приведено около ста латинских терминов в русской транскрипции с переводом на русский язык: «...асма – удущье, аполексия – скорая смерть, артеты – боление суставов, калкулос – камень, епатыкус – болесть печени, эпилепсия – великая немочь, геморридес – жилки в нижнем проходе, летаргия – забывание, педогра – ломотная...» и т.д.

«Врачебники», «травники» и «цветники» переводились на русский язык с латыни, польского, немецкого, греческого языков, но латинская терминология сохранялась в любом случае. В России она первоначально просто транскрибировалась на русском языке, что позволяло знакомиться с латинской огласовкой терминов даже при отсутствии систематического «латинского» образования.

В 1602 году в Москве появилась «Роспись всяким зельям, что привез Аглицкой земли аптекарь Яков Френшам». В этой рукописи, в отличие от предыдущей, рядом с русскими терминами или транскрибированными русскими буквами латинскими терминами приводятся собственно латинские термины: «...Корень еренги в сахаре (*confectio eryngae*) / Слива белая булис в сахаре (*confectio prunorum*) / Масло гвоздишное (*oleum saurophyllorum*) / Масло витреу олеу (*oleum vitrioli*) / Масло миндальное сладкое (*oleum amygdalarum*) / Водка розолус (*aqua vita*) / Спиритус вейне (*spiritus vini*)...». В 1616 году на русский язык был переведен очередной рукописный травник: «Апсинтиум – Полынь, Алиум – Чеснок, Агримония – Репник, Аристолохия ротунда – Кокорник круглый, Авена – Овес, Асетум – Уксус, Арбор парадизи – Райское дерево, Битумен юдикум – Клей жидовский, Консолида майер – Живокостник, Ситрум – Лимон, Консолида минор – Живость меньшая, Фикус люпи – Волчья смоковница, Лингва авис – Птичий язык, Арбор Оливарум – Масличное дерево, Пипер нигрум – Черный перец». Ориентация на латынь шла даже при обычных записях в журналах Аптекарского приказа: «...серые травы, от которых в желудке холодит, по латыни зовутца: трава Барага, трава Пултерлака, трава Понтернела...».

Сохранились сведения о медицинских рецептах, которые в целях безопасности после составления переводились на русский язык. Известен рецепт доктора Костера фон Розенбурга, выписанный им в 1667 году: «*R. Pulv. rhabarb. opt. / – Jalapp. / – mechaoacan. / – hermodact. aa...*». В своих трудах В.М. Рихтер приводит рецепты Лаврентия Блюментроста (1673-1674) и Михаила Грамана (1668). В журналах Аптекарского приказа 1633 года латинская терминология дается в транслитерации: «...отпущено Василью Ивановичу Стрешневу с ним в поход: ...водки композита 2 фунта... / Болсам натуралис перуялли 12 золотников... / Аловес ипатака 6 золотников / Травы карбус бенедикта да цвет свороборинной по 6-ти горстей». В записях 1676 года об отпуске пластырей, мазей и других лекарств рейтарскому полку присутствует уже чисто латинская терминология: «*Emplastrum oхусгосеум полфунта. Emplastrum stypticum simplex 5 фунтов... Unguentum basilicum 3 фунта, Unguentum Aegyptiacum 3 фунта..., oleum hyperici 22 золотника, oleum laurinum 1 фунт... pulvis purgans 6 золотников, Spiritus vini ½ фунта... Pulvis contra dysenteriam 12 золотников*».

В текстах медицинских назначений сохранились имена тех, на кого выписывались рецепты. Например, рецепт, выписанный в 1668 году боярину Хитрову: «*R. Spirit. junip. unc. / – vin. rectificat. / – unc. Jjjj / lil. convall. / Bals. Craton. aa unc. Jjj / Spirit. terebinth. dra. Jjj / ol. succini drachm. J / – Lavend. / – rorism... / m.s. pro Vojarо Bogdan Matvejevitch Chitrow*». В 1671 году был выписан рецепт думному дьяку Тимофею Голосову: «*R. Rat. Symphyt. major unc. jj et semis / – Tormentill. unc. semis / – Altheae / – Glicirrhiz.*». Сохранились рецепты для князя Хилкова, дьяка Лариона Иванова, боярина Артемия Матвеева и других.

Латинским языком в целом и «медицинской» латынью до XVII века в России владел узкий круг людей. В основном это были лекари-иностранцы. Переводы «врачебников», рецептурная практика постепенно создавали в общественном сознании настрой на естественное восприятие латыни.

Технология аптечного дела на латинском языке впервые была изложена придворным врачом царя Михаила Федоровича Артуром Дием. В 1629 году он написал трактат «*Fasciculus Chemicus*» («Химическая связочка»).

Характеризуя состояние русской культурной жизни в конце XVII столетия, В.В. Виноградов писал: «С организацией латинских школ в Москве знание латинского языка распространяется среди привилегированных слоев духовенства, разночинной интеллигенции, дворян. Латинский язык «причисляется к лику» коренных языков – греческого и славянского... Вообще гражданский язык высших слоев в его деловом и общественно-бытовом употреблении начинает склоняться к латинским словам». Рост авторитета латинского языка не мог остаться незамеченным в высших кругах русского общества, прежде всего, при дворе.

В личной библиотеке царя Федора Алексеевича, который «был тоже воспитан до известной степени в духе латинизма», числились «десятки латинских книг». О степени же знакомства с латинским языком Петра I свидетельствует вот какой факт. Иезуит Франциск Эмилиан, присутствовавший на похоронах П. Гордона (1699 г.), вспоминал: *«Он [царь] разговаривал с докторами у тела... почившего... генерала и все как следует называл подлиннейшими словами, то латинскими, то греко-латинскими, употребительными в медицине».*

Таким образом, опираясь на приведенные примеры, можно утверждать, что к концу XVII века «латинское» образование при царском дворе стало хорошим тоном. Назначением этого мертвого языка было «государю служить и России» и «ради всяких к потребе гражданских благоразумных соделований и переводчиков и лекарских искусств». К лекарским же искусствам в России относились настолько серьезно, что правом выписывать рецепты наделили людей, «не токмо науку знающих, но чтоб специальной бумагою допущены были ко всякому излечению», – исключительно «докторов» и «лекарей». Это видно и из определения Медицинской канцелярии: *«...все продаваемые из аптек без рецептов мази, пластыри и пр. надобно истребить... требовать настоящие рецепты докторские или лекарские».*

В XVIII столетии практика использования латинского и русского языков стала основной языковой приметой всей российской науки, в том числе и медицины. Проект академического регламента 1724 года предусматривал: *«Каждый академик обязан систему или курс в науке своей в пользу учащихся... изготовить, а потом оные имеют на императорском иждивении на латинском языке напечатаны быть».* И далее: *«И понеже российскому народу не токмо в великую пользу, но и во славу служить будет, когда такие книги на российском языке напечатаны будут, того ради надлежит при каждом классе академическом одного переводчика, и при секретере – одного ж и тако во всех четырех классах определить».*

На латинском языке составлялись акты анатомирования человека или животного, описания болезней, «заклучения» (например, заключение о целебных свойствах Олонецких вод, различные инструкции и «предписания», рапорты, докладные записки, учебная литература на медицинскую тему (к примеру, «Syllabus seu index omnium partium corporis humani, figuris illustratis in usum Chirurgiae studiosorum... Petropoli, 1744» – «Показатель всех частей тела человеческого, с иллюстрациями, для обучения хирургии применяемый») и т.д. В 1726 году хирург и анатом Дювернуа составил акт анатомирования трупа человека. Текст акта анатомирования всегда лаконичен. Обязательны были указания на наличие или отсутствие травм, признаков насильственной смерти. Указывалась также возможная причина последней. В 1749 году профессор анатомии Бургава анатомировал слона и также составил «о том событии» соответствующий акт.

Каждый «доктор или лекарь», в каком бы месте Российской империи он ни находился, был обязан «записывать ежедневно опыт и метод своего врачевания в журнал» и присылать его раз в три месяца в Коллегию. Этого требовала инструкция, составленная Коллегией в 1763 году. Получая отчеты с мест, Коллегия «из собрания таковых журналов, негодное исключая, полезное издавать должна в печать на латинском языке особливой книгой под именем: Записки Докторов Российских... однако ж экстрактом надобно прилагать притом и перевод на Российский язык». Помимо этого, данная инструкция определяла штатное расписание и «речевые обязанности» должностей. Особо выделялась должность секретаря Коллегии, который должен был быть человеком «во всех Физических науках особливых талантов, который бы при том был и сочинитель ученых дел на латинском языке искусный... сверх того быть при сей же коллегии... одному искусному переводчику латинского и других надобных... языков». Секретарь обязан был присутствовать на всех заседаниях Коллегии и «комментарии на латинском языке для тех причин, о которых нужно будет сказано сочинять, так как и протокол вести. [...] Секретарь голосу никакого в собрании не имеет, но только сочинитель всего быть должен; чего ради читать ему все, что у чужих государств в Медицинской науке нового происходит и Коллегии о том докладывать».

В 1754 году директор медицинской канцелярии Кондоиди дал инструкцию доктору Гевиту подать по возвращении из Кизляра рапорт о «физических причинах умножающихся в Кизляре болезней на латинском или на российском языке». В 1797 году инспектор Астраханской врачебной управы Георг Рапе написал на имя Павла I докладную записку «Nonnullae physiologico-pathologicae animadversiones ex metaphysica hauritae» – *«Некие физиолого-патологические наблюдения, из метафизики почерпнутые».*

Если в XVII веке русские медики из-за недостатка знаний имели право работать только в качестве младшего медицинского персонала, то уже в начале следующего столетия при Московском госпитале, основанном в 1706 году, юноши «со всей серьезностию» изучали анатомию, хирургию и аптекарское дело. Обязательным условием для поступления на учебу было знание латыни. В 1754 г. в России действовали также Санкт-Петербургский, Адмиралтейский, Кронштадтский, Генеральный, Сухопутный госпитали, и все они с самого начала были не только лечебными, но и учебными заведениями. Важнейшим документом эпохи, который дает сведения об языковой подготовке медицинских работников в их должностной дифференциации, является «Генеральный о госпиталях регламент» 1735 года. Требования к знанию латинского языка были в нем традиционно высокими: *«...удобопонятие же учеников состоит в том, чтобы охоту имели к анатомии и хирургии... чтоб и в Латинском языке обучены были и хирургического или медицинского Автора разуметь знали».* В штатном расписании вновь открываемых госпиталей для обучения подлекарей и учеников предусматривались следующие должности: *«1 оператора, 1 рисовального мастера для лучшего обучения в Анатомии, 1 студюоза для обучения Латинского языка».* Знание латинского языка для подлекарей и учеников определялось их функциями: *«Дневальным подлекарям принимать медикаменты из аптеки чрез учеников своих и оные больным по определению докторскому давать».* Не забыта в Регламенте и должность аптекаря, который должен *«изготавливать всякие медикаменты... и давать в том подлекарям и ученикам госпитальное обучение».* В 1754 г. Медицинская канцелярия организовала набор студентов для обучения хирургии и фармацевтике из Киевской, Харьковской, Черниговской, Переяславской семинарий и Славяно-греко-латинской академии, объясняя это тем, что *«учения как лекарского так и аптекарского искусства в госпиталях и аптеках даются и даваться будут на общем для всех ученых людей языке латинском».*

Желая узаконить частное акушерство («бабичье дело»), директор Медицинской канцелярии Кондоиди представил в 1754 г. в Сенат деловую записку с предложениями о контроле за действиями «бабок» и за их обучением: *«Должен да будет доктор каждый год порядочными лекциями целый коллегий о бабичьем деле давать бабкам и ученицам... и ныне употребляя российский и немецкий язык вкупе и как лучше возможно а впредь и как скоро возможно единственно российский язык со удержанием только латинских терминов толковать анатомию частей до родин подлежащих и близ оных лежащих,*

натуральное и ненатуральное их положение и состояние болезни их... те лекционы давать доктору в доме своем и положить на то урочные часы, в которые бабкам и их ученицам собираться для слушания». И далее: «Для показанной анатомии... давать от полиции или откуду достать возможно от одного до трех тел мертвых женских, в том числе и девическое... Акушеру чинить анатомические препараты... надлежащая для тех лекционов по наставлению и требованию доктора в присутствии его, причем ежели российского языка довольно знает тем диалектом помогать доктору в толковании лекционов для наилучшего понятия российских бабок и учениц». Преподавание «бабкам» на немецком языке с переводом на русский «анатомии до родин подлежащих» и постепенный переход преподавания только на русском языке в любом случае сопровождался изучением слушательницами специальной латинской терминологии.

Итак, из немногих сфер общественной жизни России XVII столетия, в которых так или иначе функционировал латинский язык, «врачебное дело» было единственной сферой, где латынь доминировала. «Врачебное дело» в тот период было единственным каналом легального проникновения в Россию «еретического» языка. В XVIII веке к прикладной «аптекарской» латыни добавились новые жанры медицинских бумаг: медицинское заключение, описание болезни, акт анатомирования, медицинский отчет и различные виды учебной литературы. Интересы охраны здоровья требовали увеличения численного состава медицинского персонала, а это, в свою очередь, расширяло сферу применения латинского языка в медицинской практике.

Литература

1. Богословский М.М. Петр I. Материалы для биографии. Т. IV. М., 1940-1946.
2. Виноградов В.В. Очерки по истории русского литературного языка XVII-XIX веков. М., 1982.
3. Воробьев Ю.К. Латинский язык и отражение греко-римской мифологии в русской культуре XVIII века. - Дис. на соиск. уч. степ. докт. культурол. наук. - М. - 2000. - 351 с.
4. Загрекова Е.Н. Переводные медицинские рукописи российского средневековья // Молодежь и наука: итоги и перспективы. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2006. – С. 224-225

Полухина О.Н., Ремпель Е.А.

Роль греко-латинских заимствований в становлении российской медицинской терминологии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Статья посвящена процессам заимствования медицинской лексики и формированию современной системы медицинской терминологии.

Ключевые слова: латинский язык, греко-латинская терминология, медицинская лексика

Анализ заимствований является важнейшей стороной изучения словообразовательных процессов. При этом особое место принадлежит латинскому и греческому материалу.

Греко-латинская терминология является тезаурусом медицинской науки, т.е. включает в себя все основные понятия и термины медицины, без знания которых невозможно осмысленное усвоение специальных предметов. Изучение грамматики и лексики древних языков, по мнению Г.Ф. Гегеля, имеет то преимущество, что «оно есть постоянная и непрерывная деятельность разума, поскольку здесь, в отличие от родного языка, где привычка без размышления дает правильное сочетание слов, необходимо учесть определенное значение частей речи, определяемое рассудком, и призвать на помощь правила для их соединения. Но тем самым и происходит постоянное подчинение особенного общему и обособление общего, в чем ведь и состоит форма деятельности рассудка».

Латинский язык выступает как главный «поставщик» не только отдельных словообразовательных единиц, но и целых серий словообразовательных единиц, а вместе с ними и словообразовательных моделей. Данные словообразовательные модели рассматриваются в процессе перехода частей слов из системы литературного языка в терминологическую систему, в процессе трансформации и переосмысления взятых словообразовательных единиц, в процессе их реинтерпретации, реконструкции, разного типа переразложений, связанных уже не столько с изменением поведения частей слов в новой среде, сколько с изменением более глубокого порядка. Все эти изменения приводят к новым принципам моделирования в терминологической системе и к появлению новых элементов в данной системе, не функционирующих в системе языка-источника.

Истоки медицинской терминологии связаны также с греческим лексическим и словообразовательным фондом. Благодаря тому, что литературный латинский язык вообрал в себя большое количество элементов греческого языка, он оказался не только богатейшим источником будущих терминосистем, но и медиатором для пополнения этих систем элементами греческого языка. Формируя медицинскую терминологию, латинские и латинизированные греческие элементы взаимодействуют друг с другом, приобретают новые значения, вступают в новые сочетания, организуют новые модели и, наконец, образуют новые ряды, гнезда и другие комплексные объединения – все то, из чего складывается, собственно, терминологическая система. Но, хотя роль этого взаимодействия для формирования и дальнейшего развития медицинской терминологии была ясна специалистам, предметом специального исследования данная терминология до настоящего времени не являлась.

Изучение медицины немыслимо без изучения основ медицинской терминологии, преимуществом которой является точность и емкость. В зависимости от того, насколько буквальное значение термина гармонирует с его содержанием или настоящим, действительным значением, все термины принято разделять на три группы: 1) правильно ориентирующие термины; 2) нейтральные термины; 3) ложно ориентирующие термины.

Ложно ориентирующие термины по своему буквальному значению противоречат общепринятому значению термина. Типичным примером является термин *артерия* (лат. *arteria*), состоящий из двух корней: *aer* – *воздух* и *tere* – *содержу*.

Изучение латинского и греческого языков способствует накоплению в памяти лексических элементов, облегчающих мотивированное закрепление значительной части слов, бытующих в живых языках. Можно считать мотивацию избыточной, если слово становится привычным. Мотивация необходима в момент рождения или освоения слова, когда оно приходит из чужого языка. Усвоению, пополнению содержания изучаемого слова способствует умение сопоставлять его с уже известными лексическими элементами. Мотивация большинства медицинских терминов зависит от знания латинских и греческих словообразовательных элементов, переведенных или заимствованных из иноязычных источников.

Переводом принято называть возможность более или менее адекватной замены слов одного языка словами другого языка. Непременным условием этого процесса является близкая (а желательно точная) понятийная соотнесенность слов в обоих языках, одинаковая (или аналогичная) предметная и стилистическая соотнесенность. Невозможность удовлетворить эти условия затрудняет перевод и заставляет обращаться к заимствованию лексических единиц (см. труды Л.Л. Кутиной, А.И. Горшкова, Н.В. Горяева, Г. Арнаудова, В.А. Татарина, А.И. Воронкова, Л.А. Бахрушиной, Л.В. Бабошкиной, Е.В. Бекишевой, А.А. Царевой, Е.Н. Борисовой и др.).

Слова общей лексики, связанные с общеизвестными вещами и общедоступными понятиями, обычно легко переводятся с одного языка на другой, несмотря на то, что их понятия и функции совпадают лишь приблизительно. В языках, давно контактирующих друг с другом, лексические соответствия их слов установлены и закреплены в словарях.

Перевод терминологической лексики не всегда является адекватным. «Термин отличается от слова своей связью со специальным понятием, входящим в научно-классифицированную отраслевую систему понятий, слова же связаны с понятиями бытовыми, которые, в свою очередь, тоже входят в систему понятий общеупотребительной лексики, лишенной той высокой степени логической организации, которая присуща системе специальных понятий. Отсюда более высокая степень системной организации терминологической лексики по сравнению с общеупотребительной». Помимо обычного, существует идиоматический перевод, применяемый для передачи пословиц, поговорок, крылатых выражений, терминов и других специальных слов. В

подобных случаях следует заботиться не столько о переводе самих обозначений, сколько о поиске их места в соответствующем ряду другого языка.

Системность терминологии особенно ярко сказывается в так называемом «обратном словообразовании» от заимствованных иноязычных терминов.

Перевод слов специальной лексики осуществляется применительно к данному предметно-понятийному полю, а не языку вообще, потому, что в разных системах, казалось бы, один и тот же термин может переводиться по-разному: например, понятие *морфология* (*morphologia*, от греч. *μορφή* – *форма* и *λογία* – *наука*) в лингвистике имеет значение науки о форме слова, в медицине же это «наука о форме и внутренней структуре человеческого тела и его частей в связи с его развитием и жизнедеятельностью».

В основе многих специальных обозначений в разных языках лежат иные образы, что объясняется спецификой видения мира у отдельных народов, их перевод всегда опосредован через систему понятий, образов, традиций.

Отсутствие в языке пересказа слов, имеющих в языке-источнике, или отсутствие непосредственной связи с понятием у номенов и онимов делает их перевод принципиально невозможным и вызывает необходимость заимствования или специального конструирования.

Заимствование терминов осуществляется в тех случаях, когда в соответствующих системах принимающего языка отсутствуют понятия, определенные и названные на языке-источнике. В некоторых случаях заимствуются целые терминологические пласты (блоки), если в языке-источнике та или иная система разработана лучше и полнее.

Слова специальной лексики в различной степени обладают возможностью изменения или уточнения плана выражения, а их денотаты – способностью к переименованию. И то, и другое не характерно для общей лексики. Но там, где имеет место искусственное создание слов или искусственное формирование плана их содержания, вероятно и уточнение или изменение плана выражения этих слов. Такое возможно, поскольку имя не имеет непосредственной связи с понятием и лишь условно связано с именуемым объектом (денотатом). Известны многие случаи замены терминов и номенклатурных обозначений. Этому способствуют искусственность выделения их денотатов и условность их связи со словесными обозначениями.

В специальной лексике наблюдаются явления, когда при сохранении прежнего плана выражения ее единицы меняют план содержания. Это происходит при создании новых концепций в тех случаях, когда сохраняются прежние словесные обозначения, в которые вкладывается одинаковое содержание.

Таким образом, основной целью российского медицинского терминоведения является изучение особенностей и закономерностей становления, формирования и развития медицинской терминологии для выработки рекомендаций по совершенствованию и наиболее эффективному использованию терминологических единиц.

Греческий и латинский языки послужили основой для образования в медицине специальных слов и высоко продуктивных терминоэлементов. Единый греко-латинский фонд легко заимствуется во многие языки, на которых осуществляется научная деятельность. В настоящее время этот фонд пополняется за счет моделей и лексем европейских языков, в особенности – английского и французского. Специальная лексика языка медицины обогащается новыми типами и деривационными возможностями терминов.

Литература

1. Загрекова Е.Н. Истоки и развитие российской медицинской терминологии (на греко-латинской основе). - Дис. на соиск. уч. степ. канд. филол. наук. - Саратов. - 2008. - 198 с.
2. Кочеткова Т.В., Полухина О.Н. Метафора в медицинской терминологии. - Саратов, ИЦ «Наука», 2013. - 169 с.
3. Новодранова, В.Ф. Из истории медицинского терминоведения / В.Ф. Новодранова, Е.В. Бекишева // Язык медицины: Всероссийский межвузовский сборник научных трудов. – Вып. II. – Самара: [б. у.к. на изд.], 2007. – С. 19-27.
4. Полухина О.Н. Качество современного медицинского образования // Проблемы качества обучения зарубежных граждан в медицинских вузах. Материалы III Всероссийской научно-практической конференции МЗ и СР РФ, ВолГМУ. Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2006. - С. 123.
5. Язык медицины: международный межвузовский сборник научных трудов в честь юбилея В.Ф. Новодрановой. - Самара, Сам.ГМУ: Изд-во Krypten-Волга, 2015. - 495с.

Рамазанова А.Я.

Специфика терминологической подготовки иностранных студентов медицинского вуза*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Работа посвящена методическим проблемам освоения латинского языка иностранными студентами через язык-посредник.

Ключевые слова: латинский язык, методика преподавания в вузе, иностранные студенты

Формирование коммуникативной компетенции у иностранных студентов является одной из наиболее важных и сложных методических составляющих процесса обучения в медицинском вузе. В работе с иностранными студентами преподаватель должен учитывать родной язык обучающихся, уровень их базовой довузовской подготовки, мотивацию выбора профессии и стремление овладеть избранной специальностью.

В целях обучения и коммуникации с иностранными студентами в качестве языка-посредника, как правило, в настоящее время используется английский язык, имеющий статус языка международного общения. Такой подход способствует решению целого комплекса методических задач: эффективная реализация профессиональной миссии преподавателя, точное понимание им ценностных ориентиров и установок учащихся на ранней стадии их обучения в вузе, учет потребности студентов в самореализации.

В последние годы в практику медицинских и фармацевтических вузов прочно вошла программа обучения иностранных студентов на английском языке. Знание английского языка позволяет нивелировать проблемы, связанные с этническим и национальным разнообразием в студенческой группе. Более чем 10-летняя практика преподавания по программе «English Medium» в СГМУ им. В.И. Разумовского показывает, что благодаря использованию английского языка в учебном процессе на этапе начальной подготовки будущих врачей существенно сокращаются сроки их социокультурной и профессиональной адаптации.

Преподаватели кафедры русской и классической филологии СГМУ им. В.И. Разумовского имеют значительный опыт работы с иностранными студентами, обучающимися на русском и английском языках. В частности, в настоящее время в группах иностранных студентов проводятся занятия по обязательной учебной дисциплине «Латинский язык».

Изучение латинского языка имеет принципиальное значение для общекультурного развития студентов, а также для их успешного освоения медицинской профессии.

Обучение латинскому языку стимулирует логическое мышление, расширяет общий кругозор студентов, нацеливает их на эффективное изучение базовых предметов. В медицинских вузах на занятиях по латинскому языку студенты изучают фонетический строй латинского языка и основы латинской грамматики, а также циклы анатомической, клинической и фармацевтической терминологии. Параллельно с латинским языком студенты первого курса изучают анатомию, где хорошее знание латинского языка, его лексики и грамматики, является необходимым.

Для большинства иностранных студентов, на сегодня обучающихся в СГМУ, английский язык становится одним из основных средств коммуникации наряду с родными языками (студенты из Индии, Пакистана, стран Африки). Именно высокий уровень владения английским языком представителей указанных стран является фактором, который преподаватели целенаправленно используют для оптимизации учебного процесса и освоения большого фактического материала. В большинстве случаев иностранные студенты с легкостью усваивают медицинскую лексику на латинском языке, поскольку на формирование английского языка существенное влияние оказал именно латинский язык. Но в процессе изучения дисциплины «Латинский язык» возникают различные проблемы, связанные с реальным нарушением системы и норм латинского языка под влиянием английского. Основная задача преподавателя заключается в разработке методических приемов, помогающих смягчить интерферирующее влияние английского языка.

Уже на первых занятиях по латинскому языку (изучение алфавита, фонетических и орфоэпических норм) у студентов возникает ошибочное представление о том, что изучаемый материал им хорошо знаком, и для его освоения не потребуются дополнительных усилий. Преподавателю приходится обращать внимание студентов на различие в названиях некоторых букв в латинском и английском алфавитах, на существенную разницу в произношении звуков и слов, а также уделять больше времени развитию навыков грамотного чтения на латинском языке. При знакомстве с новым лексическим материалом (общеупотребительная, специальная и терминологическая лексика) важно обратить внимание студентов на произносительные особенности однокоренных слов, так как именно в произношении таких словесных единиц проявляется наибольшее интерферирующее влияние английского языка.

Кроме того, у иностранных студентов частотны грамматические ошибки, связанные с различием в системе латинского и английского языков - английский язык является аналитическим языком (грамматические отношения в нем передаются через отдельные служебные слова), а латинский язык признан синтетическим языком (грамматические отношения в нем выражаются в пределах слова). Таким образом, в латинском языке отношение существительного к другому слову передается посредством падежного окончания, а в английском языке - существительным в сочетании с определенным предлогом.

Также в английском языке, в отличие от латинского, нельзя определить род по формальному показателю - его идентифицируют по лексическому значению слова или по контекстному окружению. Таким образом, перед иностранным студентом стоит задача точно определить род существительного, что необходимо для правильного склонения существительного и его согласования с прилагательным.

Греко-латинская терминология традиционно является «тезаурусом» (в широком смысле этого слова) международной медицинской науки, т.е. включает в себя все основные понятия и термины медицины, без знания которых невозможно осмысленное усвоение составляющих её специальных предметов и дисциплин. Опыт преподавания латинского языка в группах иностранных студентов показывает, что при изучении лексического состава анатомической, клинической и фармацевтической

терминологии студенты не испытывают серьезных затруднений, поскольку английский язык содержит большое количество заимствований из латинского языка.

Медицинские термины на английском языке зачастую имеют общий корень с латинскими терминами, они во многом совпадают по своему звучанию и графическому оформлению. Сложности в процессе обучения иностранных студентов возникают при освоении словообразовательной системы латинского языка. Поэтому при изучении словообразовательных элементов латинского языка следует обращать внимание на наиболее регулярные префиксы и суффиксы греко-латинского происхождения.

Немаловажным аспектом при изучении лексического состава латинского языка являются ассоциативные связи. В группах, обучающихся по программе «English Medium», при отсутствии в языке точных синонимов, ассоциативные ряды выстраиваются путем применения разнообразного визуального материала. В группах, обучающихся на русском языке, все усилия студентов направлены на запоминание терминологических соответствий: «латинское слово» – «русское слово». В области обучения лексического материала на дальнейших этапах иностранные студенты свободно запоминают лексические единицы не только по формальным показателям слов в английском языке, но и по ассоциативным связям, отождествлению нового с уже известным в русском языке.

Ключевым показателем в выработке отточенных навыков и умений в процессе освоения латинской медицинской терминологии является активное использование практических упражнений и тестовых заданий.

Литература

1. Арутюнов А.Р. Теория и практика создания учебника русского языка для иностранцев. М.: Русский язык, 1990. - 166 с.
2. Гринев С.В., Сорокина Э.А. О состоянии медицинской терминологии // Язык медицины: международный межвузовский сборник научных трудов в честь юбилея В.Ф. Новодрановой. - Самара, СамГМУ: Изд-во Krypten-Волга, 2015. - С. 40 - 49.
3. Молчановский В.В., Шиперевич Л.Г. Преподаватель русского языка как иностранного. Введение в специальность. - М.: Русский язык. - 2002. - 320 с.
4. Попков В.М., Протопопов А.А., Черненко Ю.В., Кочеткова Т.В. Филология в контексте современного высшего медицинского образования // Медицинское образование и вузовская наука. - М.: МГМУ им. И.М. Сеченова, 2013. - №1. - С. 56 - 61.
5. Маркова Н.И. Латинский язык, как дисциплина, обеспечивающая междисциплинарную интеграцию // Инновационные методики преподавания латинского языка и медицинской терминологии. В кн.: Язык медицины: международный межвузовский сборник научных трудов в честь юбилея В.Ф. Новодрановой. - Самара, СамГМУ: Изд-во Krypten-Волга, 2015. - С. 243 - 249.
6. Традиции и новации в профессиональной деятельности преподавателя русского языка как иностранного. - М.: Российский университет дружбы народов, 2002. - 428с.
7. Щукин А.Н. Методика преподавания русского языка как иностранного. - М.: Высш. шк., 2003. - 334 с.

Лобанова М.П.

Статистические подходы к изучению движения населения на изучаемой территории*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Статистическая грамотность является неотъемлемой составной частью профессиональной подготовки любого специалиста, имеющего дело с анализом массовых явлений, имеющих медицинский, экономический или любой иной характер.

Ключевые слова: учет численности, среднегодовая численность населения

Актуальность

Статистическая грамотность является неотъемлемой составной частью профессиональной подготовки любого специалиста, имеющего дело с анализом массовых явлений, имеющих медицинский, экономический или любой иной характер.

Представляется важным подчеркнуть, что в качестве предмета статистической науки выступает исследование не отдельных фактов, а именно массовых социально-экономических явлений и процессов, включающих множество отдельных фактов, обладающих как общими, так и индивидуальными признаками. Основные задачи статистического исследования состоят в получении обобщающих показателей и выявлении закономерностей общественной жизни.

Важное значение статистические показатели имеют в медицине. Поэтому в систему подготовки будущих специалистов медицинского профиля обязательно включается наука статистики. Главное, чтобы студенты-медики понимали ее значение для своей будущей специальности.

Особенность статистики состоит в том, что она изучает количественную сторону качественно определенных массовых общественных явлений в данных условиях места и времени. Количественную характеристику того или иного явления статистика выражает с помощью чисел, которые называются статистическими показателями. Статистический показатель отражает результат измерения единиц совокупности и совокупности в целом. Статистический показатель имеет три обязательных атрибута: количественную определенность, место и время (момент или период времени).

Цель работы: изучение статистических подходов к изучению движения населения на той или иной территории (в стране, регионе, отдельном населенном пункте и т.д.).

Задачи:

- выявление направлений и роли статистического изучения движения населения;
- анализ содержания показателей, характеризующих движение населения на изучаемой территории.

Материал и методы

Исследование проводится на основе анализа учебной и научной литературы по выбранной теме.

Результаты

Проведенный анализ показал, что статистическое изучение народонаселения традиционно проводится по следующим основным направлениям:

- статика населения;
- динамика населения.

При этом статика населения изучает данные о численности населения, о составе населения по полу, возрасту, социальному положению, профессии, семейному положению, уровню культуры, размещению и плотности населения. Динамика населения отражает данные о движении и изменении численности и состава населения. Подобные трансформации могут происходить в результате не только механического движения населения (под влиянием миграционных процессов), но и социального движения, обусловленного переходом из одной социальной группы в другую, а также естественного движения населения (в результате рождаемости и смертности).

Учет численности и состава населения осуществляется путем периодически проводимых переписей населения. На интервале времени между переписями учет численности населения проводится посредством регистрации рождений и смертей, а также регистрации населения по месту жительства.

Говоря о механическом движении населения, необходимо сказать о внутренней и внешней миграции. По признаку продолжительности выделяют временную и постоянную разновидность миграции, а также сезонную и маятниковую миграцию. С точки зрения характера миграционного процесса, как правило, различают плановые и стихийные миграции.

Для оценки миграционных процессов используются показатели оборота и сальдо миграции, интенсивности миграции и ряд других величин.

Под оборотом миграционных процессов понимается сумма прибывших и убывших. Сальдо миграции (D) определяется как разность между количеством прибывших (M+) и убывших (M-) на данной территории, поэтому показатель сальдо миграции может быть как положительным, так и отрицательным: $D > 0$ либо $D < 0$. Общая интенсивность миграции (b) представляет собой отношение количества мигрирующих лиц к численности населения данной территории. Возрастно-половая интенсивность миграции прибывших и убывших на данной территории рассчитывается как отношение миграционного прироста (сальдо) к сумме прибывших и убывших (табл. 1).

Таблица 1. Содержание показателей оборота и сальдо миграции

Наименование показателя	Расчетная формула
Сальдо миграции, D	$D = M+ + M-$
Общая интенсивность миграции, b	$b = D / S \times 1000$
Интенсивность миграции прибывших (b+) и ушедших (b-)	$b+ = M+ / S \times 1000$ $b- = M- / S \times 1000$
Возрастно-половая интенсивность миграции прибывших и ушедших	$D / [b+ + b-] \times 1000$

Таблица 2. Содержание показателей смертности населения

Наименование показателя	Расчетная формула
Общий показатель смертности	Отношение общего количества умерших за год, помноженного на 1000, к среднегодовой численности населения изучаемой территории
Показатели смертности отдельных возрастно-половых групп	Отношение помноженного на 1000 количества лиц данного пола и возраста, умерших за год, к численности лиц данного возраста и пола
Смертность от данного заболевания	Отношение помноженного на 1000 количества умерших от данного заболевания за год к среднегодовой численности населения изучаемой территории
Структура причин смерти	Помноженное на 1000 количество умерших от данной причины, деленное на общее количество умерших на исследуемой территории

Для характеристики естественного движения населения используются показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения, младенческой смертности, средней продолжительности предстоящей жизни, материнской смертности. В частности, показатель рождаемости определяется как отношение общего количества родившихся за год живыми, умноженный на 1000, к среднегодовой численности населения изучаемой территории (региона), а среднегодовая численность населения как полусумма численности населения данной территории на начало и конец года.

Для оценки благополучия той или иной территории в медицинском, демографическом, социальном аспектах необходимо учитывать не только показатели рождаемости, но и показатели смертности, поскольку взаимодействие между этими группами показателей обеспечивает непрерывное воспроизводство населения.

При анализе смертности используется ряд показателей, имеющих разное познавательное значение. Общий показатель смертности мало пригоден для каких-либо сравнений, так как его величина в значительной мере зависит от особенностей возрастного состава населения. В связи с этим для анализа смертности населения на данной территории используется целый ряд показателей, основные из которых раскрыты в табл. 2.

Естественный прирост населения на данной территории (в стране, в регионе и т.д.) выражается абсолютным числом как разность между числом родившихся и числом умерших за год. Кроме того, он может рассчитываться как разность показателей рождаемости и смертности.

При этом высокий естественный прирост может рассматриваться как положительное явление только при низком уровне смертности. Высокий прирост при высокой смертности характеризует неблагоприятное положение с воспроизводством населения, несмотря на относительно высокий показатель рождаемости. Низкий же прирост при высокой смертности указывает на неблагоприятную демографическую ситуацию, а низкий прирост при низкой смертности свидетельствует о низкой рождаемости.

Заключение

Таким образом, с помощью перечисленных показателей могут вскрываться различные аспекты и закономерности движения населения на изучаемой территории. В основе исследования статистических закономерностей лежит так называемый закон больших чисел, к исследованию которого мы предполагаем приступить в дальнейшем.

Литература

1. Щербакова И.В. Особенности и динамика учебной мотивации студентов медицинского вуза. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2014.
2. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика: Учеб.-практ. пособие. М.: Фолиант, 2006.
3. Жидкова О.И. Медицинская статистика: конспект лекций. М.: Экзамен, 2012.
4. Медицинская статистика // Статистика [Электронный ресурс] URL: <http://statistiks.ru/medicziinskaya-statistika> (дата обращения к ресурсу: 01.12.2015).
5. Жижин К.С. Медицинская статистика. Ростов-н/Д.: Феникс, 2007.
6. Медик В.А., Токмачев В.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: Медицина, 2006.

Кашлей С.И., Паулич Ю.П., Тищенко Е.М.

Самооценка здоровья и образа жизни сельских школьников*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь***Резюме**

В работе представлены результаты опроса сельских школьников об отношении к образу жизни, а также выявленные факторы, влияющие на состояние их здоровья.

Ключевые слова: здоровье, образ жизни, сельские школьники

Актуальность

Здоровье является своеобразным зеркалом социально-экономического, экологического, демографического и санитарно-гигиенического благополучия страны, одним из социальных индикаторов общественного прогресса, важным фактором, влияющим на качество и эффективность трудовых ресурсов страны. Семья играет одну из самых главных ролей в формировании здоровья.

Подростковый возраст – это тот период жизни, когда в относительно короткие сроки происходят интенсивные и разнообразные морфологические и функциональные изменения органов и систем, обуславливает определенную уязвимость организма по отношению к факторам риска заболеваний [1, 2].

Цель: изучить самооценку здоровья и образа жизни сельских школьников.

Материал и методы

Нами проведен опрос по специально разработанной анкете 139 учеников сельских школ, из них 57% - мальчиков, 43% - девочек. В анкету было включено 30 вопросов открытого типа. Средний возраст мальчиков и девочек составил 15±0,5 лет.

Результаты и обсуждение

У 9 из 10 опрошенных школьников (87%) семья полная. Родители выпивают у четверти подростков (27%). Папа курит практически у половины респондентов(46%). Случаи, когда курит мама, встречаются редко, но все же есть (6%). На момент опроса 23% мальчиков и 10% девочек курят. Свою первую сигарету большинство респондентов (43%) выкурили в среднем школьном возрасте, что соответствует 5 – 9 классам, в младшем школьном возрасте (1 – 4 класс) – треть учеников(35%), в старшем школьном возрасте (10 – 11 класс) – четверть учеников(22%). Спиртные напитки основная масса опрошенных также впервые попробовала в среднем школьном возрасте (61%), четверть опрошенных - в младшем школьном возрасте(20%), почти столько же - в старшем школьном возрасте (19%). У многих респондентов данные вредные привычки имеют некоторые знакомые сверстники (63%), у каждого десятого школьника (10%) больше половины знакомых сверстников курят или употребляют спиртные напитки, а у каждого седьмого (14%) почти у всех знакомых сверстников имеются данные привычки. У четверти опрошенных школьников (77%) родители не ссорятся, у незначительной части респондентов(4%) ссорятся часто, и пятая часть подростков (19%) выбирают вариант ответа «скорее да, чем нет».

Анкетируемым было предложено оценить свое состояние здоровье по десятибалльной системе. Половина из них оценили свое здоровье в 7-8 баллов (44%), немного меньше (39%) – 9-10 баллов, седьмая часть школьников (15%) считают, что их состояние здоровья находится на уровне 5-6 баллов, каждый пятидесятый школьник (2%) оценивает свое здоровье в 1-2 балла. При этом большинство мальчиков и девочек занимаются в основной группе по физической культуре (84%) , тогда как шестая часть анкетированных (16%) - в подготовительной. По мнению половины опрошенных (49%) вредные привычки оказывают негативное влияние на здоровье, по мнению трети респондентов (33%) – плохое питание, десятая часть школьников (11%) считает, что это частые ссоры в семье, еще десятая часть учеников (10%) указывает на другие причины (режим дня, погода, техника, компьютер).

За компьютером в основном школьники проводят в день по 60-80 минут (38%), четвертая часть учеников (26%)–по 20-30 минут, шестая часть (17%)–по 30-50 минут и пятая часть опрошенных школьников (19%) уделяют компьютеру в сутки более 80 минут.

Занятия физической культурой мальчики посещают более охотно (88%), чем девочки (72%), также в свободное от учебы время мальчики (44%) в два раза активнее проявляют интерес к занятиям спортом, чем девочки (25%). Более половины опрошенных (57%) занимаются спортом для того, чтобы быть здоровыми, треть (34%) - чтобы хорошо выглядеть, и лишь небольшой процент учеников(7%) считают, что спорт – это модно.

Перед тем, как идти в школу, значительная часть учеников завтракает (79%). В столовой питаются практически все ученики (96%), из них половина (51%) удовлетворены организацией питания в школе, немного меньше школьников (39%) не совсем устраивает питание, десятая часть учеников (10%)вовсе не удовлетворены организацией питания.

Треть опрошенных (27%) считает, что здоровый образ жизни (ЗОЖ) – это отказ от вредных привычек, еще треть (29%) – занятия физической культурой, шестая часть школьников (16%) указывает на рациональное питание, десятая часть учеников (11%) думает, что это оптимальный двигательный режим, еще десятая часть (10%) думает, что это личная гигиена, и незначительная часть (7%) указывает на положительные эмоции. Профилактические беседы по ЗОЖ у большинства школьников (63%) проводят учителя, у пятой части (20%) - родители, у шестой части (17%) - врачи.

В свободное от учебы время музыкой увлекаются больше девочки (23%), чем мальчики (19%), в то время как компьютеру больше времени уделяют мальчики (22%), чем девочки (16%), такая же тенденция отмечается и по отношению к увлечению техникой: мальчики – 7% и девочки – 2%, а вот художественная литература привлекает больше девочек (9%), чем мальчиков (2%). Около половины опрошенных (46%) ложится спать между 22-23 часами, немного меньше (40%) - после 23 часов и седьмая часть (14%) - до 22 часов.

Деньги на карманные расходы дают родители большинству учеников (89%), из них многие (62%) копят на что-либо, треть (30%) покупают в магазине сладости, немногие (8%) тратят на проезд в общественном транспорте.

Выводы

Больше, чем у половины школьников родители курят, что оказывает негативное влияние на здоровье и образ жизни учеников, в основном в семье курит папа, в итоге основная масса курящих подростков – мальчики, берущие пример с отца. Школьники достаточно времени проводят за компьютером, многие занимаются спортом в свободное время от случая к случаю, лишь половина из них осознает, что спорт необходим для поддержания здоровья. Значительный процент учеников поздно ложится спать, что может негативно сказываться на их здоровье и успеваемость. Но, следует отметить, что у большинства школьников ЗОЖ – это отказ от вредных привычек, занятие физкультурой, рациональное питание.

Литература

1. Вальчук, Э.А. Реализация конституционного права на охрану здоровья населения в Республике Беларусь / Э.А. Вальчук, Е.М. Тищенко // Медицинские новости. – 2015. – №1. – С. 63-67.
2. Кайма, Е.А. Роль информационных технологий в формировании ментальности и здорового образа жизни молодежи / Е.А. Кайма, И.В. Гиль, Е.М. Тищенко // Мир детства в современном образовательном пространстве: сб. ст. студентов, магистрантов, аспирантов, ученых. – Витебск, 2015. – Вып. 7. – С. 594 – 599.

Старосотникова Е.Ю., Тищенко Е.М., Авдей И.Ю.

Отношение пациентов городских поликлиник к выбору лекарственных средств*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь***Резюме**

В статье представлены результаты опроса населения об отношении к импортзамещению лекарственных средств, а также выявленные факторы, влияющие на выбор аптек.

Ключевые слова: лекарственные средства, аптеки, импортзамещение

Актуальность

Обеспечение населения лекарственными средствами является важнейшей составной частью политики государства и одним из показателей состояния здравоохранения в стране. Президентом Республики Беларусь определено, что фармацевтическая промышленность является приоритетом социально-экономического развития в 2011-2015 годах, и дано поручение в 2015 г. увеличить долю отечественных лекарственных средств на внутреннем рынке страны до 50% в стоимостном выражении.

Для предупреждения осложнений и смертельных исходов, связанных с бесконтрольным приемом лекарственных средств в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.03.2012 № 300 "О выписывании рецептов и реализации лекарственных средств" с 01 июля 2012 г. в аптечной сети осуществляется рецептурный отпуск лекарственных средств.

Каждый человек приобретает лекарственные средства. В аптеке не только отпускаются лекарства, но оказывается консультативная помощь. В настоящее время действуют аптеки различных форм собственности [1,2,3].

Цель: изучить влияние факторов на отношение пациентов к приобретению лекарственных средств.

Материал и методы

Основным методом нашего исследования было проведение анкетирования 200 пациентов разных возрастных групп (20- 29 лет; 50- 59 лет), посетивших поликлиники. Для чего разработали специальную анкету открытого типа, включающую 25 вопросов. Большинство респондентов (55%) женщины. Все опрошенные жители города. Преимущественно анкетированные имели среднее специальное (46%) и высшее (39,5%) образование.

Результаты

Половина респондентов (46,5%) покупают лекарственные средства в государственных аптеках. Меньшая часть анкетированных (15%) отдаёт предпочтение коммерческим аптекам. Однако у 69,5% анкетированных есть опыт приобретения лекарственных средств в коммерческой аптеке. В два раза чаще (60%) опрошенные из возрастной категории 50-59 лет приобретают лекарственные средства в государственных аптеках, чем опрошенные из возрастной категории 20-29 лет (32%).

Каждый пятый (41,5%) из опрошенных при выборе аптеки руководствуется уровнем цен. При этом для каждого четвертого (24,5%) определяющим в выборе является разнообразие ассортимента. А для 11% опрошенных главное - это качество обслуживания. 18,5% анкетированных привлекает, при выборе места приобретения лекарственных средств, близкое расположение к дому. 42,5% анкетированных считает, что в аптечной системе Беларуси должно быть равное количество государственных и коммерческих аптек. Однако, 36,5% респондентов утверждает, что государственные аптеки должны преобладать и 8,5% уверены, что коммерческие. Большинство опрошенных (70,5%) считает уместным проведение различных акций со скидками в работе аптек.

Половина опрошенных (52%) затрудняется ответить в какой аптеке лучше профессионально-консультативная деятельность фармацевта. Одинаковое количество респондентов 27% и 21% уверены, что в государственной и коммерческой аптеках, соответственно, эта услуга лучше. Почти половина анкетированных (46,5%) затрудняется в выборе аптеки по этическому отношению в ней. И почти одинаковое количество респондентов 29% и 24,5% уверены, что в государственной и коммерческой аптеках, соответственно, этическое отношение лучше.

Каждый пятый респондент (36,5%) не приобретает лекарственные средства за пределами Республики Беларусь. Только каждый десятый (10,5%) из всех опрошенных постоянно покупает лекарственные средства за пределами Республики Беларусь. Большая часть опрошенных (53%) не обращают внимание на рекламу лекарственных средств. Каждый четвёртый (37,5%) из респондентов не доверяет рекламе лекарственных средств. Меньший удельный вес анкетированных (9,5%) всё же приобретают более разрекламированное лекарственное средство. Из тех респондентов, кто предпочитает более разрекламированное лекарственное средство преобладают женщины.

Большинство респондентов (71,5%), считает, что рекламировать лекарственные средства должен врач. Мужчины и женщины всех возрастных групп согласны с этим утверждением. Четвертая часть опрошенных (56%) в первую очередь руководствуется качеством при выборе лекарственного средства. Определяющим при выборе лекарственного средства у 25,5% опрошенных является цена продукта. Половина опрошенных (58%) относятся положительно к приобретению лекарственных средств без рецепта. И лишь 13,5% респондентов отрицательно к этому относятся.

Почти половина анкетированных (45%) считают, что белорусские товары ничем не хуже импортных. Каждый третий (32%) респондент указал, что белорусские товары всегда будут уступать импортным. При этом, 23% опрошенных отметили, что в будущем отечественные товары не будут уступать импортным.

Половина анкетированных (48,5%) обеих возрастных категорий предпочитают лекарственные средства импортного производства. Каждый пятый (21,5%) респондент приобретает лекарственные средства отечественного производства. А каждый третий (30%) опрошенный не интересуется страной-производителем при покупке лекарственного средства. Половина опрошенных (49,5%) утверждает, что белорусские лекарства возможно в будущем смогут конкурировать по цене и качеству с аналогами

зарубежного производства. Однако, каждый третий респондент (33,5%) считает, что белорусские лекарства конкурентно способны и отечественная фармация находится на высоком уровне. Два из пяти (45%) опрошенных считают, что не все импортные лекарственные средства можно заменить белорусскими аналогами. Четверть респондентов (28,5%) отмечает, что в будущем отечественные лекарственные средства могут стать достойной заменой импортным. Большинство анкетированных (84,5%) считает, что в Беларуси происходит рост цен на лекарственные средства. Каждый третий (34,5%) респондент знает и поддерживает политику по импортозамещению лекарственных средств в Беларуси. При этом, каждый пятый (25%) из опрошенных не знает ничего о проводимой политике.

Выводы

Таким образом, население поддерживает важность и необходимость импортозамещения лекарственных средств. Уровень цены, разнообразие ассортимента, качество обслуживания, место расположения влияние на выбор аптеки.

Литература

1. Кугач, В.В. Сравнительная характеристика критериев для классификации лекарственных средств в Республике Беларусь и за рубежом / В. В. Кугач, Е.Н. Тарасова // Вестник Витебского государственного медицинского университета . – 2014. - Т. 13. - N 4. - С.140-148.
2. Максимов, М.Л. Выбор между оригиналом и дженериком в повседневной практике / М. Л. Максимов // Лечебное дело. - 2012. - N 1. - С.10-15.
3. Орлова, Я.А. Амбулаторный прием: ведение пациента с артериальной гипертензией / Я. А. Орлова // Справочник поликлинического врача. – 2013. - N 11. - С.4-7.

Суворов В.В.

Отношение к тибетской медицине в российском обществе на рубеже XIX-XX веков*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В российском обществе на рубеже XIX-XX веков прослеживается двойственное отношение к тибетской медицине. С одной стороны наблюдается рост интереса к практике тибетской медицины, прежде всего со стороны столичного общества, с другой же - проявлялось негативное отношение к главному столичному специалисту по тибетской медицине П. Бадмаеву, деятельность которого противопоставлялась медицинским навыкам настоящих лам. При этом были и критические отзывы о тибетской медицине и ее возможностях.

Ключевые слова: тибетская медицина, П.А. Бадмаев, образ Востока

Интерес к восточным методам лечения, усилившийся на рубеже XIX – XX веков, оказывал заметное влияние и на отношение российского общества к Востоку в целом. Тибетская медицина, утвердившаяся как основная система знаний по поддержанию здоровья у буддистов, к началу XX века постепенно приобрела популярность и у части христианского населения, став, в том числе, объектом научных исследований. Как и многие другие элементы буддистской культуры, тибетская медицина усиливала интерес образованного общества к загадочному Востоку [9, с. 216-217]. Рассуждения о восточной медицине можно встретить в публицистических и научных работах, а также на страницах периодической печати.

О популярности тибетской медицины сообщает военный губернатор Забайкалья Б.К. Кукель, описывая деятельность в Петербурге бывшего настоятеля ламайского монастыря, принявшего крещение Сультима Бадмаева: «С высочайшего разрешения, ему было позволено лечить тибетскими травами и для применения своего способа ему отведена была особая палата в 1-м сухопутном госпитале. За свое удачное лечение Бадмаев получил чин титулярного советника, медаль (кажется, за спасение погибающих) и звание врача» [7, с. 419]. Данный способ лечения вызывал интерес среди населения Санкт-Петербурга, и, как сообщает Кукель, «в свое время наделал много шума и завоевал ему такую известность, что Бадмаева нередко приглашали в лучшие аристократические дома» [7, с. 419].

Более известный практик тибетской медицины «известный врач-бурят в Петербурге, лечивший тибетскими лекарствами и мечтавший водворить тибетскую медицину» [6, с. 38], П. А. Бадмаев приходился племянником бывшему ламе. Он имел в Санкт-Петербурге обширную практику, которой мог позавидовать любой нетибетский врач. О масштабах своей деятельности он сам сообщает в предисловии к своей книге: «С 1889 по 1896 год у меня было 169,834 посещения, причем отпущено 2.462,720 порошков» [1, с. [предисловие]]. Бадмаев отмечал в предисловии своей книги недостаточную изученность тибетской медицины: исследователи, «хотя и старались ознакомить образованный мир с тибетской медициной, но успели лишь в одном – это возбудить сомнение в научных ее положениях, а потому, быть может, и отняли у многих желание изучать эту область знания» [1, с. [предисловие]].

Выступая как один из основных методов лечения, тибетская медицина играла и важную роль в распространении буддизма среди языческого населения. Географ и путешественник П.К. Козлов отмечал, что «индо-тибетская медицина ... благодаря выработанной веками врачебной практике, основанной на строго опытным изучении природы органического и неорганического мира, до сих пор служила одним из главных орудий буддизма среди полукультурных народностей» [5, с. 94-95].

О достижениях тибетской медицины и ее социальном значении в восточных обществах в своих работах говорил и публицист, издатель с 1896 года газеты «Санкт-Петербургские ведомости» Э.Э. Ухтомский. Описывая свою поездку через Астраханскую губернию, князь отмечал значимость тибетской медицины для калмыков: «В астраханской калмыцкой степи – десятки кумирен, и с каждым годом число их возрастает. Значительная доля приходится на те, которые созданы в честь бога медицины Манла (по-тибетски), Оточи (по-монгольски), – по преданию современника и сподвижника Будды» [12, с. 21]. Князь обращает внимание на то, что искусство врачевания служило жречеству орудием влияния, поэтому русское начальство предпринимало попытки запретить ему лечить, что не исполнялось на деле. Ухтомский пишет, что «целесообразнее было бы хоть сколько-нибудь поощрять ознакомление с ламскими способами лечения», так как «основы его – индийско-эллинского происхождения и не лишены глубокого смысла» [12, с. 21]. Князь делает вывод о необходимости изучать особенности восточного врачевания: «Раз, что искоренить народную веру в учение Оточи пока невозможно, раньше чем бороться, проще узнать, в чем собственно оно заключается. А то вот уже скоро два века с половиною, как мы имеем дело с буддизмом в наших пределах и ничего почти толком не поняли в мировоззрении лам» [12, с. 21-22].

Характеризуя культуру Индии, Ухтомский обращает внимание на то, что «у нас распространено совершенно ошибочное мнение, будто индусы спокон века чужды естествознанию и настроены исключительно в умозрительно-отвлеченном направлении» [10. Ч. 3, с. 99]. Опровергая эту точку зрения, князь обращает внимание на роль врачей, которые «издавна пользовались в стране необычайным уважением за искусство» [10. Ч. 3, с. 99]. Ухтомский подчеркивает значительные достижения индийской медицины: «При походе Александра Македонского его войско встретило за Индом хорошо осведомленных медиков-туземцев. Им нечего было даже в то время заимствовать у эллинов. Местные хирурги многое проделывали, до чего европейские не додумались раньше XIX в. Напр. по части лечения ран и приращения носов темнокожие азиаты оказались чуть ли не учителями Европы через посредство англичан. Уже халифы Багдада, уже персияне пытались переводить и вникать в медицинские труды загималайского населения» [10. Ч. 3, с. 99]. Большое значение для распространения медицинских знаний имел буддизм: «Толчок расцвету этой гуманнейшей отрасли мироведения несомненно дал буддизм. Мудрый Асока в своих 14 эдиктах, иссеченных на скалах и столбах от Ориссы до Афганистана, предписывал везде врачевать и людей, и животных. Любвеобильные стремления в таком именно духе немало поспособствовали успеху веры Шакья-Муни в чужих краях. До сих пор сибирские ламы, сами того не подозревая, являются

целителями древнеиндийского типа, обязанными не только всячески помогать больным, но и относиться к ним словно к родным детям» [10. Ч. 3, с. 99].

Отмечая успехи восточной медицины, Ухтомский писал: «В данное время на острове [Яве], по правде сказать, меньше шансов заболеть от антигигиенических условий, чем в Европе и Америке. Туземцы знают достаточно средств против малярии, знахари-китайцы успешно лечат «белых» от таких недугов как дифтерит. Медицинская часть хорошо организована, смертоносность воздуха и воды, ужасы некогда свирепствовавших эпидемий отходят в область предания» [10. Ч. 4, с. 24].

Позднее Ухтомский писал что «Ламское искусство врачевания с его обширной литературой и чудесными результатами,— это знание, передаваемое с древних времен из рода в род, — также начинает интересовать Европу, в виду возможной, хотя и не доказанной связи (через Индию) с Египтом и Элладой» [11. с. 73]. Проводя аналогию с развитием врачевания в Древней Руси, Ухтомский писал: «Замечательно, что к числу церковных людей в древней Руси причисляется лечец — лекарь: это, конечно, потому, что при церквях жили лица, могущие подавать врачебную помощь, чтобы отучить новопросвещенных язычников от их обычая обращаться к знахарям и ворожеям». Также князь задается вопросом, «не заимствован ли нами встарь этот обычай со дней монгольского ига», отмечая, что «у северных буддистов есть такие *medical men* (омчи), которые по заветам своей веры издавна выступают, в качестве искусных врачей, на борьбу с дикостью необращенного еще в ламаизм соседнего населения и с его великими волхвами-шаманами» [11. с. 73]. Князь отмечает этический аспект буддийской медицины: «Туземные целители особенно привлекают тем, что, по требованиям религии, *лишь добрые, милосердные, безупречные ламы смеют практиковать с надеждой на успех*» [11. с. 74], «врачующие не любостыжательны и с бедных ничего не берут ни за консультацию, ни за лекарство» [11. с. 122].

Население Тибета с доверием относилось к «туземным врачам» — специалистам-ламам. Рассказывая о путешествии в столицу Тибета американца Уильяма Вудвила Рокхила, Ухтомский приводит его наблюдения над лечебными действиями лам: «... они берут больных за обе руки одновременно, ощупывая пульс и внимательно всматриваясь в лицо пациента. Задав два-три вопроса, лекарь достает снадобье из кожаных мешочков, в которых привозятся целебные порошки из Лхасы. Каждая доза измеряется маленькою серебряною ложечкой. ...Народ любит получать медицинские советы и охотно прибегает к различным снадобьям, исключительно тибетского происхождения, преимущественно из растительного царства» [11. с. 122].

В заметке, опубликованной в «Санкт-Петербургских ведомостях», автор, некий врач Григорий Гордон, обращается к книге П. Бадмаева, отмечая, что во «Введении» книги попадают интересные места: «Так на стр. XX читаем: «Изучая человека, тибетские врачи пришли к заключению, что самая мельчайшая частица в организме непременно занимает известное пространство». На странице XX того же «Введения» нас поразило очень оригинальное определение лекарства. «Лекарством, — говорит г. Бадмаев, — может называться все, что существует в мировом пространстве, включая сюда и самое пространство, раз только организм нуждается в нем»» [2]. Гордон приводит также цитаты, описывающие физиологические процессы, анатомию, строение мозга человека. Автор поднимает вопрос о допустимости совместного лечения пациента Бадмаевым и врачами больницы св. Николая Чудотворца. Гордон сообщает: «Некто г. Н.А. нападает в «Новом Времени» на врачей больницы для умалишенных св. Николая Чудотворца, потому что они не позволяют тибетскому врачу П. Бадмаеву пользоваться своими травами брата его, находящегося в этой больнице и страдающего прогрессивным параличом. Врачи эти давно отказались от этого больного и приговорили его к смерти, а г. Бадмаев борется его вылечить и, по словам г. Н. А., наверно сделал бы это, если бы... врачи больницы согласились допустить его к лечению больного... Таким образом, последний должен погибнуть, очевидно, только лишь благодаря их упрямству и жесткосердию». О Бадмаеве он говорит следующее: «Спрашивается кто же такой г. Бадмаев? В публице его называют тибетским врачом, и сам он тоже себя так называет. Признаюсь, мне уже давно хотелось хоть немного познакомиться с г. Бадмаевым, с тибетской медициной и его «системой лечения»; но я, как на зло, обладаю таким хорошим здоровьем, что до сих пор у меня не было ни малейшего основания обратиться к г. Бадмаеву за советом по поводу какого бы то ни было заболевания» [2].

В том же номере «Санкт-Петербургских ведомостей» было помещено «разъяснение» к описываемому вопросу. Автор заметки резко противопоставляет деятельность П. Бадмаева и врачебное искусство лам: «В достаточной уже мере своевременно оцененная нашей печатью брошюра-самореклама г. Б. ни в каком случае не должна и не может отождествляться с истинным знанием бескорыстно служащих человечеству лам, прямых обладателей древнейшего врачебного искусства» [4].

Автор отмечая, что «иностранцы ученые без всякой насмешки, а очень внимательно приглядываются не первый год к тибетской медицине», говорит о трудностях в научном изучении и постижении тибетской медицины: «Трудность изучения и понимания усугубляется для желающих в нее вникнуть неимоверной сложностью всего того, что при этом нужно осилить в области лингвистики, востоковедения в широчайшем смысле слова, истории религий и естествознания» [4]. Автор считает, что «специалист в одном направлении вовсе не компетентен в другом, так что к этой «тибетской медицине», тесно связанной с сокровеннейшими верованиями Востока, хоть и не подступайся...», при этом «умнейшие и искуснейшие ламы-врачи ... не в состоянии пока поделить бесспорно ценными сведениями и средствами, которые в этот буддийский мир передались из тьмы веков и широко оправданы жизнью» [4].

Поэтому и отношение к врачам, практикующим тибетскую медицину, было соответствующим: «В результате [медики Запада] не видят основания верить «знахарству» разных халатников, а там паче монополиста «тибетской медицины», рискующего преблагополучно отправлять *ad partes* то того, то другого из наивных пациентов» [4].

В заметке обращается внимание на противоречие существующее в России: с одной стороны доктору Бадамаеву монополично разрешают «напускать на публику и на науку туман, напрасно только дискредитируя то монголо-тибетское вероучение и мировоззрение, которого он якобы является истолкователем», с другой же — «испытанным целителям из Забайкалья или Астраханской губ., несмотря на массу свидетельств от вылеченных страдальцев, лечение строго запрещено» [4]. При этом, образованное общество в России вполне объективно не интересуется их тысячекратной архаической религиозной культурой. В результате автор приходит к заключению: «Подобная аномалия, конечно, несправедлива, служа к выгоде одного привилегированного лица, благодаря своему европейскому образованию, лишенного, вдобавок, образовательного ламского ценза, что в конце концов только напрасно усиливает у нас предубеждение против достойной разностороннейшего исследования тибетской медицины» [4].

Позднее дискуссия о возможности применения восточной медицины продолжилась. В одной из статей была высказана точка зрения, что «изучение тибетской медицины не под силу отдельным лицам, поэтому нет основания ставить в укор врачам то, что они будто бы не хотят заниматься ею» [8]. При этом отмечалось: «Но у нас есть единственное в свете, по своей хорошей постановке дела, вполне компетентное для изучения медицинских наук учреждение – институт экспериментальной медицины, который мог бы обратить внимание на голос публики и серьезно заняться всесторонним изучением восточной медицины. Результатами этого изучения впоследствии воспользовались бы и врачи практики» [8].

Были и негативные отзывы о возможности лечения методами тибетской медицины. Доктор Е. Дьяченко писал в редакцию «Санкт-Петербургских ведомостей»: «Как смешно было бы требовать, чтобы современные врачи учились греческой или арабской медицине и применяли ее на практике, так же смешно предлагать это по отношению к «тибетской» медицине» [3]. Более того Дьяченко считал, что «говорить о «тибетской» медицине, как о «стоящей на высокой ступени развития», противопоставляя ее современной научной медицине, можно только не зная этой научной медицины и не отдавая себе отчета в том отличии научного знания от эмпирического...» [3]

Таким образом, можно увидеть двойственное отношение в российском обществе к тибетской медицине. С одной стороны наблюдается рост интереса к практике тибетской медицины, прежде всего со стороны столичного общества, с другой же негативное отношение к главному столичному специалисту по тибетской медицине П. Бадмаеву, деятельность которого противопоставлялась медицинским навыкам настоящих лам. При этом интерес к тибетской медицине сопутствовал общему усилению интереса к буддистской культуре. Однако были и критические отзывы о тибетской медицине и ее возможностях.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 15-31-01298

Литература

1. Бадмаев П.А. О системе врачебной науки Тибета. 1898. Вып.1. [предисловие]
2. Гордон Г. Правы ли врачи? // Санкт-Петербургские ведомости. 1(14) сентября, 1902 г. № 238.
3. Дьяченко Е. О значении «тибетской» медицины: Из писем в редакцию // Санкт-Петербургские ведомости. 1902. № 258.
4. К вопросу // Санкт-Петербургские ведомости. 1902. № 238.
5. Козлов П. К. Монголо-сычуаньская экспедиция. Последний период монголо-сычуаньской экспедиции русского географического общества; изменение программы деятельности // Козлов П.К. Русский путешественник в Центральной Азии. Избранные труды. К столетию со дня рождения (1863-1963). М. АН СССР. 1963.
6. Корсаков В.В. В старом Пекине. Очерки из жизни в Китае. СПб. 1904.
7. Кукель Б. К. Из эпохи присоединения Приамурского Края // Исторический вестник. 1896. № 8.
8. Рамз. Еще о медицине // Санкт-Петербургские ведомости. 1902. № 255.
9. Суворов В.В. Восточная медицина как фактор увлечения Востоком в российском обществе в конце XIX – начале XX вв. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 3. С. 216-217.
10. Ухтомский Э.Э. Путешествие Государя Императора Николая II на Восток (в 1890–1891). СПб.; Лейпциг, 1895. Т. II. Ч. 3-4.
11. Ухтомский Э.Э. Из области ламаизма. К походу англичан на Тибет. СПб., 1904.
12. Ухтомский Э.Э. От Калмыцкой степи до Бухары. СПб, 1891.

Аленин П.Н., Суворов В.В.

Организация борьбы с туберкулезом в Саратовской области

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе рассматриваются особенности организации борьбы с туберкулезом в Саратовской области.

Ключевые слова: туберкулез, Саратовская область

Человечество с давних времен знало о туберкулезе как о хроническом длительно и волнообразно протекающем заболевании. Наиболее часто данному недугу были подвержены пребывающие в состоянии перманентного стресса социально незащищенные граждане, у которых развивался иммунодефицит.

Первые шаги, призванные обеспечить в России общественную борьбу с туберкулезом, отмечаются в 80-е годы XIX века и относятся к деятельности следующих медицинских обществ: Пироговского общества (Общество русских врачей в память Н.И.Пирогова) и Русского общества охранения народного здоровья.

Одним из главных начинаний Лиги стала организация во многих городах России дня «Белого цветка» («туберкулезного дня», «дня Ромашки»). В такие дни организовывался сбор денежных средств и проводилась масштабная просветительская работа. На собранные в дни «Белого цветка» деньги создавались приюты и амбулатории, появлялись фонды для строительства их.

В январе 1901 года член Санитарного общества А.М. Шапиро выступает с докладом – чахотка, как народное бедствие. Отмечая негативные последствия распространения данного заболевания, Шапиро призывает к тому, что борьба с заболеванием не только возможна, но и обязательна. Несмотря на широкое распространение народной медицины, в том числе и методов восточной медицины [1], было принято решение бороться с чахоткой при помощи научной медицины. Одним из важнейших факторов борьбы являются специализированные санатории. После выступления Шапиро, общество активно заинтересовалось данной проблемой. Представители разделились на два лагеря. Первые призывали к активной пропаганде санитарных мероприятий: мощении улиц, улучшении жилищных условий. Другие же склонялись к идеи создания специализированного санатория. К 1911 году просветительская деятельность приобретает особенно интенсивный характер. Вступив в ряды Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом Санитарное общество организует широкую продажу «белого цветка», брошюр и плакатов в день ромашки (20 апреля) и этот опыт оказывается очень успешным. В это же время общество приступает к созданию собственного санатория и кумысного заведения и постепенно расширяет это дело при помощи средств из особого фонда созданного саратовским обществом именно для этих целей.

Кумысное заведение и санаторий открываются за Соколовой горой в районе 2-й Гуселки на земле арендуемой у города, причем аренда взимается городом взимается ничтожная -15 рублей в год. В этом районе еще в 1903 году было создано здание для заготовки кумыса, а в 1904 году заведение уже начало функционировать, в условиях отсутствия специализированного санатория, весь кумыс вывозился в город и продавался в Липках в специализированном павильоне. В 1906 году строится небольшой корпус, рассчитанный на 6-12 больных. В 1908 году в связи с большим спросом на санаторное лечение, Санитарное общество строит корпус рассчитанный на 20 больных. В 1911 году благодаря средствам собранным в день белой ромашки удается построить специализированное здание для детей, которое становится основой для детского санатория рассчитанного на 24 больных.

До Октябрьской Революции в нашей стране государственная статистика по заболеваемости туберкулезом не велась, однако об обширной распространенности данного заболевания можно судить по имеющимся данным о смертности от туберкулеза в некоторых городах (С.-Петербург, Москва, Саратов, Нижний Новгород), в которых учет смертности велся систематически. Для примера, от туберкулеза в данных городах умирало в 1913 году примерно 350-500 человек на 100 тысяч населения. С 1913 по 1917 годы прослеживается тенденция к сокращению смертности: она регистрировалась уже на уровне 230-330 человек на 100 тысяч населения.

Первые данные о деятельности фтизиатрической службы Саратовской области датируются ноябрем 1919 года, когда после периода организации и реорганизации в структуре Губздравотдела учреждается отделение под названием «Борьба с социальными болезнями» с секциями: туберкулезная и венерическая.

Туберкулезная служба осуществляла контроль над работой санаториев и здравниц в которых лечились больные туберкулезом. На начало 1920 года в Губернии санатории и здравницы для лечения больных туберкулезом находились в Балашовском, Аткарском, Сердобском и Кузнецком уездах. Как правило санатории размещались в бывших усадьбах помещиков.

Таким образом кумысные здравницы, а затем и санатории явились первым этапом в формировании будущей противотуберкулезной службы губернии.

Период с 1920 по 1941 год характеризуется как второй этап формирования образа службы, где основным структурным элементом является противотуберкулезный диспансер. Именно в это время начинает свою деятельность сеть противотуберкулезных диспансеров губернии.

В 1920 году Областным Наркоматом Здравоохранения было принято постановление об открытии в г. Вольске туберкулезного отделения в составе городской инфекционной больницы. 1 октября 1924 года состоялось официальное открытие Вольского противотуберкулезного диспансера. В ноябре 1920 года в г. Балашове для больных туберкулезом было открыто диспансерное отделение при центральной амбулатории, а в ноябре 1930 года - ночной туберкулезный санаторий на 20 коек. Фтизиатрическая служба в г. Энгельсе существует с 1924 года. В этом году были открыты первый туберкулезный кабинет для амбулаторного обслуживания больных и ночной санаторий - профилакторий для работающих больных туберкулезом. В 1927 году организован республиканский противотуберкулезный диспансер немцев Поволжья, который послужил основой создания Энгельсского

противотуберкулезного диспансера. Фтизиатрическая служба города Балаково организована в 1938 году. Противотуберкулезный диспансер г. Балаково как структурная единица образовался в 1963 году [2].

Параллельно в октябре 1924 года был открыт Саратовский Государственный туберкулезный институт народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Позже в 1928 году в связи с изменением административно-территориального деления институт получил название Нижне-Волжского краевого научно-исследовательского института комиссариата здравоохранения РСФСР.

В Саратове с 1939 года действовал на базе туберкулезного института областной противотуберкулезный диспансер (располагался на ул. Вольская, дом 22). Имелось ряд отделений: взрослое и детское отделения, где проводится лечение туберкулеза органов дыхания, а также отделение костное. Помимо этого, работали физиотерапевтический, пневмотораксный и рентгеновский кабинеты. Наталья Александровна Левашова стала первым главным врачом областного противотуберкулезного диспансера. Она возглавляла данное учреждение до 1946 года.

В 1941 году война изменила планы. С началом Великой Отечественной войны резко увеличилась численность населения, обслуживаемая Областным тубдиспансером.

В СССР, начиная с 1943 года, отмечается снижение смертности от туберкулеза, а к окончанию войны данный показатель оказался существенно ниже довоенных значений. Работники областного Саратовского противотуберкулезного диспансера принимали активное участие в проведении мероприятий по противодействию туберкулезу на объектах оборонной промышленности, являлись консультантами врачей эвакогоспиталей, организовывали работу по трудоустройству больных туберкулезом, не прекращали систематически проводить детского населения профилактические осмотры на туберкулез. В дальнейшем работа областного противотуберкулезного диспансера заключалась, главным образом, в непрерывном контроле по области за эпидемической обстановкой по туберкулезу, в своевременном обнаружении патологии, проведение полномасштабных и всесторонних противотуберкулезных процедур с приоритетом на предотвращение туберкулеза у детей.

Послевоенный период характеризуется появлением ночных туберкулезных санаториев, которые в связи с массовостью заболеваемости при помощи профсоюзных организаций и промышленных министерств открываются на предприятиях. [3]

На современном этапе в Саратовской области структура противотуберкулезных учреждений состоит из одиннадцати специализированных учреждений, включая два туберкулезных санатория, восемь диспансеров и одну туберкулезную больницу.

В регионе ведущая роль в борьбе с туберкулезом отведена головному специализированному учреждению ГУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», выполняющего задачи методико-организационного центра, который осуществляет контроль над всеми мероприятиями, направленными на профилактику и своевременное обнаружение случаев заболевания туберкулезом среди населения, а также на оказание качественной противотуберкулезной помощи гражданам.

Саратовский областной диспансер отметил в 2009 году своё 70-летие, и он является одним из старейших лечебных учреждений региона.

Качество работы фтизиатрической службы наиболее наглядно проявляются при изучении статистических данных, характеризующих эпидемиологическую обстановку по туберкулезу на территории области на текущий момент.

Можно утверждать, что реализуемые в регионе противотуберкулезные мероприятия принесли результат: показатели заболеваемости туберкулезом и распространённости этой инфекции на территории области за последние несколько лет значительно ниже, чем средний показатель по России.

Литература

1. Суворов В.В. Восточная медицина как фактор увлечения Востоком в российском обществе в конце XIX – начале XX вв. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2014. Т. 4. № 3. С. 216-217.
2. Противотуберкулезные учреждения Саратовской области // <http://phtisiatry.ru/content/protivotuberkuleznye-uchrezhdeniya-saratovs...>
3. Аленин П.Н. Санаторное лечение больных туберкулезом: практика и перспективы развития // Экономические и гуманитарные исследования регионов. 2015. №4. С. 46-50

ID: 2016-01-2164-T-6042

Тезис

Горнов Д., Ермолаева Е.В.

Социальные сети как пространство взаимодействия субъектов медицины

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Современная тенденция к получению социальным субъектом – человеком, группой, страной большей свободы ведет к трансформации целевых установок личности. Человека больше не удовлетворяют полученные от кого-то знания, он предпочитает самостоятельно добывать информацию и опирается преимущественно на нее. Социальные сети в настоящее время представляют собой сайты, обеспечивающие взаимодействие между людьми, группами людей и организациями, где связи между этими узлами создает программная составляющая сайта.

Новый способ взаимодействия пациентов предоставляет новые возможности, но и создает новые проблемы в повышении доступности и качества медицинской помощи. В России существует движение on-line самоорганизации людей с заболеваниями в социальные сети и сообщества, в которых они пытаются оказать друг другу информационную и эмоциональную помощь.

Социальные сети предлагают пациентам доступ к информации о симптомах и особенностях заболеваний, различных способов их лечения, достоинств и недостатков применения лекарств. Но актуальным остается вопрос о качестве и достоверности предлагаемой информации. Социальные сети формируют у пациентов чувство контроля и возможности управления собственным заболеванием, знакомят с принципами управления здоровьем, оказывают эмоциональную поддержку.

Кроме того, социальные сети предлагают профессиональное сопровождение и консультации врачей, однако этот способ взаимодействия врачей и пациентов еще только развивается.

Таким образом, Интернет-сообщество — это не только объединение индивидов, но и взаимосвязь социальных общностей, где обеспечена их анонимность, свобода входа/выхода в сообщество. Это обуславливает большую открытость и психологическое удобство в процессе общения участников.

Литература

1. Алимпиева Д.А., Анохина Е.А., Ермолаева Е.В. Реклама в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. №12
2. Михайлова В.В., Почтарь О.Ю., Ермолаева Е.В. Интернет-аддикции в современном обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. №12
3. Толстова Е., Руфина Ю., Ермолаева Е.В. Особенности взаимодействия врача и пациента в современном обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. №12

Ключевые слова: социальные сети

Развитие аптечного дела в России

ID: 2016-01-4017-T-5629

Тезис

Кашаева Е.А., Павлова Ю.В.

Особенности ценообразования на российском фармацевтическом рынке

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.*

Одним из важнейших элементов экономической деятельности фармацевтических компаний является формирование цены. Образование цены оказывает прямое влияние на доход компании, составляя маркетинговую компанию. Для того чтобы грамотно установить расценку на лекарственные средства (ЛС) нужно брать в расчет самобытность фармацевтического рынка. Организационная структура фармацевтического рынка в России неизменно была связана с системой здравоохранения. Одним из свойств координационной структуры провизорского рынка в РФ является значимость государства и обязательного медицинского страхования в медикаментозном обеспечении населения. Еще одной чертой этого рынка являются закупки лекарственных препаратов на государственном уровне для обеспечения некоторых категорий граждан.

Отпускные, оптовые и розничные цены зависят от видов обслуживаемого оборота. Регулируемые и свободные цены зависят от государственного регулирования и степени конкуренции на рынке. Задачей правительства в области ценообразования на ЛС является контроль над расходами государства на ЛС и гарантии получения необходимых медикаментов по доступным ценам.

При ценообразовании на лекарственные препараты используются:

- свободная: отпускная цена предприятия – изготовителя; оптовая цена посредника; розничная цена;
- расчетная и свободная оптовая цена на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения;
- контрактная цена.

Ценовая политика в сфере управления лекарственным обеспечением населения и учреждений здравоохранения является необходимой частью экономической политики государства. Интересы всех участников провизорского рынка зависят от ее действенности. ЛС являются социально значимой продукцией, поэтому даже в условиях экономического кризиса производство лекарств меньше всего подвержено риску спада.

Кроме основных факторов, значительное влияние на формирование цены ЛС оказывают регуляторные и финансово-законодательные механизмы, уровень расходов на НИР, конкуренция, параллельный импорт.

Таким образом, действующее в настоящее время законодательство, определяющее порядок регулирования цен на лекарства, достаточно запутано и противоречиво, несмотря на усилия федеральных и региональных законодателей.

Ключевые слова: особенности ценообразования на российском фармацевтическом рынке

ID: 2016-01-27-T-5913

Тезис

Година В., Ермолаева Е.В.

Развитие аптечного дела в России в XVI-XIX вв.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Впервые аптеки появились в России в XVI в. Первой стала Государева аптека, которая сначала обслуживала только царскую семью. Все горожане пользовались услугами торговых лавок, что привело к злоупотреблению травами и ядовитыми веществами, что вынудило разрешить аптеке свободную продажу лекарств. Вскоре Государева аптека стала правительственным учреждением и была переименована в Аптекарский приказ. Были учреждены первые вольные аптеки. С развитием аптек зеленым лавкам запретили торговать аптечными товарами.

Расширение аптечной торговли в XVIII в. требовало подготовки профессиональных аптекарей. Аптекарский устав открывал путь для развития сети аптек по всей империи. В уставе были записаны положения об обязанностях управляющего аптекой, хранении и отпуске ядовитых лекарственных средств, о порядке отпуска лекарств по рецептам врачей, об устройстве аптеки. Устав определял звания работников аптеки: провизора, аптекаря и аптекарского ученика. Административные органы теперь могли контролировать торговлю, проводить судебно-медицинские исследования, ревизии. Аптекам разрешили торговать косметическими средствами, и теперь они находились под надзором. По уставу аптекой мог управлять только провизор.

Аптека должна была вести шнуровые книги: для записи свободно отпускаемых лекарств, лекарств, отпускаемых по рецептам, ядовитых веществ. Отпуск сильнодействующих средств и ядов регламентировался особыми положениями. В XIX в. в России была проведена земская реформа, которая позволила в земствах открывать аптеки, больницы, врачебные и фельдшерские пункты. Земствам разрешили из больничных аптек продавать безрецептурные лекарства по заготовительным ценам. А земские аптеки стали первыми аптеками, открытыми в сельской местности.

Литература

1. Ходырева Т.В., Жунева М.В., Ермолаева Е.В. Особенности рекламы на фармацевтическом рынке // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Шустова К., Граздич Л., Ермолаева Е.В. Предпринимательство в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: развитие аптечного дела

ID: 2016-01-4017-T-5930

Тезис

Новикова Э.В., Ермолаева Е.В.

Аптеки в России: ретроспективный анализ*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Первая аптека была открыта в России в 1581 году при Иване Грозном и обслуживала только царскую семью. Аптека находилась в специальном помещении, а лекарства готовились в особом помещении и только по рецептам с царской резолюцией. Аптеки в то время имели лабораторию, сушильню и другие помещения. Такое устройство аптек было связано с тем, что аптеки готовили не только сложные лекарства, но и сырье для этих лекарств.

КXVII веку аптеки стали представлять собой химическую научно-исследовательскую и производственную лабораторию, они являлись одновременно и первой врачебной амбулаторией, а также школой для подготовки специалистов. Указ Петра I в 1701 г. ввел аптечную монополию, что привело к устранению конкуренции не только между аптеками и зелеными лавками, но и между аптеками.

В XVIII-XIX вв. аптеки в России были преимущественно частными, что способствовало нехватке необходимого оборудования и специально подготовленных кадров. Это привело к тому, что аптечные лаборатории уже не могли удовлетворять возросший спрос на лекарства, следствием чего стало лишение аптек монопольного права на приготовление лекарств и перенос производства в лаборатории и фабрики, что привело к изменению структуры аптек. Частные аптеки стали постепенно превращаться в учреждения перепродажи лекарственных средств.

В настоящее время аптеки представляют собой специализированную организацию, которая предлагает большой выбор не только лекарств, но и косметических, гигиенических и профилактических средств. Сохранились лекарства индивидуального приготовления, но аптек, имеющих в своем составе производственные отделы, становится все меньше. Вновь открываемые аптеки являются аптеками готовых лекарств. В отличие от аптек прошлого века современные аптеки расширили свои информационные возможности: у аптек появились собственные сайты с описанием и информацией о наличии препаратов, возможностью выбора, заказа, оплаты и даже доставки лекарств на дом.

Литература

1. Овезова К.А., Кудряшова Д.Д., Ермолаева Е.В. Реклама как инструмент рыночного механизма // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Ходырева Т.В., Жунева М.В., Ермолаева Е.В. Особенности рекламы на фармацевтическом рынке // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: аптеки

ID: 2016-01-27-T-5950

Тезис

Синюкова А., Аюпова О., Ермолаева Е.В.

Развитие аптечного дела в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Первое упоминание об аптекарях в России относится ко времени правления Ивана Грозного. В 1581 г. по приказу государя была создана первая придворная Государева аптека, которая затем преобразована в Аптекарский приказ. Дальнейшему развитию аптек способствовала российская армия, которая в XVII в. вела активные военные действия на юге, востоке и западе страны. Реформы Петра I дали начало отечественной фармацевтике. А в 1819 г. при Министерстве внутренних дел был создан Медицинский департамент, взявший на себя руководство аптечным делом.

В годы Первой мировой войны и после ее окончания Россия испытывала острый недостаток медикаментов, число аптек сократилось, функционировали лишь те аптеки, которые находились при лечебных учреждениях. Восстановить фармацевтическое производство помогла политика «Сталинских пятилеток», которая предписывала строительство аптек по специальным проектам: амбулаторных и больничных для стационарных больных. Для работников аптек устанавливалась материальная ответственность труда, но полагалось премиальное вознаграждение. Лекарства отпускались населению за счет общественных фондов: стационарные больные получали их бесплатно, а в хозрасчетных аптеках - за деньги. К недостаткам этого периода можно отнести отсутствие конкуренции и дефицит импортируемых средств, к достоинствам - отсутствие фальсификатов и сопутствующих товаров – кремов, шампуней и т.п., а также низкую стоимость лекарственных средств.

В 90-х годах в истории отечественной фармации наступил новый этап развития. Фармацевтическое производство, аптечные склады и сети стали самостоятельными участниками рынка. Но развитие рыночных отношений имело ряд недостатков: рост цен на лекарства, снижение качества товара, наличие фальсификатов.

Таким образом, аптечное дело в России прошло длительный этап своего развития, трансформировавшись из Государственной аптеки, обслуживавшей только царское семейство, в мощное фармацевтическое производство, способное обеспечить необходимыми лекарственными препаратами население всей страны.

Литература

1. Ивлиева Д.А., Ермолаева Е.В. Государственная и частная медицина в России: проблемы взаимодействия // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Шустова К., Граздич Л., Ермолаева Е.В. Предпринимательство в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: аптека, Россия

ID: 2016-01-27-T-5976

Тезис

Леонтьев Н.А., Петрова Т.Г.

Аптечное дело в России в XVI веке*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

В России аптечное дело появилось как самая главная часть медицины. Древнерусская церковь помнит врачей, таких как Агапит Блаженный, Дамиан Целебник, Пимен Постник. Эти врачи были первыми фармацевтами, так как в программу обучения врачей того времени входило профильное обучение аптечного дела. Иноземные врачи-профессионалы, которые обслуживали царя, и его семью, привозили с собой медикаменты из других стран. Население получало лекарства на рынках от случайных людей. Прошло очень много столетий, прежде чем русская медицина стала отталкиваться на отечественные лекарственные препараты.

К концу XVI в. к этому времени произошло объединения русских земель в единое государство, и поэтому возникло условие для развития лекарственного снабжения. Для XVI века характерно развитие и разделение медицинских профессий (лекари, дохтура, зелейники, травники, рудометы-кровопуски, зубоволоки, очные мастера, костоправы, камнесеченцы, повивальные бабки). Основой их знаний являлись практика, передаваемая веками, рукописные произведения — вертограды, травники, лечебники и другие рукописи. Зелейники лечили болезни травами, кореньями и другими снадобьями. Лекари имели лавки в торговых рядах, где продавали собираемые травы, семена, цветы, корни, корневища и другие лекарственные средства. Зелейники и лекари изучали действие и качество лекарств.

Также в это же время происходит открытие первой царской государственной аптеки в Москве, которая снабжала лекарствами правителя. Эта аптека была открыта в 1581 г. И это было обособлено тем, что на государственную службу нанимается Роберт Якоби вместе со своей группой фармацевтов. Среди них был Джеймс Френч. Аптека вмещалась в кремлевских палатах, красотой и величием удивляла даже иностранных гостей, видевшие лучшие и качественные европейские аптеки. Царская аптека обеспечивала лекарствами только царя. Обслуживали иностранные врачи, так как русских фармацевтов в России не было долгое время. Изготовления и выпуск лекарства в аптеке показала то недоверие, которое терпели цари даже к своему ближайшему кругу. Чтобы убрать возможности подкупа боярами царских врачей, введена система контроля, а комната в которой хранились лекарственные средства, опечатывалась печатью дьяка. Рецепт, выписанный врачом, поступал в аптекарский приказ в котором говорилось об свойствах лекарственных ингредиентов.

В заключении хотим сказать, что специалисты в области аптечного дела должны соблюдать следующее: соблюдать и помнить традиции лечебного дела, использовать научные знания в своей практике, конечно же, обеспечивать население новыми, эффективными и доступными лекарствами.

Ключевые слова: аптека, Россия, медицина, XVI век

ID: 2016-01-28-T-5982

Тезис

Терешонков А.А., Парфёнов В.О., Ермолаева Е.В.

Аптекарский приказ: история создания и развития

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

В 1547 г. Московское правительство отправило своего посла Ганса Шмета в европейские страны за врачами и аптекарями, и это событие считается отправной точкой для развития аптекарского дела в России, одним из таких врачей и аптекарей был Арендт Классен, голландец по происхождению. В 1581 г. в Москву на службу к Ивану Грозному королева Елизавета Английская отправила специалистов, в том числе и аптекарей, среди которых был Джеймс Френч, прозванный Яковом Астафьевым. После его приезда появляется первая аптека в Кремле напротив Чудова монастыря.

В начале XVII в. была создана специальная Аптекарская палата для контроля за лечением царской семьи, а в 1620 г. она была переименована в Аптекарский приказ. В его функции входил контроль за деятельностью царских аптек, обеспечение лекарствами армии, заготовка лекарственных растений, приглашение иностранных врачей и аптекарей на царскую службу, предварительное испытание, увольнение их со службы, назначение и выдача медикам жалованье и др.

В XVII в. для подготовки врачей и аптекарей для армии была создана школа, где обучались стрелецкие дети. Ученики изучали фармакологию, анатомию, хирургию. Наиболее известными аптекарями этого периода являются Тихон Ананьин, Василий Шилов, Андрей Иванов, Иван Михайлов и др. Служащие Аптекарского приказа часто обучали собственных детей аптекарскому делу, что приветствовалось властью.

В XVIII в. Аптекарский приказ был преобразован в Медицинскую канцелярию, а благодаря реформам Петра I улучшилось снабжение населения лекарственными средствами за счет создания вольных аптек.

В XIX в. начинается преподавание основ организации фармацевтического дела, а недостаток в кадрах способствует развитию фармацевтического образования под контролем Правительства и Медицинской канцелярии.

В 1931 г. было создано РАПО - Российское аптечное объединение, которое просуществовало до 1935 г. и было преобразовано в ГАПУ - Главное аптечное управление.

Литература

1. Ивлиева Д.А., Ермолаева Е.В. Государственная и частная медицина в России: проблемы взаимодействия // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Шустова К., Граздич Л., Ермолаева Е.В. Предпринимательство в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: аптека, Россия

Развитие военной медицины в России

ID: 2016-01-321-T-5858

Тезис

Чурилова М.Н., Рубец Л.В.

Медицина во время локальных войн

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

На протяжении всей истории военных конфликтов армии и болезни шли нога в ногу. Смертность от заболеваний часто превышала смертность на поле боя. Не генералы, а тиф, чума, холера и дизентерия предрешали исход многих военных кампаний. Развитие уровня медицины, внедрение прививок существенно уменьшили небоевые потери; тем не менее, болезни продолжают подрывать боеспособность современных армий.

Опыт Советской Армии в Афганистане продемонстрировал огромную роль профилактической медицины и полевой гигиены в поддержании боеспособности войск в непривычных климатических условиях. Из 620 тысяч советских солдат отслуживших в Афганистане. Из них 53753 чел. (11,44%) были ранены или травмированы, а 415932 чел. (88,56%) были госпитализированы из-за серьезных заболеваний. Несмотря на огромные усилия советских медицинских профилактических групп, госпиталей полностью поставить под контроль распространение инфекционных заболеваний не удавалось никогда. Главными причинами заболеваний были: нехватка чистой питьевой воды, недостаточное внимание к вопросам гигиены в полевых условиях, слабая борьба с паразитами и крысами, неполноценное питание. Например, в 40-ой Армии, которая составляла основу советского военного контингента в Афганистане, заболевания органов дыхания, пневмония и бронхит считались серьезными проблемами. Военнослужащие болели на протяжении всего года. Уровень физической подготовки и акклиматизация так же важны для профилактики заболеваний. В наиболее поздние годы, некоторые солдаты до отправки в Афганистан проходили шестимесячную подготовку по ведению боевых действий в условиях горно-пустынной местности. И особое внимание уделялось полевым навыкам, оказанию первой помощи и полевой гигиене. Но все же, физическая подготовка не смогла полностью подготовить солдат к жестоким реалиям.

Выводы. Советские Вооруженные силы никогда не уделяли особого внимания чистоте. Полевые туалеты применялись изредка. Солдаты справляли нужду поблизости столовых и мест отдыха. Хлеб разгружался прямо на землю и хранился там до момента использования. Солдаты редко мыли руки и плохо мыли столовые приборы. Баня и чистое обмундирование в полевых условиях были редчайшей случайностью. Недостаточный контроль за инфекционными заболеваниями существенно сокращал численность боеготового личного состава. Советская Армия получила тяжелый опыт в Афганистане. Тем не менее, ни Советская и ни Российская Армии не прислушались к этим урокам.

Ключевые слова: война, Афганистан, медицина

ID: 2016-01-28-T-5891

Тезис

Федотова Д.А., Шичанина Е.А.

Великая Отечественная Война: история медицины в лицах

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.

Очередным этапом в развитии медицины стала Великая Отечественная война (1941—1945). Она явилась всесторонним испытанием и суровой проверкой организационных форм всего советского здравоохранения. За годы войны на фронте трудилось более 700 тысяч медицинских работников. По окончании войны 12.5% всех этих людей были убиты, но несмотря на опасность врачи никогда не опускали руки, продолжая вытаскивать сотни людей с того света, и вновь возвращать на поля сражений.

Об одних из самых выдающихся из военных врачей мы хотим осветить в своей работе.

Николай Нилович Бурденко (1876-1946 гг.), хирург, один из основоположников нейрохирургии в СССР, Герой Социалистического Труда (1943). Накануне войны участвовал в разработке научно-организационных основ военно-полевой хирургии, в годы войны главный хирург Красной Армии. На протяжении Второй Мировой Войны Николай Нилович получил множество других званий, которые характеризовали его, как неустоимого хирурга.

Александр Леонидович Мясников (1899-1965 гг.), терапевт, академик АМН СССР (1948). С 1942 главный терапевт ВМФ, заведующий кафедрой Военно-морской медицинской академии (1940-1948), находился в блокадном Ленинграде; неоднократно в действующие флотилии. Под руководством Мясникова была создана система терапевтической службы флота.

Ефим Иванович Смирнов (1904-1989 гг.), учёный в области здравоохранения, генерал-полковник медицинской службы (1943). Работы по организации и тактике военно-медицинской службы, эпидемиологии, истории военной медицины. В годы войны начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии.

В первые месяцы войны он работал в блокадном Ленинграде, отдавая много сил и энергии организации хирургической помощи раненым. Много внимания уделял проблемам хирургии сердца, крупных сосудов, лечению ожогов.

Эти знаменитые врачи внесли наоспоримый вклад в Победу и в развитие медицины в целом.

Ключевые слова: война, история медицины в лицах

ID: 2016-01-321-T-5892

Тезис

Иванова А.А., Александрова А.С.

Медицина во время Великой Отечественной войны*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России**Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.*

Медицина России прошла яркий и беспричинный путь, отмеченный многими годами войн. Одной из самых ожесточенных и беспощадных была Великая Отечественная война, где Россия потеряла 27 млн человек и в 2015 году вся страна отмечала 70-летие победы. Известный полководец маршал Советского Союза Иван Христофорович Баграмян, после окончания войны, писал: «То, что сделано советской военной медициной в годы минувшей войны, по всей справедливости может быть названо подвигом. Для нас, ветеранов Великой Отечественной войны, образ военного медика останется олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности».

В период Великой Отечественной войны в армии и на флоте пребывало более 200 тысяч врачей и свыше 500 тысяч фельдшеров, медицинских сестер, санинструкторов и санитаров, многие из которых погибли в огне боев. В целом в период войны смертность медработников была на втором месте после стрелковых. Боевые потери медицинского корпуса составили 210602 человека, из них безвозвратных – 84793 человека. Родина высоко оценила самоотверженный труд работников военного и гражданского здравоохранения. Свыше 30000 тружеников гражданского здравоохранения в годы Великой Отечественной войны награждены орденами и медалями. Неоценим вклад советских докторов в Великую Победу. Небывалый ежедневный массовый героизм, беззаветная преданность Родине, лучшие человеческие и профессиональные качества были проявлены ими в дни суровых испытаний. Самоотверженный, благородный труд их возвращал жизнь и здоровье раненым и больным, помогал вновь занять свое место в боевом строю, восполнял потери, помогал беречь на должном уровне численность Советских Вооруженных Сил.

Время сглаживает остроту событий. После завершения войны прошло семь десятилетий. Давным-давно заросли поля былых сражений, отстроены разрушенные города. Однако и в данный момент, война все еще не стала далекой историей, она и сейчас еще дает о себе знать горечью воспоминаний, ноющими ранами, надоевшей болью невозвратимых утрат. До сих пор мы чувствуем "эхо войны", ее страшные демографические последствия: "выбитые" поколения мужчин; женщины, так и не ставшие матерями; инвалиды, чья жизнь оказалась намного короче предназначенной природой; человеческие судьбы, которые опалило, изломало, исковеркало военное лихолетье. Огромная рана, нанесенная нам войной, ноет и болит до сих пор. Главным в медицине и на войне, и в мирное время, всегда остается гуманное отношение к пациенту.

Ключевые слова: медицина во время Великой Отечественной войны

ID: 2016-01-321-T-5901

Тезис

Перекидайлова Л.Д.

Краткий обзор истории военной медицины

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Военная медицина – область медицины, представляющая собой целую систему особых научных знаний, а также сферу деятельности, направленную на сохранение здоровья людей, участвующих в военных действиях. Целью такой области является поддержание высокого уровня боеспособности военных как в физическом, так и в психологическом планах.

История военной медицины берёт начало с самых давних времён. Но как самостоятельная сфера врачебной науки эта область сформировалась лишь в 17 - 18 веках. Это было связано с тем, что раненым на войне, на поле боя, была необходима медпомощь. И в 1657 году начала свою образовательную деятельность первая в России Медицинская школа для подготовки военных врачей. Позже, перед началом войн, были открыты военно-временные госпитали.

В 18 веке официально создана русская регулярная армия. Воинский устав 1716 года содержал полное и подробное описание работы врачей в ходе боевых действий. Таким образом, система работы военной медицины продолжала расширяться и улучшаться.

В 19 веке Россия продолжала участвовать в войнах. Организация медицинского комплекса также развивалась, предъявлялись всё большие требования к работе врачей, техническому оснащению госпиталей и научным знаниям и разделам медицины.

Ко времени Великой Отечественной Войны сложилась упорядоченная и отлаженная система работы военной медицины. И в 20 веке Вооружённые Силы России располагали всеми необходимыми знаниями, умениями и средствами для достижения задач.

Деятельность военной медицины в России в настоящее время строится так же, как вся система здравоохранения страны, но с учётом повышенных требований к здоровью военнослужащих. Она включает огромный комплекс частных медицинских наук: военно-полевая хирургия, терапия, физиология военного труда, токсикология, радиология, гигиена и эпидемиология и множество других. Выделяют также авиационную и военно-морскую медицину.

Таким образом можно сделать вывод, что развитие военной медицины в России (как показывает история) будет только совершенствоваться, а не стоять на месте.

Ключевые слова: военная медицина

ID: 2016-01-28-T-5910

Тезис

Жильцов Р.А., Иванов Д.В., Ермолаева Е.В.

Развитие военной медицины в России*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Актуальность темы развития военной медицины в России в настоящее время обусловлена нарастающей напряженной обстановкой в мире. Страны постоянно сталкиваются друг с другом в военных конфликтах, при этом роль военных медиков заключается в уменьшении потерь конфликтующих сторон.

Специфику этой области медицины отражает высокий уровень сложности профессиональных задач, стоящих перед военными медиками. Почти всегда им приходится работать в экстремальных условиях, в которых обычный врач мало что смог бы сделать. Также, весьма своеобразны и травмы, с которыми сталкиваются военные специалисты: оторванные конечности, пулевые и осколочные ранения, раздавленные части тела – все это весьма нечасто видит гражданский специалист. Поэтому военный медик должен иметь также и устойчивую психику, в связи с этим студенты военных вузов проходят сложный психологический тест.

Военная медицина прошла длинную историю развития. Еще в древности существовала система помощи раненым воинам. В эпоху феодализма по причине отсутствия постоянных армий были лекари при правителях и богатых феодалах. И только в XVII-XVIII вв. в России в армии появляются профессиональные доктора и лекари, которые оказывали помощь больным и раненым. Издаются распоряжения, регламентирующие права и обязанности госпитальных медицинских работников. Командование осознает важность данных о физическом и санитарно-топографическом состоянии России, т.е. описания причин и свойств болезней в различных регионах, что способствовало определению потребностей в специальных медикаментах, необходимых для российской армии в различных регионах. Таким образом, в XIX веке большое внимание уделяется санитарному и профилактическим направлениям военной медицины.

Главными особенностями военной медицины на современном этапе являются использование новых технологий и методов лечения в связи с применением все более совершенных видов вооружения, а подготовка врачей учитывает не только специализацию разных родов войск, но и влияние климата на военного при выполнении им боевых задач.

Литература

1. Борисенко В., Петрова Т., Ермолаева Е.В. Профессиональные риски медицинской сестры // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Максимова Е.Р., Муканалиева А.Р., Ермолаева Е.В. Врачебные ошибки // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: военная медицина, развитие

ID: 2016-01-321-T-5927

Тезис

Стрыгин И.А., Илюшин Л.Д.

Военная медицина во время Русско-Японской войны

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Военная Медицина во время Русско-Японской войны. Русско-японская война началась 27 января 1904 года из-за нападения Японии на русскую эскадру на внешнем рейде Порт-Артура. В ходе Русско-японской войны был реализован ряд заметных улучшений в организации военно-врачебного дела. К началу русско-японской войны не было должного единства в управлении медицинским обеспечением действующих войск, что привело к значительным проблемам оказания первой помощи пострадавшим. Военная Медицина во время Русско-Японской войны. Русско-японская война началась 27 января 1904 года из-за нападения Японии на русскую эскадру на внешнем рейде Порт-Артура.

В ходе Русско-японской войны был реализован ряд заметных улучшений в организации военно-врачебного дела. К началу русско-японской войны не было должного единства в управлении медицинским обеспечением действующих войск, что привело к значительным проблемам оказания первой помощи пострадавшим. Из-за недостатка медицинского персонала на призывных пунктах медосмотр имел формальный характер. Его проходили только те, кто заявлял о своей болезни. В ходе русско-японской войны медицинский персонал был увеличен благодаря приказам императора. С возникающими во время войны эпидемиями медицинский персонал справлялся довольно успешно. В русско-японской войне впервые широкое распространение приобрела само- и взаимопомощь. Это связано с тем, что все солдаты были обеспечены индивидуальными перевязочными пакетами. Объем медицинской помощи на передовых перевязочных пунктах был достаточно ограничен и заключался в выполнении перевязки, наложении транспортных шин и иногда производстве неотложных операций по жизненным показаниям. В дальнейшем раненые направлялись в тыл. Госпитальное дело в ходе войны получило новое направление: наметилась и даже была осуществлена некоторая специализация госпиталей. В войсках вводилась новая должность: армейский врач-гигиенист. Конечно, далеко не все в организации военно-санитарного дела в ходе русско-японской войны заслуживает одобрения и положительной оценки. К началу русско-японской войны Россия медицинский персонал не имел достаточной квалификации и оборудования, также наблюдалась недостаточность в самом медицинском персонале. В ходе войны все эти недостатки были исправлены, и даже был реализован ряд заметных улучшений в организации военно-врачебного дела.

В общем в годы русско-японской медицинской служба, в отличии от других ведомств, в основном справилась с поставленной задачей.

Ключевые слова: медицина, война

Киреева С.А., Алигаджиева Д.Л., Алекперова К.З., Ибрагимова А.Н.

Развитие военной медицины в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Военная медицина — область медицины, занимающаяся изучением и лечением заболеваний, возникающих у человека в связи с участием в военных действиях или проживанием на территории, где ведутся военные действия. Например, сюда относятся огнестрельные ранения, лучевая болезнь вследствие взрыва атомной бомбы, некоторые инфекции и химические отравления и др.

Ключевые слова: военная медицина, здравоохранение, Вооружённые Силы, медицинское обеспечение

Военная медицина стала оформляться в качестве самостоятельной области знаний и практической деятельности с появлением постоянных армий. Именно в этот период возникла необходимость иметь в составе регулярной армии военно-медицинскую службу, как специальную организацию, предназначенную для медицинского обеспечения войск.

В 20 веке Россия участвовала в многочисленных войнах. В ходе этих войн совершенствовалась и улучшалась организация медицинского обеспечения войск. В армии появились подвижные госпитали, которые следовали за войсками и оказывали медицинскую помощь раненым и больным непосредственно на театре военных действий. Успешно разрабатывались научные основы военной медицины. При этом по мере совершенствования технического оснащения армии и усложнения способов ведения войны все более высокие требования стали предъявляться к изучению условий военной службы, научной разработке особенностей военной патологии и к развитию ряда специфических областей или разделов военной медицины, таких, как военная эпидемиология, авиационная медицина, военная токсикология.

На современном этапе развития военная медицина представляет собой комплекс военно-медицинских знаний, в состав которой входит значительное число вполне оформившихся частных военно-медицинских наук: организация и тактика медицинской службы, военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная эпидемиология и гигиена, физиология военного труда, военная токсикология и радиология, военно-морская и авиационная медицина, военно-медицинское снабжение, военно-медицинская статистика, военно-медицинская география.

Наряду с этим, военно-медицинские разделы имеют почти во всех отраслях теоретической и клинической медицины: офтальмологии, стоматологии, отоларингологии, нейрохирургии, психиатрии, дерматологии, судебной медицине. Все перечисленные разделы военной медицины связаны между собой общностью цели, которая состоит в том, чтобы выработать наилучшие по своей эффективности и, вместе с тем, пригодные для широкого внедрения в военно-медицинскую практику в вооруженных силах предметы и способы профилактической и лечебной работы. Общими для различных разделов военной медицины являются и условия, в которых осуществляется медицинское обеспечение войск и протекает деятельность военно-медицинской службы: вид и характер боевых действий войск, величина и структура санитарных потерь личного состава войск ранеными и больными, общие принципы медицинского обеспечения вооруженных сил и другие факторы. Организация и тактика медицинской службы (в прошлом «санитарная тактика», «военно-санитарная тактика», «тактика медицинской службы») представляет собой одну из частных основополагающих военно-медицинских наук.

Наиболее кратко ОТМС определена как наука об организации медицинского обеспечения вооружённых сил во время войны. Она изучает опыт медицинского обеспечения вооружённых сил и условия деятельности медицинской службы во время войны, выявляет закономерности, определяющие принципиальные основы строительства медицинской службы и организации медицинского обеспечения вооружённых сил; разрабатывает формы и методы этого обеспечения, соответствующие уровню развития экономики, военного дела и медицины, а также конкретным условиям боевых действий.

Объектом научных исследований и предметом преподавания ОТМС является организация медицинского обеспечения вооружённых сил в различных условиях и видах боевой деятельности во время войны.

Наиболее важное значение для развития теоретических основ организации медицинского обеспечения Вооружённых Сил на театре военных действий имели труды Н.И. Пирогова, особенно. Где он убедительно обосновал что «вся суть санитарного дела на войне – администрация», т.е. организация медицинского обеспечения войск. Многие рекомендации Н.И. Пирогова по организационным вопросам не потеряли своего значения до настоящего времени. Были изданы и первые отечественные учебники по организации и тактике медицинской службы – П.П.Потираловского и В.В.Заглухинского. Однако в дореволюционный период истории отечественной военной медицины организация и тактика медицинской службы так и не получила должного признания, теоретического развития и внедрения в практику медицинского обеспечения русской армии.

В дальнейшем появилась целая плеяда ученых-организаторов, вложивших немало труда в дело развития научной дисциплины — организации и тактики медицинской службы. Среди них П.И. Тимофеевский, Б. К. Леонардов, Е. И. Смирнов, А. С. Георгиевский.

Великая Отечественная война на деле подтвердила значимость этой научной дисциплины. Благодаря разработке принципов медицинского обеспечения, организационной структуры медицинской службы, тактики использования сил и средств медицинской службы, в Великую Отечественную войну было возвращено в строй 72,3% из числа раненых и 90,6% из числа больных.

На современном уровне своего развития организация и тактика медицинской службы как частная военно-медицинская наука и предмет преподавания представляет собой обширную область знаний, в которой можно выделить четыре основных раздела.

1. Общие основы организации медицинского обеспечения войск. Этот раздел является методологической и общетеоретической базой для остальных трёх разделов, в которых рассматриваются и изучаются проблемы организации медицинского обеспечения отдельных звеньев и составных частей вооруженных сил в период войны.

2. Организация медицинского обеспечения частей и соединений видов вооруженных сил (сухопутных войск, ВМФ ВВС) и родов войск в различных условиях и видах боевой деятельности. Медицинская служба сухопутных войск составляет основу всей системы медицинского обеспечения вооруженных сил на театре военных действий.
3. Организация медицинского обеспечения объединений в различных видах операций, а также организацию работы отдельных армейских и фронтовых медицинских частей, учреждений и госпитальных баз.
4. Стратегические вопросы медицинского обеспечения ВС РФ, включающие, в частности, общие принципы развертывания медицинской службы ВС РФ во время войны, вопросы организации медицинского обеспечения ВС РФ в операциях стратегического масштаба, организацию работы госпитальных баз тыла страны.

Выявленные в результате научного обобщения боевого опыта медицинской службы и научной разработки организационно-тактических проблем закономерности медицинского обеспечения вооруженных сил, позволяют определить организационно-тактические принципы этого обеспечения. Под указанными принципами следует понимать наиболее общие, основополагающие правила и рекомендации, которые должны учитываться и выполняться в практической деятельности руководящего состава и органов управления медицинской службы при организации медицинского обеспечения войск в различных видах и условиях их боевой деятельности.

Заключение

Военная медицина отличается определенной спецификой, требующей наличия соответствующего образования у врачебного персонала. Однако современная реформа Вооруженных сил предполагает создать совершенно новую трехуровневую систему военного медицинского обеспечения. Оптимизация первого уровня – это обеспечение профилактики и диспансеризации военных на уровне одного звена; второго – оказание специализированной, квалифицированной помощи в госпиталях окружных, то есть по территориальному признаку; третьего – оказание помощи, предполагающей применение высокотехнологических устройств или систем в клинических военных госпиталях и академиях. Итог данного реформирования – значительное сокращение численности военных медиков. В связи с этим, некоторые учебные филиалы Военно-медицинской академии будут расформированы. В период войны или возникновения боевых действий в военно-медицинские учреждения будет привлечен гражданский врачебный персонал.

Литература

1. История медицины: Учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений / Татьяна Сергеевна Сорокина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.:Издательский центр «Академия», 2004. – 560 с.
2. Сатрапинский Ф.В. Вместе со всем народом во славу Родины. – URL: http://www.a-z.ru/women_cd2/12/1/i80_5.htm .Дата обращения : 03.03.2010 г.
3. Пределы науки. - URL: <http://patzels.ru/publikatsii/predelyi-nauki.html>
4. Научные открытия в годы Великой Отечественной войны. - URL: <http://school20-6b.narod.ru/victory.htm> . Дата обращения : 16.04.2010 г.
5. Участие женщин в Великой Отечественной войне. - URL: <http://www.otvoyna.ru/statya21.htm> . Дата обращения : 17.03.2010 г.

Байтман Т.П., Гадисова С.С.

Деятельность саратовских оториноларингологов в годы Великой Отечественной войны*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

Цель исследования: изучить историю кафедры оториноларингологии, ознакомиться с деятельностью оториноларингологов в годы Великой Отечественной войны.

Материал и методы: монографические литературные источники и периодические медицинскими издания научной библиотеки СГМУ им. В.И. Разумовского, личные дела в архиве СГМУ, материалы архива Энгельсского краеведческого музея, сведения интернет-ресурсов.

Результаты. Значимость специализированной ЛОР-помощи была высока на протяжении всей Великой Отечественной войны. Так, в 1941 г. в эвакогоспиталях Саратова наибольший удельный вес занимали койки раненых в голову (в т.ч. ЛОР) – 7,7%, а к 1945 этот показатель возрос до 13,8%. Уже в 1941 г. в двух госпиталях (№№ 360, 3312) были организованы ЛОР-отделения (на 100 и 150 коек). В организации специализированной помощи раненым и больным большую роль сыграли научные сотрудники Саратовского медицинского института.

Полянский Л.Н. окончил медицинский факультет СГУ в 1925 г. Организовал в столице Немреспублики при городской больнице № 2 ЛОР-отделение, заведовал им до начала войны, когда возглавил эвакогоспиталь № 3659. В своей рукописной истории Л.Н. Полянский рассказал о становлении первого сортировочного госпиталя в городе, описал боевой путь госпиталя с 1943 г., когда он вслед за фронтом прошел через Воронеж, Украину, Молдавию, Румынию, Чехословакию, Венгрию. ЭГ принял 27064 раненых за период войны. Процент умерших составил лишь 1,2.

Шуб М.Г. 22.06.1941-15.08.1942 – начальник ЛОР-отделения эвакуационного госпиталя № 3312. 15.08.1941-25.06.1946 - начальник полевого подвижного госпиталя № 5187, в составе 4й гвардейской армии прошел путь от Сталинграда до Вены. Удостоен орденов «Отечественной войны II ст.» и «Красной звезды», медалей «За боевые заслуги», «За оборону Сталинграда», «За победу над Германией», «За взятие Будапешта», «За взятие Вены». Является автором 20 научных работ, в т.ч. «К вопросу о хирургических методах лечения различных заболеваний гортани с срединным положением истинных голосовых связок» (диссертация, 1941), «Объем и характер работы нашего госпиталя в Мохач-Будапештскую и Венскую операции» (доклад на Армейской хирургической конференции Н-ской гвардейской армии, 1946).

Среди сотрудников кафедры оториноларингологии, участвовавших в ВОВ, Николаев Н.А., главный оториноларинголог Управления госпиталей Саратовской области, автор способа лечения фонаторных расстройств вследствие огнестрельных ранений нижнегортанного нерва; Шапиро М.Я., создавший модификацию операции при комбинированных ранениях лобных пазух и мозга.

Ключевые слова: Великая Отечественная война, оториноларингология

ID: 2016-01-27-T-5955

Тезис

Исмиев А.Э., Шаленков Е.А.

Сестры милосердия в Крымской войне

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Знаменитый хирург Н.И. Пирогов называл Крымскую войну (1853-1856 гг.) «травматической эпидемией». Хирург желал помогать солдатам прямо на поле боя, но император Николай I был против этого. Получив отказ, Пирогов обратился к княгине Елене Павловне, которая помогла ему получить царское разрешение. Ей самой понравилась идея хирурга, и Пирогов подсказал ей мысль о том, что нужно организовать санитарную помощь солдатам в военно-полевых условиях. Вскоре княгиня образовала в войсках отряды сестёр милосердия, но военное управление встретила эту идею весьма неохотно и недоверчиво. Крымская война и ее первые сестры милосердия показали всему миру, сколь актуально именно женское участие в положении раненых. Тот же Пирогов писал о первых сестрах Крымской войны: «... горжусь тем, что руководил их благословенной деятельностью».

В современных публикациях по истории благотворительности тема сестер милосердия встречается очень редко. Крестовоздвиженская община сестер милосердия была учреждена 25 октября 1854 г. княгиней Еленой Павловной.

На призыв Великой Княжны отозвались очень многие женщины, причем из разных сословий. В состав общины принимались женщины российского подданства, принадлежавшие к "свободным состояниям" и известные "своим поведением и добросовестностью". Особо оговаривалось, что при уходе за ранеными, сестры не должны были принимать ни денег, ни иных подарков. В конце ноября до Симферополя добралось первое отделение сестер Крестовоздвиженской общины в составе 28 человек во главе с А.П. Стахович. Пирогов не считал нужным отправить их сразу в Севастополь, так как в ноябре в осажденном городе было затишье. Ульрихсон, врач госпиталя, располагавшегося на Корабельной стороне в Александровских казармах, был этим недоволен, поскольку считал необходимым заменить женщин-добровольцев крестовоздвиженскими сестрами. Для сестер милосердия была разработана и утверждена особая форма одежды, состоявшая из темного длинного платья с белым воротником и манжетами, белого чепчика и такого же цвета фартука с карманами.

Сестры милосердия делились на 3 разряда:

1. Сестры-хозяйки
2. Сестры-аптекарьши
3. Сестры, перевязывающие больных

В XIX веке проблема ухода за ранеными стояла как нельзя сильно. И именно во время Крымской войны, в Севастополе, возникает особое явление в истории России и мира. Здесь, по сути, впервые женщины осуществляют уход за ранеными и больными непосредственно на театре боевых действий. И эта идея Пирогова в итоге обвенчалась успехом.

Литература

1. Тарле Е.В. "Крымская война". - Москва, издательство "АСТ", 2005

Ключевые слова: сестры, милосердие, Крымская война

ID: 2016-01-27-T-5958

Тезис

Привалова И.В., Мареев Е.И.

Роль медиков в Великой Отечественной войне*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Полученный во время ВОВ опыт и сегодня активно используется при организации медицинского обеспечения современных локальных войн и вооруженных конфликтов.

Стратегическая задача медицины во время ВОВ – возвращение в строй воинов; медицинское обслуживание труженников тыла; охрана здоровья детей; широкие противоэпидемические мероприятия.

Наркомат здравоохранения СССР скоординировал медицинское обеспечение фронта и тыла, создал институт главных специалистов фронтов, армий, эвакуационных пунктов, в число которых входили ученые-медики.

Е.И. Смирнов создал систему оказания медицинской помощи, начиная с первой медицинской на поле боя и заканчивая исчерпывающей специализированной в госпитальных базах фронта и тыла страны. Им же сформулирована военно-медицинская доктрина.

Была унифицирована хирургическая помощь на всех этапах эвакуации и в тылу.

А.В. Вишневский разработал местную анестезию по методу «ползучего инфильтрата», обосновал применение масляно-бальзамических повязок для нормализации трофических и репаративных раневых процессов.

Общегосударственное значение имело решение проблемы снижения уровня инвалидности.

Военные и гражданские органы здравоохранения по профилактике инфекционных заболеваний создали строжайшую систему противоэпидемических мероприятий.

Усилия гигиенистов способствовали устранению опасности авитаминозов, резкому сокращению элементарных заболеваний в воинских частях, сохранению эпидемического благополучия войск и гражданского населения.

Для сохранения благоприятной санитарно-эпидемической обстановки разработаны вакцины: поливакцина, вакцины против туляремии, сыпнотифозная вакцина.

В 1942 г. З.В. Ермольева разработала первый советский пенициллин и организовала промышленное производство антибиотиков.

Были образованы химико-фармацевтические и медико-инструментальные предприятия.

Крупные успехи были достигнуты советскими учеными-медиками и научными коллективами институтов нейрохирургии, гематологии и переливания крови, травматологии и многих других в лечении ранений и ряда заболеваний. Большое внимание было уделено анализу боевой хирургической травмы и ее патогенеза.

То, что сделано советской военной медициной в годы ВОВ, по всей справедливости может быть названо подвигом. Образ военного медика остается олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности.

Ключевые слова: военная медицина, противоэпидемические мероприятия

ID: 2016-01-27-T-5959

Тезис

Елистратова Е.А., Кравченко В.М.

Развитие научной медицины в годы Великой Отечественной войны

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.

Медицина России прошла яркий, самообытный путь, отмеченный многими годами войн. В период Великой отечественной войны в армии и на флоте находилось более 200 тысяч врачей и свыше 500 тысяч фельдшеров, медицинских сестер, санитаров, многие из которых погибли.

Помощь науки:

Главный хирург Советской Армии Н.Н. Бурденко был крупнейшим организатором хирургической помощи раненым;

Метод пересадки трансплантата кожи и метод пересадки роговицы глаза, разработанные В.П. Филатовым, получили широкое применение в госпиталях;

На фронте и в тылу широко распространился метод местного обезболивания, разработанный А.В. Вишневым (применялся в 85-90% случаях);

В.Н. Шамов был одним из создателей системы службы крови в действующей армии. В военные годы были организованы передвижные станции переливания крови на всех фронтах;

В организации военно-полевой терапии и оказании неотложной помощи главная заслуга принадлежит ученым-терапевтам М.С. Вовси, А.А. Мясников и др.;

Наука об антибиотиках начала развиваться после открытия в 1929 г. английским ученым А. Флемингом антимикробного действия плесневого грибка *Penicillium*. Активное вещество, образуемое этим грибком Флеминг назвал пенициллином. В СССР первый пенициллин был получен З.В. Ермолаевой. Разработка методов биологического синтеза пенициллина в массовых масштабах, его выделения и очистки, выяснение химической природы, изготовление лекарственных препаратов создали условия для медицинского применения антибиотиков. В годы войны пенициллин применялся для лечения осложнений инфицированных ран;

Ученым-эпидемиологом Т.Е. Болдыревым было обеспечено эпидемическое благополучие фронта, а Г.А. Митеревым тыла страны;

На помощь медицине пришли многие ученые-химики, которые создавали лекарственные препараты для лечения раненых. Например, полимер винилбутилового спирта, полученный М.Ф. Шостаковским – густая, вязкая жидкость – оказалась хорошим средством для заживления ран, использовался в госпиталях под названием «бальзам Шостаковского».

Ученые Ленинграда разработали и изготовили более 60 новых лечебных препаратов, в 1944г. освоили метод переливания плазмы, создали новые растворы для консервации крови;

Академик А.В. Палладий синтезировал средство для остановки кровотечения;

Учеными Московского университета был синтезирован фермент тромбон – препарат для свертывания крови.

Медицинские научные работники внесли бесценный вклад в победу. На фронте и в тылу, в тяжелых условиях, они спасали жизнь воинов. Число больных и раненых, возвращенных в строй медицинской службой за годы войны составило около 17 млн. человек

Ключевые слова: ВОВ, медицина

ID: 2016-01-27-T-5994

Тезис

Волкова В., Кадырбекова И., Ермолаева Е.В.

Развитие военной медицины в России*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Военная медицина - представляет собой систему научных знаний, а также практических действий по охране и укреплению здоровья военнослужащих, профилактике заболеваний и лечению больных. Обширный комплекс практических мероприятий осуществляется медицинской службой Вооруженных сил РФ. Опыт международных военных конфликтов последних лет указывает на недостаточную медицинскую защиту населения. А использование современных средств массового поражения и применение новых методов ведения войны наглядно продемонстрировало необходимость совершенствования методов лечения.

Быстрый рост боевого потенциала развитых стран в последние годы происходит за счет количественного и качественного накопления вооружения. Также, большое число пострадавших людей является результатом террористических актов - мировой беды XXI века. Когда на вооружении находится не только огнестрельное оружие, но и химическое, бактериологическое оружие, и другие виды оружия массового поражения, совершенствование качества военной медицинской помощи становится еще более актуальным. Поэтому необходимо модернизировать систему военного здравоохранения, которая отвечала бы потребностям военнослужащих и возможностям государства. Тем самым подготовка кадров становится одной из основных задач, на осуществление которой направлены усилия.

В настоящее время военная медицина является частью государственной системы здравоохранения, а ее основная задача заключается в реализации права военнослужащих на охрану здоровья и получение медицинской помощи в соответствии с законодательством РФ. Основными направлениями деятельности военной медицины являются сохранение и укрепление здоровья военнослужащих; повышение доступности и качества медицинской помощи; комплексное переоснащение медицинских пунктов воинских частей и др.

Литература

1. Ермолаева Е.В. Конфликты и стрессы в работе медицинских сестер // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 2. С. 78.
2. Ермолаева Е.В. Пространственно-временной континуум политики: автореф... канд. филос. наук. Саратов, 2006.
3. Токарева А.И., Ермолаева Е.В. Крым до и после перехода в состав Российской Федерации // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015

Ключевые слова: развитие военной медицины

ID: 2016-01-27-T-6001

Тезис

Терешенков А.А., Парфенов В.О.

Вклад Н.И. Пирогова в развитие медицины в годы Крымской войны

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.

Во время Крымской войны Пирогов был главным хирургом осаждённого англо-французскими войсками Севастополя. Тогда он впервые в истории мировой медицины применил гипсовую повязку, что стало началом сберегательной тактики лечения ранений конечностей, что избавило многих солдат и офицеров от ампутации.

Во время осады Севастополя, для ухода за ранеными на фронте, Пирогов привлек женщин («сестер милосердия»). Это тоже было нововведение по тем временам.

Важнейшей заслугой Пирогова является внедрение в Севастополе совершенно нового метода ухода за ранеными. Метод этот заключается в том, что в зависимости от тяжести ранений раненных, ещё на перевязочном пункте, разделяют на 2 группы:

- пациенты с более тяжелыми ранениями подлежали немедленной операции в полевых условиях;
- с более лёгкими, эвакуировались вглубь страны для лечения в стационарных военных госпиталях.

Поэтому Пирогов по справедливости считается основоположником специального направления в хирургии, известного как военно-полевая хирургия.

Несмотря на героическую оборону, Севастополь был взят осаждающими, и Крымская война была проиграна Россией. Вернувшись в Петербург, Пирогов на приёме у Александра II рассказал императору о проблемах в войсках, а также об общей отсталости русской армии и её вооружения, но царь не захотел прислушаться к Пирогову.

Литература

1. <http://www.aphorisme.ru/about-authors/pirogov/?q=3909>

Ключевые слова: война, медицина, Россия

ID: 2016-01-231-A-6029

Обзор

Ищенко Ю.В., Ищенко А.В.

Деятельность спецгоспиталя № 1691 по медицинскому обслуживанию военнопленных в 1943-1949 гг.*Поволжский кооперативный институт (филиал) Российского университета кооперации, г. Энгельс
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В обзоре рассмотрена деятельность спецгоспиталя № 1691 по медицинскому обслуживанию военнопленных в 1943-1949 гг.

Ключевые слова: спецгоспиталь № 1691, военнопленные, медицинское обслуживание

Обозначенная в заглавии проблема не раз затрагивалась в исследованиях ученых, посвященная истории военнопленных армий противника. В целом ряде научных статей и монографий вопросы медицинского обслуживания военнопленных рассматривались в рамках их пребывания и трудового использования в различных областях Советского Союза – т.е. на региональном уровне [см.: 7]. Особенный интерес для заявленной темы представляют такие работы краеведческого характера, как статьи С. В. Маркушиной и А.В. Калякиной [6, 8]. В работе первого автора приводятся чрезвычайно интересные факты из повседневной работы медицинских учреждений для пленных. Особенно ценно использование в работе ранее не публиковавшихся мемуаров медсестры в спецгоспитале для военнопленных г. Вольска Р.В. Перерезовой. В этих воспоминаниях содержатся интересные факты о бытовом обслуживании военнопленных, их взаимоотношениях с медицинским персоналом. Вместе с тем, затронутые в публикациях вопросы медицинского обслуживания солдат и офицеров противника, взятых в плен в ходе Сталинградской битвы, в основном затрагивают военный период и касаются состояния и содержания последних в лагерях-распределителях. До сих пор за рамками исследований остаются отдельные аспекты темы, а также некоторые данные, введение которых в научный оборот будет способствовать более глубокому пониманию и изучению положения военнопленных, как в годы Великой Отечественной войны, так и в последующий период.

Уже в самом начале Великой Отечественной войны, 1 июля 1941 г. СНК утвердил Положение о военнопленных. В пункте 6 Положения указывалось, что «раненые и больные военнопленные, нуждающиеся в медицинской помощи или госпитализации, должны быть немедленно отправлены командирами частей в ближайшие госпитали», а в пункте 12 подчёркивалось, что «военнопленные в медико-санитарном отношении обслуживаются на одинаковых основаниях с военнослужащими Красной Армии».

В соответствии с принятыми международными обязательствами и законодательством СССР для медицинского обслуживания раненых и больных военнопленных разворачивались медицинские пункты и лазареты при сборных пунктах и лагерях для военнопленных; выделялись специальные отделения в госпиталях, принимавших одновременно раненых и больных воинов Красной Армии; организовывались специальные госпитали. По мере возможности для военнопленных использовались также занятые советскими войсками лазареты и госпитали противника.

Согласно упомянутому выше Положению, медицинское обслуживание военнопленных до момента их поступления в приёмные пункты лагерей для военнопленных осуществлялось распоряжением командования армий, в дальнейшем — распоряжением органов НКВД СССР [3].

С 30 января по 2 февраля 1943 г. остатки германских войск, оборонявшиеся в сталинградском котле, окончательно сложили оружие. В общей сложности в плен попали более 90 тыс. немецких солдат, офицеров и генералов. Их состояние было ужасным – у 70 % была дистрофия, практически все страдали от авитаминоза и находились в крайне деморализованном и психически истощенном состоянии. Были широко распространены болезни сердца и почек, воспаление легких, туберкулез. Почти 60 % пленных имели обморожения 2-й и 3-й степени с осложнениями в виде гангрены и общего заражения крови. Примерно 10 % находились в безнадежном состоянии. В общей сложности на момент пленения в немедленной госпитализации нуждались не менее 40 тыс. человек [5, с. 114, 118].

Согласно совместной директиве Управления устройства тыла и снабжения Генерального штаба и Санитарного управления Красной Армии от 29 июля 1941 г., действовавшей и в период Сталинградской наступательной операции, медицинская служба армии и фронта должна была лишь обеспечить прием в ближайших развернутых госпиталях раненых и больных военнопленных, оказание им необходимой медицинской помощи и проведение лечебных мероприятий, необходимых для возвращения в лагерь военнопленных или дальнейшей их эвакуации в тыл. Сложившаяся же в районе Сталинграда обстановка требовала от медицинской службы фронта выделения специальных госпиталей и их развертывания в районе приемно-пересыльных лагерей военнопленных. Вместе с тем, к оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных военнопленных медицинская служба Донского фронта, силами которого в основном осуществлялась сталинградская операция, не была подготовлена [2]. В нескольких объединенных в управление № 108 лагерях-распределителях с центром в поселке Бекетовка, принимавших сталинградских военнопленных, госпитали начали свою работу лишь с 15 февраля. Все это, с одной стороны, обуславливало высокую смертность среди военнопленных, размещенных в лагерях на территории Сталинградской области. В общей сложности после войны в Германию вернулось не более 6 тыс. военнопленных и именно те, кто был вывезен из Сталинградской области, составили большую часть выживших [5, с. 119]. С другой стороны, еще в ходе боевых действий была выявлена крайняя необходимость оказания медицинской помощи раненым и больным из числа военнопленных в лечебных учреждениях, принимавших одновременно раненых и больных воинов Советской Армии [2].

Одним из таких госпиталей стал развернутый согласно мобилизационному плану 1 июля 1941 г. в г. Вольске Саратовской области эвакуационный госпиталь. В течение почти полутора лет госпиталь занимался обслуживанием советских солдат и офицеров, затем, в разгар сталинградской операции, 18 декабря 1942 г. госпиталь перешел на обслуживание военнопленных с одновременным лечением раненых красноармейцев. С 31 января 1943 г. эвакуационный госпиталь окончательно превращается в

специальный госпиталь № 1691, куда в начале февраля того же года была направлена часть офицеров и солдат противника, плененных под Сталинградом [10, л. 1]. Предположительно, именно с этого периода контроль за деятельностью госпиталя стало осуществлять Главное управление по делам военнопленных и интернированных (ГУПВИ) – специальное ведомство в составе НКВД, ответственное за размещение, содержание и трудовое использование военнопленных. В дальнейшем госпиталь станет обслуживать военнопленных, содержащихся в лагерях Саратовской и соседних областей, не имеющих своих спецгоспиталей. Располагался госпиталь в здании средней школы № 1 и вмещал до 2000 человек [4, с. 329]. Вот такое первое впечатление сложилось у бывшего военнопленного об этом госпитале: «когда я туда вошел, я расплакался, в первый и в последний раз во взрослом возрасте. Мы прибыли из этой страшной неразберихи в настоящий дом, чистый, с большими комнатами, светлыми окнами, и почти белыми кроватями. Тогда я ревел, а потом провел в этом госпитале 2 хороших года...» [1].

Эшелоны военнопленных поступали в крайне антисанитарном состоянии и состояли они в основном из не регулярно отапливаемых вагонов-теплушек. В пути следования медицинское обслуживание раненых и больных военнопленных не проводилось, сопровождалась эшелоны лишь двумя-тремя конвоирами. Прибывающие военнопленные были чрезвычайно зашвыбленными, с грязным нательным бельем и обмундированием; большинство больных были с тяжелой формой алиментарной дистрофии, обморожением нижних конечностей, сыпным тифом и др. заболеваниями.

С началом обслуживания военнопленных в госпитале не было даже специальных медицинских отделений, но выделялись палаты для носящих больных, температурающих и других групп. Работу госпиталя осложняло то обстоятельство, что в период его перехода на обслуживание военнопленных одновременно приходилось эвакуировать раненых красноармейцев. Так, например, с 25 по 31 января 1943 г. было принято 1113 больных военнопленных и эвакуировано 1336 раненых красноармейцев [10, л. 2].

Изначально по своему профилю госпиталь был хирургическим, поэтому с началом обслуживания военнопленных врачебный коллектив должен был переключиться на лечение совершенно другого контингента больных – госпиталь становился терапевтическим, и это вызывало определенные сложности в его работе. В первые месяцы работы госпиталя врачам приходилось работать с большой перегрузкой, когда на одного человека из медицинского персонала приходилось по 100-200 больных военнопленных. Особенно тяжело приходилось в разгар эпидемии сыпного тифа, когда врачи ввиду заболевания выбывали из строя, и в некоторые дни на тысячу больных приходилось всего по 2-3 лечащих врача [10, л. 3].

В начальный период работы госпиталя эшелоны с больными военнопленными разгружались на 10-20-ти градусном морозе, а его санитарные пропускники не были рассчитаны на такой большой поток больных – зачастую их прием проходил в отсутствие подачи воды, света и отопления, в условиях неработающей канализации и дезинфекционной камеры. Не хватало необходимого количества белья и больничных коек, вследствие чего больные зачастую размещались по два человека на одной койке или на полу. Все это обуславливало эпидемию сыпного тифа, первые случаи заболевания которым были отмечены 4 февраля, а пик эпидемии пришелся на март-апрель 1943 г. В общей сложности за это время переболели 1075 военнопленных и 212 сотрудников госпиталя, в т.ч. и его начальник. Борьба со швигостью в госпитале проводилась механическим путем, химическими средствами (мыло, сулема и т.д.), путем проглаживания белья утюгами, стрижки, мытьем и бритьем больных. Однако должных результатов эти профилактические меры не давали, и рост случаев заболевания сыпным тифом шел усиленными темпами. О неблагоприятном состоянии в госпитале неоднократно ставились в известность городской и областной отделы здравоохранения, Управление эвакуационным пунктом, создавались комиссии, анализировавшие эпидемиологическую ситуацию в госпитале. После специального заседания областное руководство обязало местные власти обеспечить госпиталь водой, светом и всем необходимым для борьбы с эпидемией. Оказание госпиталю действенной помощи позволило провести комплексную санитарную обработку всего контингента больных и к 12 мая 1943 г. эпидемия была полностью ликвидирована среди военнопленных, а к 26 мая – среди его персонала [10, л. 4].

В начальный период работы спецгоспиталя крайне остро стояла проблема питания больных. Основными продуктами, которыми снабжался госпиталь в это время, были крупы. Овощи и молочные продукты почти отсутствовали, мясо бывало нерегулярно и плохой упитанности. Суточная калорийность питания в этот период времени была низкой, витаминов в рационе практически не было. Все это обуславливало высокую смертность, а тяжесть контингента больных, поступавших в этот период с военно-санитарных пропускников и из лагеря для военнопленных № 137, усугубляли положение.

Второе полугодие 1943 г. стало поворотным моментом в налаживании организационной, лечебной и хозяйственной работы спецгоспиталя. К середине 1944 г. при госпитале было развернуто 8 медицинских отделений: провизорно-сортировочное, хирургическое, для выздоравливающих, легко и тяжело больных, инфекционное и два туберкулезных.

Все поступающие больные после тщательной санитарной обработки поступали в провизорно-сортировочное отделение, где проходили соответствующее обследование и карантин. Затем, в зависимости от характера заболевания, распределялись по другим отделениям.

В первые дни поступления у больных брали соответствующие анализы, для чего в госпитале имелась хорошо оснащенная клинично-диагностическая лаборатория с опытным врачом-лаборантом. Кроме того, для проведения сложных санитарно-пищевых анализов привлекалась городская санитарно-бактериологическая лаборатория. Для раннего выявления диагноза у инфекционной группы больных в лаборатории госпиталя применялись скорые серологические анализы – реакция Минкевича, на тифы и паратифы и др. Также лабораторией проводились массовые обследования на малярию, бациллоносительство и т.д. В общей сложности с 1943 по апрель 1949 гг. лабораторией госпиталя было проведено 384301 анализов [10, л. 16].

С целью ранней диагностики и изоляции больных туберкулезом проводилось поголовное профилактическое обследование рентгеном легких всему контингенту больных. Для этих целей госпиталь был оснащен рентгенкабинетом, но в первом полугодии 1943 г. он не работал из-за отсутствия электроэнергии и болезни врача. Регулярно кабинет начал работать лишь с июня, однако даже в 1944-1946 гг. рентгенограммы кабинетом не производились из-за недостатка кенотронов.

Госпиталь располагал зубоорточным и физиотерапевтическим кабинетами, где больные проходили соответствующее лечение.

Кроме ведущих терапевта и хирурга в госпитале имелись узкие специалисты, а также врачи из военнопленных, которые под контролем госпитальных врачей проводили консультации и лечение больных. Привлечение к работе врачами самих пленных,

обладавших медицинским образованием, способствовало решению проблемы нехватки медперсонала в госпитале с одной стороны и преодолению языкового барьера с другой [10, л. 16-19].

Значительные трудности для работы персонала спецгоспиталя представляли проблемы, связанные с недоверием пациентов к своим врачам. Тем не менее, когда военнопленные поняли, что их действительно лечат, и никакие жестокие меры и эксперименты их не ожидают, они переменили свое отношение к медработникам [8, с. 135].

С 1943 по 1949 г. через госпиталь прошла большая группа больных с алиментарной дистрофией и другими обострившимися на её фоне заболеваниями. В лечении алиментарной дистрофии применялся комплексный метод. Питание таких больных осуществлялось по повышенной норме, в ряде случаев были установлены дробные и индивидуальные столы. В весенне-летний период использовались крапива, щавель, шиповник и другие богатые витаминами добавки, в зимний период – рыбий жир. После 1946 г. перебоев в снабжении госпиталя продуктами питания становилось все меньше, в 1948 г. их уже почти не было и суточная калорийность питания на одного военнопленного составляла в зависимости от нормы от 2325 до 3347 килокалорий [10, л. 22]. Интересно отметить, что современная норма питания для работающего мужчины составляет от 2500 до 3200 килокалорий, а среднестатистический россиянин по состоянию на 2012 г. потреблял 3000 килокалорий [9]. Таким образом можно сделать вывод о том, что с учетом больничного режима нормы питания военнопленных в госпитале отвечали физиологическим потребностям организма.

Положительный результат давало переливание крови у больных дистрофией 2-й и 3-й степени. Особенно широко это метод стали применять с 1944 г. после приезда профессорско-консультантов, рекомендовавших этот метод лечения. В первые годы работы госпиталя в основном в качестве доноров выступали сотрудники госпиталя, затем большое количество крови госпиталь стал получать с областной станции переливания крови г. Саратова. Имелись также некоторые доноры среди здоровых военнопленных, у которых кровь бралась по мере потребности в небольшом количестве на компенсационной основе согласно инструкциям МВД.

Из медикаментозного лечения внутривенно применялся 40 % раствор глюкозы. Широко применялись витамины в виде аскорбиновой и никотиновой кислоты – как внутривенно, так и в виде порошков. Для лечения специфического контингента больных в большом количестве требовались такие препараты, как глюкоза, хлористый кальций, витамины, аскорбиновая кислота и т.д. Со второй половины 1943 г. необходимые препараты стали поставяться в более или менее необходимых количествах. В последующий период снабжение госпиталя с каждым годом улучшалось, а в последние годы работы госпиталь практически бесперебойно снабжался как препаратами для медикаментозного лечения, так и предметами ухода за больными (грелки, судна и т.д.), а также шприцами, реактивами, лабораторной посудой и др. специальным оборудованием. Что касается перевязочного материала, то на всем протяжении своей работы перебоев в снабжении последним госпиталь не имел.

Одним из методов лечения, применявшимся в госпитале по отношению к больным дистрофией и другими заболеваниями, являлась лечебная физкультура. В зависимости от тяжести заболевания она проводилась как непосредственно на местах, где располагались больные, так и в специально оборудованном кабинете лечебной физкультуры, в штате которого имелись специальные инструктора и их помощники из числа военнопленных. В задачу сотрудников кабинета входило проведение специального наблюдения за эффективностью применения лечебной физкультуры и трудотерапии по отношению к определенной группе больных дистрофией. Таким образом, в госпитале исследовался и обобщался опыт лечения военнопленных, результаты которого неоднократно озвучивались на медицинских конференциях. В весенне-летний период лечебная физкультура проводилась в саду госпиталя, благодаря чему в лечении больных получали применение аэро- и гелио терапия.

Трудотерапия как лечебный метод впервые стала применяться в госпитале с 1944 г. Среди больных дистрофией находились военнопленные, имевшие в прошлом навыки работы деревом, картоном и другими материалами, умеющие рисовать, шить и т.д. С самого начала применения трудовой терапии пришлось преодолеть немало трудностей - персонал госпиталя не имел опыта практического применения этого метода, а собственно инструкции по трудотерапии в основном были составлены в отношении хирургических больных. Приходилось разрабатывать свои методики и приобретать собственный опыт. Постепенно приобретались необходимые инструменты – ножи, пилы, молотки и др. необходимый инструмент. Из числа физически крепких военнопленных выделялись инструктора. Постепенно трудотерапия приобретала более систематический и организованный характер. Особенно массовое применение трудотерапия получила, когда были решены вопросы об использовании трикотажной ветоши для разбора её на нитки, получения лыка из коры деревьев, доставки лозы, починки белья военнопленными и т.д. Использование этих видов деятельности позволило даже лежащим больным заниматься разматыванием нитей, плетением шнура из лыка и другими видами легкой работы. Значительная группа больных использовалась на посильных для них работах по обслуживанию госпиталя – в качестве санитаров, на пищеблоке, в подсобном хозяйстве и т.д. Часть больных работала в расположенных при госпитале мастерских: столярной, сапожной, портняжной и слесарной. Врачи строго дозировали труд больных военнопленных, лимитируя время работы путем его фиксации в истории болезни. Медицинские же сестры следили за соблюдением условий гигиены в процессе работы. Как показали проведенные в госпитале наблюдения, трудотерапия путем общего полезного воздействия на организм ускоряла сроки лечения больных.

Значительную группу в госпитале составляли больные туберкулезом, пневмонией, гепатитом, атрофией печени и другими заболеваниями, протекавшими на фоне дистрофии. Так, через госпиталь прошел 1941 военнопленных, больных туберкулезом. Наибольшее количество больных туберкулезом поступило в госпиталь в 1947 г. из других госпиталей, по-видимому, не имевших своих отделений для больных с таким диагнозом. И без того немаленькое туберкулезное отделение госпиталя, рассчитанное на 200 коек, в этот период было расширено и принимало до 400 больных. Одним из широко применяемых в туберкулезном отделении методом являлся метод наложения искусственного пневмоторакса, а в случае надобности проводились операции френикоалголизиса, экзерсис.

Довольно тяжело на фоне алиментарной дистрофии протекала дизентерия. Все больные с этим диагнозом изолировались в инфекционном отделении и проходили лабораторное обследование. Лечение больных дизентерией проводилось сульфамидными препаратами, в частности дисульфаном по определенной схеме, бактериофагом, в тяжелых случаях применялись переливание крови, подкожное вливание глюкозы и физиологического раствора. Перед выпиской из отделения больные дважды проверялись на бациллоносительство.

Большую группу в госпитале составляли военнопленные, получившие ранения в ходе боевых действий, производственные травмы (ушибы, переломы) и другие заболевания, характер которых требовал хирургического вмешательства (аппендициты, гнойные заболевания и т.д.). Для хирургических больных в госпитале имелись хорошо оборудованные операционная и перевязочная. При лечении данного контингента больных кроме оперативного вмешательства применялись различные способы – физиотерапия, лечебная физкультура, переливание крови, витамины и др. методы [10, л. 6-10, 20].

Медицинское обслуживание в госпитале зависело также от обеспечения его хозяйственных нужд. В первый период работы госпиталя из-за перекомплекта больных и отсутствия достаточного количества кроватей часть больных приходилось размещать по двое на одной койке, а часть - на полу. В последующий период силами персонала и пациентов госпиталя были разработаны и сделаны складные двухэтажные деревянные кровати, удобные для дезинфекции. Кроме того, часть коек была получена из расформированных в области других госпиталей. Все это позволило всем больным размещаться на койках: тяжелобольные на одноруких кроватях, в то время как легкая группа больных и часть обслуживающего персонала – на койках нарного типа. В 1946 г. здание второго корпуса спецгоспиталя по указанию вышестоящих инстанций было передано под школу и все больные стали размещаться в первом корпусе. Количество штатных мест при этом оставалось прежним – 2000 и больные располагались на двухъярусных кроватях и койках нарной системы. В этот период количество больных иногда достигало 2,5 тыс. человек [10, л. 2, 29].

В первые годы работы госпиталя была острая нужда в нательном и постельном белье для больных. Белье, полученное с момента открытия госпиталя ко времени поступления военнопленных пришло в негодность, а поступавшее нередко было значительно изношенным. С 1947 г. Были предприняты меры по снабжению мастерских госпиталя материалами для пошивки белья, реставрации матрасов и подушек. В результате в последние годы работы госпиталя количество белья увеличилось с полутора до 2-х комплектов на одного больного [10, л. 30-31].

Проводимые в госпитале мероприятия по организации его работы и медицинскому обслуживанию военнопленных приносили свои плоды, главным свидетельством чему являлось снижение смертности среди больных. Наибольшее количество военнопленных умерло в 1943 г. – 3987 чел., причем 3041 смертей пришлось на первое полугодие, а точнее даже на март-апрель месяцы указанного года. Причина столь высокой смертности заключалась в тяжести контингента поступающих непосредственно из сталинградского котла военнопленных, о чем уже отмечалось выше. В последующие годы смертность среди военнопленных в госпитале неуклонно снижалась, составив в 1944 г. 16,8 %, в 1945 г. – 8 %, в 1946 и 1947 гг. – по 3,6 % соответственно и в 1948 г. – 1,5 % от общей численности, находившихся на излечении в госпитале больных [10, л. 11-13].

В 1949 г. в соответствии с постановлением Совмина СССР специальный госпиталь № 1691 в г. Вольске был расформирован, а его здание передавалось обратно под среднюю школу № 1 [11, л. 88].

Таким образом, как свидетельствует проведенный в настоящей работе анализ работы спецгоспиталя № 1691, в годы войны и после неё государственным и хозяйственным руководством на местах предпринимались все возможные в сложившихся обстоятельствах меры к налаживанию медицинского обслуживания военнопленных. Положение осложнялось тяжестью контингента больных, с одной стороны и, с другой, нехваткой ресурсов для их лечения. Особенно данное обстоятельство была характерно для первых лет работы госпиталя. Вместе с тем, предпринятые по лечению и медицинскому обслуживанию военнопленных больных меры дали свои результаты, свидетельством чего явилось значительное снижение смертности контингента больных спецгоспиталя №1691 в г. Вольске.

Литература

1. <http://libed.ru/konferencii-istoriya/144674-8-rossijskih-nemcev-godi-vel...>
2. Будко А.А., Бергман М.Д., Грибовская Г.А. Особенности лечения раненых и больных военнопленных в период Сталинградской наступающей операции и после ее завершения. http://attic.volgmed.ru/science/stg/rm_budko2.pdf.
3. Грибовская Г.А. Организация медицинской помощи в СССР военнопленным и репатриантам Второй мировой войны. <http://histrf.ru/uploads/media/default/0001/06/1fb5a0a6578f4e256a197ecf5...>
4. Докладная записка Т. Ф. Филиппова В. В. Чернышову о мероприятиях в связи с необходимостью освобождения школьных зданий... 27 авг 1948 г. // Военнопленные в СССР 1939-1956. под ред. Загорулько. М, 2000.
5. Исаев А.В. Мифы Великой Отечественной / Алексей Исаев, Михаил Мельтюхов, Мирослав Морозов. – М.: Яуза: Эксмо, 2010. – 544 с.
6. Калякина А.В. Немцы в Саратов: жизнь и взаимоотношения с местным населением // IV Всероссийский конкурс на лучшую работу по русской истории «Наследие предков – молодым. 2008». <http://ist-konkurs.ru/raboty/2008/1124-nemetskie-voennoplennye-v-saratov...> (дата обращения 11.11.2015)
7. Колеров М. Военнопленные на стройках коммунизма. По материалам «Особой папки» Л.П. Берии (1946 – 1950) // Родина, 1997. – № 9. – С.79-83.
8. Маркушина С.В. Работа эвакогоспиталей и спецгоспиталей в Вольске в 1941 – 1949 гг. // Саратовский край в ВОВ 1941-1945. Саратов, 2005.
9. О продовольственной безопасности России // Доклад группы экспертов Изборского клуба под руководством академика РАН С.Ю. Глазьева. <http://www.dynacon.ru/content/articles/1725/> (дата обращения: 13.12.2014)
10. Отчет о работе госпиталя № 1691 // Центральный архив Министерства внутренних дел Российской Федерации (далее ЦА МВД РФ). Ф-19. Оп. 21. Д. 154.
11. Распоряжение Исполнительного Комитета Саратовского Областного Совета депутатов трудящихся от 27 мая 1949 г. // Областное государственное учреждение «Государственный архив Саратовской области» (ОГУ ГАСО). Ф. Р-2302. Оп. 3. Д. 12.

ID: 2016-01-231-A-6032

Обзор

Петров В.В.

Деятельность эвакогоспиталей на территории Саратовской области в годы Великой Отечественной Войны*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В работе рассмотрены особенности деятельности эвакогоспиталей на территории Саратовской области в годы Великой Отечественной войны.

Ключевые слова: эвакогоспитали, Великая Отечественная война, Саратовская область

Вопросам организации госпитальной базы на территории Саратовской области в период с 1941 -1945 годы посвящены отдельные брошюры, научные статьи. Несмотря на это, некоторые исторические источники, раскрывающие работу госпиталей города Саратова и Саратовской области исследуемого периода, медицинских работников и вспомогательного персонала, пока не введены в научный оборот. В оценке деятельности Государственного Комитета Оборона, ответственных за организацию госпитальной базы на местах, деятельности подшефных организаций, слабо просматривается критический анализ.

Источники свидетельствуют о том, что развертывание эвакуационных госпиталей в районах, не попавших в зону немецкой оккупации, началось задолго до известного Постановления Государственного Комитета Оборона № ГОКО – 1633 сс от 23 апреля 1942 года, в соответствии с которым предполагалось обязать председателей СНК АССР, край и облисполкомов произвести к 10 мая 1942 года отвод и приспособление помещений для развертывания эвакогоспиталей, обеспечить их транспортом, инвентарем, топливом, горючим, кухонной и столовой посудой. Постановление нацеливало Наркомздрав Союза ССР, и непосредственно тов. Г.А. Митерева, на развертывание в этих помещениях 17400 госпитальных коек, из них 74000 к 15 мая и 100000 к 1 июня 1942 года и укомплектование личным составом. Намечалось укомплектовать должности начальников и комиссаров эвакогоспиталей. Госплан СССР был обязан выделить Наркомздраву для вновь формируемых госпиталей необходимые фонды санитарно-хозяйственного имущества по нормам госпиталей НКЗ СССР для первой очереди – к 10 мая и для второй очереди – к 20 мая 1942 года. ГКО обязал Наркомфин Союза ССР обеспечить финансирование работ по приспособлению зданий под госпитали и содержание эвакогоспиталей. В приложении к данному постановлению Государственного Комитета Оборона указывалось, что в Саратовской области надлежит развернуть 10000 коек в эвакуационных госпиталях [1].

В связи с этим, следует признать запоздалую реакцию Государственного Комитета Оборона по ключевому вопросу работы тыла в годы войны.

Успешная организация широкой сети эвакуационных госпиталей в первые месяцы войны на территории Саратовской области стала возможной благодаря энтузиазму врачей, инициативе местных государственных, партийных, научных, общественных и хозяйственных организаций. Саратовская область обладала высококвалифицированными медицинскими кадрами, которые были сосредоточены в Саратовском медицинском институте, медицинских училищах и школах города и области, в клиниках и больницах региона. В Саратовской области в 1941 году имелось 2438 врачей, клиники и больницы области располагали больничными койками на 10500 мест[2]. Успех обеспечивала разветвленная сеть коммуникаций, промышленность и сельское хозяйство. Важным условием эффективной работы в данном направлении было то, что Саратовская область не находилась в зоне боевых действий или оккупации.

Уже 24 июня 1941 года в Саратове было образовано Управление местного эвакуационного пункта, которое первоначально открыло 36 госпиталей на 12300 коек. В июне 1941 года Сергей Романович Миротворцев телеграфировал в Генеральный штаб Красной Армии просьбу о зачислении его на военную службу. Через несколько дней С.Р.Миротворцев получил ответ о назначении его помощником начальника эвакуационного пункта, а в конце октября 1941 года – главным хирургом Отдела эвакогоспиталей Саратовской области.

На территории Саратовской области в октябре 1941 года был создан областной комитет помощи по обслуживанию раненых и больных бойцов и командиров под председательством секретаря областного комитета партии И.Виноградова. В состав комитета входили представители облздора, медицинского института, партийных и общественных организаций. Комитет координировал деятельность всех организаций, осуществлял контроль за выполнением правительственных заданий по развертыванию эвакуационных госпиталей и изыскивал внутренние резервы для укрепления их материальной базы, предпринимал меры по организации снабжения госпиталей медикаментами, продуктами питания и хозяйственным инвентарем.

Эффективная работа на начальном этапе создания эвакогоспиталей во многом зависела от высококвалифицированных специалистов, способных организаторов. На административных должностях и в качестве практикующих врачей в эвакогоспиталях Саратовской области трудились видные деятели медицинской науки того времени. В своих воспоминаниях Народный Комиссар Здравоохранения СССР Г.А. Митерев среди многих имен профессоров упоминал и саратовцев – С.Р. Миротворцева и В.Ф. Войно-Ясенецкого. М.П. Кутанин был назначен главным консультантом эвакогоспиталей Саратовской области, К.Н Третьяков являлся главным невропатологом управления эвакогоспиталей области, Л.А. Варшамов исполнял обязанности главного терапевта-консультанта эвакогоспиталей Саратовского региона.

Эвакогоспитали, развернутые в соответствии с первоначальным планом, имели необходимое количество операционных, перевязочных и стерилизационных, были оснащены медицинским инструментарием, рентгеновской и физиотерапевтической аппаратурой, клинико-диагностическими лабораториями, медикаментами, перевязочными материалами, инвентарем. Однако, война внесла свои коррективы. Коечный фонд эвакуационных госпиталей Саратовской области наращивался большими темпами. Он, за три года войны, в четыре раза превысил первоначальный план.

Организация новых госпиталей и увеличение числа больничных коек выявили ряд проблем с изысканием кадров, медицинского оснащения и хозяйственного инвентаря. В пяти госпиталях для легкораненых не было операционных помещений и при необходимости оперативных вмешательств этим госпиталям приходилось приспособлять под операционные перевязочные помещения или использовать гражданские больницы. Специальные стерилизационные имелись лишь в 70% госпиталей, в некоторых госпиталях стерилизация проводилась в перевязочных, в предоперационных или других помещениях (аптеки, кухни, коридоры, лестничные площадки). Примерно 2/3 эвакуационных госпиталей были обеспечены зубоврачебными кабинетами. Штатная укомплектованность эвакуогоспиталей в 1941 году составляла 72%. На квалификацию медицинских работников негативно влияло сокращение сроков обучения. В 1941 году сроки обучения в медицинских институтах были сокращены до 3 лет и появились ускоренные выпуски. В основном для переподготовки врачебного состава использовалась местная база, 220 врачей общей практики окончили 12-и месячные курсы по хирургии и травматологии без отрыва от производства, 48 врачей - с отрывом от производства. Краткосрочные 3-х месячные курсы прослушали 36 врачей при Казанском мединституте, 12 человек прошли одномесячные курсы в Саратовском мединституте.[3]

Показательными, с точки зрения подготовки специалиста – врача в годы войны, являются некоторые записи в личном дневнике Бирюковой В.Н.- студентки Саратовского медицинского института: «1 июля 1941 г. – Радостная новость – учиться мне осталось 1.5 года, то есть срок обучения будет состоять не из 5 лет, а не 3,5; 29 июля 1941 г. – Комитет комсомола направил меня на работу, на товарную станцию (на разгрузку щебня, цемента и подобного). Пробыли в совхозе 4-5 дней; 11 августа 1941 г. – Занятия идут по-прежнему. Самостоятельно занимаюсь мало. Не хватает времени, да и физическая усталость дает себя чувствовать. Я хуждею. Питание у нас стало плохое. Мы еле-еле перебиваемся; 22 сентября 1941 г. – Устроилась работать медсестрой; 4 января 1943 г. – Под новый год сдала фармакологию, впереди патологическая физиология за третий курс, пять предметов за 4-й курс, а с 11 января начнутся экзамены за 5-й курс»[4].

На организацию лечебной работы в эвакуационных госпиталях негативно влияла постоянная текучесть врачебных кадров, в связи с призывом в армию или передачей ряда госпиталей в оперативное подчинение госпитальным базам фронтов. В штатах госпиталей не были учтены их специализация, а так же необходимость усиления врачебным и средним медицинским составом различной квалификации, что очень осложняло их работу.

Трудности работы эвакуогоспиталей были связаны с использованием малогабаритных и неприспособленных для лечебных целей помещений. Кроме увеличения числа коек в палатах, их ставили в коридорах, красных уголках, подсобных помещениях, учебных классах. В ряде госпиталей были поставлены двухъярусные койки. Все это отрицательно сказывалось на лечебно-диагностической работе эвакуогоспиталей, требовало увеличения пропускной способности пищеблоков, санузлов.

В одной из справок, направляемых секретарю Саратовского обкома ВКПб от 10.09.1942 г. тов. Комарову, о загруженности эвакуогоспиталей города Саратова, заведующий военным отделом обкома ВКПб Денисов указывал, что «перегрузка госпиталей составляла до 6500 человек.

8 сентября 1942 года при поступлении автоколонной в 2000 человек раненых и больных, госпитали оказались в тяжелом положении с их размещением, в результате чего раненые и больные лежали до 3-х суток во дворах госпиталей на носилках, земле и досках, без соответствующей санобработки (госпитали 3632, 1680 и 3287). Не хватало чистого белья для обслуживания раненых и больных, т.к. городская и гарнизонная прачечные не обеспечивали стиркой последних. В результате чего скопилось несколько тонн грязного белья, которое лежало в течение месяца и более, а стирку для текущих нужд госпиталя не делали из-за частого отсутствия электроэнергии и воды... Пищевые и санпропускники не обеспечивают своевременную и полную обработку раненых и больных и приготовление пищи, от чего ухудшилось санитарное состояние эвакуогоспиталей. Имеются случаи заболевания холерой и желудочно-кишечными заболеваниями, а также завшивленность (в госпиталях 1581, 3284 и 1679)». В целях разгрузки госпиталей города Саратова, указывалось на необходимость увеличения количества военно-санитарных поездов до 5-и в сутки и использования водного транспорта, обеспечив его топливом. Предлагалось выделить для обслуживания госпиталей с большой пропускной способностью прачечную и дезинфекционную камеру [5].

Из 77 госпиталей, составивших госпитальную базу Саратовской области, 31 госпиталь был развернут в Саратове и 46 в различных районах области. Эти госпитали организовывались за счет сил и средств трех ведомств: Наркомздрава (68 госпиталей на 43488 коек), Наркомата Обороны (3 госпиталя на 2450 коек) и ВЦСПС (6 госпиталей на 2320 коек). Как видно из приведенных данных, основная часть госпиталей в Саратовской области развертывалась за счет ресурсов Наркомздрава.

В процессе организации работы госпиталей была проведена специализация коечного фонда всех лечебных учреждений в соответствии с тяжестью ранений, видом болезни и характером ранений по локализации.

Саратовский регион, в исследуемый период, являлся одним из ведущих центров медицинской науки, лечебной работы и подготовки медицинских кадров высшего и среднего звена. В Саратове плодотворно трудились ученые – медики старейшего в стране медицинского института. Только за период с 1935-1940 гг. научными сотрудниками Саратовского мединститута были защищены 23 докторские и 76 кандидатских диссертаций. Все это позволило организовать в годы Великой Отечественной войны на территории Саратовской области специализированную медицинскую помощь. Например, нейрохирургические раненые были сосредоточены в трех госпиталях (№№1056, 1676, 1848), где имелась квалифицированные невропатологи и нейрохирурги. Для лечения раненых в челюсть было выделено два госпиталя (№№130, 3287). Они были укомплектованы хирургами и стоматологами, оснащены необходимым оборудованием и инструментарием. В двух госпиталях (№№360, 3312) были организованы ЛОР-отделения в одном на 100 в другом на 150 коек, в которых работали опытные профильные специалисты. Развернутые глазные отделения на базе эвакуогоспиталей и клиники глазных болезней, позволили принять специалистами тысячи раненых и больных. Для оказания специализированной помощи раненым в грудную клетку было развернуто два госпиталя (№№3312, 1306). Раненые с повреждениями верхних и нижних конечностей госпитализировались в общехирургические госпитали. Для протезирования ампутированных конечностей был выделен госпиталь №1683 на 600 коек. Госпиталь №995 с ортопедическим профилем, явился базой будущего научно-исследовательского института ортопедии и восстановительной хирургии директором которого был назначен действительный член Академии медицинских наук СССР С.П. Миротворцев. Выступая на одном из заседаний Ученого совета данного института, Миротворцев отмечал, что «данный научно-исследовательский институт основан в Саратове на базе одного из самых лучших госпиталей – №995». Кадровый потенциал и материально-техническая база эвакуогоспиталя позволили,

сразу после окончания войны (начало 1946 года), создать мощный научно-исследовательский и методический центр изучения последствий ранений, выработки новых методов лечения и проверки старых, уже получивших право гражданства в военно-полевой хирургии [6].

Подводя итог, можно сделать вывод, что тыловая госпитальная база, развернутая на территории Саратовской области сыграла значительную роль в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения Красной Армии. С июля 1941 по июнь 1942 гг. было возвращено в строй 67,5% бойцов, проходивших лечение на базе Саратовских эвакогоспиталей. За второе полугодие 1943 г. – 83,4%, что составило 83430 человек. За первое полугодие 1944 г. – 37,6%. За второе полугодие 1944 г. – 35,1%. За первое полугодие 1945 г. – 41,9%. Итого, средний показатель возвращенных в строй солдат и офицеров составил – 71.14%. возвращено в воинские части – 344325 бойцов [7].

Самоотверженная работа врачей, санитарок и вспомогательного персонала эвакогоспиталей явилась залогом победы. Одним из ярких примеров полной самоотдачи, истинного героизма тружеников тыла является, ранее не публикуемое письмо т. Сталину, направленное женщинами-общественницами в 1942 году. Содержание его следующее: «Дорогой Иосиф Виссарионович! Свою маленькую лепту вносим мы, женщины-общественницы, работающие в эвакогоспиталях. Каждая из нас горит желанием помочь раненым воинам быстрее восстановить его силы и здоровье, чтобы быстрее вернуться в стальные ряды героической Красной Армии. Много любви и заботы вкладывает каждая из нас по уходу за ранеными. Ведь в каждом бойце и командире видишь самого дорогого и близкого человека, каждого воина любишь как сына, который не жалея своей жизни сражался за честь и свободу своей Родины, своего народа.

Мы не знаем усталости, когда после рабочего дня приходим в госпиталь и выполняем самые разнообразные работы: моем и уютно убираем помещения, помогаем обслуживающему персоналу во время кормления раненых, дежурируем у постели, читаем им газеты и журналы, шьем и штопаем белье, устраиваем концерты. Многие из нас во время работы в госпитале научились делать перевязки, приобрели элементарные медицинские знания и уже с успехом применяем их на практике.

С гордостью сообщаем Вам, дорогой Иосиф Виссарионович, что наш скромный труд, согретый горячей материнской любовью и заботой, помог многим бойцам и командирам быстрее восстановить свои силы и возвратиться на поля сражений»[8].

Налаженное взаимодействие Управления местного эвакопункта с органами здравоохранения, партийными организациями, Советами депутатов трудящихся, военным ведомством, общественно-хозяйственными организациями, медицинскими учебными заведениями, научно-исследовательскими институтами, общественностью позволило решить главную задачу – приблизить победу над фашизмом.

Литература

1. Постановление Государственного Комитета Обороны №ГОКО – 1633сс от 23 апреля 1942 года – Фонды музея истории Саратовского государственного медицинского университета (СГМУ).
2. Мурылев Ю.А., Мурылев В.Ю., Мещеряков Ю.В. Организация работы госпиталей тыла страны на территории Саратовской области в период Сталинградской битвы июль1942 – февраль 1943 г. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2003. – С.8.
3. Мурылев Ю.А., Мурылев В.Ю., Мещеряков Ю.В. Организация работы госпиталей тыла страны на территории Саратовской области в период Сталинградской битвы июль1942 – февраль 1943 г. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2003. – С.11- 12.
4. Личный дневник Бирюковой В.Н. – Фонды музея истории СГМУ.
5. Данные ЦДНИСО от 10.09.1942 года. – С.37. – Фонды музея истории СГМУ.
6. Протокол заседания Ученого совета Саратовского научно-исследовательского института ортопедии и восстановительной хирургии Министерства здравоохранения РСФСР. Саратов 12 июля 1946 года. – Фонды музея истории СГМУ.
7. Статистические данные Центра новейшей истории Саратовской области – Фонды музея истории СГМУ.
8. Письмо женщин-общественниц товарищу Сталину. Москва, Кремль 1942 год. – Фонды музея истории СГМУ – С.46-48.

Развитие медицинского образования в России

ID: 2016-01-81-T-5542

Тезис

Смолова А.А., Цапикова Ю.С.

Роль гуманитарных наук в обучении студентов-медиков

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.

Врач – одна из достойнейших, но в то же время это одна из труднейших профессий, требующая глубоких познаний во многих сферах. Поэтому среди сугубо клинических дисциплин студенты изучают и общие гуманитарные предметы: историю, философию, психологию, культурологию, биоэтику.

Становление профессионально и социально ответственной личности будущего специалиста в условиях современного времени, когда нравственные нормы сильно варьируются, а иногда и вовсе отрицаются, становится их первостепенной задачей, подчеркивая необходимость изучения психологии, культурологии.

«Тот, кто не знает прошлого, не знает ни настоящего, ни будущего, ни самого себя...» - писал Вольтер. Невозможно посвятить себя делу и стать в нем хорошим специалистом, не зная его особенностей и изменений, которые можно рассмотреть только в ходе исторического развития. История позволяет студентам проследить последовательную цепь изменений в мировом обществе, их предпосылки и последствия, то есть наглядно пронаблюдать весь процесс развития медицины.

Философия же помогает врачу составить целостную картину, объединив накопленные знания и полученные от пациента сведения. Основы правовых знаний важны для формирования профессиональных навыков. Биоэтика позволяет изучить правила, образцы и стандарты поведения, которые являются общеобязательными, в том числе и в сфере правового регулирования взаимодействия врачей и пациентов. Таким образом, гармоничное развитие личности врача невозможно не только без овладения знаниями, но и без общечеловеческих, общекультурных ценностей, коммуникативных навыков, сформированных на базе знаний гуманитарных дисциплин.

Литература

1. Живайкина А.А., Ермолаева Е.В. Роль культурологии в формировании личности специалиста в современном образовательном пространстве // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека. Краснодар, 2013. С.65-70.
2. Науменко П.С. Гуманитарная подготовка врача // Актуальные проблемы развития высшей медицинской школы. – Новосибирск: Носиб. мед.инс-т, 1991. С.14-15.

Ключевые слова: студенты-медики, роль гуманитарных наук

ID: 2016-01-2164-T-5592

Тезис

Россошанская А.Ю., Ермолаева Е.В.

Социальный портрет современного студента-медика*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Социальный портрет студента – это интегрированное описание основных социальных, демографических и иных свойств личности, присущих всей совокупности обучающихся. Деятельность студента является своеобразной по своим целям и задачам, содержанию, внешним и внутренним условиям, средствам, трудностям, особенностям протекания психических процессов, проявлениям мотивации.

Цель работы: составить социальный портрет современного студента-медика.

Материал и методы. В основе исследования - результаты анкетного опроса, проведенного среди студентов 1 курса СГМУ им. В.И. Разумовского очной формы обучения (бюджет) (N=60). Юноши – 13 %, девушки –86%. Средний возраст студентов –17-18 лет. Из выборки следует, что уроженцы г. Саратова составили -37 % опрошенных, а приезжие из других населенных пунктов – 63%.

Результаты. На вопрос «Довольны ли Вы тем, что учитесь именно в этом учебном заведении» 87% ответили да, 3% - нет, 10% - затруднились ответить.

Выбор данного учебного заведения 77% сделали сами, 20 % на выбор повлияли родители, 3% повлияло СМИ.

Чтобы определить социальный статус студента, необходимо охарактеризовать: состав его семьи, количество детей в семье. 70% - воспитывались в полных семьях и 30% – в неполных семьях. 50% - единственный ребенок в семье, 43 % двое детей, 7% - трое и больше.

Жилищно-бытовые условия и место проживания также являются немаловажными критериями определения социального портрета современного студента. 53% опрошенных проживают у родителей, 47% – снимают квартиру, 3% - живут в общежитии.

Так как анкетирование проходили студенты 1 курса, то работу и учебу не совмещают из-за занятости 97%, совмещают 3% студентов.

Студенты проводят свой досуг следующим образом: 60% занимаются хобби, 20% за просмотром кинофильмов, 17% за чтением книг, 3% ответили «другое».

Вывод. Большая часть студентов-медиков – девушки, средний возраст составляет 17-18 лет, стипендия 1400 рублей, в то время как прожиточный минимум для взрослого человека составляет около 8500 рублей. Выбор данного вуза сделали сами и довольны учебой, приехали из другого населенного пункта, выросли в полной семье, где один-два ребенка, проживают у родителей или на съемной квартире, имеют хорошие или нейтральные отношения с преподавателями, не работают, а свободное время проводят занимаясь хобби.

Ключевые слова: социальный портрет студента медицинского университета

ID: 2016-01-35-T-5598

Тезис

Ураев Д.А.

Роль гуманитарного образования в медицине

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Актуальность и важность гуманитарного образования в медицине несомненна, поскольку оно формирует нравственные ценностные ориентиры, формирует основу профессионального общения врача и пациента.

Основным минусом современного медицинского образования считается недостаточный акцент на гуманитарное воспитание будущего специалиста. Многочисленные исследования показали, что социально активные, имеющие гуманитарную подготовку медицинские работники эффективнее взаимодействуют с больными.

Социальный опрос студентов Саратовского медицинского университета 1-6 курсов (N=140) подтвердил данное предположение. Около 65% опрошенных 1-3 курсов хотели бы, чтобы врач был хорошо образован, обладал психологическими знаниями, среди студентов 4-6 курса такого мнения придерживаются около 90%. На вопрос о необходимости гуманитарного образования в подготовке врача около 60% затрудняются ответить, 30% не видят в нем смысла, только 10% считают это образование важным. Среди студентов 4-6 курсов 85% считают его важным, 10% затрудняются ответить и 5% не видят в нем смысла. Таким образом, студенты осознают важность гуманитарного образования с течением времени.

Таким образом, гуманитарное образование необходимо для профессионала, который эффективно организует взаимодействия с больным. В качестве примера можно привести мнение Н.И. Пирогова, который обосновал необходимость гуманизации образования путем связи гуманитарного начала с естественнонаучным, считал, что гуманитарные науки имеют «многие практические применения», которые касаются самой важной нравственно-духовной стороны жизни человека. В перспективе возможность улучшить подготовку врача связана с расширением блока гуманитарных дисциплин в программе медицинского образования.

Литература

1. Живайкина А.А., Ермолаева Е.В. Роль культурологии в формировании личности специалиста в современном образовательном пространстве // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека. Краснодар, 2013. С.65-70.
2. Юдин Б.Г. От гуманитарного знания к гуманитарным технологиям // Знание. Понимание. Умение. – 2005. – № 4. – С. 104–110.

Ключевые слова: гуманитарное образование

ID: 2016-01-27-T-5896

Тезис

Юхименко В.Л., Бахарева А.С., Ермолаева Е.В.

Тьюторство в медицине*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Исторически название «тьютор» возникло в Оксфорде, обозначая человека, который сопровождал студента в процессе обучения. Тьютор, как и наставник, помогал сформировать индивидуальный план получения знаний и корректировал действия своего подопечного. При этом существует баланс между самостоятельностью начинающего специалиста и опекой со стороны тьютора.

Медицинская среда – это одна из немногих, где наставничество составляет часть профессиональной культуры. Медицинские знания и умения всегда передавались «из уст в уста», и эта традиция сохраняется до настоящего времени. Квалификация медицинских работников является определяющим фактором в обеспечении качественной медицинской помощи, что влияет на получение ЛПУ оплаты за оказанные медицинские услуги, применение штрафных систем. Однако нужно понимать, что наставничество требует времени, сил и желания поделиться знаниями, приобретенными собственным трудом.

Наставничество должно развиваться и поощряться в медицинских учреждениях со стороны всех руководителей всех звеньев - от главного врача до старшей медицинской сестры отделения. При этом на мотивацию тьюторов влияют как материальные факторы - премирование или выплата стимулирующей надбавки, так и моральные - публичное выражение благодарности, вручение грамот и ценных призов и т.д. Необходимо активно поддерживать престижность статуса наставника и поощрять опытных врачей, желающих передать свои знания.

Начинающие специалисты должны ценить возможность обучаться у своих коллег. Способствовать максимальному использованию ресурса тьюторства могут любые действия, демонстрирующие ценность общения молодого врача с наставником, в том числе - периодическая оценка профессионального уровня и соревновательные меры.

Но в большинстве случаев этот процесс остается за пределами внимания руководителей медицинских учреждений и основывается исключительно на личных отношениях и энтузиазме тьютора и начинающего врача.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Черемных М.П. Организационно-управленческие условия введения тьюторского сопровождения в предпрофильном и профильном обучении. Ижевск, 2006.

Ключевые слова: тьютор, врач, помощь, организация, медицина

ID: 2016-01-28-T-5909

Тезис

Сильченко А.А., Эйвазова Н.А., Ермолаева Е.В.

Медицинское образование в Советском Союзе

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

На начало 1917 года в России существовало 17 медицинских вузов, прежде всего в Центральной России, Украине и Прибалтике, а ежегодный выпуск составлял 900 врачей в год. К началу 1922 года были открыты еще 16 вузов, а преподавание дополнено профилактическими дисциплинами.

Но в 1925 г. в Советском Союзе была утверждена новая структура: медицинские факультеты стали частью университетов и имели в своем составе 30 кафедр, таких как биология, химия, физика, биологическая химия, микробиология, социальная гигиена, одонтологическая клиника, клиника инфекционных болезней, клиника болезней уха, горла и носа и др.

Утвержденный в 1926 г. новый учебный план большую часть учебного времени на 4—5 курсах отводил терапии, хирургии, акушерству и профилактическим дисциплинам. Последний десятый семестр обучения предназначался в основном для поликлинического обучения. Для студентов ввели непрерывную производственную практику. Первый курс во время учебы исполнял обязанности санитаря, второй был помощником медицинской сестры, третий курс выполнял обязанности среднего персонала, а на четвертом студенты проходили практику в лечебно-профилактическом учреждении. Это способствовало гармонизации преподавания теоретических и клинических дисциплин, теоретических знаний и практических навыков.

Начиная с 1930 г. все медицинские факультеты страны отделились и стали медицинскими институтами. К 1935 г. по всей стране было 55 институтов, в их состав входили фармацевтические, педиатрические, стоматологические факультеты, что способствовало образованию первых медицинских университетов. Кроме того, была введена ординатура по клиническим кафедрам и аспирантура. В 1967—1969 гг. была введена система семилетней подготовки медицинских кадров. Стала интенсивно развиваться система усовершенствования врачей.

Таким образом, развитие медицинского образования в СССР определялось потребностями страны в медицинских кадрах и носило плановый государственный характер.

Литература

1. Кубланова А.А., Сапаргалиева С.А., Ермолаева Е.В. Развитие женского медицинского образования в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Сильвеструк С.В., Ермолаева Е.В. Формирование имиджа современного врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: медицинское образование в Советском Союзе

ID: 2016-01-2164-T-5914

Тезис

Баранова М.С., Ермолаева Е.В.

Роль медицинского образования в современном обществе*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

В наше время все медицинские учреждения в нашей стране нуждаются в высококвалифицированных специалистах, готовых знакомиться с новыми технологиями и совершенствовать свои навыки. Во время профессиональной социализации студенты-медики приобретают знания, формируются навыки, поведенческие модели и этическая культура будущего врача. Государство увеличивает объем финансирования, что позволяет обеспечить медицинские вузы современным оборудованием, что важно в процессе обучения, разрабатываются и внедряются новые программы обучения, расширяет количество клинических баз для прохождения учебных практик.

Наиболее сложным становится проблема выбора направления деятельности в сфере медицинского образования - преподавание в вузе, работа с пациентами или в органах здравоохранения, возможностей совершенствования профессионального опыта и карьерного роста. Взаимодействие с пациентами в клиниках во время медицинской практики закладывают основу для формирования профессиональной идентичности.

На развитие медицинского образования влияют множество факторов. Главным из них является все большая зависимость человека от медицины. Люди все чаще нуждаются в медицинской помощи. Кроме того, медицинская профессия приобретает в обществе все большую популярность.

В последние годы совершенствуется и последипломное медицинское образование. Это позволяет уже работающим врачам совершенствовать свои навыки, осваивать новые технологии, повышать свою квалификацию. Проблемные ситуации, являясь частью ежедневной практики в медицинских вузах, предоставляют реальные возможности осознания своего профессионализма или непрофессионализма в различных ситуациях.

Таким образом, современная система высшего медицинского образования способствует выработке у студентов-медиков умений действовать эффективно в обществе.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Нигматулина А.С., Тимурзиева М.Ж., Ермолаева Е.В. Тьюторство в российских вузах // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Россошанская А.Ю., Ермолаева Е.В. Социальный портрет современного студента-медика // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: образование, медицина

ID: 2016-01-1151-T-5929

Тезис

Шелудько О.С.

Роль психологической подготовки будущего врача-стоматолога

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Эффективность профессиональной деятельности врача-стоматолога находится в прямой зависимости от степени доверия между ним и пациентом.

Комфортность лечения и его успех зависит от того, как будет выстроена система взаимоотношений, и какую ценность они приобретут. Для этого стоматологу необходимо применять индивидуальный психологический подход к каждому конкретному пациенту, проявляя уважение к его особенностям. У пациента, при этом, возникает предрасположение к сотрудничеству с таким доктором, уверенность в его профессионализме и формируется мнение о нем как о талантливом, уважаемом специалисте.

Чтобы произвести именно такое впечатление на каждого пациента, стоматологу надо работать не только над технологическим мастерством, но и, многое переоценить в своем стиле общения, а иногда и в своем характере.

Бойко В.В., исследуя опыт работы крупнейших стоматологических клиник Санкт-Петербурга, приводит статистические факты, показывающие, что с элементами обязательного профессионального общения справляются далеко не все стоматологи. Одни не придают им особого значения, другие - небрежны, третьи – не достаточно владеют соответствующими навыками. Из более 2-х тысяч опрошенных пациентов 85% желают повторно обратиться к лечащему врачу-стоматологу, остальные сомневаются или отвечают отрицательно. Таким образом, клиники по тем или иным причинам не досчитывают в среднем, 15% постоянных пациентов. В некоторых случаях, отсев пациентов составляет до 40%, при этом, внушительный процент потери пациентов после лечения встречается у высококвалифицированных специалистов.

В этой связи, приходится констатировать необходимость психологической подготовки будущих врачей-стоматологов, которая позволит им дать точную оценку индивидуального психологического состояния пациента, наладить доверительные отношения с пациентом, что приведет к увеличению прибыльности практики.

Литература

1. Бойко В.В. Зачем стоматологу психологическая подготовка?// Научно-практический журнал Институт Стоматологии №1 (2),1999.- С. 17-23.
2. Психология для стоматологов / под ред. Н.В.Кудрявой. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007. – 400 с.

Ключевые слова: стоматолог, психологическая подготовка

ID: 2016-01-28-T-5935

Тезис

Акимова Н.А., Коваленко А.Д.

Роль Флоренс Найтингейл в становлении медицинского образования в 19 веке*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

В данной работе мы рассмотрим роль Флоренс Найтингейл в становлении медицинского образования в 19 веке и значение ее нововведений для понимания статуса и роли профессии медицинской сестры.

Флоренс Найтингейл является первым теоретиком сестринского дела, а изданные ею работы служат концептуальным обоснованием, определившим модель сестринского дела, которая впоследствии стала образцом для преподавания во многих странах мира. Данная модель была основана на соединении теоретического и практического обучения, а также профессиональной дифференциации среди сестринского персонала для подготовки управленческих и педагогических кадров.

Найтингейл в сотрудничестве с другими специалистами создала номенклатуру болезней и схемы для больничной отчетности. Так же в 1860 году вышли ее знаменитые «Записки об уходе: каков он есть и каким не должен быть». Особое внимание в данной работе автор уделяла целенаправленному наблюдению за больным и истолкованию симптомов болезни, что является основой хорошего ухода. Кроме этого, Ф.Найтингейл обращает внимание на обязанность медицинской сестры критически относиться к своему опыту и постоянно совершенствовать знания и умения. В связи с этим становятся понятными описанные Ф.Найтингейл принципы обучения сестринского персонала.

В 1860 г. она организовала в лондонской больнице святого Фомы собственную школу для обучения сестер по уходу за больными и ранеными. Спустя 13 лет по этой системе в Нью-Йорке была открыта аналогичная школа, основные принципы которой сводились к следующему:

- 1) осуществление профессиональной подготовки медицинских сестер в специально оборудованных для этого больницах;
- 2) создание условий для проживания сестринского персонала;
- 3) формирование условий, необходимых для обеспечения морального поведения и дисциплины сестер.

Для 19 века данные положения были весьма радикальными. Однако, на современном этапе эти принципы воспринимаются как априорные для профессиональной деятельности медицинской сестры, что еще раз подчеркивает значительный вклад Ф.Найтингейл в процесс обучения и подготовки сестринского персонала. Таким образом, реформы, предложенные в 19 веке, способствовали повышению качества медицинского образования и практической деятельности медицинских сестер по уходу за пациентами.

Литература

1. Козн, Б.В. Флоренс Найтингейл / Б. В. Козн // В мире науки. - 1984. - №5 - С. 80-88.
2. Перфильева, Г.М. По страницам истории: памяти Флоренс Найтингейл / Г.М. Перфильева // Медицинская сестра. - 2002. - №2. - С. 2-11.
3. Флоренс Найтингейл. Сестра милосердия // История в портретах. - М.: Де Агостини, 2014. - № 91. - 31 с.

Ключевые слова: Флоренс Найтингейл, медицинское образование

ID: 2016-01-35-T-5943

Тезис

Аникина В.В., Зотова Ю.А.

Проблемы медицинского образования в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

Постоянная потребность медицинских учреждений в высококвалифицированных кадрах обусловила развитие медицинского образования в России. К наиболее значимым факторам следует отнести острую потребность в высококвалифицированных медицинских кадрах; рост влияния медицины на жизнь людей; внедрение инноваций и развитие технологий в области медицины; возрастание популярности медицинской профессии в обществе.

С постоянным совершенствованием методов диагностики и лечения, с внедрением инновационных технологий возникает потребность в обновлении теоретической базы медицинских учебных заведений, занимающихся подготовкой кадров. Постоянно возрастает доля учебных заведений медицинского профиля, которые предоставляют теоретическую базу на современном, высокотехнологичном уровне.

В настоящее время в России приняты следующие меры, направленные на повышение уровня медицинского образования:

- открытие новых отделений университетов, которые осуществляют подготовку медицинских кадров в соответствии с новыми учебными стандартами и учебными планами;
- разработка новых учебных планов и программ, которые позволяют проводить подготовку медицинского персонала в соответствии с современными требованиями и достижениями в медицине;
- увеличение объема финансирования для обеспечения обучающих баз и оснащение учебных заведений современным оборудованием;
- расширение перечня баз прохождения практики;
- совершенствование последиplomного медицинского образования и повышения квалификации кадров.

Таким образом, развитие медицинского образования в России – это актуальная проблема на сегодняшний день, так как именно от этого во многом зависит здоровье и благополучие настоящих и будущих поколений.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Кондратьева Д.А., Коваленко А.Д., Ермолаева Е.В. Проблема трудоустройства выпускников высших медицинских учебных заведений России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Лемзина А.Е., Идрисова Х.У., Ермолаева Е.В. Электронное здравоохранение: проблемы и перспективы // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: образование, медицина, меры, улучшение, проблемы

ID: 2016-01-27-T-5944

Тезис

Ефарова Ю.В., Тонкачева Т.А., Ермолаева Е.В.

Первые медицинские университеты в России*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Одним из старейших медицинских вузов России считается Первый МГМУ, основанный в 1755 г. Первый медицинский факультет открылся в 1758 г., к концу XVIII века на факультете было уже 3 кафедры. К 1804 г. факультет имел 3 собственных института - хирургический, повивальный и клинический, а также несколько кафедр: топографической анатомии, нервных и душевных болезней, фармакологии, педиатрии и др. В 1930 г. на его базе был создан Первый Московский медицинский институт, которому в 1955 г. присвоено имя И.М. Сеченова, а в 1958 г. на правах факультета к нему присоединился Московский фармацевтический институт. В 1990 г. институт был преобразован в Медицинскую академию, а в 2010 г. – в университет.

РНИМУ имени Н.И. Пирогова начинает свою историю с 1906 г., когда были организованы женские курсы. Затем курсы преобразовали во 2-й Московский государственный университет, из которого в 1930 г. выделился самостоятельный 2-й Московский государственный медицинский институт, получивший в 1956 г. имя Н.И. Пирогова. В 1991 г. он был преобразован в Российский государственный медицинский университет, а в 2010 г. получил статус «Национальный исследовательский университет».

Медицинский факультет СГУ был открыт в 1909 г. и до 1917 г. оставался единственным факультетом университета. В 1930 г. медицинский факультет выделился в Медицинский институт с тремя факультетами: лечебно-профилактическим, санитарно-гигиеническим, охраны материнства и младенчества, к которым в 1988 г. добавился стоматологический. В 1994 г. Саратовский медицинский институт был преобразован в медицинский университет. Сложная экологическая ситуация в регионе, необходимость подготовки специалистов, способных работать в аптечных и санитарно-гигиенических учреждениях, контрольно-аналитических лабораториях, фармацевтических компаниях привели к открытию в 2002 г. медико-профилактического, а годом позже фармацевтического факультетов.

Поскольку в настоящее время развитие медицины зависит от того, в каких учебных заведениях и как будут обучаться студенты, то их основной задачей становится не только выпуск квалифицированных специалистов, но и развитие медицинской науки.

Литература

1. Кубланова А.А., Сапаргалиева С.А., Ермолаева Е.В. Развитие женского медицинского образования в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: медицина, факультет

ID: 2016-01-27-T-5947

Тезис

Магомедова С.И., Рожкова В.П., Ермолаева Е.В.

Развитие медицинского образования в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Первые медицинские учебные заведения появились в России при Петре I. В 1707г. была открыта госпитальная школа, а в 1764г. – медицинский факультет Московского университета. В этот период в учебных заведениях, помимо хирургии, начали обучать фармакологии, неврологии, зуболечению, физиологии, анатомии, судебной медицине.

В 90-х годах XVIII века Московскому университету было разрешено присваивать степени доктора медицинских наук, что позволило пополнить больницы квалифицированными специалистами. В организации врачебной помощи проведены крупные реформы, созданы Аптекарский приказ, Канцелярия главной аптеки, Медицинская канцелярия.

В начале XIX века активно развиваются анатомия, дерматология, акушерство и гинекология, в том числе бальнеология. Врачи стали применять методы обезболивания, реанимации и физиотерапии. Кроме того, в этот период в России был основан институт защиты от чумы, оспы и других заболеваний путем применения вакцинации.

С начала 1900 года в стране развивается ортопедия, офтальмология, онкология, акушерство и гинекология. Разработки в области генетики, трансплантации органов и тканей, методов лечения раковых заболеваний – лишь малая часть достижений медицинских центров России XX в.

XXI век характеризуется формированием совершенно новой модели медицинского образования, где декларируется новый подход – «образование через всю жизнь». Реформы направлены на совершенствование качества образования в целом путем внедрения государственных образовательных стандартов, междисциплинарной аттестации, сертификации специалистов.

Литература

1. Александрова М.А., Мустафаева Д.Р., Ермолаева Е.В. Конфликты в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Гассиева О.О., Мизерная В.Д., Ермолаева Е.В. Национальные проекты и их роль в современном обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Кондратьева Д.А., Коваленко А.Д., Ермолаева Е.В. Проблема трудоустройства выпускников высших медицинских учебных заведений России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
4. Чурилова А.А., Попова М.Н., Ермолаева Е.В. Клинический этикет // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: развитие медицины в России

Ермолаева Е.В., Павлова Л.А., Дорфман С.В.

Развитие стоматологического образования в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе рассматривается история развития стоматологического образования в России, начиная с XVII века и до настоящего времени.

Ключевые слова: стоматология, медицинское образование, зубной врач, дантист, зубопротезирование

На Руси долгое время считали, что причиной зубной боли является простуда, наличие червя или нечистая сила. Поэтому лечение обычно сопровождали заговорами, заклинаниями и молитвами, дополняя их травяными настоями и отварами. Самым распространенным методом лечения больного зуба было удаление, которое обычно выполняли знахари, цирюльники, банщики, граверы и даже кузнецы. Зачастую это происходило на площадях и ярмарках, чтобы привлечь как можно больше внимания.

Открытие в 1620 году Аптекарского приказа способствовало развитию медицинской науки и, в частности, стоматологии. Среди сохранившихся документов Приказа есть перечень используемых в то время хирургических инструментов: «клещи», «буравы», «пилы, что зубы трут» и так далее. Тем самым постепенно из ремесла стоматология превращается в одну из медицинских специальностей [6].

Первые в России стоматологи – иностранные дантисты, приглашенные для лечения императорской семьи, появляются в эпоху царствования Петра I. Они привезли с собой новые инструменты и материалы, а также способствовали распространению европейских методик лечения зубов.

Понятие «зубной врач» появилось в России лишь в 1710 году. Для того чтобы получить этот чин, лекари и цирюльники должны были сдать экзамен в Медицинской канцелярии, ставшей преемницей Аптекарского приказа, и доказать свое умение удалять зубы. Однако в этот период обучение было возможно только у дантистов-иностранцев, а отечественных учебных заведений или кафедр в университетах не существовало. Этому способствовал тот факт, что стоматология считалась частным делом и никак не контролировалась государством. Результатом этого стало множество практикующих зубопротезирование «врачей», при этом не имеющих никаких специальных медицинских знаний.

Указ Петр I, изданный в 1721 году, запрещал заниматься лечебной практикой без разрешения Медицинской коллегии. По новым требованиям только трое иностранных дантистов из всех, работающих в Петербурге, имели законную практику [7].

В дальнейшем большую роль в подготовке отечественных зубных врачей сыграли госпитальные школы, основанные в 1733 г. Их выпускники имели умение оказывать стоматологическую помощь. Позднее госпитальные школы были реорганизованы в медицинские училища и академии благодаря все возрастающей потребности в подготовленных врачебных кадрах.

Подтверждением квалификации выпускников этих школ служат учебные пособия этого периода. Например, в 1761 году Мартын Ильич Шеин, главный хирург Санкт-Петербургского адмиралтейского госпиталя, перевел с латыни труд под названием «Основательные наставления хирургические медицинские и рукопроизводные в пользу учащимся» Иоганна Захария Платнера. Этот труд был первым руководством по хирургии на русском языке, в котором несколько разделов были посвящены анатомии челюстей, болезням зубов и причинам их вызывающих, способом пломбирования и лечения кариеса [7].

В XIX веке произошли значительные изменения в системе подготовки зубных врачей. Согласно императорскому указу 1810 г. звание «зубной врач» было переименовано в «зубной лекарь». Теперь только выпускники медицинских учебных заведений могли получить этот чин и разрешение на практику. За 50 лет в Санкт-Петербурге экзамен на чин «зубного лекаря» смогли сдать лишь 54 лекаря, среди которых была первая женщина-дантист Мария Назон.

Первая зубопротезная школа, открытая в 1881 г. под руководством Ф.И. Важинского, получила название «Первой русской школы для изучения зубопротезного искусства». Первоначально срок обучения составлял 3 года, но затем был сокращен до 2,5 лет. В школе преподавали анатомию зубов и челюстей, а также основы физики, химии и фармакологии. Специальные дисциплины преподавались по учебнику «Полный зубопротезный курс», в котором были собраны теоретические и практические знания в области стоматологии. Во время обучения учащиеся получали сведения о материалах и инструментах, используемых для лечения зубов, а также общие представления о диагностике болезней зубов, десен, языка.

Таким образом, к концу XIX века в России сформировались два вида подготовки специалистов: *дантистов*, прошедшие подготовку на основе ученичества, и *зубных врачей*, закончивших зубопротезные школы. Согласно специальному указу эти школы могли открываться в университетских городах и содержаться за счет предпринимателей. Деятельность школ контролировалась местным врачебным инспектором. Преподавать в школах имела права только лица, обладающие ученой степенью, а все поступающие обязаны были иметь свидетельство об окончании шести классов среднего учебного заведения. Постепенно общемедицинская подготовка в зубопротезных школах расширялась, но продолжительность обучения осталась прежней – 2,5 года. Подобные школы были открыты в Москве, Петербурге, Одессе, Казани и других городах. Но к 1898 г., подготовка дантистов на основе ученичества была прекращена. К этому времени зубопротезных школ существовало уже 20. Зубопротезные школы, оставшись единственным способом подготовки специалистов, кроме того предоставляли возможность получить среднее образование.

В дальнейшее развитие стоматологии в XIX в. значительный вклад внесла Санкт-Петербургская медико-хирургическая академия, выпускники которой – И.Ф. Буш, П.А. Загорский, И.В. Буяльский и другие проводили различные операции, в том числе и стоматологические, успешно применяли наркоз и антисептики, а также смогли усовершенствовать зубопротезные инструменты [6].

Н.И. Пирогов, являясь управляющим Санкт-Петербургским заводом военно-врачебных заготовлений, разработал различные хирургические наборы, которые включали стоматологические инструменты - ключ зубной с винтами и рукояткой, щипцы зубные

кривые, «козью ножку», аппарат для перевязки переломов челюсти и т.п. Сам Н.И. Пирогов за время своей врачебной деятельности провел более 130 челюстно-лицевых операций, не считая удаления зубов, и опубликовал множество актуальных до настоящего времени научных работ о зубо врачебном деле.

В 1885 г. по инициативе Н.В. Склифосовского при медицинском факультете Московского университета была создана приват-доцентура по одонтологии под руководством Н.Н. Знаменского. А в 1892 г. при Клиническом институте в Петербурге была основана кафедра одонтологии, которую возглавил А.К. Лимберг, единственный имевший к тому времени степень доктора медицины в России. Первоначально кафедра не имела собственного помещения, поэтому занятия носили по большей части теоретический характер. Лишь к 1898 г. кафедре были отданы две комнаты, в которые поставили 12 деревянных кресел и бормашины и стали проводить практические занятия. Прием больных проходил 2 раза в неделю по 2 часа. В январе 1899 г. А.К. Лимбергу первому было присвоено ученое звание профессора по зубным болезням.

Хотя многие ученые не одобряли существовавшую систему подготовки зубных врачей, но правительству было выгодно наличие частных зубо врачебных школ, поскольку для их организации от государства не требовалось никаких затрат, а содержавшие их частные предприниматели получали большой доход [2].

В конце XIX в. в России было создано первое общество дантистов, а также стал издаваться «Зубо врачебный вестник», объединивший зубных врачей и дантистов различных городов России. Но в целом существенных изменений в системе подготовки зубных врачей не произошло, и потребность населения в стоматологической помощи была по-прежнему велика.

По результатам исследований к началу XX века на 140 миллионов жителей России практиковал только 221 стоматолог, т.е. приходилось по одному зубному врачу на 60 тысяч человек. При этом зубные врачи оказывали платную помощь по большей части в частных кабинетах или лечебницах, поэтому ею могли воспользоваться лишь обеспеченные люди.

После октября 1917 г. встал вопрос об организации стоматологической помощи населению. Поскольку создание государственных зубо врачебных клиник требовало много времени и финансов, то в 1918 году Наркомздрав РСФСР принял решение передать все частные кабинеты вместе с оборудованием в собственность государства, а практикующих зубных врачей обязать оказывать бесплатную зубо врачебную помощь населению. Через 4 года частная зубо врачебная практика окончательно прекратила свое существование [1].

Тем не менее, для реализации государственной программы имеющихся кадров не хватало, поэтому развитие стоматологии в России в XX в. было направлено на увеличение количества учебных и лечебных заведений. В марте 1920 г. постановлением Народного комиссариата здравоохранения на медицинских факультетах государственных университетов были созданы кафедры стоматологии, а в крупных городах открыты самостоятельные институты: в Санкт-Петербурге - Институт общественного зубо врачевания, в Киеве - Одонтологический институт, в Москве - Государственный институт зубо врачевания.

Создание в 1922 г. Государственного института зубо врачевания (ГИЗ) стало стимулом для развития научных исследований, а также для подготовки высококвалифицированных кадров. В Положении об этом учреждении, опубликованном в «Бюллетене Народного комиссариата здравоохранения» 20 марта 1922 г., отмечено, что ГИЗ является научно-практическим учреждением, в котором будет осуществляться подготовка квалифицированных специалистов. В 1925 г. структура Института включала в себя хирургическое, терапевтическое, протезное и детское отделения, стационар, химико-бактериологический, патолого-гистологический и рентгеновский кабинеты, музей-библиотеку и хозрасчетная поликлинику [3].

Таким образом, к концу 1920-х годов окончательно сформировались четыре типа зубо врачебных учреждений:

- самостоятельные зубо врачебные амбулатории, в том числе: а) общего пользования, б) фабрично-заводские, в) школьно-профилактические;
- зубо врачебные кабинеты при больницах и общих амбулаториях;
- частные зубо врачебные кабинеты;
- зубо протезные учреждения.[4]

Специальные зубо врачебные амбулатории находились в крупных городах, а Наркомздрав постепенно увеличивал их количество и расширял зону действия, поскольку высококвалифицированная стоматологическая помощь по всем ее направлениям оказывалась преимущественно в крупных стоматологических поликлиниках. Широко распространены в этот период зубо врачебные кабинеты на промышленных предприятиях и в школах, а также при больницах, диспансерах, на курортах, в сельских участковых больницах.

19 июня 1930 г. правительство издало постановление «О реорганизации системы подготовки врачебных кадров», главной целью которого было расширение объема подготовки специалистов по всем профилям, увеличение срок обучения в медицинских вузах для лечебно-профилактических специальностей, охраны материнства и детства и общесанитарной подготовки до 4 лет, санитарно-профилактических для специальностей, а также для стоматологии до 3,5 лет. Но в дальнейшем срок обучения врачей-стоматологов был увеличен до 4 лет, а затем и до 5 лет.

Действия правительства, направленные на совершенствование подготовки врачебных кадров, позволили за последующие 10 лет увеличить число врачей-стоматологов в 3 раза. Этому способствовало создание стоматологических институтов в Ленинграде, Горьком, Минске, Перми, Томске, Казани, Иркутске и других городах. Таким образом, к 1935 году в СССР были открыты уже 11 стоматологических институтов. Общий прием студентов во всех институтах составил к 1937 г. 900 человек. На вновь созданные институты расходовались значительные средства, несмотря на то, что для них строились лишь стоматологические клиники, а все общие медицинские предметы студенты изучали в клиниках медицинских институтов.

В 1961—1963 гг. было открыто еще 6 очных и очно-заочных стоматологических факультетов, однако деятельность очно-заочных факультетов вскоре была прекращена из-за малой эффективности в переподготовке зубных врачей. В начале 60-х годов была улучшена организации обслуживания больных. Особое внимание уделялось реорганизации ортопедической стоматологии за счет создания крупных зуботехнических лабораторий, централизации обслуживания всех ортопедических учреждений крупного города, внедрения новых технологий и методов организации труда.

К началу 1980 г. в СССР действовало два медицинских стоматологических института в Москве и Полтаве и два научно-исследовательских института - ЦНИИС в Москве и НИИ стоматологии в Одессе. В 1980-х гг. в СССР существовало 38

стоматологических факультетов в медицинских вузах. Но к 1991 г. на территории России сохранилось лишь 42 стоматологических факультета и 6 факультетов при классических университетах, все остальные были закрыты.

По данным исследований к 2000 г. в России действовало 64330 специалистов стоматологического профиля, из них 43330 стоматологов и 21 000 зубных врачей. Среди всех специалистов стоматологического профиля более 44000 терапевтов и детских врачей, 11579 — врачей-ортопедов, 5982 — челюстно-лицевых — хирургов, ортодонтонтов — 2256 человек [13].

Литература

1. Аржанов Н.П. Стоматология в борьбе за независимость свою от медицины // Стоматолог. - 2003. - №12. - С. 52-56.
2. Вернадский Ю.И. Советская стоматологическая литература (1917-1967) // Стоматология. 1967. - № 4. - С. 16-18.
3. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М.: Медицина. - 1978. - 184с.
4. Дауге П.Г. К вопросу о трудовой единице // Труды II Всесоюзного Одонтологического съезда. М. - 1926. - С. 128-130.
5. Ефарова Ю.В., Тонкачева Т.А., Ермолаева Е.В. Первые медицинские университеты в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №1. <http://medconfer.com/node/5944>
6. Заблудовский П.Е. История отечественной медицины. М., ЦИУ врачей. - 1960.-398 с.
7. Коварский М.О. Очерки истории зубо врачевания в России XVIII и начала XIX вв. // Одонтология. - 1929. - № 2-3. - С. 63-71.
8. Магомедова С.И., Рожкова В.П., Ермолаева Е.В. Медицинское образование в России: история и современность // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №1. <http://medconfer.com/node/5947>
9. Сеченева О.Ю., Ермолаева Е.В. Земская медицина в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №1.
10. Сильченко А.А., Эйвазова Н.А., Ермолаева Е.В. Медицинское образование в Советском Союзе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №1. <http://medconfer.com/node/5865>
11. Терешонков А.А., Парфёнов В.О., Ермолаева Е.В. Аптекарский приказ: история создания и развития // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №1. <http://medconfer.com/node/5982>
12. Толстова Е., Руфина Ю., Ермолаева Е.В. Особенности взаимодействия врача и пациента в современном обществе // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №1. <http://medconfer.com/node/6002>
13. Электронный ресурс. URL: <http://medlec.org/lek3-110784.html> (дата обращения 25.12.2015)

Шешнева И.В.

Кураторство в медицинском вузе: из опыта работы кафедры русской и классической филологии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе продемонстрирован опыт кураторской работы кафедры русской и классической филологии СГМУ, представлены традиционные и новаторские формы кураторства.

Ключевые слова: куратор, студенческая группа, направления воспитательной работы

Целью современной высшей школы является не только образование, но и воспитание высококультурной, интеллектуальной, всесторонне развитой и социально активной личности. Традиционными направлениями воспитательной работы остаются: мировоззренческое, гражданско-патриотическое, правовое, духовно-нравственное, эстетическое, профессионально-творческое, трудовое, физическое и экологическое.

Формирование мировоззрения у студентов начинается на ранних этапах обучения в вузе. С этой целью на кафедре русской и классической филологии ежегодно проводятся такие мероприятия, как беседа-знакомство куратора со студенческой группой, изучение гимна России и государственной символики Российской Федерации, чтение популярных лекций на темы «Русский язык как государственный язык родной страны». Студенты знакомятся с общепринятыми символами медицины - клятвой Гиппократова, древним студенческим гимном «Gaudeamus», а также изучают историю alma mater, гимн СГМУ, студенческое песенное творчество на русском и латинском языках.

Во всех студенческих группах проходят кураторские часы «СГМУ им. В.И. Разумовского — университет на все времена». По заявкам студентов ежегодно проводятся беседы: «История лечебного дела в Саратове», «Саратовские медицинские династии», «Известные врачи — выпускники СГМУ», «Врачи, внесшие вклад в мировую культуру», «Врачи, известные всей стране», «Врачи-фронтвики».

Гражданская позиция первокурсника формируется при его активном участии в организации и проведении различных массовых мероприятий, таких как День знаний, посвящение в студенты, парады, смотры, митинги, манифестации, демонстрации, акции поддержки или протестные акции.

Духовно-нравственное становление будущих врачей, их приобщение к традициям русского милосердия происходит благодаря посещениям общеуниверситетского храма во имя святителя Луки (врач от Бога, хирург В.Ф. Войно-Ясенецкий), воздвигнутого на территории Клинического городка СГМУ к столетию Университета. В студенческой среде особой популярностью пользуются экскурсии по залам музея истории СГМУ, знакомство с архитектурой Университетского и Клинического городков университета. Чувства милосердия и сострадания, доброты и участия формируются у студентов при их посещении домов престарелых, монастырей, детских домов и домов инвалидов.

Важная составляющая исторического и эстетического воспитания студентов - их знакомство с культурным и литературным наследием Саратовского края. Посещение храмов, театров, музеев, выставок, концертов консерватории, филармонии, знакомство с выдающимися саратовцами надолго оставляют след в памяти и сердцах выпускников нашего вуза.

Кураторские часы разнообразны по форме и содержанию, по используемым методикам их проведения: деловые, профессиональные и интеллектуальные игры, беседы-размышления, студенческие презентации, беседы на этические темы. На кураторских часах царит атмосфера сотрудничества: студент воспринимает куратора как старшего товарища, готового прийти на помощь в любых жизненных ситуациях. В работе со студентами куратор должен хорошо представлять вкусы, интересы и увлечения молодежи. Интеллигентность, коммуникабельность, тактичность кураторов формируют благоприятную атмосферу в студенческих группах. С укреплением единства и взаимопонимания в студенческой группе возрастает эффективность обучения, закладываются навыки и привычки профессионального поведения.

В последние годы в студенческой среде были востребованы кураторские беседы на темы «Русский язык как средство межнационального общения», «Милосердие — необходимое качество врачебной профессии», «Уважительное отношение к пациенту - залог успешной работы врача». Большой интерес в последние годы вызвали выездные экскурсии со студентами в город-герой Волгоград, в родовое имение М.Ю. Лермонтова (Тарханы), в провинциальные волжские города (Хвалынский, Вольск, Маркс). В Саратове самым посещаемым местом становится Соколовая гора с ее музеями боевой и трудовой славы, этнической деревней, где представлены быт и культура диаспор Саратова.

В 2015 году кафедрой была осуществлена подготовка таких масштабных мероприятий, как «Татьянин день - день российского студенчества», «Праздник латинского языка», «День славянской письменности и культуры», «День русского языка - новый государственный праздник России».

Среди творческих конкурсов, проводимых на кафедре русской и классической филологии, следует отметить: «Лучший перевод студенческого гимна «Gaudeamus» (проводится с 1991 г., лучшие работы студентов опубликованы), «Лучший перевод античного поэтического произведения», «Лучшая стенгазета» (персональная, групповая, курсовая), «Новая эмблема праздника латинского языка», «Новый девиз праздника латинского языка», «Лучшее стихотворение о родном университете».

Году литературы на кафедре был посвящен Исследовательский проект, в основу которого были положены исторические даты России и юбилейные даты, связанные с жизнью и творчеством выдающихся людей.

Для XXIII Межвузовской научной конференции «Античный мир и мы» кураторами кафедры была разработана коллективная научно-исследовательская программа «Жанровое своеобразие гимна: от античности до наших дней». В программу конференции были включены студенческие научные доклады, посвященные гимнам античности, средневековья, эпохи Возрождения, гимнам Российского государства, военным, спортивным, профессиональным, университетским, студенческим, школьным гимнам.

Таким образом, кафедрой русской и классической филологии осуществляется воспитание студентов через преподаваемые предметы: беседы о роли и значении классических языков в истории мировой культуры и науки; беседы о языке медицины, богатстве и разнообразии ее терминологического словаря; беседы о русской литературе как о национальном достоянии Отечества; беседы о консолидирующей роли русского языка в современном мире, беседы об образцовой речи русского врача, о речевых просчетах и поведенческих рисках в профессиональной деятельности медицинского работника. Каждому студенту в течение учебного года предоставляется возможность изучения библиотечных фондов кафедры: новинок специальной и словарно-справочной литературы по языку медицины, новейших журналов, научно-популярной литературы по истории, культуре России и краеведению.

Практика показывает, что кураторство - эффективная форма взаимоотношений по линии «студент»-«преподаватель», нацеленная на подготовку активного гражданина, высоконравственного человека, квалифицированного специалиста, обладающего широкой эрудицией и ценностными ориентирами.

Литература

1. Бугаева Т.П. Деятельность куратора в современном вузе // Дис. на соиск. уч. степ. канд. пед. наук. - Красноярск., 2010. - 264 с.
2. Власова Т.И. Духовно ориентированная парадигма воспитания в отечественной педагогике / Педагогика. 2006. №10. С. 36-42.
3. Кулюткин Ю.Н., Сухобская Г.С. Личность: внутренний мир и самореализация. Идеи, концепции, взгляды. - СПб., 1996. 175 с.
4. Мудрик А.В. Воспитание в современной России как социальная проблема // Воспитать человека. М.: Вента-Графф, 2002. С.358-364.

ID: 2016-01-81-A-6024

Обзор

Скворцов Ю.И., Папшицкая Н.Ю., Емелина Л.П., Субботина В.Г.
Клинические школы кафедр пропедевтики внутренних болезней
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Статья посвящена истории становления кафедры пропедевтики внутренних болезней, как первой основополагающей клинической дисциплины в терапии.

Ключевые слова: кафедра пропедевтики внутренних болезней, клинические школы

Цель: обсуждение истории становления кафедры пропедевтики внутренних болезней, как первой основополагающей клинической дисциплины в терапии.

Материал и методы

Методы: изучение научных публикаций и архивных материалов, интервьюирование респондентов.

Результаты и обсуждение

История кафедры пропедевтической терапии начинается с самых истоков основания университета. В 1911 году на медицинском факультете императорского Николаевского университета (в настоящем Саратовский Государственный медицинский университет) были организованы 3 терапевтические кафедры: кафедра врачебной диагностики с пропедевтической клиникой, кафедра частной патологии и терапии, кафедра факультетской терапии. Первым заведующим кафедрой врачебной диагностики с пропедевтической клиникой, где студенты 3 курса осваивали начальную ступень работы с пациентами и преподавался курс пропедевтики внутренних болезней, был ординарный профессор Ф.В. Вербицкий, в последующие годы кафедру возглавляли профессора Э. А. Гранстрем, Н. Е. Кушев, Н. С. Троицкий. [4]

После открытия медицинского факультета в течение первого десятилетия преподавание на кафедре велось по традиционным для того времени планам и программам, основными методами преподавания были лекции (300 часов в год) и практические занятия (140 часов). Первые профессора кафедры диагностики и пропедевтической терапии, несмотря на трудности организационного периода и тяжелые годы, успешно готовили врачей, занимались научной работой, оказывали большую помощь в лечении больных, участвовали в ликвидации эпидемий. Именно профессором Ф.В. Вербицким было положено начало научно-исследовательской работе. Профессор кафедры диагностики Саратовского университета Н.Е.Кушев, возглавил борьбу с эпидемией малярии, вспыхнувшей в Поволжье в 1922г., вёл большую научную и организационную работу на Саратовской малярийной станции: развивал сеть малярийных станций в Саратовской губернии, организовывал курсы по малярии, руководил Поволжскими малярийными съездами и фактически объединил борьбу с малярией в Поволжье.[5, с. 7]

В 1924 года начался новый реорганизационный период работы терапевтических кафедр: кафедры врачебной диагностики с пропедевтической клиникой, частной патологии и терапии были объединены в одну, которая стала называться кафедрой диагностики и семиотики внутренних болезней, возглавил ее профессор Н.С. Троицкий.

С 1930 года кафедра диагностики с семиотикой внутренних болезней была переименована во 2-ую, а кафедра факультетской терапии – в 1-ую терапевтические клиники. 1-ой стал заведовать профессор П.Н. Николаев, 2-ой – профессор Н.С. Троицкий. На каждой из двух кафедр студенты занимались диагностикой, частной патологией, терапией, но вскоре методика преподавания курса внутренних болезней была признана неправильной, порочной и с января 1935 года было восстановлено традиционное преподавание терапии на трех кафедрах. Была создана кафедра пропедевтики внутренних болезней, которая с этого периода и до настоящего располагается во 2-й Советской больнице. Руководил кафедрой до 1936 года приват-доцент К.Я. Шхвацабая, а в 1936 заведующим кафедрой был назначен приват-доцент, а с 1939г профессор Л.А. Варшамов, руководивший кафедрой до 1945г. В годы Великой Отечественной войны Лев Александрович был главным терапевтом отдела эвакогоспиталей, он и сотрудники кафедры совмещали активную педагогическую, лечебную работу с научной.[1;4] Высокий уровень организации медицинского обслуживания и лечения раненых и больных способствовал их выздоровлению и возвращению в строй.

В 1946 году на вакантную должность заведующего кафедрой был избран профессор И.И. Цветков, возглавлявший кафедру до 1956 года. [2]

Штат кафедры пропедевтики внутренних болезней в 1946 году увеличился до десяти преподавателей и состоял из 3 доцентов и 7 ассистентов. Основными научными направлениями кафедры в этот период становятся гематология и гастроэнтерология. Блестящий клиницист И.И. Цветков являлся одним из ведущих гематологов страны, основателем гематологической службы в городе Саратове, его консультациями пользовались все лечебные учреждения города. Он и его сотрудники В.Ф.Войтик, Л.И.Гуревич, Е.В.Тарабухина, К.Г.Уварова, затем З.А. Чиркова и М.С. Архангельская и др. начали применять радиоактивный фосфор для лечения болезней крови, исследовали показали крови у рабочих промышленных предприятий, изучали лечебное действие воды Соколовгорского источника при заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Клиническому ординатору В.Я.Шустову была предложена тема кандидатской диссертации «Изменение содержания микроэлементов – кобальта, меди, марганца и цинка в крови при различных формах анемии», которую он защитил в 1961г.

После смерти проф. И.И.Цветкова обязанности заведующего кафедрой исполняла доцент В.Ф.Войтик. Её отличали широкий медицинский кругозор, эрудиция, педагогический опыт, высокая требовательность к себе и сотрудникам. Она была воспитателем и учителем не одного поколения врачей, в совершенстве владела мастерством клинического обследования больных.[1]

В 1957 году на должность заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней был избран профессор П.И. Шамарин, проработавший на этом посту до 1967 года.[3] До перехода на кафедру пропедевтики внутренних болезней П.И. Шамарин работал

ординатором госпитальной терапевтической клиники, с 1930 года – ассистентом, а в последующем доцентом этой клиники. В 1938 году Петр Иванович успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему "К вопросу о водном обмене печеночных больных", а в 1947 году – докторскую на тему "Брайтова болезнь в условиях военного времени". С 1952 по 1958 годы был заместителем директора СМИ по научной работе.

В период Великой Отечественной войны П.И. Шамарин работал ведущим терапевтом в терапевтическом эвакогоспитале.

Возглавив кафедру пропедевтики, П.И. Шамарин продолжил гематологическое направление научных работ. По его инициативе и непосредственном участии приказом министра здравоохранения РСФСР было выделено 10 гематологических коек на базе 2-й городской больницы, в последующем образовалось гематологическое отделение. Докторская диссертация В.Я. Шустова и две кандидатские диссертации А.Г. Ольховской, В.А. Ильиной были защищены в период 70-х годов.

В конце 1963 закончилось строительство нового терапевтического корпуса больницы. Базой кафедры пропедевтической терапии стали три терапевтических отделения и отделение профпатологии, увеличилось количество учебных комнат, лабораторий, кабинетов инструментальной диагностики, появились новые условия для научно-исследовательской и педагогической деятельности. Пропедевтика – одна из первых клинических дисциплин в обучении врача, при освоении которой студент впервые встречается с пациентом и использует полученные теоретические знания в практической медицине.

П.И. Шамарин автор более ста научных работ по различным вопросам внутренней медицины, преимущественно почечной патологии, ревматизма, клинической онкологии и другим. был участником многих съездов и конференций по внутренним болезням. По его инициативе в 1963 году в Саратове была проведена Всероссийская научная конференция по проблеме ревматизма. С 1949 по 1952 годы он был главным терапевтом города, с 1958 по 1960 год – членом Ученого медицинского совета Министерства здравоохранения РСФСР. Пётр Иванович являлся консультантом новой, созданной с его участием в 1968 году кафедры профессиональных болезней и гематологии. Руководил этой кафедрой его ученик, окончивший ординатуру на кафедре пропедевтики внутренних болезней, профессор В.Я. Шустов. По инициативе В.Я. Шустова была создана первая в системе медицинских вузов кафедра и клиника профпатологии и гематологии.

Основоположником кардиологической школы в Саратове по праву считается доктор медицинских наук, профессор Э.Ш. Халфен, возглавивший кафедру пропедевтики внутренних болезней в 1968 году. [1;6]

В эти годы основным научным направлением кафедры являлась разработка новых и усовершенствование существующих методов профилактики, диагностики и лечения ишемической болезни сердца на базе достижений кибернетики, электроники, биохимии. Большинство работ базировалось на новых идеях и концепциях, развивало новые оригинальные направления в кардиологии. Во всех работах широко использовались ЭВМ и вычислительная техника для диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. По его инициативе были открыты специализированные кардиологические отделения в больницах г. Саратова, кардиологические кабинеты и кабинеты доврачебной помощи во всех районных поликлиниках. Открыто отделение реабилитации больных перенесших острый инфаркт миокарда в санатории "Октябрьское ущелье".

На кафедру приходят молодые преподаватели: ассистенты И.Л. Шварц, О.К. Рыбак, Л.П. Емелина, Т.Н. Мареева, Л.С. Сулковская, А.И. Шуб, ординаторы С.Б. Филиппова, Е.И. Иконникова, Н.Ю. Папшицкая. В учебной программе студентов, ординаторов увеличивается количество учебных часов для изучения ЭКГ.

В 1969 году в связи с переходом на другую базу отделений профпатологии и гематологии, кафедра занимает третий этаж нового корпуса, где организуется отделение ревматологии. Продолжается интенсивная лечебная работа, создается блок интенсивной терапии и реанимации в 10 отделении острой коронарной патологии. В 11 отделении плановой терапии организуются палаты реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

В 1972 году на базе кафедры впервые в РСФСР был создан дистанционно-диагностический кардиологический центр, являющийся учебно-методической базой для врачей-кардиологов. В 1980 году был открыт филиал Ленинградского НИИ кардиологии при активном участии и поддержке Саратовского медицинского института и кафедры. Директором института стал проф. Э. Ш. Халфен, оставаясь при этом заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней, которой руководил до ухода на пенсию в 1993 году.

Сотрудниками кафедры совместно с СарфилЛНИИК была разработана комплексная научно-целевая программа «Сердце», направленная на улучшение здоровья населения, уменьшение потерь от сердечнососудистых заболеваний. В выполнении программы было предусмотрено участие ведущих научных учреждений, промышленных предприятий Саратова, области и подготовка врачей кардиологов через ординатуру для Поволжского и Северо-Кавказского регионов.

В конце 70-х, в 80-х годах на кафедре успешно работала клиническая ординатура по терапии, было подготовлено большое количество квалифицированных врачей, которые стали сотрудниками кафедры. Продолжал успешно работать студенческий научный кружок под руководством доцента М.С. Архангельской, из числа кружковцев стали профессорами В.Н. Шемятенков, Е.С. Кашкина, Н.П. Лямина.

В эти годы на кафедре были защищены 2 докторские и 18 кандидатских диссертаций, опубликовано около 200 статей, выпущено 3 тематических сборника, издано 5 монографий, одна из них награждена премией и дипломом Министерства здравоохранения РСФСР, вторая – дипломом и премией МЗ СССР.

Сотрудники кафедры принимали участие и выступали с докладами на всесоюзных и республиканских съездах и конференциях. Профессор Э. Ш. Халфен был членом советских делегаций на Всемирном конгрессе кардиологов в Токио (1978 г.), Европейском конгрессе кардиологов в Париже (1980 г.), Мировом конгрессе кардиологов в Москве (1982 г.), где выступал с докладами. Знаменательным событием в жизни кафедры был Всероссийский съезд кардиологов, прошедший в 1977 году в г. Саратове.

С 1993 года по настоящее время кафедрой руководит доцент Ю.И. Скворцов, защитивший докторскую диссертацию.

В эти годы научное направление кафедры основывается как на традиционных, так и новых методах диагностики и лечения болезней внутренних органов.

На кафедре разрабатываются немедикаментозные методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний, основанные на современных достижениях электроники, биофизики и биохимии, диагностики и лечения артериальной гипертонии, климактерической кардиомиопатии, поражений внутренних органов при наркомании и алкоголизме. Новое научное направление

кафедры основывается как на традиционных, так и новых методах диагностики и лечения болезней внутренних органов. Так, использование гипно-суггестивной психотерапии у больных артериальной гипертонией позволило значительно удлинить сроки ремиссии заболевания и снизить суточные дозы антигипертензивных средств. Эти результаты внедрены в практическое здравоохранение.

За последние годы сотрудниками кафедры защищены 2 докторские и 7 кандидатских диссертаций, опубликовано около 200 статей, выпущен тематический сборник, внедрено в практику 3 рационализаторских предложения. В 1994 г. вышло в свет двухтомное методическое пособие "Методы клинических исследований сердечно-сосудистой системы". Ю.И.Скворцов автор 3 монографий. Значительным событием в жизни кафедры стала организация в 1994 г. в Саратове российско-американского симпозиума "Жертвы психологического насилия и их защита".

Коллективом кафедры дважды выигран конкурс на получение федерального гранта Российского гуманитарного научного фонда, финансирующего изучение патологии внутренних органов при опийной наркомании. Впервые в мире с помощью оригинальной методики получено лабораторное подтверждение состояния гипноза у человека и получен патент РФ на изобретение.

На кафедре проходят обучение студенты 2 и 3 курсов факультетов университета: лечебного, педиатрического, медико-профилактического, подготовки иностранных студентов, студентов Института сестринского образования. Занятия на кафедре ведутся по цикловому и фронтальному принципам, изучаются клинические и лабораторно-инструментальные симптомы и синдромы основных заболеваний, протекающих в типичной форме. В преподавании широко используется селективный метод обучения и современные методы контроля знаний и умений студентов. На кафедре успешно работает интернатура, клиническая ординатура, аспирантура – продолжается подготовка научных работников и квалифицированных кадров для практического здравоохранения.

Литература

1. Архив кафедры пропедевтики внутренних болезней
2. Архив СГМУ, личное дело И.И.Цветкова, св.99, ед. хр. 2969.
3. Архив СГМУ, личное дело П.И.Шамарина, ед. хр
4. Блувштейн Г.А., Кац В.И., Додин С.В. 200 лет милосердия и любви.. Саратов. СГМУ Издательство Локатор 2006.
5. Н.Е.Кушев. БМЭ. Т 15 с. 1960г
6. Халфен Э.Ш Архив СГМУ, личное дело. Ед.хр.4714, св.170.

Коваленко Ю.В.

Особенности российской высшей медицинской образовательной системы и ценностных ориентаций в подготовке специалистов на этапе постдипломного образования*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В работе показаны особенности российской высшей медицинской образовательной системы и ценностных ориентаций в подготовке специалистов на этапе постдипломного образования.

Ключевые слова: медицинская образовательная система, ценностные ориентации, постдипломное образование

В настоящее время в системе Российского высшего медицинского профессионального образования в соответствии с требованиями современного рынка труда, международными тенденциями развития высшего образования и положениями Болонской декларации осуществляется внедрение нового образовательного стандарта.

Уровневая система подготовки специалистов и введение научно-исследовательской работы, как обязательного образовательного компонента - это фундаментальные основы вновь вводимого стандарта.

Обращаясь к зарубежному опыту можно отметить, что каждый университет проводит подготовку специалистов по собственным учебным программам, отвечающим самым передовым мировым требованиям.

Компетентностная модель подготовки специалиста - это проверенная временем доктрина ведущих зарубежных университетов. Врач - это личность, профессионал, ученый, коммуникатор, защитник пациента и общества, [4].

Привитие этих качеств, способствует выпуску дипломированных специалистов, которые станут заботливыми целителями, обладающими необходимыми знаниями, навыками, развившими за время учебы их естественные таланты и желание беспокоиться о других.

В качестве цели при внедрении компетентностной основы в профессиональном образовании выступает подготовка высококвалифицированного специалиста посредством комплексного освоения умений и знаний в рамках формирования соответствующей компетенции, которая обеспечивает выполнение конкретной профессиональной функции, отражающей реалии рынка труда.

Компетенции согласно федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования третьего поколения подразделяются на две группы: *общекультурные* и *профессиональные*. Первые являются переносимыми, они в большей степени характеризуют личностные качества обучающегося. Вторые отражают профессиональную квалификацию и различаются для разных направлений подготовки.

По специальности «лечебное дело» Российский федеральный государственный образовательный стандарт определяет восемь общекультурных компетенций и 32 профессиональные компетенции, необходимые в профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно-управленческой и научно-исследовательской деятельности будущего врача.

В настоящее время, когда технологии и знания лавинообразно обновляются, подготовка «узких» специалистов в университетах в течение пяти-шести лет становится несовершенной. Введение «широкого» бакалавриата с последующей специализацией в магистратуре позволит гибко и оперативно сопрягать профессиональное образование с быстро меняющимся рынком труда и потребностями общества.

На практике, выпускник медицинского ВУЗа, имея диплом о высшем профессиональном образовании, получает возможность вновь скоординировать свои планы с произошедшими изменениями на рынке труда и продолжить образование в магистратуре с использованием широкого спектра программ магистерской подготовки.

Необходимо отметить, что подготовка врачей согласно имеющемуся Российскому стандарту высшего медицинского образования основывается на классической парадигме образования, т.е. не разбивается на бакалаврскую и магистерскую ступени, а производится, как и раньше, по моноступенчатому принципу с присвоением квалификации «специалист».

Согласно государственному образовательному стандарту второго поколения для достижения статуса практикующего врача необходимо пройти шестилетний специалитет, обязательную последипломную подготовку (двухгодичная клиническая ординатура) и только после этого выпускник получает право на врачебную деятельность. Поэтому степень бакалавра по лечебному делу не имеет смысла.

Обращаясь к зарубежному опыту современного университетского образования наличие уровневой системы подготовки врачей предполагает бакалавриат по естественно-научному или социо-культурному направлению со специализацией по медико-биологическому профилю и магистратуру по лечебному делу. Благодаря этому магистранты в процессе обучения проходят подготовку только по дисциплинам медицинского профиля, а по окончании четырехлетнего обучения выпускники получают степень магистра - доктора медицины.

Действительно, если вынести естественно-научную и социо-культурную подготовку студентов медиков в соответствующий бакалавриат, то наличие магистратуры по специальности «лечебное дело» становится реальным. Это согласуется и с Болонским процессом, по которому специалитет в европейской образовательной системе в ближайшие годы будет ликвидирован. Отметим, что такая модель обучения (естественно-научный/социо-культурный бакалавриат + магистратура по лечебному делу) может быть успешно осуществлена в системе классического университетского образования, тогда как в специализированном медицинском вузе сохранить эту схему подготовки проблематично.

Введения магистерской подготовки по медицинскому направлению предполагает, что студентами медицинского факультета будут становиться дипломированные бакалавры, определившиеся в своих намерениях, и тем самым нацеленные на получение высшего медицинского образования, что и будет способствовать повышению качества получаемого образования.

На протяжении последних десятилетий компьютерные, или информационные технологии выступают в роли безусловного инструментария применительно к любому виду профессиональной деятельности. Это особенно актуально в подготовке медицинских кадров, принимая во внимание сегодняшнюю насыщенность здравоохранения компьютерным оборудованием и современными технологиями.

Как показал анализ раздела федеральной государственной образовательной программы «Характеристика профессиональной деятельности специалистов», будущий врач должен выполнять целый ряд профессиональных задач, основываясь на приобретенных им за время обучения информационно-технологических компетенциях. Причем в некоторых задачах информационно-технологическая составляющая присутствует явно, а в других, не прописана, но, тем не менее, по нашему мнению, необходима.

Перечислим эти необходимые современному врачу информационно-технологические компетенции:

- владеть компьютерной техникой;
- получать информацию из различных источников;
- работать с информацией в глобальных компьютерных сетях;
- обладать способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, которые без соответствующей информационно-технической подготовки будут неполноценными;
- обладать способностью и готовностью изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования;
- применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач;
- применять современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации;
- проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим вопросам;
- обеспечивать рациональную организацию труда медицинского персонала и организаций;
- обладать способностью и готовностью к участию в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования [5].

Все это предопределяет необходимость формирования компетентного статуса обучающегося в сфере информационных технологий, причем делать это нужно как в пределах освоения дисциплины «Медицинская информатика», так и за счет медико-профессиональных дисциплин с включением в них соответствующих информационно-технологических блоков модулей. Основные информационно-технологические направления, по которым необходимо проводить подготовку специалистов для формирования у них прочного компетентного статуса в компьютерной сфере заключаются:

- использование офисных программных пакетов для подготовки / ведения учетно-отчетной медицинской документации, деловой переписки; для создания электронных таблиц, баз данных, презентаций и рефератов;
- применение компьютерных программ для проведения медико-статистического анализа медицинской информации и подготовки отчетов по выполненному исследованию;
- применение компьютерных и программных средств для проведения медико-диагностических и научных исследований;
- использование возможностей современных мультимедийных программно-аппаратных систем для осуществления и проведения просветительских мероприятий среди населения.

Исходя из опыта и требований нового федерального государственного образовательного стандарта, целесообразно при проведении практических занятий использовать:

- многофункциональные офисные программы MS Office, OpenOffice; 2) программные пакеты для аудио-, видео-, фото-дизайна VirtualDub, Windows Movie Maker, GIMP, Adobe PhotoShop (факультативно);
- прикладное программное обеспечение медицинского назначения (регистратурные базы данных, автоматизированное рабочее место врача, электронная история болезни и т.д.);
- компьютеризированные медико-диагностические комплексы (электрокардиограф, спирограф, энцефалограф и т.д.).

В заключении отметим, что принципиальные положения федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования третьего поколения предполагают формирование у будущего медицинского специалиста информационно-технологических компетенций, максимально ориентированных на решение профессиональных задач, а именно, применение этих компетенций в профилактической, диагностической, лечебной, психолого-педагогической, организационно-управленческой, научно-исследовательской деятельности врача.

Литература

1. Байденко В.И., Оскарссон Б. Базовые навыки (ключевые компетенции) как интегрирующий фактор образовательного процесса // Профессиональное образование и формирование личности специалиста. М., 2002. С.22-46.
2. Новиков А.М. Профессиональное образование России: перспективы развития. М., 1997. 254 с.
3. Зеер Э.Ф. Психология профессий. Екатеринбург, 1997. 244 с.
4. Официальный сайт Медицинской школы Массачусетского университета — <http://www.umassmed.edu>
5. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования (060101 Лечебное дело).

Развитие медицины и здравоохранения в Советский период (1917-1991 гг.)

ID: 2016-01-321-T-5916

Тезис

Илюшин Л.Д.

Развитие военной медицины в Советском Союзе

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.*

Военная медицина занимается изучением и лечением заболеваний, возникающих в ходе военных конфликтов. Военная медицина в Советском Союзе прошла длинный путь преобразований. В 30-е годы XX века появились новые дисциплины: военная гигиена, военная экспертиза, авиационная медицина и другие, направленные на подготовку военных кадров, например медико-санитарных войск. Все эти преобразование связаны с модернизацией Советской армии и благодаря их воплощению стало возможным оказание медицинской помощи раненым и больным на ранней стадии. Также в первой половине XX века бурное развитие получило военно-медицинское образование.

Благодаря преобразованиям в сфере военной медицины, к началу Великой Отечественной войны в советских войсках была организована мощная система военно-медицинского снабжения и обеспечения, войска были полностью укомплектованы медицинским персоналом. В первые годы Великой Отечественной войны наблюдались трудности в работе медицинской службы. Это связано с неготовностью советских войск к полномасштабным военным действиям и нехваткой времени на оказание нормальной медицинской помощи. В более поздние периоды Великой Отечественной войны военная медицинская служба встречала меньше проблем из-за коренного перелома в ходе войны и перехода к наступательной тактике, что позволяло полностью реализовать принципы лечебно-эвакуационного обеспечения. В период Великой Отечественной войны, благодаря силам медиков, удалось вернуть в строй большую часть раненых и больных, а также предотвратить возникновение крупных эпидемий. В послевоенные годы на развитие военной медицины большое влияние оказал научно-технический прогресс, появление новых видов оружия.

Таким образом, многочисленные национальные и религиозные конфликты, изменение геополитической структуры мира, научно-технический прогресс обусловили прогресс военной медицины в Советском Союзе.

Литература

1. Ермолаева Е.В. Пространственно-временной континуум политики (социально-философский анализ): дис... канд. филос. наук. Саратов, 2006.
2. Нестерова И.В., Ермолаева Е.В. Взаимодействие медицины и религии // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Панков А.А., Исаев А.А., Ермолаева Е.В. Риски в медицине // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: развитие военной медицины в Советском Союзе

ID: 2016-01-28-T-5937

Тезис

Панков А.А., Медведева К.А.

Пенициллин, его значение в медицине

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

«Когда я проснулся на рассвете 28 сентября 1928 года, я, конечно, не планировал революцию в медицине своим открытием первого в мире антибиотика или бактерии-убийцы», — эту запись в дневнике сделал Александр Флеминг, человек, который изобрёл пенициллин.

Открытие этого антибиотика имело огромное значение в медицине. Так, с помощью пенициллиновых антибиотиков можно лечить инфекционные заболевания, вызванные бактериями: стафилококками и стрептококками.

Датой изобретения первого антибиотика является 3 сентября 1928 года, когда Александр Флеминг занимался изучением стафилококков. Так как в его лаборатории часто был беспорядок, в культуру бактерий попали из внешней среды плесневые грибы. Он заметил, что колонии стафилококков, находившиеся в чашке Петри, были уничтожены. Затем, после нескольких недель исследований, Флеминг определил, что грибы, выросшие на пластине с его культурами, относятся к роду «Пеницилловых». Полученный антибактериальный элемент был назван «пеницилином». Отчет о своём новом открытии Флеминг опубликовал в 1929 году в одном британском журнале, который был посвящен экспериментальной патологии. Продолжая свои исследования, Флеминг обнаружил, что работать с пенициллом трудно, производство происходит медленно, кроме этого, пенициллин не может существовать в теле человека достаточно долго, чтобы убивать бактерии. Также учёный не мог извлечь и очистить активное вещество.

И только в 1940 году биохимикам Эрнсту Борису Чейну и Хоуарду Уолтеру Флори удалось очистить и выделить пенициллин, который, спустя некоторое время, использовался для лечения раненых солдат во время Второй Мировой войны. Отчет о своём новом открытии Флеминг опубликовал в 1929 году в одном британском журнале, который был посвящен экспериментальной патологии.

Интересным фактом из истории создания пенициллина является то, что, когда 3 сентября 1939 года Англия объявила войну Германии, Оксфордская группа, опасаясь немецкой оккупации, решила любой ценой спасти чудодейственную плесень. Чейн и Флори вывезли свой препарат на анализ в США контрабандным способом: они пропитали коричневой жидкостью подкладку своих пиджаков и карманов. Достаточно было выжить одному из них, чтобы сохраненные споры плесневых грибов позволили возобновить работу.

Таким образом, антибиотик не только спас от гангрены и ампутации конечностей десятки тысяч человек во время Второй Мировой войны, но и имеет важное историческое значение, так как он является первым эффективным лекарством против многих тяжелых заболеваний.

Ключевые слова: пенициллин

ID: 2016-01-28-T-5939

Тезис

Тружников В.С., Смолова А.А.

Репрессии против врачей*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.*

Сталинские репрессии – чёрная страница в истории нашего отечества, неправомерность и преступность которых вынуждены признать все. Пострадали не только политические деятели, но и многие другие, зачастую совершенно не виновные люди. Не исключение были и работники здравоохранения. Против медиков было возбуждено множество дел, самым значимым из которых было «Дело врачей».

Первыми из репрессированных врачей в 1938 году были Л. Г. Левин, И. Н. Казаков и Д. Д. Плетнёв. Они были обвинены в убийстве, путём неправильного лечения, В. Менжинского, В. Куйбышева и Максима Горького. В результате суда Казаков и Плетнёв были приговорены к 25-ти годам заключения, Левин же был расстрелян.

На этом репрессии медиков не закончились. В 1946 году репрессирован был академик-секретарь АМН СССР В.В. Парин за то, что, находясь в США, передал американским учёным ампулы с круцином, разработанным Н.Г. Ключевой и Г.И. Роскина и их рукописи для публикации книги. Тем самым, несмотря на то, что препарат и рукопись были переданы по указанию заместителя министра здравоохранения СССР, Парин вызвал гнев Сталина и по возвращению в СССР был арестован и приговорён к 25-ти годам заключения за «измену Родине».

Следующим и самым крупным стало «Дело врачей». Началось всё с письма Л.Ф. Тимашук секретарю ЦК ВКП А.А. Кузнецову 1948 года, в котором она указывала на странности в лечении А.А. Жданова. По началу на письмо не обращали внимания, но в 1952-м году её вызвали в МГБ и попросили рассказать о увиденном, после чего начались массовые аресты врачей, обвинённых в заговоре и убийстве советских лидеров. А так как большинство врачей, лечащих высокопоставленных лиц, имели еврейские корни, дело приобрело антисемитский характер. К тому же в обвинении фигурировала связь с благотворительной организацией «Джойнт» и сговоре с американской разведкой. Задержанные содержались в бесчеловечных условиях, их постоянно подвергались пыткам, в надежде выбить признание. И если бы не смерть Сталина, несколько десятков неповинных врачей могли бы быть расстреляны без всякой причины. В результате 3 апреля 1953 года все обвиняемые были полностью реабилитированы. Уже после Н. Месяцев утверждал, что сочинители брали врождённые или приобретённые с возрастом заболевания и приписывали их умыслу и сговору врачей, подписывая им приговор.

Таким образом, в результате репрессий доверие к медикам было подорвано, что нанесло большой ущерб медицине в целом. Можно сделать вывод, что репрессии затронули почти все области жизни советских граждан и даже представители такой благородной профессии как врач не оказались исключением.

Ключевые слова: репрессии, «Дело врачей»

Вклад ученых-медиков немцев Поволжья в развитие здравоохранения Саратовской области в 30-е годы XX века

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В статье показан вклад ученых-медиков немцев Поволжья в развитие здравоохранения Саратовской области в 30-е годы XX века.

Ключевые слова: немцы Поволжья, здравоохранение, Саратовская область

Недостаточное обеспечение врачами сельских районов Республики немцев Поволжья (РНП) нередко приводило к вспышкам инфекционных заболеваний, как среди взрослого населения, так и детей и высокой летальности среди рожениц. Поэтому руководители РНП обратились в Совет Народных Комиссаров РСФСР с просьбой открыть на лечебном факультете Саратовского медицинского института немецкое отделение, на котором могли бы учиться выходцы из немцев Поволжья на их родном языке, что в значительной мере улучшило оказание медицинской помощи населению в регионе. Эта просьба была удовлетворена и в 1932 году согласно постановлению СНК и приказу директора института К. Я. Шхвацабая развернулась активная работа по организации и открытию немецкого отделения, где преподавание дисциплин студентам проводилась на немецком языке. Первым деканом этого отделения был назначен заведующий кафедрой гистологии проф. М. М. Марич, внес заметный вклад в организацию подготовки врачей для РНП. Значительную часть преподавателей немецкого отделения составляли выходцы из немцев Поволжья, получившие медицинское образование в Казанском и Саратовском университетах.

На немецком отделении было сделано всего несколько выпусков врачей. С началом Великой Отечественной войны на основании приказа №293 от 1 сентября 1941 г. по Саратовскому медицинскому институту сотрудники из числа немцев Поволжья были уволены с формулировкой: «Нижепоименованных сотрудников института с 2 сентября сего года от занимаемой должности отчислить в связи с выездом из города Саратова».

Немногочисленные материалы архивов свидетельствуют, что в 30-е годы в РНП и Саратовском медицинском институте работали видные ученые-общественники и врачи - организаторы здравоохранения, среди которых заслуживает особого внимания Август Петрович Зибенгар – врач-хирург и ученый, выпускник медицинского факультета Императорского Николаевского университета 1914 г. (первый выпуск врачей). По окончании университета в связи с начавшейся первой мировой войной был призван на военную службу в качестве врача в 100-й сводный эвакуационный госпиталь, располагавшийся в Саратове, где прослужил до января 1919 г. [1,2].

По предложению отделом здравоохранения области немцев Поволжья он в 20-е годы был приглашен возглавить Бальцеровскую городскую больницу (г. Красноармейск). Как способный хирург и умелый организатор он быстро завоевал уважение и доверие среди населения. Вскоре А.П. Зибенгар как талантливый врач-хирург был направлен на шестимесячную стажировку и усовершенствование по хирургии в Германию в лучшие клиники Берлина, Франкфурте-на-Майне и в Гейдельберге. [1,3].

В 1930 г. А.П. Зибенгар добивается открытия медицинского техникума в г. Бальцер и становится в течение двух лет его руководителем. В 1931 г. благодаря его усилиям в г. Бальцере открывается рабочий факультет для подготовки абитуриентов в Саратовский медицинский институт.

Работая практическим врачом, Август Петрович публикует ряд интересных научных работ по хирургии, которые были замечены московскими коллегами. И он в феврале 1932 г. направляется на 6 месяцев на стажировку по нейрохирургии в Москву, по окончании которой он остается работать врачом ординатором, а затем заведующим отделением 1-й городской больницы г. Москвы и одновременно доцентом клиники хирургии 2-го Московского медицинского института. После двух лет работы в Москве А.П. Зибенгар возвращается в РНП и возглавляет 2-ю городскую больницу г. Энгельса, где активно занимается строительством новых корпусов. В сентябре этого же года он избирается на должность доцента, а в феврале 1936 г. профессора - заведующего кафедрой общей хирургии немецкого отделения Саратовского медицинского института после присуждения ему ВАКом ученой степени кандидата медицинских наук по совокупности научных работ без защиты диссертации. На имя руководителя здравоохранением РНП Хвесина поступила телеграмма от директора Саратовского медицинского института: «Поздравляю коллектив врачей республики утверждением Зибенгара профессором мединститута. Надеюсь, впредь РНП явится не только источником пополнения студентов, но и кузницей кадров преподавателей немецкого отделения СМИ. Директор Арнольди». [4-8]

Кроме того, в январе 1935 г. на базе 2-й городской больницы г. Энгельса он организовал и возглавил филиал Центрального института переливания крови, на базе которого проводилось обучение медицинского персонала методике переливания донорской крови [9].

Многочисленным планам доктора А.П. Зибенгара не удалось сбыться. 27 октября 1938 г. он был осужден приговором Военной коллегии Верховного суда СССР к высшей мере наказания по обвинению «в участии в антисоветской террористической и диверсионной организации».

Заметный след в медицинской и преподавательской деятельности оставил Вильгельм Вильгельмович Траут, который после окончания медицинского факультета Императорского Николаевского университета в 1915 г. был призван в действующую русскую армию, где служил младшим ординатором дивизии, а осенью 1918 г. был мобилизован и отправлен на фронт главным врачом перевязочного отряда Камышинской дивизии. После окончания гражданской войны работал в военном госпитале г. Камышина, а затем в 1924 г. по семейным обстоятельствам был переведен в Саратов на должность старшего врача госпиталя.

С 1929 г. В.В. Траут успешно сочетает работу врача с преподавательской деятельностью на медицинском факультете Саратовского университета в должности преподавателя военно-санитарных дисциплин. С 1934 году он был назначен заведующим военной кафедрой института, а с 1936 года – военным руководителем. За многолетний и безупречный труд В.В. Траут неоднократно получал благодарности и награды от дирекции института. Судьба этого человека была более благосклонна. 1 сентября 1941 г. В.В. Траут как сотрудник мединститута из числа немцев Поволжья был уволен с формулировкой «в связи со сменой места жительства». К сожалению, его дальнейшую жизнь по архивным документам установить не удалось.

Определенный вклад в подготовку врачей кадров в Саратовском мединституте внес Майер Александр Карлович – заведующий кафедрой иностранных языков (1933-1938 гг.), а с 1939 г. возглавлял курс латинского языка. Его трудовая деятельность в нашем вузе закончилась также 1 сентября 1941 г. [10].

Таким образом, на небольшом архивном материале авторы статьи показан какой научно-практический вклад внесли ученые и врачи из числа немцев Поволжья в развитие здравоохранения Саратовской области и подготовку врачей кадров для Республики немцев Поволжья в 20-30-е годы XX столетия.

Литература

1. Ерина Е.М. Август Петрович Зибенгар – врач и человек // Российское государство, общество и этнические немцы: основные этапы и характер взаимоотношений (XVIII-XXI вв.): Материалы XI международной научной конференции. Москва, 1-3 ноября 2006 г. / Под ред. А.А. Германа. – С. 295-301.
2. Государственный исторический архив немцев Поволжья в г. Энгельсе» (ГИАНП). Ф. Р-975. Оп.1, л/д. 435, с. 4-5.
3. Государственный архив новейшей истории Саратовской области. Ф.1, д.1323, с. 63, 113.
4. ГИАНП. Р-975. Оп. 1, д. 281, с. 13, 15.
5. ГИАНП. Ф. Р-975. Оп. 1, д. 48, с. 105.
6. ГИАНП. Ф. Р-975. Оп. 1, д. 281, с. 13, 15.
7. ГИАНП. Ф. Р-975. Оп. 1, д. 28, с. 21.
8. ГИАНП. Р-975. Оп. 1 л/д. 435. с. 15.
9. ГИАНП. Ф. Р-975, Оп. 1, д. 288, с. 124.
10. Архив СГМУ. Ф. 844, св. 235, ед.хр. 137.

Черненко Ю.В., Эйберман А.С.

Этапы развития научной медицинской школы детской гастроэнтерологии в Саратове

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе исследованы этапы развития научной медицинской школы детской гастроэнтерологии в Саратове.

Ключевые слова: научная медицинская школа, детская гастроэнтерология, Саратов

Развитие педиатрии в Саратове связано с именами профессоров И.Н. Быстренина и В.А. Сурата, доцента А.П. Трынкина, которые последовательно с 1915 г. возглавляли единую кафедру детских болезней педиатрического факультета медицинского института. В сентябре 1950 г. приняла первых студентов отдельная кафедра госпитальной педиатрии. Кафедра располагалась в бывшем Архиерейском корпусе на базе 60-коечного детского отделения, а с 1959 года до настоящего времени размещается на базе 120-коечной клиники в педиатрическом корпусе Клинической больницы медицинского университета. Заведующей кафедрой доцентом Марией Степановной Вороновой-Шабановой было развернуто изучение разнообразной патологии детского возраста, результатом которого явились подготовка и защита 3 докторских и 13 кандидатских диссертаций, посвященных вопросам бронхолегочной патологии, ревматизма, туберкулезного менингита.

С 1970 г. под руководством заведующей кафедрой профессора Валентины Степановны Андреевой наряду с продолжением основных научных направлений Саратовской педиатрической школы было сформировано новое научное направление – изучение состояния гастрогепатобилиарной системы при различных заболеваниях органов пищеварения и другой соматической патологии у детей. С этой целью на базе клиники госпитальной педиатрии организуется специализированное гастроэнтерологическое отделение с вновь созданным кабинетом функциональной диагностики. Усиливается совместная работа с органами практического здравоохранения. В каждой детской поликлинике ведется прием педиатром-гастроэнтерологом. Организован специализированный пионерский лагерь для детей с хронической гастрогепатодуоденальной патологией.

В 1976 году ассистент Л.С. Кац защитила первую кандидатскую диссертацию, выполненную в соответствии с новым научным направлением кафедры на тему: «Секреторно-двигательная функция и структура слизистой желудка у детей с затяжными и рецидивирующими пневмониями». В 80-е годы были завершены начатые под руководством В.С. Андреевой 4 диссертации, посвященные патологии системы пищеварения у детей. А.Н. Тюрина выполнила диссертацию на тему: «Лечение хронического гепатита у детей» (1981 г.), Н.А. Осипова – «Секреторно - двигательная функция желудка у детей с заболеваниями желчных путей» (1981 г.), Л.С. Дарьина – «Клиника и лечение гастродуоденальных нарушений у детей пре- и пубертатного возрастов с дисфункцией щитовидной железы» (1982 г.), Е.А. Сироткин – «Факторы риска у детей из семей, генетически отягощенных по язвенной болезни» (1984 г.).

В последующие годы продолжало развиваться основное научное направление кафедры госпитальной педиатрии по решению проблем детской гастроэнтерологии. В 1984–1992 г.г. кафедрой заведовала профессор Зинаида Алексеевна Сурикова – воспитанница кафедры госпитальной педиатрии, способствовавшая внедрению научных достижений сотрудников в практическое здравоохранение, а также расширению диапазона инструментальных методов исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей. В повседневную работу были включены дистанционная термография, ультразвуковое исследование органов пищеварения и фиброгастродуоденоскопия. В 1986 г. были завершены диссертационные исследования ассистентов Н.Н. Добло («Факторы риска и ранняя диагностика болезней желчевыводящей системы у детей») и Л.М. Шипиловой («Изучение некоторых показателей липидного обмена у новорожденных с отягощенным антенатальным периодом»).

Наряду с широкомасштабными научными изысканиями кафедры госпитальной педиатрии в области детской гастроэнтерологии, в Саратовском государственном медицинском университете проводились научно-исследовательские работы по проблемам инфекционной патологии желудочно-кишечного тракта у детей. Так в кандидатских диссертациях В.Д. Трифонова и Е.Н. Шульгиной и в докторской диссертации А.С. Эйбермана рассматривались вопросы патогенеза, клиники, диагностики и терапии кишечных инфекций у детей.

В 1990 г. на должность профессора кафедры, а в 1992 г. заведующим кафедрой и руководителем клиники госпитальной педиатрии был избран профессор Александр Семенович Эйберман, который продолжил и развил научные исследования коллектива по детской гастроэнтерологии. Под его руководством были значительно расширены лабораторно-инструментальные возможности кафедры и клиники: в практическую деятельность были внедрены, кроме методов эндоскопии желудочно-кишечного тракта, УЗИ и термоскопии у детей, биопсия слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, колоноскопия, колография, изучение ионного состава желчи, электрогастрография и ионометрия. Усовершенствование инструментальной и лабораторной диагностики позволило проводить на современном уровне обследование и лечение детей. В этот период были защищены кандидатские диссертации Т.Ю. Гроздовой по изучению особенностей слизееобразования при гастродуоденитах у детей и Ю.В. Черненко по изучению особенностей течения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки при пилорическом хеликобактериозе.

В 1996 г. были успешно защищены кандидатская диссертация Ю.К. Герасименко по изучению кислотообразующей функции желудка и применению далагина при хронических гастродуоденитах, докторская диссертация Т.Ю. Гроздовой, посвященная изучению хронических заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, в 1997 г. - кандидатская диссертация В.О. Ицкович по усовершенствованию диагностики заболеваний желчевыводительной системы у детей.

В 1998 г. завершены и защищены 6 диссертационных работ - докторская диссертация Ю.В. Черненко («Медико-биологические аспекты хронических гастродуоденитов у детей»), кандидатские диссертации Г.В.Гузеевой («Усовершенствование клиничко - инструментальной и лабораторной диагностики хронического неспецифического энтерита у детей»), Т.Г. Суховой

("Клинико-морфофункциональные аспекты хронического толстокишечного стаза"), О.В. Скуповой ("Особенности течения гастродуоденитов у детей с atopическим дерматитом") и И.Ю. Федяниной по изучению функционального состояния печени при хронических гастродуоденитах у детей.

В последующие годы на кафедре госпитальной педиатрии СГМУ завершилась успешной защитой работа над 3 докторскими диссертациями: В.Д. Трифонова («Эпидемиология, диагностика и лечение заболеваний верхних отделов органов пищеварения»), Е.А. Сироткина («Медико-социальные проблемы, диагностика и профилактика муковисцидоза») и С.Б. Хацкеля («Медико-социальные факторы дизонтогенеза воспитанников домов ребенка и нутриционные аспекты их реабилитации»), а также 6 кандидатскими диссертациями: Ю.М. Спиваковского ("Особенности течения и обмен микроэлементов при гастродуоденитах у детей из различных экологических районов Саратовской области"), Т.Д. Алаторцевой («Место регуляторов моторики в комплексе лечения патологии органов пищеварения у детей с различным вегетативным статусом»), С.С. Саяпиной («Роль перенесенной кишечной инфекции в формировании хронической гастроэнтерологической патологии у детей»), О.В. Ереминой («Значимость нарушений микроэлементного состава крови в клиническом течении перинатальной патологии ЦНС у новорожденных детей»), А.В. Котовским («Взаимосвязь заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей с их психофизиологическим статусом и социально-бытовыми условиями проживания») и Н.А. Воротниковой («Бронхообструктивный синдром и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: течение, диагностика и тактика лечения у детей»).

Научно-исследовательские работы саратовской школы ученых педиатров - гастроэнтерологов широко представлены в многочисленных публикациях и в докладах на международных, российских и региональных съездах, конференциях и симпозиумах. Многие исследования одобрены и апробированы в Нижегородском НИИ детской гастроэнтерологии и других центральных научных учреждениях.

Главным результатом деятельности кафедры госпитальной педиатрии в эти годы явилось внедрение в практическую деятельность детских больниц и поликлиник г. Саратова и области современных методов диагностики и лечения патологии пищеварения у детей. Разработана система комплексного обследования и выявления детей с патологией органов пищеварения. Предложен метод медико-географического картографирования для выделения в области территорий с высоким риском развития заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки и метод соматотипирования в детских коллективах для выявления ранних признаков влияния неблагоприятных факторов внешней среды на детский организм. Внедрены в практику и широко используются врачами новые методы диагностики заболеваний пищевода и желудка - эзофагогастроскопия с прицельной биопсией и топографической рН-метрией, электрогастрография, селективное многомоментное желудочное зондирование, экспресс-рН-метрия микрозондами, метод 24-часовой компьютерной рН-метрии аппаратом "Гастроскан", ионометрия содержимого желудка; заболеваний двенадцатиперстной кишки - дуоденоскопия с прицельной биопсией, ионометрия желчи и содержимого кишки, цитология мазка-отпечатка на хеликобактер пилори; заболеваний тонкой кишки - еюноскопия с прицельной биопсией и бактериологическим исследованием, электроэнтерография, метод кислотных эритрограмм; заболеваний толстой кишки - колоноскопия, электроколография, метод щадящей рентгенодиагностики; заболеваний желчевыводительной системы - метод исследования психофизиологических и вегетативных функций с целью дифференциальной диагностики и прогнозирования течения.

Наряду с этим, расширились научные исследования по изучению состояния желудочно-кишечного тракта на фоне патологии органов дыхания, соединительной ткани и сердечно-сосудистой системы. В результате совместных исследований с другими кафедрами университета защищены кандидатские диссертации: А.П. Коротковой на тему «Взаимосвязь основных стоматологических заболеваний и патологии желудочно-кишечного тракта у детей», А.В. Рыжковой на тему «Особенности ортодонтического лечения пациентов с зубочелюстными аномалиями и гастродуоденальной патологией у детей» и А.Д. Свищева на тему «Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: особенности течения и лечения при сочетании с хроническими заболеваниями ЛОР-органов».

С 2013 года кафедру госпитальной педиатрии и неонатологии возглавляет доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе Саратовского медицинского университета им. В.И. Разумовского Юрий Валентинович Черненко. Под его руководством продолжается цикл научных исследований сотрудников кафедры по плану докторских и кандидатских диссертаций по вопросам детской гастроэнтерологии и ревматологии, питания и выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела и др.

Многие годы внештатными специалистами по детской гастроэнтерологии города Саратова последовательно являются сотрудники кафедры госпитальной педиатрии – профессор Ю.В. Черненко, затем доцент Ю.М. Спиваковский. Внештатным областным специалистом по детской гастроэнтерологии работает бывший аспирант кафедры, канд. мед. наук Г.В. Гузеева.

Решением президиума Российской академии естествознания в 2011 году кафедре госпитальной педиатрии было присвоено звание «Школа детской гастроэнтерологии».

Литература

1. История длиною в век: кафедры Саратовского государственного медицинского университета /Под ред. П.В. Глыбочко. – Саратов, 2009. – 348 с.
2. Профессора и заведующие кафедрами Саратовского государственного медицинского университета 1909 – 2009. – Саратов, 2008. – 420 с.
3. Эйберман А.С., Черненко Ю.В. Саратовская школа детской гастроэнтерологии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2015. 114 (2). С. 83.

Развитие отечественной медицины в информационном обществе

ID: 2016-01-27-T-5757

Тезис

Лемзина А.Е., Идрисова Х.У., Ермолаева Е.В.

Электронное здравоохранение: проблемы и перспективы

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

В современном мире многие сферы жизни человека связаны с различными источниками информации. Так и в медицинской сфере с недавних пор появилось такое понятие как электронное здравоохранение. Так что же такое электронное здравоохранение? Каковы его преимущества и недостатки?

Электронное здравоохранение – это инфокоммуникационная система, предоставляющая возможность быстрого доступа ко всей информации о пациенте, а так же дающая возможность консультировать больного на расстоянии. Оно позволяет выполнять клиническую работу дистанционно, обрабатывать данные дистанционной диагностики, электронный контроль за пациентом, использование агрегированных данных в области здравоохранения, т.е. данных полученных за счет объединения стандартизированных цифровых медицинских карт без возможности идентифицировать пациента, вести стандартизированные электронные медицинские карты, выполнять дистанционно медико-санитарное обслуживание и диагностику.

Как и любая система, электронное здравоохранение имеет свои преимущества и недостатки. К преимуществам данной системы следует отнести: во-первых, если вся информация о пациенте будет храниться в электронном виде в одной общей базе данных, то врач, находясь в любом городе или даже стране сможет быстро получить нужную ему информацию, соответственно уменьшается риск утери какой-либо информации. Во-вторых, современные технологии позволяют провести консультацию у любого врача, не выходя из дома. Это очень удобно для пациентов, живущих далеко от больницы, пожилых людей, а также людей с ограниченными возможностями. И самое главное, на наш взгляд, это то, что у этой системы очень высокая степень защиты, и вероятность того, что какая-либо информация попадет к посторонним людям, минимальна.

Литература

1. Андриянова Е.А., Гришечкина Н.В. Проблемы формирования системы электронного здравоохранения в России // Здравоохранение Российской Федерации. 2012. № 6. с. 27-30.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.

Ключевые слова: электронное здравоохранение: проблемы и перспективы

ID: 2016-01-27-T-5763

Тезис

Степанова А.В., Ленина Д.А.

Психологическое онлайн-консультирование: преимущества и недостатки*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.*

Психологическое консультирование - новая область профессиональной деятельности, выделившаяся из врачебной психотерапевтической практики как система работы со здоровыми людьми, имеющими проблемы в повседневной жизни.

Психологическая онлайн-помощь имеет преимущества и недостатки.

Плюсы:

Экономичность: стоимость онлайн консультаций, ниже чем у психолога, который принимает очно. Последнему приходится распределять свой доход не только на личные цели и в качестве налогов государству, но и на аренду, оплату ЖКХ, переезды к месту работу.

Безопасность: человек, который общается с психологом, находясь у себя дома, всегда чувствует себя более безопасно и комфортно. Этот фактор вызывает более доверительное общение, что позволяет очень эффективно производить изменения в позитивную сторону.

Конфиденциальность: некоторым клиентам не хочется афишировать посещение психолога перед близкими и родными. При онлайн консультировании это сделать легче и почти на 100% гарантируется полная анонимность.

Мобильность: в наш время это преимущество является достаточно ощутимым. Связь между ними не рвется, а консультации можно проводить без вынужденных перерывов. Кроме того, не каждому клиенту под силу выдержать график посещения психолога, учитывая загруженность в своем распорядке дня.

Минусы:

Опосредованность общения с клиентом: при непосредственном общении (лицом к лицу), консультант получает не только ту информацию, которую излагает клиент, но может наблюдать за его позой, мимикой, эмоциональным состоянием. При опосредованном общении часть информации консультанту не передается в силу некоторых причин.

Связь: к сожалению, не всегда интернет работает идеально и без перебоев. В случае, когда клиент и психолог пользуются видеокамерой, могут быть сбои в сети, которые отражаются, как на качестве изображения, так и на качестве связи.

Общение на расстоянии подвергается риску быть незавершенным и неразборчивым (непонятым), что может повышать тревожность, как клиента, так и терапевта.

Общедоступность: данный недостаток характерен для психологических форумов, где на заданный вопрос, ответить может любой пользователь интернета. Зачастую решать проблему вызываются люди далекие от психологии.

Ключевые слова: онлайн консультирование

ID: 2016-01-232-T-5870

Тезис

Якунина Е.Ю., Кадрова С.И.

Электронная регистратура как часть проекта информатизации здравоохранения

ГБОУ ВПО ИГМА Минздрава России, г. Ижевск

Научный руководитель: к.п.н. Сабитова Н.Г.

Введение. Информатизация здравоохранения, проводящаяся в наше время высокими темпами, является важной составляющей развития всей системы здравоохранения, в особенности поликлинической помощи. Частью данного проекта является электронная регистратура. По данным Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Удмуртской Республики число граждан, использующих электронную регистратуру возросло с 35000 в 2012 году до 284 000 в 2013 году.

Цель исследования: изучить эффективность внедрения и востребованности электронной регистратуры среди населения города Ижевска на примере Городской Клинической больницы № 2, Городской клинической Больницы № 7, Городской поликлиники №1.

Материал и методы. Данные исследования были получены методом анкетирования пациентов Городской Клинической больницы № 2, Городской клинической Больницы № 7, Городской поликлиники №1. При оценке сведений учитывались пол и возраст опрошенных. Объем выборки – 100 человек.

Результаты. На основе проведенного опроса были получены следующие результаты:

Уровень востребованности – 56% опрошиваемых используют электронную регистратуру, но чаще всего ею пользуются женщины (75%). Доля пожилых людей среди них составила 11%.

Частота использования электронной регистратуры составило: 59% респондентов используют ее «иногда», то есть при нехватке времени, по просьбе родственников, 41% используют ее «часто», то есть при каждом обращении в поликлинику.

Время, проведенное в очереди к врачу: 10-20 минут -48%, 20-30 минут-40%, более 30 минут -12%. По данным опроса, по субъективным ощущениям респондентов время пребывания в очереди по сравнению с периодом, когда не было электронной регистратуры и электронной очереди, значительно уменьшилось.

Оценка качества обслуживания электронной регистратуры: 80% оценили, как «хорошо», удовлетворительно -10%, отлично -10%.

Выводы. Все респонденты знают о существовании электронной регистратуры, однако записываются с помощью нее только при нехватке времени.

Сервис электронной регистратуры доступен для использования всем категориям граждан, среди респондентов встречались люди пенсионного возраста, пользующиеся электронной регистратурой. Женщины пользуются ей чаще, чем мужчины.

Нужно доводить информацию населению о том, что пользоваться электронной регистратурой очень удобно и быстро, чтобы повысить качество организации поликлинической медицины.

Ключевые слова: электронная регистратура, информатизация здравоохранения

Интеракция больных с нарушениями психического здоровья на платформе Интернета*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии***Резюме**

Исследование посвящено проблеме интеракции в Интернет-пространстве больных с нарушениями психического здоровья, а также лиц, оказавшихся включенными в ситуацию болезни. Проанализирована информация с ведущих Интернет-площадок по данной проблематике в аспекте возможностей и специфики социализации данного контингента больных.

Ключевые слова: интеракция, социализация, Интернет, шизофрения

На современном этапе развития общества возможности социальной интеракции многократно расширяются за счет приращения к жизненному пространству личности виртуального коммуникативного пространства Интернета. По данным ВЦИОМ количество пользователей Интернета в России неуклонно растет: если в 2006 году их было 23%, то в марте 2013 – 67% населения страны. Причем, значительно возросло число тех, кто на вопрос «пользуетесь ли Вы Интернетом, и если да, то как часто» выбрали ответ «практически ежедневно» – с 5 % в 2006 году до 41 % в начале 2013. (<http://wciom.ru>, дата обращения 05.07.2013). Активные пользователи Интернета в большинстве своем молоды (в возрастной группе 18-24 года таковых 76 %) и образованны (59% лиц с высшим либо неоконченным высшим образованием (данные ВЦИОМ от 30.05.2013, <http://wciom.ru>, дата обращения 05.07.2013). Из тех, кто ежедневно пользуется Интернетом, 40% посещают социальные сети, 35% – электронную почту, 18% – знакомятся с интернет-изданиями и просматривают новостные порталы, 14% пользователей посещают форумы, блоги, чаты, а 10% – обращаются к народным энциклопедиям (данные ВЦИОМ от 22.07.2012, <http://wciom.ru>, дата обращения 05.07.2013).

Быстрые темпы распространения и популярность Интернета объясняются спецификой мировоззренческих установок информационного общества. Интернет отвечает ценностным ожиданиям представителя массовой культуры и общества потребления: доступность, неограниченность, вариативность, тиражированность, оперативность. Интернет-коммуникация соответствует современному представлению о свободе общения: независимость от фактического местонахождения, кажущееся отсутствие ответственности (социальной и не только) и последствий в реальной жизни человека, универсализм, открытость, полнота самовыражения, возможность самореализации, анонимность. Причем, Интернет-коммуникация характеризуется высокой степенью доверия ее участников (47% активных пользователей доверяют информации, которую получают посредством форумов, блогов и чатов). Интернет становится настолько «обычным» явление в жизни современного общества, что корректирует традиционные социальные практики до их полного поглощения. Четверть россиян, пользователей Интернета, уже прислушиваются к мнению и берут советы только у своих Интернет-знакомых (данные ВЦИОМ от 22.07.2012, <http://wciom.ru>, дата обращения 05.07.2013). В Японии среди молодежи распространено явление «хикikomори», при котором все контакты человека с миром осуществляются только через Интернет, при этом сам пользователь вообще не покидает пределов своего дома или даже комнаты.

Широкая доступность Интернет-интеракции основана на отсутствие требований к ее участникам, кроме владения навыками пользования. В частности, чтобы «войти» в Интернет-пространство, не нужно предъявлять справку о психическом здоровье. Поэтому в Интернет-коммуникацию может быть включены лица, у которых социальная интеракция затруднена или ограничена его вынужденной изолированностью от общества по причине нарушения психического здоровья.

Получить информацию и рекомендации по поводу заболевания, связанного с нарушением психического здоровья Интернет-пользователь может на сайтах и форумах центров психотерапевтической и психиатрической помощи, а также на специальных форумах и чатах при общении с людьми, оказавшимися в подобной ситуации. В обращениях посетителей форума Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева (сайт существует с 2001 года) по вопросам шизофрении, можно выделить круг проблем, с которыми сталкивается человек, оказавшись в ситуации болезни.

Больные шизофренией чаще всего обращаются по следующим вопросам:

- жалобы на неэффективность назначенного им лечения и просьба нового назначения. (Цитата с форума: «С 2006 года я пью таблетки, но результата нет, хотя бывает небольшое улучшение. Мне бы хотелось узнать, есть ли кроме таблеток какие-то методы, которые помогут мне в моей болезни», <http://www.bekhterev.ru>, дата обращения 01.11.2015);
- выражение неудовлетворенностью медицинской помощью, оказанной по месту жительства;
- возможность применения того или иного препарата на основе внутренней картины болезни. (Цитата с форума: «Беспокоят подавленное и угнетенное состояние, тягостное состояние, невозможность и нежелание общаться с людьми, тоска, утрата испытывать радость и удовольствие, падение психической активности, лежу целыми днями дома, замкнутость, обеднение речи и мыслей, чувствую себя оскудевшей интеллектуально и духовно, перестала осознавать себя личностью, пустота, нет наполненности, бессонница, деперсонализация, чувство деградации», <http://www.bekhterev.ru>, дата обращения 01.11.2015).

Другую категорию пользователей форума составляют лица, которые не имеют установленного диагноза. Такие пользователи:

- описывают свои симптомы, выражая большое опасение, что их отклонение связано с шизофренией;
- узнают о возможностях личной консультации у специалистов института.

При анализе обращений больных шизофренией обозначаются самые распространенные причины нарушения межличностного взаимодействия в системе «врач-пациент», являющиеся препятствием эффективного лечения:

1. Недоверие к медицинскому персоналу, возникшее на основе имеющегося личного опыта, либо мнения другого больного;
2. Представление об уникальности каждого случая заболевания при унифицированном, стандартизированном подходе к оказанию психиатрической помощи. (Цитата с форума: «Я была готова к откровенности, но меня не услышали», <http://www.bekhterev.ru>, дата обращения 01.11.2015).

В результате больные с устойчивой убежденностью в своем полном одиночестве и покинутости, предпринимают самостоятельные шаги в вопросах собственного лечения, выраженные, например, в поисках необходимой информации в Интернет-пространстве. Между тем, включенными в ситуацию болезни человека с нарушениями психического здоровья оказываются также лица, составляющие его постоянное или вынужденное окружение. К таковым относятся:

- члены семьи и родственники;
- близкие друзья и знакомые, соседи;
- лица, оказывающие медицинскую и другую помощь по уходу;
- лица, оказавшиеся включенными во взаимодействие (коллеги в случае трудовой деятельности).

Указанные категории лиц даже более, чем сами больные, пользуются возможностью обращения посредством форума к специалистам Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева. Их интересует следующая информация:

- уточнение диагноза при сомнении в его правильности с описанием ситуации болезни, наблюдаемого у родственника (друга, знакомого). (Цитата с форума: «Шизофреноподобное расстройство или все-таки шизофрения?», <http://www.bekhterev.ru>, дата обращения 01.11.2015);
- сроки и дозы применения конкретного лекарственного препарата, фармакотерапия. (Цитата с форума: «Чуда не ждем, но хотелось бы облегчить состояние моей сестры. Чтобы помогли в подборе лекарств, их дозировке и т. д., поставить более правильный – точный диагноз», <http://www.bekhterev.ru>, дата обращения 01.11.2015);
- формы и методы лечения и отношений с больным. (Цитата с форума: «Везде советуют быть спокойным и терпимым в общении с такими людьми, но где уже взять сил, ведь прогресса никакого нет! Скажите, пожалуйста, что можно сделать в нашей ситуации? Как помочь дочери снова жить?», <http://www.bekhterev.ru>, дата обращения 01.11.2015);
- причины заболевания и прогнозы;
- возможность трудовой деятельности больного и другие аспекты организации его жизнедеятельности. (Цитата с форума: «Муж устроился на работу, но я не уверена, что он справляется, очень он застенчивый, неуверенный в себе, я переживаю, как бы он не наделал «делов», все-таки на работе я не могу его контролировать», <http://www.bekhterev.ru>, дата обращения 01.11.2015);
- возможность консультации и лечения в институте;
- условия отмены диагноза (крайне редко) и возможность полного выздоровления.
Родственники (друзья, знакомые) лиц без установленного диагноза:
- выражают озабоченность симптоматикой в надежде, что она является проявление легкого отклонения в психике, но не серьезного заболевания. (Цитата с форума: «Вижу, что происходит с братом, дело в том, что я хочу лучше разобраться в происходящем и попробовать ему помочь», «Подскажите, что это? Неужели шизофрения?», <http://www.bekhterev.ru>, дата обращения 01.11.2015);
- узнают о возможности квалифицированной консультации специалистами института.

Во всех обращениях фиксируются признаки социальной дезадаптации больного шизофренией, которая усиливается по мере прогрессирования заболевания и нарастания изолированности пациента. Однако потребность индивида занять определенную позицию в обществе по-прежнему требует удовлетворения, осложняясь как неопределенностью самого индивидуального «запроса», так и трансформацией восприятия общественного «ответа». И если адаптированность означает принятие социальных норм и эффективный ответ на те социальные ожидания, с которыми каждый человек встречается в соответствии со своим возрастом и полом [1], то человеку, не имеющему целостного адекватного представления о себе самом как следствие его психического расстройства, не избежать социального конфликта. К этому неизбежно приведет социальная ангедония, замкнутость и отстраненность от окружающих, от социальной жизни, которые наблюдается у пациентов с шизофренией. При этом указанные проблемы недостаточно осознаются больными при отсутствии должной самокритики. Таким образом, изначально присутствует негативный настрой на интеракцию в устойчивом представлении о враждебности, отвержении, осуждении их потенциального актора, что приводит к отказу или избеганию контакта.

При шизофрении наблюдаются нарушения эмоционального реагирования на социальные стимулы. Многочисленные исследования выявили значительное снижение у больных способности определять эмоциональное состояние собеседника: «мимика и выразительные пантомимические движения партнера остаются для них неопределенными, неясными, что в ситуации реального и особенно сложного, конфликтного взаимодействия оставляет свободу для проекций (включая патологические), резко повышает уровень тревоги, затрудняет социальные взаимодействия» [2]. При общении посредством Интернета преимущественное отсутствие визуального контакта с собеседником устраняет сам факт неадекватного распознавания его эмоционального состояния, таким образом, формируется позитивный настрой на интеракцию. В результате мы наблюдаем появление многочисленных коммуникативных площадок для данной категории пользователей на платформе Интернета и их устойчивое расширение.

С декабря 2010 года в Интернет-пространстве существуют форум «Шизофрения и я». На сегодняшний день этот форум имеет самый высокий индекс популярности среди сайтов, посвященных расстройствам психики (электронный ресурс: <http://top100.rambler.ru>, дата обращения 09.12.2015). По мнению создателей форума, через общение людей, имеющих психические расстройства (а также их врачей, друзей и родственников), реализуется необходимость их «объединения», «снижения психологического напряжения в среде общения и жизнедеятельности», «само- и взаимопомощи», «обмена личным опытом», «повышения самоуважения, сохранения индивидуальности», «продвижения положительного имиджа людей, имеющих душевные болезни», «самовыражения через творчество» (<http://schizonet.ru/forum>, дата обращения 09.12.2015).

На основе заявленных целей такой коммуникативной площадки, как форум «Шизофрения и я», можно выделить особенности «социального самочувствия» людей, оказавшихся в ситуации психического заболевания, их очевидную потребность в социализации. Люди, находящиеся в состоянии болезни, нуждаются в социальном признании, включенности в социальное взаимодействие, преодолении одиночества и инаковости своего существования, испытывают психологическое напряжение в социальных отношениях и потребность в адекватном восприятии их в обществе, уважении и сочувствии.

В настоящий момент, форум «Шизофрения и я» имеет 5539 зарегистрированных пользователей (причем, за последние два года их количество удвоилось). Пользователи обсудили 12178 тем и оставили 629593 сообщений (за последние два года

количество тем и сообщений утроилось). В декларируемой обстановке доверия и непринужденности «форумчане» обсуждают интересующие их проблемы, среди которых:

- причины заболевания;
- личный опыт переживания болезни, применения лекарственных препаратов;
- опыт взаимодействия с медицинскими службами;
- отношение к ним родных, знакомых, медицинского персонала.

Помимо обсуждения болезни, на форуме идет активный обмен новостями и полезной информацией (ссылки на статьи, исследования), мнениями по поводу произведений литературы, музыки, живописи, кинематографа. Форум позиционируется как пространство творчества, реабилитации посредством арт-терапии, «сам этот форум можно рассматривать как продукт творчества больных шизофренией» (<http://schizonet.ru/forum>, дата обращения 09.12.2015). В общении друг с другом в рамках форума больные психическим заболеванием возвращаются к тому качеству социального взаимодействия, которое было нарушено болезнью. Цитата с форума: «Может кого-то вдохновляют книги, судьбы других людей, которые где-то, а в меня вселяют надежду и веру, примеры форумчан, простые обыкновенные, может и совсем маленькие усилия и успехи. И эти победы над собой, гораздо ближе и дороже, всех героических судеб» (<http://schizonet.ru/forum>, дата обращения 09.12.2015).

На основе анализа информации с форума выделены субъективные барьеры, препятствующие социальной коммуникации и интеракции людей, имеющих психическое заболевание:

1. Опасение быть идентифицированными как лица, имеющие психические заболевания, стигматизация и самостигматизация. (Цитата в форуме: «Я боюсь смотреть людям в глаза, я не могу находиться с большим количеством народа, мне кажется, что на меня все смотрят и думают про меня», «главное это не сама болезнь, а клеймо, которое она оставила», «то ли действительно у меня на лице написано», «как с этим клеймом справиться?», <http://schizonet.ru/forum>, дата обращения 09.12.2015).
2. Мнение о непонимании, невнимании к ним окружающих.
3. Опасение быть отвергнутыми. (Цитата с форума: «Социальное взаимодействие – проблема: порой, иногда хоть, ничего не говоря, отходи от человека, избегая контакта», <http://schizonet.ru/forum>, дата обращения 09.12.2015).

Все эти проблемы практически отсутствуют при интеракции в коммуникативном пространстве форума. Страх – одно из базовых эмоций при заболевании шизофренией, провоцируемый условиями непосредственного социального взаимодействия именно по причине их реальности, притупляется в условиях виртуальной Интернет-интеракции.

Сегодня коммуникативные площадки на платформе Интернета должны выступать в качестве значимых исследовательских объектов. Анализируя форум «Шизофрения – лечение общением», появившегося одним из первых в Интернет-пространстве российского пользователя, представитель профессионального психиатрического сообщества С.М. Бабин писал: «Если мы, как профессиональное сообщество, заинтересованы в развитии диалога с пользователями, расширении научно обоснованных моделей лечения и реабилитации душевнобольных, то только открытые дискуссии способны привлекать новых сторонников, убеждать противников и способствовать формированию реальных партнерских отношений между врачами и пациентами» [3].

Современные, широко распространенные практики социальной интеракции, существующие в Интернет-пространстве, позволяют говорить о социализирующей функции Интернета. Если понимать социализацию как процесс операционального овладения набором программ деятельности и поведения, характерных для той или иной культурной традиции (Новейший философский словарь / Сост. А.А. Грицанов, электронный ресурс: <http://www.termo.ru>), то сам факт обращения к информационному ресурсу и вступления в Интернет-коммуникацию говорит о социализации больного в пространство информационной культуры современного общества. Социализация предполагает усвоение индивидом социального опыта путем вхождения в социальную среду, систему социальных связей и активное воспроизведение этих связей. Интернет-сообщество представляет собой такую специфическую среду, которая формируется на основе социальных Интернет-связей и их воспроизводства с каждым новым посещением данного электронного ресурса.

Понятие полноправного члена общества, которое является результатом социализации, подразумевает, прежде всего, признание членами общества другого как равного. На платформе специализированного форума это требование реализуется в рамках данного Интернет-сообщества. На форумах, предназначенных для общения людей, имеющих психическое заболевание, происходит обмен знаниями, эмоциями, опытом, исполняются ролевые ожидания, таким образом, осуществляется включенность данных лиц в социальное взаимодействие.

Но при этом социализация включает в себя социально-контролируемые процессы целенаправленного воздействия на личность, и этот факт актуализирует проблему научного изучения современной Интернет-интеракции. Гуманизация медицины, в том числе психиатрии, в современных условиях неизбежно требует введения Интернет-пространства в медицинский дискурс.

Литература

1. Кобзова М.Н. Когнитивные нарушения и проблема социальной дезадаптации при шизофрении // Психологические исследования: электронный журнал. – 2012 – № 2 (22).
2. Рычкова О.В. Эмоциональные составляющие нарушений социальной перцепции при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия – 2012 – № 4. – Том 22. – С. 24.
3. Бабин С.М. Интернет-форум «Шизофрения – лечение общением» // Социальная и клиническая психиатрия – 2011. – № 4. – (Том 21). – С. 111-115. – С. 113.

Реформирование отечественного здравоохранения: направления и перспективы

ID: 2016-01-27-T-5522

Тезис

Абляева В.И., Николаева Н.А.

Рынок медицинских услуг в современной России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

Рынок медицинских услуг начал формироваться в 80-х годах XX века. В настоящее время в России используется бюджетно-страховая модель финансирования медицинской помощи, основывающаяся на сочетании бюджетных и страховых источников. Однако это не повысило продуктивность системы охраны здоровья населения, а наоборот, затормозило ее реформирование.

Актуальность работы связана с модернизацией системы здравоохранения, изменением рынка медицинских услуг в России, т.к. уровень развития рынка медицинских услуг отражает уровень развития системы здравоохранения в целом.

Рынок медицинских услуг обеспечивает возможность осуществления политических, экономических, научно-образовательных, лечебно-профилактических, управленческих и организационных мероприятий, направленных на реализацию права граждан на сохранение здоровья.

Характерной особенностью современного российского рынка медицинских услуг является наличие ряда противоречий:

- сохранение высоких цен на медицинские услуги даже при избыточном предложении;
- ограниченность доступа населения к дорогостоящим современным медицинским технологиям;
- наличие пациентов и высокая стоимость медицинских услуг не гарантируют улучшение качества медицинской помощи;
- внедрение инноваций и повышение качества медицинской помощи не снижает стоимость медицинской услуги.

Таким образом, можно сделать вывод, что эти противоречия вызваны слабо разработанной нормативной базой оказания, прежде всего, платных медицинских услуг. Кроме того, проявление несогласованности экономических интересов в системе здравоохранения, отток молодых специалистов, снижение качества оказываемой медицинской помощи не способствуют разрешению уже существующих противоречий рынка медицинских услуг в России, а лишь порождает новые.

Литература

1. Ермолаева Е.В. Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Поляков И.В., Зеленская Т.М., Ромашов П.Г., Пивоварова Н.А. Экономика здравоохранения в системе рыночных отношений. Санкт-Петербург, 1997.

Ключевые слова: рынок, медицинские услуги

ID: 2016-01-27-T-5543

Тезис

Боргер Л.С., Швецова А.А., Ермолаева Е.В.

Обязательное медицинское страхование: достоинства и недостатки*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Актуальность данной темы заключается в том, что в настоящее время стал очевидным кризис российского здравоохранения, а вместе с ним и медицинского страхования. Это вызвано неблагоприятным состоянием здоровья населения, которое является одним из главных факторов экономического развития.

Обязательное медицинское страхование – система государственных правовых и экономических мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованному лицу за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы ОМС, и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование обладает рядом положительных моментов. Во-первых, ОМС является одним из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в области охраны здоровья, является государственным и всеобщим для населения. Во-вторых, федеральная система ОМС самостоятельно формирует свою структуру финансовых ресурсов и затрат и вступает в финансовые отношения с другими субъектами рынка, что отмечает ее фактическую универсальность. В то же время системы ОМС имеет ряд недостатков. К наиболее явным относится совмещение одной страховой организацией услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию. Для решения данной проблемы необходимо четкое законодательное разграничение обоих видов медицинского страхования, вплоть до принятия отдельного закона «О добровольном медицинском страховании граждан». Кроме того, ежедневно возникают различные проблемы, которые решаются в рабочем порядке: изменение тарифов, добавление новых услуг и статей расходов. В этом плане система ОМС требует постоянного законодательного усовершенствования и динамического подхода.

Таким образом, развитие ОМС предполагает увеличение финансирования организаций здравоохранения, пересмотра законодательной базы, увеличения тарифа на ОМС, внедрение новых методов оплаты медицинской помощи, государственного регулирования платных медицинских услуг, совершенствования системы страхования.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование

ID: 2016-01-27-T-5550

Тезис

Кондратьева Д.А., Коваленко А.Д., Ермолаева Е.В.

Проблема трудоустройства выпускников высших медицинских учебных заведений России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Проблемы подготовки и последующего трудоустройства выпускников медицинских вузов России сегодня чрезвычайно актуальны, т.к. по данным Министерства образования уровень трудоустройства не превышает 87%. Следовательно, эффективность трудоустройства выпускников является главным показателем качества высшего профессионального образования. Необходимость выявления и устранения причин, затрудняющих данный процесс приобрела общегосударственный статус.

Низкая конкурентоспособность выпускников на рынке труда обусловлена отсутствием необходимой квалификации и практических навыков; расхождением в ожиданиях молодых специалистов и работодателей, касающихся уровня оплаты труда и доступных вакансий; несоответствием преподаваемых в вузах специальностей и запросам рынка труда; противоречием между личностными и общественными приоритетами, отсутствием нормативно-правовой базы социально-экономической поддержки выпускников. Это приводит к дисбалансу числа специалистов узкого профиля и первичного звена, недостатку специалистов в области менеджмента и экономики здравоохранения.

Для решения данной проблемы в СГМУ им. В.И. Разумовского была создана Служба содействия трудоустройству выпускников, которая оказывает студентам информационно-консультативную помощь по вопросам трудоустройства, организует и проводит встречу молодых специалистов с потенциальными работодателями. Ежегодная Ярмарка вакансий, в которой участвуют государственные учреждения здравоохранения Саратовской области, дает шанс выпускникам пройти стажировку в различных организациях.

Кроме того, в 2012 году Правительством РФ была инициирована целевая программа «Земский доктор» для трудоустройства молодых врачей в сфере сельского здравоохранения. Специалисту предоставляется разовая выплата в размере 1 000 000 руб. в качестве стартового капитала, при этом он должен будет отработать на селе не менее 5 лет. В рамках данной программы выпускникам СГМУ предоставляются рабочие места в 26 районах Саратовской области.

Сотрудничество работодателей и администрации, а также включение вузов в процесс трудоустройства, позволит решить данную проблему, даст возможность молодым специалистам развить свои профессиональные и личностные качества.

Ключевые слова: выпускники, трудоустройство, студенты, медицинские вузы

ID: 2016-01-35-T-5555

Тезис

Трехлебова И.В., Ермолаева Е.В.

Рынок платных медицинских услуг в России*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Рынок платных медицинских услуг в России начал формироваться в 90-е годы XX века с изменением материального благосостояния населения и продолжает активно развиваться. Переход к рыночной системе отношений привел к появлению платных медицинских учреждений. В настоящее время платные медицинские услуги предоставляются государственными и ведомственными поликлиниками, больницами, госпиталями, частными клиниками.

Цель работы: выявить особенности развития рынка платных медицинских услуг в России.

Главными причинами роста рынка платных медицинских услуг является недостаточное финансирование бюджетных медицинских учреждений, трудность доступа к врачу и большие очереди, ненадлежащее качество бесплатной медицинской помощи, развитие добровольного медицинского страхования, которое стало альтернативой обязательному медицинскому страхованию. В большинстве случаев полис ДМС приобретают крупные компании для своих сотрудников, на долю индивидуальных клиентов приходится лишь 5-10%.

С другой стороны, развитие рынка платных медицинских услуг существенно сдерживается государственными поликлиниками, которые оказывают клиентам платные услуги по демпинговым ценам, а также сохранившиеся представления людей о том, что медицина должна быть «бесплатна». По результатам опроса ВЦИОМ 46% населения не ориентировано на лечение в платных учреждениях.

Общими тенденциями рынка платной медицины являются расширение профиля оказываемых частными клиниками услуг, а также дальнейшее формирование и укрупнение сетей медицинских учреждений. Ведущими частными медицинскими центрами в настоящее время являются: «МЕДСИ» (многопрофильная), «Инвитро» (лабораторные исследования и диагностика), «Мать и дитя» (акушерство, гинекология, педиатрия). По оценке экспертов, крупнейшими сегментами рынка частной медицины в России являются стоматология-60%, гинекология - 20%, диагностика – 10%, косметология-6%. В последние годы активно развиваются такие направления, как регенеративная медицина, молекулярно-генетическая диагностика, генная терапия.

Вывод. Государственный сектор медицинских услуг доминирует, но велико число людей, обращающихся также и в частные клиники. Число частных многопрофильных клиник невелико из-за конкуренции с государственными ЛПУ, большинство клиник имеет узкую специализацию: стоматология, гинекология, лабораторная диагностика.

Ключевые слова: рынок платных медицинских услуг, Россия

ID: 2016-01-231-T-5651

Тезис

Крайнова А.М., Исакова Э.А.

Источники финансирования здравоохранения РФ

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

Здоровье – это основа экономического и социального процветания, благополучия нации. В современном мире финансирование здравоохранения осуществляется за счет бюджета страны, средств населения и работодателей. В настоящий момент имеется три модели финансирования общества: бюджетно-страховая, бюджетная, предпринимательская. В бюджетно-страховой модели финансирование идет за счет целевых взносов работодателей и бюджета. В бюджетной модели – за счет бюджета страны. В предпринимательской модели финансирование осуществляется за счет продаж населению медицинских услуг и фондов добровольного медицинского страхования.

В России система финансирования здравоохранения характеризуется, как бюджетно-страховая. Главным источником финансирования является государственный бюджет, формируемый за счет налогов, взимаемых с населения и предприятий: налоги на прибыль, подоходный налог, налог на добавленную стоимость и др., который должны утвердить Правительство РФ и Федеральное собрание. С момента утверждения этот бюджет становится обязательным для исполнения.

Личные средства потребителя медицинских услуг так же являются одним из источников финансирования здравоохранения. Платные услуги существовали на протяжении всей истории России. Каждый гражданин имел и имеет право получить платную помощь.

В связи перехода к системе обязательного медицинского страхования (ОМС) появился дисбаланс между обязательствами государства по оказанию бесплатной медицинской помощи гражданам и выделением финансовых средств. Для решения этой проблемы была разработана Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. Эта программа определяет минимальные объемы медицинской помощи и финансовые ресурсы их обеспечения не только в системе ОМС, а всей системы здравоохранения.

Таким образом, источники финансирования медицины не могут в полном объеме обеспечить здравоохранение всеми нужными средствами, поэтому необходимо увеличение финансирования организаций здравоохранения, внедрение новых методов оплаты медицинской помощи, совершенствования системы страхования.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения РФ

ID: 2016-01-27-T-5660

Тезис

Граздич Д.П., Шустова К.А., Ермолаева Е.В.

Предпринимательство в медицине*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Предпринимательская деятельность – это деятельность, осуществляемая на свой риск и направленная на систематическое получение прибыли, от использования имущества, продажи товаров, выполнения работ, оказания услуг.

Предпринимательская деятельность в сфере здравоохранения ориентирована на оказание медицинских и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, медицинского оборудования, инструментов и основана на получении дохода от оказания данных услуг. Она осуществляется как частными, так и государственными медицинскими учреждениями.

В условиях рыночной экономики медицинское предпринимательство выполняет ряд функций:

- экономическую, которая проявляется в участии субъектов рынка и товаров в обеспечении потребностей в товарах и услугах медицинского назначения;
- ресурсную, которая связана с эффективным использованием в медицинской деятельности различных ресурсов;
- инновационную, обусловленную потребностью в постоянном техническом совершенствовании медицинских организаций;
- социальную, направленную на сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан;
- организаторскую, которая заключается в способности субъектов рынка принимать самостоятельные эффективные решения по организации собственного дела;
- политическую, которая наделяет профессиональные ассоциации врачей и фармацевтов правами выражать политическую волю всех предпринимателей, действующих на рынке медицинских услуг.

Здравоохранение занимает особое место в социально ориентированной экономике, именно здесь производятся общественно потребляемые блага – медицинские услуги. В последнее время здравоохранение все больше участвует в экономической жизни общества, чему способствует развитие частных медицинских учреждений. Причем наблюдается все большая зависимость здравоохранения от общего экономического роста в стране: платежеспособность населения влияет на объемы платных услуг отрасли, а стабилизация в государственном секторе позволяет рассчитывать на развитие целевых программ, финансируемых государством.

Ключевые слова: предпринимательство в медицине

ID: 2016-01-27-T-5727

Тезис

Чистякова Е.А.

Оплата труда в медицинских учреждениях: состояние и перспективы

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

К сожалению, сфера медицины в России находится в состоянии упадка. Врач, спасая миллионы жизней, получает одну из самых низких зарплат в бюджетной сфере. Небольшой рост заработной платы медицинских работников начал прослеживаться лишь только с 2012 года, когда был издан Указ Президента, регулирующий оплату труда сотрудников медицинской сферы.

Согласно этому Указу, в течение 2013 года зарплата медицинского персонала по сравнению с прежним уровнем повысилась на 24%, в 2014 году она увеличилась еще на 13%, а в 2015 году планируется повышение зарплаты медиков на 17%.

Существенно позволило повысить уровень заработной платы медицинских работников развитие программы обязательного медицинского страхования. Также в Указе Президента обозначена программа, целью которой является модернизация медицинских учреждений. В бюджете выделено 460 миллиардов рублей, которые будут направлены на покупку и обновление технического оснащения для больниц и санаториев.

Указ Президента, регулирующий повышения заработной платы в бюджетной сфере, действительно воплощается в жизнь. Об этом свидетельствует тот факт, что в 2015 году выделено более 100 миллиардов рублей на повышение заработной платы медицинским сотрудникам.

Помимо этого, в программе выделен отдельный пункт, регулирующий повышение заработной платы младшему медицинскому персоналу. В настоящее время, средняя зарплата медицинских сестер и санитарок, в зависимости от региона, составляет от 7 000 до 10 000 рублей. В будущем уровень зарплаты для этой категории сотрудников должен значительно повыситься.

Таким образом, можно сделать вывод, что действующая система оплаты труда в медицинских организациях имеет как достоинства, так и недостатки. В будущем ситуация с оплатой труда медицинским работникам, скорее всего, улучшится. Согласно указу президента, к 2018 году средняя зарплата врачей должна быть как минимум вдвое больше средней зарплаты по экономике для региона. А заработок других медработников должен соответствовать этой средней региональной зарплате.

Ключевые слова: оплата труда в медицинских учреждениях

ID: 2016-01-27-T-5740

Тезис

Ивлиева Д.А.

Государственная и частная медицина в России: проблемы взаимодействия*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.*

Главная цель модернизации российского здравоохранения — повышение доступности и качества медицинской помощи для населения. Актуальной для здравоохранения России в настоящее время, является проблема роста неравенства в обществе.

Одним из важных факторов неравенства в здоровье выступает уровень дохода, в результате возникают существенные различия в социально-экономическом статусе пациентов. В таких условиях сложно найти «среднего пациента» - богатые и бедные имеют разные запросы и финансовые возможности для получения медицинской услуги. Наличие состоятельных людей способствует развитию частного сектора, чьей является, прежде всего, получение прибыли. Возникает дилемма, с одной стороны, пациент будет больше доверять врачу, действующему без мотива прибыли, с другой - у врача есть объективная возможность «увеличить доход», поэтому необходимо регулирование этого вопроса со стороны государства. Частная медицина с точки зрения получения прибыли более выгодны высокие технологии, т.к. они более дорогие, а общество ввиду ограниченных ресурсов предпочитает более дешевую медицинскую помощь. Пока частный сектор является дополнительным и служит для расширения выбора потребителя, но если он вырастет до определенного уровня, то возможно обращение наиболее требовательных потребителей к частной медицине. Это может привести к формированию двухступенчатой системы - высококачественная медицинская помощь в частном секторе для обеспеченных, и ограниченный спектр услуг в государственной системе для остальных.

Таким образом, проблема создания такой системы здравоохранения в России, которая позволит удержать здравоохранение как систему для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи населению при сохранении базового принципа социальной солидарности, является актуальной. Требуется создание эффективной системы здравоохранения в России, что определит и установит новые, более высокий уровень жизни и социального согласия в обществе.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Благоприятный социально-психологический климат в коллективе как условие эффективной работы // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. 2015. № 3. С. 50-52.

Ключевые слова: государственная медицина, частная медицина, Россия

ID: 2016-01-231-T-5889

Тезис

Черникова Д.Г., Волкова А.В.

Проблема финансирования здравоохранения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Основной проблемой здравоохранения является проблема финансирования. Вопросы, возникающие по этому поводу - где взять средства и как их наиболее рационально использовать? Известно, что существует Фонд обязательного медицинского страхования и страховая медицинская организация, откуда на счет медицинского учреждения поступают средства на оказание медицинской помощи, но эти средства складываются за счет уплаты налогов пациента. Также от пациента на счет медицинского учреждения поступают средства за платные услуги. Из этого можно сделать вывод, что источником доходов является пациент. В последнее время мы все чаще говорим о бюджетировании. Недостаток финансирования приводит к снижению качества медицинской помощи и развитию теневой экономики.

В дальнейшем значительно возросло количество финансовых потоков, что привело к уменьшению средств. Следовательно, лечебные учреждения вынуждены увеличивать количество услуг, для привлечения пациентов. Медицинская помощь становится менее качественной и менее эффективной.

Было решено, что необходимо участие пациента в оплате медицинской помощи, т.к. государство не в силах оплатить медицинскую помощь в полном объеме. В настоящее время 60% расходов на медицину берется из различных государственных источников, а 40% оплачивает сам пациент.

Чтобы решить все вопросы, связанные с проблемой финансирования, необходимо сочетать различные источники оплаты медицинской помощи, а также производить больше отечественных медицинских препаратов.

Ключевые слова: финансирование, здравоохранение

Капралов С.В.

Проблемы профессиональной подготовки хирургов в условиях реформы высшего образования*Медицинский университет "Реавиз"***Резюме**

Высшая профессиональная подготовка врача хирурга имеет ряд особенностей. Ее цель заключается в обучении тщательно отобранных, хорошо подготовленных людей специфическим знаниям и практическим навыкам. Однако только организацией учебного процесса в вузе обучение специалистов не ограничивается: не меньшее значение имеют профессиональный отбор и система непрерывного повышения квалификации. Основная задача подготовки врача-хирурга ложится на систему послевузовского образования. Интернатура и ординатура на протяжении последних лет полностью перешли в ведомство медицинских вузов. В связи с этим клиническая база для обучающихся резко сократилась. При этом в отечественном здравоохранении наблюдается парадоксальное сочетание кадрового дефицита и отсутствие рынка труда медицинских специалистов. Нарастает опасный разрыв между поколениями практикующих врачей. Проводящаяся уже много лет реформа высшей школы ничего не предусматривает для решения накопившихся специфических проблем подготовки хирургов и вместо решения актуальных проблем профессиональной подготовки копирует западные формы обучения. Реформа медицинского образования является наиболее опасным мероприятием, так как подрывает традиции отечественного здравоохранения, что влечет за собой угрозу общественной безопасности.

Ключевые слова: образование, хирургия, реформа**Введение**

Высшая профессиональная подготовка врача хирурга имеет ряд особенностей. Ее цель заключается в обучении тщательно отобранных, хорошо подготовленных людей специфическим знаниям и практическим навыкам. По утверждению древних, хирургия представляет собой гармоничное сочетание науки, искусства и ремесла [4]. Следовательно, обучение хирургии подразумевает сочетание теоретической подготовки с курсом практической подготовки. Основная сложность формирования хирургов заключается в освоении практических мануальных навыков. Однако только организацией учебного процесса в вузе обучение специалистов не ограничивается: не меньшее значение имеют профессиональный отбор и система непрерывного повышения квалификации. Вопрос профессионального отбора в хирургии стоит значительно острее, чем в других медицинских специальностях [3]. К сожалению проблемы психологической устойчивости, физической работоспособности, выносливости почти не обсуждаются в процессе выбора врачебной специальности. Второй, еще более важный вопрос, состоит в реализации обучающегося специалиста. Обучение непрерывно должно подкрепляться практической деятельностью, самостоятельной ответственностью в принятии решений, работой в на достигнутом квалификационном уровне [3]. Молодой специалист должен иметь возможность выбора последующего места работы. С другой стороны распределение лучших выпускников на лучшие рабочие места должно быть главным стимулирующим фактором мотивации качества обучения. Таким образом решающее значение в управлении подготовки хирургов должен иметь «рынок труда», предоставляющий выпускникам медицинского вуза рабочие места, соответствующие их квалификации [2].

Цель: обозначить проблему подготовки хирургов для практического здравоохранения в условиях реформы высшей школы.**Материал и методы**

Проводился анализ открытых источников информации.

Результаты

Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации в значительной мере зависят от состояния профессионального уровня и качества подготовки медицинских и фармацевтических кадров, как главного ресурса здравоохранения [7]. Успех лечения больного в хирургии прежде всего определяется личной ответственностью и профессиональной квалификацией врача. Следовательно, подготовка молодых специалистов имеет первостепенное значение. Между тем вопросы специальной подготовки хирургов недостаточно отражены в медико-педагогической литературе. Специальной литературы для подготовки врачей хирургов практически нет. В условиях дефицита соответствующей литературы обучение хирургов определяется ведущими кафедрами медицинских вузов и профильными отделениями крупных стационаров самостоятельно.

Российской Федерации в наследство от Советского Союза досталась хорошо отлаженная система подготовки медицинских специалистов, обладающая богатой материально-технической базой и значительным опытом работы [3]. Система обладала рядом недостатков, среди которых преобладали недостаточная практическая направленность обучения и отсутствие профессионального отбора на всех этапах педагогического процесса. Необходимо реформирование медицинского образования с решением четко поставленных и выверенных задач. Такое реформирование было начато, однако его направления нередко подвергались справедливой критике. Медицинские вузы страны ежегодно выпускают до 35 тысяч дипломированных врачей. Из них до практического здравоохранения доходит не более 15% выпускников [7]. Основным местом работы молодых специалистов должны стать стационары – многопрофильные городские больницы. Несмотря на всю важность амбулаторного звена, поликлиника не может служить базой первичной специализации врачей хирургов. Ни существующие условия работы в хирургических кабинетах, ни оплата труда амбулаторных врачей не способствуют привлечению начинающих специалистов в поликлинические учреждения здравоохранения. Хорошим местом работы для начинающих хирургов могли бы стать центральные районные больницы. Кадровое обеспечение в районных центрах катастрофическое. Число вакантных должностей как врачей, так и

средних медработников в сельской местности Российской Федерации с каждым годом увеличивается и составляет врачей – 56610, средних медицинских работников – 47704 [7]. Однако в настоящее время сельская медицина практически уничтожена. Центральные районные больницы подверглись тяжелой редукции. Возможности их хирургической службы значительно ограничены. Значительное снижение численности сельского населения и населения районных центров не позволяют надеяться на восстановление хирургических отделений районных больниц. Повсеместно появляющиеся частные клиники не могут служить базой обучения молодых хирургов. Во-первых, их владельцы не заинтересованы в трудоустройстве начинающих врачей с отсутствующей репутацией. Во-вторых, направленность частных клиник на сервисные, косметические и диагностические услуги не способствует развитию в них высококвалифицированной медицинской службы вообще. Многопрофильные же городские больницы на протяжении последних тридцати лет не получают должного внимания со стороны своего настоящего владельца – городской администрации. Их коечный фонд сократился на 50-60%. Сократилось количество врачебных ставок – рабочих мест для выпускников медицинских вузов. В результате всего вышеперечисленного даже талантливые студенты, желающие стать хирургами не могут найти место работы после окончания медицинского вуза.

Основная задача подготовки врача-хирурга ложиться на систему послевузовского образования. Интернатура и ординатура на протяжении последних лет полностью перешли в ведомство медицинских вузов [5;6]. В связи с этим клиническая база для обучающихся резко сократилась. Если раньше в каждом хирургическом отделении было по 3-4 интерна, то сейчас на двух кафедрах медицинского университета ежегодно обучаются по 50 интернов и ординаторов. Наряду с нарастающим отчуждением кафедр медицинского вуза от практического здравоохранения, нарастает и отчуждение обучающихся интернов и ординаторов от непосредственной хирургической работы. Клиническая ординатура вообще перестала отличаться от интернатуры. Если раньше хирурги, заканчивающие ординатуру, могли рассчитывать на высшую квалификационную категорию и должность заведующего отделением, то сейчас они так и остаются начинающими врачами.

В отечественном здравоохранении, несмотря на значительный кадровый дефицит, в настоящее время рынка труда медицинских работников не существует. Поликлиникам и больницам более не нужен поток неграмотных, неквалифицированных, некомпетентных выпускников, не готовых к самостоятельной работе.

В настоящее время проводится реформа высшего образования на основании так называемых «Болонских принципов» [1]. Принципы Болонской системы просты: это обезличивание преподавания, его унификация и снятие ответственности вуза за квалификацию своих выпускников. К сожалению, реформа высшей школы ничего не предусматривает для решения накопившихся специфических проблем подготовки хирургов, что ставит само существование медицинских вузов в России под сомнение. Отечественная высшая школа переживает не лучшие времена. Начавшаяся реформа системы образования в России вместо решения актуальных проблем профессиональной подготовки копирует западные формы обучения. Реформа медицинского образования является наиболее опасным мероприятием, так как подрывает традиции отечественного здравоохранения, что влечет за собой угрозу общественной безопасности.

Обсуждение

У хирургии, а особенно у экстренной хирургии много общего с военной медициной [4]. Экстренная диагностика, тактика, лечение в условиях дефицита времени при крайне ограниченном материальном и медикаментозном обеспечении требуют высокой квалификации врача. По сути дела успех лечения напрямую определяется личной ответственностью хирурга. Врач в экстренной хирургии постоянно находится на «войне», неся тяжелый груз ответственности за собственные решения. В каждом хирургическом отделении, в каждой хирургической бригаде непременно должны быть такие люди, обладающие наряду с сильными волевыми качествами, высокой трудоспособностью и физической силой, высоким уровнем профессиональной подготовки.

В последние годы наметился опасный разрыв между поколениями практикующих врачей. Уходят опытные хирурги пенсионного возраста. Среднее поколение выбито из жизни в 90-ми годами прошлого века. Важно не потерять молодежь в формировании достойной смены, которая должна обеспечить здоровье наших граждан через 5-10 лет. Если провалить сейчас подготовку грамотных квалифицированных, способных к самостоятельной работе и к самоусовершенствованию хирургов, то кадровый дефицит будет прогрессировать, и в недалеком будущем лечиться будет не у кого.

Заключение

Высшее медицинское образование, разрушенное губительными реформами, не имеет фактических шансов на решение этой жизненно необходимой задачи. Перспектив исправления сложной кадровой ситуации не предвидится. Проблема реформирования высшей школы оставляет решение настоящих задач профессиональной подготовки за своими пределами. Между тем следует признать, что проблема подготовки специалистов хирургов имеет простое «ремесленное» решение. Как правило хирурги по настоящему обучаются не в университете, а в порядке само- и взаимобучения. Хирургическое мастерство передается от учителя к ученику. Воспитание молодых хирургов – сложное и ответственное дело. Хирург-преподаватель несет тяжелый груз ответственности перед больными, их родственниками, администрацией здравоохранения и вуза. Но существует еще ответственность перед молодыми врачами за их профессиональную подготовку и перспективу дальнейшего роста. Необходимо сосредоточение личных усилий всех грамотных опытных хирургов на обучении молодежи. И профессорско-преподавательский состав медицинских вузов и опытные врачи практического здравоохранения и сохранившиеся профессионалы в административном медицинском корпусе должны осознать важность этой задачи.

Литература

1. Болонский процесс: проблемы и перспективы / под ред. М.М. Лебедевой. — Москва: Оргсервис-2000, 2006. — 106 с.
2. Выступление Министра Татьяны Голиковой на совещании по реализации задач, поставленных в предвыборной статье Владимира Путина «Строительство справедливости. Социальная политика для России». 28.04. 2012. — <http://www.minzdravsoc.ru/health/modernization/51>
3. Петровский Б.В. Задачи совершенствования подготовки медицинских кадров // Советское здравоохранение. — 1971. — № 5. — С. 8-11.
4. Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения. — М.: Педагогика, 1985. — 496 с.

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России № 415 от 07.07.2009 г. «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения. – 2009. <http://www.medafarm.ru/php/content>.
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 1476н от 05.12.2011 «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (интернатура)». – 2011. – <http://www.msmsu.ru>
7. Ресурсы здравоохранения, деятельность учреждений здравоохранения. Отчет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – 2011.

ID: 2016-01-27-T-6022

Тезис

Мамаева Д., Горновская О., Ермолаева Е.В.

Роль среднего медицинского персонала в организации стоматологической помощи

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Стоматологическая помощь является одним из наиболее массовых и, соответственно, социально-значимых видов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, поэтому удовлетворение потребностей населения в квалифицированной стоматологической помощи остается важнейшей задачей здравоохранения РФ.

История развития стоматологии показывает, что по мере совершенствования методов диагностики и лечения стоматологических заболеваний повышается значимость деятельности медицинских работников. Развитие медицинской науки и качественно новое техническое оснащение медицинской деятельности предъявляет к медицинскому персоналу высокие требования. В настоящее время профессионализм медицинских работников стоматологического профиля состоит не только в осуществлении манипуляционной деятельности на высоком уровне, но и содержит психологический компонент - профессиональную культуру. Эффективность оказания медицинской помощи зависит от четкой и профессиональной сестринской деятельности, направленной на повышение качества оказания медицинской помощи. Исследования последних лет показали, что среди приоритетных качеств медицинских сестер выделяют, прежде всего, чувство ответственности, энтузиазм, альтруизм, аккуратность, внимание, эмпатию. Сами медицинские сестры довольны своей профессией, не имеют признаков эмоционального выгорания, относятся к своей профессии со всей ответственностью, несмотря на сравнительно невысокий уровень дохода.

Таким образом, повышение роли среднего медицинского персонала в стоматологии раскрывает возможности совершенствования качества обслуживания. Однако в этом случае необходима специальная подготовка медицинских сестер для стоматологических учреждений на курсах специализации и усовершенствования, а также организация специализированных отделений при медицинских училищах для подготовки стоматологических медицинских сестер.

Литература

1. Ермолаева Е.В. Конфликты и стрессы в работе медицинских сестер // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 2. С. 78.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Профессиональная деятельность медицинской сестры как основа формирования ее социального портрета // Научная дискуссия: вопросы социологии, политологии, философии, истории. М., 2015. С.37-42.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, средний медицинский персонал

Российский врач и пациент: специфика ролей и взаимодействий

ID: 2016-01-27-T-5667

Тезис

Александрова М., Мартюкова А.

Профилактика профессионального стресса у врачей

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.*

Люди часто испытывают стресс, вызванный большой нагрузкой или проблемами на работе. В России программы охраны здоровья медицинских работников практически не разработаны, в то время как заболеваемость медицинского персонала значительно превышает заболеваемость в иных отраслях с традиционно вредными условиями труда.

Наиболее частой формой проявления профессионального стресса у медицинских работников является «синдром эмоционального выгорания» — состояние физического, эмоционального и умственного истощения, который состоит из трех компонентов: собственно эмоциональной истощенности, цинизма, редукции профессиональных достижений. Кроме того, существует множество «замаскированных» форм профессионального стресса, выявить которые можно только с помощью профильного специалиста — психотерапевта или психолога.

Медицинские работники часто сталкиваются с неадекватной оценкой своего труда. Это может служить дополнительным фактором, объясняющим, например, повышенную распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, в частности, артериальной гипертензии, среди врачей.

Если профессиональный стресс у человека принимает клиническую форму «трудоголизма», то ему нужно изменить свой образ жизни, увеличить время отдыха в выходные или праздники.

Наиболее сложные меры по профилактике и коррекции профессионального стресса - это меры, направленные на изменение механизмов, обеспечивающих взаимосвязь между системой стрессоров и клинической картиной стресса. Обычно в таком качестве выступают особенности характера, темперамента врача и особенности его биографии. Определение мер профилактики профессионального стресса — трудная задача, обычно требующая вмешательства профильного специалиста, психотерапевта или психолога.

Литература

1. Ермолаева Е.В. Конфликты и стрессы в работе медицинских сестер // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 2. С. 78.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Благоприятный социально-психологический климат в коллективе как условие эффективной работы // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. 2015. № 3. С. 50-52.
3. Тригранян Р.А. Стресс и его значение для организма. — М.: Наука, 2000.

Ключевые слова: профилактика, стресс, врач

ID: 2016-01-27-T-5940

Тезис

Гусева О.С., Дерунов А.В., Киреева С.А.

Отношения врач-пациент в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Общение пациента с врачом, явление хоть и привычное, но весьма непростое и многоуровневое. Сложности в коммуникации врач-пациент влияют на качество врачебной помощи и сказываются на течении лечебного процесса. Эффективное лечение возможно лишь в условиях доверия, когда врач и пациент полагаются на то, что каждый из них будет исправно выполнять предписанный им набор действий.

Взаимоотношения врача и пациента всегда были асимметричны. В разные времена процессом лечения руководили как сам доктор, как было в нашей стране до конца XX века, когда процесс лечения, образ жизни и поведение больного целиком и полностью контролировал врач, так и пациент, когда в 1990-х годах в России произошли существенные реформы в здравоохранении. Если ранее пациент являлся бесправным по отношению к лечащему врачу, редуцированным до тела, личностными и эмоциональными потребностями которого можно было пренебречь, то теперь, в информационном обществе, начавшем формироваться в России в начале 90-х годов, пациент оказывается менее пассивным. Модели коммуникации между врачом и пациентом получают новые направления. Доминирующая позиция врача, ранее казавшаяся естественной, теряет свою актуальность. Теперь пациент вправе сам решать где, когда, у кого, а подчас и как лечиться.

Это привело к тому, что декларируемая Т. Парсонсом аффективная нейтральность медика трансформируется. Уходит запрет на преследование собственных интересов. Появляется потребность в установлении более персонализированного контакта с пациентом ради поддержания роли «своего» врача. Под угрозой оказывается и предполагаемый Парсонсом медицинский универсализм. Нарушается принцип равенства любого пациента перед врачом.

Резюмируя, следует сказать, что нельзя выделить какую-либо из форм взаимодействия как единственную верную, ведь минусы есть как при полном главенствовании врача, так и при руководящей роли пациента. Однако точно можно сказать, что в процессе лечения важны действия обоих: как доктора, так и больного, ведь как говорил Гиппократ: "И успех, и неуспех в лечении болезни нужно возлагать как на долю врача, так и на долю пациента".

Ключевые слова: Т.Парсонс, взаимодействие врача и пациента

ID: 2016-01-2164-T-5953

Тезис

Кубанова М.А., Лифатова Н.В.

Проблема эвтаназии в современном мире*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Эвтаназия — искусственное ускорение наступления смерти тяжелобольного. Различают активную и пассивную. В переводе с греческого «эвтаназия» — это «благая смерть».

Чтобы подробнее изучить эту тему, среди студентов нашего университета был проведен социологический опрос с целью выяснения их отношения к такой современной врачебной практике, как эвтаназия. Участие приняли около пятисот человек.

Основной вопрос состоял в том, смогли бы они дать согласие на применение методов эвтаназии для прекращения страданий близкого человека. Большинство учащихся ответили "Да", аргументируя это тем, что смерть неизбежна, а при муках больного страдает не только он сам, но и его родные.

По сути, эвтаназия является актом милосердия. Люди, выступающие за неё, вовсе не жестоки, они руководствуются состраданием к больному.

Аргументом "за" можно считать мнение известных врачей, например Российский детский хирург С. Долецкий высказывался: «Эвтаназия, безболезненная смерть - это благо. Вы видели когда-нибудь страшные мучения, которые приходится терпеть множеству больных раком? Вы чувствовали боль матерей, у которых родился больной ребенок? Если да, вы поймете меня».

Вернемся к нашему исследованию, 31 % опрошенных посчитал данную меру противоречащей этическим нормам. Так как опрос проводился среди студентов медицинского университета, учащиеся обосновывались на том, что применение эвтаназии это разрушение общественных позиций медицины и моральных оснований врачевания.

Действительно, активная эвтаназия покушение на такую ценность, каковой является человеческая жизнь.

Возможно, те опрошенные, которые поддерживали методы эвтаназии, не размышляли об этом глобально.

Мы, как авторы данной работы против эвтаназии, ведь она является невероятной нагрузкой на человеческую совесть. Медицинскому персоналу, который работает в стране, разрешающей эвтаназию, приходится закрывать глаза на аргументы против. К тому же, нужно учитывать возможность прогностических ошибок. Спонтанная ремиссия раковых опухолей известна любому врачу.

Не исключено, что у человека, который согласился на эвтаназию, через месяц, два появился бы шанс выжить, но этого уже никто не узнает.

Это и есть самый весомый аргумент, ведь у окружающих больного людей, остаётся только надежда. Именно она помогает больному чувствовать себя лучше.

Проблема эвтаназии укореняется в проблемы жизни и смерти, роли страдания в жизни человека. Всё это относится к вопросам философского знания, специфика которых заключается в том, что каждый цивилизационный этап развития человечества требует собственного варианта их решения.

Ключевые слова: эвтаназия

Этические аспекты отношений врача и пациента в современной системе Российского здравоохранения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Работа посвящена анализу этических аспектов отношений врача и пациента в современной системе Российского здравоохранения. Установление коммуникативной связи врач-пациентом крайне важно, ибо оно в значительной степени влияет на эффективность проводимого лечения.

Ключевые слова: врач, пациент, этика взаимодействия

Важной составляющей лечебного процесса, условием его эффективности является установления психологического контакта и доверительных отношений между врачом и пациентом. История медицины свидетельствует о том, что взаимоотношения врача и пациента постоянно меняются, отражая особенности развития и специфику трансформации общества и медицины. В этой связи выделяют различные модели взаимоотношений врача и пациента: патерналистскую, контрактную, коллегиальную, техническую. Любая модель отношений врача и пациента, как бы ни отличались они друг от друга, содержит в себе исторически сложившиеся нормы, традиции и принципы.

За последние годы появились новые возможности, которые наука дала врачу для профилактики, диагностики и лечения больных, изменился объём знаний в области медицины, трансформировался и сам пациент, а так же его отношение к своему здоровью и медицине. Наряду с этим поменялись и требования, предъявляемые к современному врачу. Наличие болезни, страх, психологический дискомфорт, отсутствие или недостаточность медицинских знаний делают пациента более уязвимым и незащищенным в процессе коммуникации с врачом. Врач же, находясь «на своей территории», ведет себя более свободно и уверенно. Поэтому именно он должен быть инициатором установления с пациентом отношений сотрудничества, основанных на доверии, коллегиальности, взаимной заинтересованности, равноправии и активном участии обеих сторон. Взаимопонимание врача и пациента имеет принципиальное значение, потому что оно предопределяет успех лечения. И даже в тех случаях, когда диагноз и оказываемая медицинская помощь являются технически корректными и правильными, установление коммуникативной связи врача с пациентом крайне важно для эффективности проводимого лечения. Прежде всего, пациент должен почувствовать уважение к себе, которое проявляется с первого обращения, первого приветствия, первого слова, сказанного врачом. По мнению великих врачей, важнейшим условием установления доверительных отношений между врачом и пациентом является сострадание и сопереживание, проявляемые в каждом слове, в каждом действии врача и медицинской сестры. В этом ещё убеждал своих студентов знаменитый русский терапевт М.Я. Мудров: «Опытная врачебная наука, терапия учит основательному лечению самой болезни, а врачебное искусство, практика или клиника учит лечить собственно самого больного ... врачевание состоит в лечении самого больного» [1, с. 296].

Анализ современной системы здравоохранения свидетельствует о сформировавшейся тенденции: чем больше развивается специализация, чем стремительнее улучшается техническая оснащённость отраслей медицины, тем меньше внимания уделяется личности пациента. Это констатирует и известный врач, академик АМН И.А. Кассирский: «У нас все больше становится врачей-диспетчеров: они направляют больных на исследование «туда», потом «сюда», вызывают консультантов, они более всего страшатся сделать ошибку, потому что боятся разоблачения...» [2, с. 272]. Большое беспокойство вызывает и то, что с появлением новых и более сложных технологий врачи зачастую забывают о человеческих чувствах и моральных переживаниях больных, не умеют общаться с пациентами и смотрят на них свысока. По сравнению с данными, которые дают УЗИ, эндоскопия, ангиография – обычная история болезни пациента уже кажется субъективной, неполной и порой не имеющей отношения к делу. К сожалению, некоторые врачи убеждены: точная технология обследований делает просто ненужной беседу врача с больным. Поэтому сегодня студентов учат «облегченной» модели медицины. Больной по этой модели – совокупность разлаженных функциональных систем, подлежащих определенной диагностике. Общество больше интересуется новыми достижениями в технологии медицины, чем в искусстве общения врача и пациента. Наряду с этим в конце XX и начале XXI века появилась цепочка специалистов, которые сами непосредственно в лечение больного участия не принимают, но и от них зависит диагноз, который поставит лечащий врач, а так же выбор тактики и методики лечения. То есть, сложилась ситуация, при которой врачи влияют на качество оказываемой медицинской помощи нередко путем опосредованных решений, усложняя, таким образом, систему отношений врач-пациент. Все это ведет к изменению ценностного поля взаимодействия врача и пациента.

Данная тенденция свидетельствует:

- о растущих возможностях современной медицины в реализации своей роли;
- о трансформации ценностных установок и ориентации пациента в сторону все более продуктивного и компетентного сотрудничества с врачом в системе терапевтических отношений;
- об изменении установок и ориентации медицинских работников в сторону «технизации» в оказании помощи больному;
- о снижении интереса со стороны врача к простому человеческому контакту с больным;
- о нежелании выслушать больного и выразить свое сострадание и милосердие к нему.

Вполне естественно, что к каждому больному должен быть индивидуальный подход, учитывающий особенности его личности, потому что, чем бы не заболел человек, какие бы неприятные ощущения (боль, одышка, тошнота, зуд, жар, озноб и т.п.) он ни испытывал, он страдает также от тревоги, страха, уныния, бессилия и прочих тягостных чувств. Он не понимает, что с ним случилось, он не уверен, смогут ли ему помочь доктора, он тревожится за своё будущее. Не только в психологии больного, но и в деятельности по уходу за ним неминуемо встаёт вопрос о том, что означает заболевание для больного, как он на него реагирует, что стимулирует его к должному поведению в отношении болезни или что мешает ему в этом.

Помимо внешней картины болезни (внешний вид больного) для правильной постановки врачебного и сестринского диагноза, оценки тяжести состояния больного и успешного его лечения большое значение имеет также внутренняя, или аутопластическая картина болезни. Современная психология рассматривает болезнь как кризис. Больной нередко адекватно реагирует на опасность, которую представляет для него заболевание, стараясь мобилизовать свои защитные силы и приспособиться к новой ситуации. Значительной нагрузкой (особенно если больной попадает в больницу) становится его отрыв от привычной среды. Страхи, опасения и тревогу больного вызывает также всё то, что он видит, слышит, представляет или всё то, что он когда-то читал или слышал о данном заболевании или его последствиях. Определённую сложность может представлять и пренебрежительное отношение больного к болезни, когда он недооценивает серьёзность заболевания, проявляя необоснованный оптимизм. Опытным медицинским работникам хорошо известны и так называемые нозофобии, когда больной чрезмерно боится болезни, бесконечно обследуется и меняет врачей. Нарушения взаимоотношений в системе врач-больной могут вызвать у больного стремление отказаться от лечения, приёма лекарств, так как он перестаёт верить в успех лечения, боится разочарования, привыкания к лекарствам, желает получить более радикальное или альтернативное лечение. Врач и медсестра должны знать об отношении больного к болезни для того, чтобы выбрать правильную тактику лечения и поведения. В арсенале современной медицины имеются все средства, чтобы надёжно избавить пациента от страха и боли, являющиеся неизбежными спутниками любого серьёзного заболевания. Помимо общего обезболивания, применяемого в основном при серьёзных хирургических вмешательствах, существуют и многочисленные способы местной анестезии. Только отсутствием гуманизма можно объяснить существующую у нас практику проведения ряда диагностических процедур и определённых видов лечения без должного обезболивания или ограничение выдачи наркотических средств больным раком в терминальной стадии под предлогом опасения привыкания к ним.

Ещё одним важным фактором в отношениях между медицинским персоналом и больным является доверие пациента и вера в выздоровление. Когда больной верит во врача, в коллектив медицинского учреждения, куда он обратился за помощью, то он чувствует себя в безопасности и понимает, что получит всё необходимое для лечения. Пациентверяет врачу бесценное и единственное, что у него есть - здоровье. И если врач навредил - уже никакими законами не вернуть утраченного. Именно поэтому в медицине так тесно переплетены специальные, моральные и правовые начала. И ни в коем случае нельзя отождествлять моральные и правовые стороны деятельности медицинских работников. Ряд ученых-медиков в этой связи высказывают весьма интересные и нестандартные замечания относительно характера отношений врач-пациент в современной медико-клинической практике. Так, Я.И. Кац (Саратовский государственный медицинский университет) отмечает, что в отсутствие стандарта этических и правовых взаимоотношений врача и пациента, центральное место займет определенный набор принципов, регулирующий эти взаимоотношения, причем тот или иной комплекс принципов должен быть применен соответственно обстановке, но без выхода за рамки закона. При этом главным действующим лицом в принятии решения о лечении больного всегда должен оставаться врач, знающий законы и умеющий их правильно применять в конкретной ситуации. В одних случаях, врач – настойчивый советчик, в других, - чуткий исполнитель пожеланий больного и помощник в выработке правильного решения, в-третьих, - рассматривая больного, как равноправного партнера, уважая его мнение, предлагает и в конкретной форме настаивает на оптимальном варианте лечения. Однако во всех трёх случаях решающими факторами должны быть медицинские показания, защита жизни пациента, а иногда, и здоровья людей его окружающих. Последнее, возможно, не полностью согласуется с общепринятыми этическими и моральными правилами, но в определённых ситуациях, видимо, может и должно быть принято [3, с. 53-54].

Взаимопонимание врача и пациента имеет фундаментальное значение, ибо именно оно определяет успех лечения. И даже в тех случаях, когда диагноз и оказываемая медицинская помощь являются технически корректными и правильными, установление коммуникативной связи с пациентом крайне важно, ибо оно в значительной степени влияет на эффективность проводимого лечения.

Литература

1. Мудров М.Я. Избранные произведения. М., 1949. С. 296.
2. Кассирский И.А. О врачевании. М., 1972. С. 272.
3. Кац Я.А. Основы взаимоотношений «врач-больной». / Участие пациента в принятии терапевтических решений. Саратов, 1997. С. 53-54.

ID: 2016-01-35-T-6002

Тезис

Толстова Е., Руфина Ю., Ермолаева Е.В.

Особенности взаимодействия врача и пациента в современном обществе

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Состояние российского здравоохранения привлекает все большее внимание граждан, средств массовой информации, экспертов и ученых. В центре этого проблемного поля – взаимодействие пациентов с врачами, при этом особую значимость в настоящее время приобретает рассмотрение отношений по поводу выбора и определения содержания лечения.

Сложности взаимодействия врача и пациента усугубляются следующими обстоятельствами:

- повышением уровня требований к врачам со стороны пациентов вследствие возрастания правовой грамотности и общего уровня образования населения;
- ожиданием пациентом индивидуализированного подхода к выбору лечения;
- влиянием СМИ и сети Интернет, в результате которого врач рассматривается как механический исполнитель рекомендаций, причем низкий уровень доверия со стороны пациента вынуждает врача убеждать в целесообразности назначенного лечения;
- завышением ожиданий пациента, убежденного, что приход к врачу решит все проблемы со здоровьем;
- усложнением технологий диагностики и лечения;
- недовольством социальной политикой государства, что выражается в предъявлении многочисленных претензий пациента к врачу;
- ростом бюрократических процедур и введением дополнительной отчетности;
- нарушением врачами правил медицинской этики.

Поскольку врачебная деятельность предполагает профессиональное и эмоциональное включение в проблемы больного, то врачи испытывают все большее чувство незащищенности и усиление негативного отношения со стороны пациентов. Таким образом, формирование новой модели взаимодействия врача и пациента - модели информированного согласия – замедляется из-за низкой готовности населения брать на себя ответственность за свое здоровье, усложнением документооборота, высоким уровнем недоверия к врачу.

Литература

1. Боргер Л.С., Швецова А.А., Ермолаева Е.В. Обязательное медицинское страхование: достоинства и недостатки // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Максимова Е.Р., Муканалиева А.Р., Ермолаева Е.В. Врачебные ошибки // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
3. Сильвеструк С.В., Ермолаева Е.В. Формирование имиджа современного врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: врач

Барсукова М.И., Дорогойкин Д.Л., Кочеткова Т.В.

Проблема коммуникации по линии «врач - пациент»*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Работа посвящена речевому общению врача и пациента. В ней представлен анализ эффективной модели коммуникации специалиста и больного.

Ключевые слова: медицинская коммуникация, врач, пациент, речевые стратегии и тактики

В современном российском обществе явно прослеживается повышенный интерес к проблемам взаимоотношений между врачами и пациентами.

За последнее время наметился переход от отдельных теоретических работ специалистов по данной проблематике (Кочеткова Т.В., Иванчук И.А., Бейлинсон Л.С., Карасик В.И., Алексеева Л.М., Мишланова С.Л. и др.) к защитам научных диссертаций, посвященных проблемам общения в медицинской среде (Барсукова М.И., Жура В.В., Уткина Т.И.) Становятся регулярными различные региональные научно-практические конференции, посвященные вопросам теории и практики медицинского дискурса. Теоретические основы и принципы анализа общения врачей, медицинских работников и пациентов рассматриваются с разных точек зрения: философской, психологической, социальной, герменевтической, лингвистической, методической.

Проблема коммуникации «врач-пациент» предполагает междисциплинарный подход с привлечением врачей, медицинских психологов, социо- и психолингвистов.

Произведенный анализ медицинских этико-деонтологических текстов показывает, что наряду с аспектами речевого общения врачу чрезвычайно важно учитывать и невербальные аспекты коммуникации с пациентом.

Медицинская коммуникация, ее успешность, результативность рассматривается как динамический процесс с характерными вербальными и невербальными стратегиями и тактиками поведения.

Система «врач - пациент» взаимодействует с другими системами, где коммуникативным лидером выступает представитель медицинской профессии: «врач - врач», «врач - клиент аптеки», «врач - родственник или представитель пациента», «врач - медицинский работник», «медицинский работник - пациент», «преподаватель языка (русского, латинского, иностранного) - студент / аспирант медицинского вуза». Детальному научному анализу подвергается обширный практический материал, связанный с различными направлениями профессиональной деятельности: «врач-педиатр - пациент», «врач-генетик - пациент», «врач - гериатр - пациент», «врач-терапевт - пациент» и др.

Эффективная коммуникация врача и пациента, включающая в себя критерии выбора определенного типа коммуникации (информационный, интерпретационный, совещательный и патерналистский), а также способность восприятия информации пациентом, определяет успешность всего процесса лечения.

Современный пациент не довольствуется традиционно пассивной ролью, а проявляет стремление к активной коммуникации, желая быть услышанным и понятым врачом. В этой связи врачу принципиально важно владеть навыками правильного построения беседы с пациентом, нацеленной на разрешение лечебной ситуации, не ущемляя при этом надежд и ожиданий пациента.

Медицинский дискурс имеет ярко выраженную специфику оформления, существенно отличаясь от других типов институциональных дискурсов. Возможности понимания и интерпретации высказываний в пространстве медицинского дискурса имеют не только смысловые, но и этические ограничения. Обращаясь за помощью к врачу, пациент вынужден в деталях излагать жалобы, делиться самой сокровенной информацией, рассчитывая на взаимопонимание и профессиональную поддержку со стороны специалиста. Ситуация общения «врач-пациент» налагает этические ограничения, дозированность и конфиденциальность информации, общий щадящий больного стиль общения с ним, предполагающий некоторое сокрытие медицинской информации от пациента. Важно подчеркнуть, что в процессе взаимодействия «врач-пациент» оба участника коммуникации вынуждены приспособляться друг к другу: врач - в силу своей профессии (оказывать помощь нуждающемуся), а пациент - из-за возникших проблем со здоровьем.

Хорошим тоном для результативного общения с пациентом являются ряд коммуникативных средств, используемых врачом:

- 1) обращение к пациенту по имени;
- 2) доброжелательная улыбка;
- 3) контактоустанавливающая направленность мимики и жестов;
- 4) тактика утешения и ободрения пациента;
- 5) терпеливое и внимательное выслушивание больного.

Врач в общении с больным всегда выступает в роли коммуникативного лидера и координирует изложение своей информации и ее восприятие пациентом. Специалист должен предоставить пациенту всю значимую информацию о его здоровье, о шансах на выздоровление, о возможных рисках в ходе лечения, о выборе предполагаемых вариантов лечения.

Эффективным для хода лечения является уважительное отношение к больному как к личности, что вызывает со стороны пациента гамму ответных положительных эмоций и тем самым устанавливается общий позитивный настрой на предстоящее лечение.

Выработанный стиль врача, понимающего важность как вербальной, так и невербальной составляющей профессионального диалога с больным, способствует получению более точного и глубокого представления о личности пациента, о его проблемах, связанных со здоровьем. Речевое мастерство врача совершенствуется в процессе коммуникации с различными больными. Задача врача - оказать профессиональную помощь пациенту, грамотно помочь ему осознать сложившуюся ситуацию и нацелить его на необходимый курс лечения.

Коммуникация «врач - пациент» основывается на двух взаимопересекающихся плоскостях профессионального общения. С одной стороны, это отношения взаимного доверия, возникающие между страдающим человеком и сострадательным доктором, с другой стороны, это отношения в плоскости оказания необходимых медицинских услуг (медицинский специалист - пациент / клиент).

Самыми частотными и изучаемыми речевыми тактиками профессионально взаимодействия врача с пациентом являются тактика инструктажа («Вам следует...», «Вам необходимо...», «Вы должны...», «Не следует откладывать...», «Сделайте это безотлагательно...», «Советую не откладывать с лечением»), тактика аргументации («В противном случае могут возникнуть осложнения...», «Если Вы не будете выполнять назначения врача, то...»), тактика обращения к здравому смыслу («Не нужно рисковать своим здоровьем...», «Вы понимаете, что предписания врача для Вас обязательны?», «Подумайте о возможных последствиях...»), тактика сознательного умолчания («Не будем торопиться с выводами...», «Не стоит делать преждевременные выводы...», «Необходимо сдать еще ряд анализов...», «Необходимо еще понаблюдать...»), тактика поощрения или деликатного порицания («Сегодня ваш внешний вид меня радует», «Вы сами чувствуете, что лечение пошло Вам на пользу?», «Ваши старания приносят положительные результаты» или «Не следует так беспечно относиться к назначенному лечению», «Лекарства нужно принимать строго по часам. Об этом Вам уже говорили.», «Что хорошего в том, что вы не занимаетесь своим здоровьем?»).

Медицинская коммуникация требует от врача соблюдения баланса между сообщаемой им информацией и восприятием и пониманием ее больным. Цель врачебного высказывания, содержательная сторона разговора с больным, выбор способа подачи информации, отношение врача к пациенту должны соответствовать намерениям и ожиданиям обеих сторон. Только в этом случае коммуникация будет эффективной и результативной. Таким образом, врач - это социально-значимая, востребованная и лингвоактивная профессия, требующая от специалиста постоянного роста профессиональных знаний и большой ответственности.

Литература

1. Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача // дис. канд. филол. наук - Саратов, 2007. - 141 с.
2. Барсукова М.И., Кочеткова Т.В. Слово в работе врача (Культура речи врача) // Чтобы Вас понимали: Культура русской речи и речевая культура человека. - М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. - С. 155-165.
3. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: дис. д-ра филол. наук - Волгоград, 2008. - 407 с.
4. Карасик В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. - Волгоград: Перемена, 2002. - 477 с.
5. Кочеткова Т.В., Дорогойкин Д.Л., Чернышкова Е.В. Хорошая речь врача как залог успешного профессионального сотрудничества // «Достижения и перспективы медицины». Сборник статей III Международной научно-практической конференции. - Уфа: Аэтерна, 2014. С. 10-14.
6. Магазаник, Н.А. Искусство общения с больным. - М.: Медицина, 1991. - 100 с.
7. Медицинский дискурс. Вопросы теории и практики: Материалы 3-ей межрегиональной научно-практической конференции с международным участием 16 апреля 2015 г. - Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2015. - 98 с.
8. Уткина Т.И. Метафора в научно-популярном медицинском дискурсе: семиотический, когнитивно-коммуникативный, прагматический аспекты // дис. канд. филол. наук - Пермь, 2006. - 210 с.

Становление и развитие санитарного дела в России в земский период

ID: 2016-01-28-T-5911

Тезис

Ахмедханов А.А., Ермолаева Е.В.

Развитие санитарного дела в России

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Развитие санитарной культуры в России начинается при Петре I, по указу которого специальные надзиратели следили за санитарным благоустройством населенных мест. Затем в ряде губерний появились должности санитаров и были открыты санитарные бюро, которых к концу XIX века насчитывалось уже более 20.

Примером для всей России стала Московская губерния, где было проведено первое санитарно-гигиеническое обследование Ф.Ф. Эриссманом. Оно стало образцом для дальнейших подобных исследований. Активно обсуждались планы работы санитарных врачей и программы гигиенических исследований. Развитие санитарного дела, как и медицины в целом, в Московской губернии также тесно связано с именем Е.А. Осипова. Он и другие организаторы земской медицины считали необходимым развивать санитарное направление в непосредственной связи с лечебным делом. Они подчеркивали, что для развития санитарного дела в России, необходимо не только создание сети санитарных бюро, но также правильное функционирование всех ее звеньев.

В разных областях санитарное дело находилось на разном уровне развития. В некоторых регионах санитарные бюро вообще отсутствовали или создавались лишь на время для прекращения эпидемий. Это объясняется неоднозначным отношением к санитарным врачам, недоверием и непониманием, а также препятствиями со стороны властей.

Антисанитария сказалась на качестве продуктов и товаров и, соответственно, на качестве жизни населения, отсутствовала гигиена в городах и селах, одних вакцин и прививок было недостаточно. Проведение земскими санитарными организациями мероприятий против распространения эпидемий затруднялось властями.

Земские врачи провели многочисленные исследования, дали санитарные описания местностей, изучали заболеваемость населения, обследовали и описали жизнь и труд сельских жителей, распространяли гигиенические знания. Таким образом, можно сказать, что санитарное дело в России развивалось постепенно, но благодаря усилиям земских врачей стало неотъемлемой частью медицины.

Литература

1. Бурмистрова Д.Н., Ермолаева Е.В. Восприятие болезни в истории культуры // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.
2. Неснова Д.Ю., Насырина В.С., Ермолаева Е.В. Образ врача в русской культуре XVIII-XX веков // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: санитарное дело, история

ID: 2016-01-27-T-5966

Тезис

Гечханова Ф.А., Трофимова А.В.

Вклад Моллесона в борьбу с эпидемиями и развитие санитарного дела

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Живайкина А.А.

В 90-х годах 19 века на территории Саратовской губернии самой острой проблемой стала борьбы с эпидемиями. Именно с этой целью по приглашению прибыл первый земской санитарный врач России и видный деятель земской медицины - И.И. Моллесон. Целью его приезда было создание санитарного бюро, функцией которого было предотвращение эпидемий, принятие мер по улучшению здоровья, оказание медицинской помощи. Для этого был создан уездный санитарный совет.

На этих собраниях выступали земские врачи с докладами, затрагивающими наиболее важные проблемы. Но в то время эпидемии часто нарушали систематизацию занятий.

Таковыми являлись эпидемии сыпного тифа 1891-1893, холеры 1892, нанешие удары не только по численности населения, но и по моральному духу врачей. Основными причинами возникновения являлись: антисанитария на фабриках, в жилищах, бедственное положение жителей, а также рабочие - мигранты, из неблагополучных земств.

Меры борьбы имели разноплановый характер. Для начала были прочитаны лекции жителям, увеличили число врачей, проводили осмотр помещений и обработку их хлором, были созданы особые комиссии.

В 1894 г. Моллесон И.И. начал разрабатывать производство кровяной антитоксической сыворотки, которая являлась одной из мер в борьбе с эпидемией дифтерии. Ее использовали в качестве профилактического средства, и это привело к снижению заболеваемости.

Но несмотря на такую хорошую организацию и сплоченную работу врачей, было очень много жертв, примерно 15000, что составляло 38% всего населения.

Для повышения кадров и устранения последствий эпидемии, он организовал фельдшерскую школу, которая являлась первым подобным заведением в Саратовской губернии, но имела большую популярность далеко за ее пределами.

Таким образом, пробыв в Саратове около 8 лет, видный деятель и земской врач - И.И. Моллесон внес существенный вклад в организацию и развитие санитарной службы в Саратовского земства.

Литература

1. С.В. Райкова, И.В. Мясникова, А.И. Завьялов «Вклад И.И. Моллесона в становление и развитие санитарной службы в Саратовской губернии» 2012 стр. 52-54
2. Каневский Л.О. И.И. Моллесон – первый русский санитарный врач. Гиг. и сан. – 1947: 5: 37–42.
3. Жучкова Н.И. Первый санитарный врач России И.И. Моллесон (к 125-летию со дня рождения). Сов. здравоохран. 1968; 4: 60–4.

Ключевые слова: Моллесон, санитарное дело

Горшенина В.И., Ермолаева Е.В.

Развитие санитарного направления земской медицины*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

В сообщении рассматривается становление и развитие санитарного дела в России как одного из значимых направлений земской медицины.

Ключевые слова: санитарное дело, земская медицина, профилактика, врач

Время открытия земских медицинских учреждений в России совпало с возникновением интереса к гигиене и ее практическим задачам в Европе. С конца 1850-х гг. врачи стремились обосновать необходимость медицинских рекомендаций в выборе и обустройстве жилых, общественных и производственных зданий. Поскольку в XIX веке в России не было ни одной кафедры гигиены в университетах, ни ученых, интересующихся проблемами этой науки, то развитие санитарной охраны населения стало одним из достижений земской медицины. Наиболее эффективным условием повышения качества медицинского обслуживания населения считалось не только совершенствование способов лечения различных заболеваний, но и развитие гигиенического направления, сосредоточенного на предупреждении заболеваний.

Изучая достижений европейской науки в общественно-гигиенических вопросах, опираясь на собственный опыт, показывающий, что лечение больных, часто не приносило результата без изменения условий лечения, земские врачи приходили к убеждению, что необходимо проводить профилактические гигиенические мероприятия, предупреждать болезнь.

Но эти попытки сталкивались с различными проблемами, как например, каково в реальности состояние здоровья сельского населения, в чем заключаются причины болезни, какие болезни наиболее распространены, какие местности провоцируют возникновение заболеваний. Возможность дать ответ на эти вопросы предоставили отечественные сочинения по медицинской статистике населения, а также открытие кафедр гигиены в университетах. Стало очевидно, что в основе всех санитарных задач лежит целесообразная организация врачебной деятельности участковых земских врачей, а наиболее эффективный способ изучить потребности сельского населения – это завоевать его доверие и расположение.

Развитие санитарного направления способствовало возникновению губернских и уездных санитарных комиссий или бюро, улучшивших организацию земской медицины и добившихся значительных результатов в исследовании гигиенических условий жизни сельского населения.

В 1860-70-х гг. были разработаны программы санитарно-статистических исследований, направленные на изучение географических, этнографических и патогенетических особенностей различных регионов, обращавших особое внимание на условия жизни населения. Важную роль в разработке этих программ сыграло Общество врачей г. Казани под руководством профессора А.В. Петрова, основанное в 1868 г.

Земские санитарные бюро выполняли функцию научных центров, собирая и анализируя статистику заболеваемости и смертности населения, публикуя обзоры о состоянии земской медицины в уездах, что позволяло выявить нарушения санитарных норм и недостатки лечебной деятельности.

С 1879 г. земские организации получили право на санитарную регламентацию с наблюдением за исполнением издаваемых ими обязательных санитарных постановлений (о мерах по борьбе с эпидемиями, охране чистоты воздуха и почвы, воды для питья, порядке содержания съестных припасов и напитков и торговли ими, об устройстве фабрик и заводов и др.), что значительно укрепило их авторитет [6, С.155—156]. Профилактическая работа систематически проводилась земскими участковыми врачами, которые также осуществляли санитарный надзор, занимались санитарным просвещением населения, составляли отчеты о заболеваемости и обращаемости населения за медицинской помощью, проводили санитарные обследования местных кустарных промыслов и промышленных предприятий.

Работы врачей различных земств, например, Московского, Курского, Петербургского, Новгородского, Харьковского и других, содержали важные данные по санитарной статистике, эпидемиологии, бытовой гигиене сельского населения России. В земской медицинской практике проводились исследования общей и детской смертности, детей школьного возраста, причин распространения сифилиса, дифтерита, глазных болезней и других, различных видов пищи и напитков крестьян, характеризующих народную диету в зависимости от медико-топографических описаний местности. Наблюдения земских врачей за больными так многочисленны и разнообразны, что работа ради «статистики» отвлекала медицинский персонал от лечения больных.

Регистрация данных пациентов преследовала несколько целей:

1. практические – запись больных для последующих справок самого врача, она велась и в частной городской практике и особенно необходима была для врачей, принимающих тысячи больных.
2. отчетность перед земством - записи о числе больных, обращающихся к врачам в разное время, из разных селений, о числе поступающих в больницы с продолжительностью пребывания в них, о расходе медикаментов, о распространении болезней, требующих особых мероприятий или расходов и т.д. использовались для хозяйственных и административных целей, а также являлись также средством контроля деятельности врача.
3. для медицинской статистики была необходима унификация в записях и терминологии; возможность точных выборок для составления сводных таблиц и отчетов, нужно обозначение разных побочных признаков, определяющих статистические группы явлений (пол, возраст, род болезни, ее давность, причины и прочее). Такая регистрация имела более отвлеченный интерес и должна была даваться по добровольному соглашению между врачами.

В качестве примера можно привести схему амбулаторного журнала участкового земского врача, как наиболее развернутого вида регистрации. В этот журнал вносились, как правило, следующие сведения, которые располагались на двух страницах

раскрытой книги: 1. Месяц и число, 2. № по порядку записей с 1 января текущего года, 3. В который раз приходит больной, 4. Местожительство больного, 5. Имя и фамилия больного, 6. Возраст (мужчин и женщин в разных графах), 7. Заметки врача о больном, 8. Давность болезни, 9. Название болезни, 10. Назначение лечения. [4]

Такая книга земского врача давала материалы для всех трех видов регистрации в их минимальных требованиях и, при правильном ведении, могла дать много интересных фактов для отчетов врача. Для изучения какой либо отдельной формы болезни, имеющей особенно важное медицинское или бытовое значение, предпринималась более подробная статистическая регистрация по системе личных бланков или карточек, особенно если на это соглашались все врачи уезда и даже губернии. Данные представляли незаменимое удобство при статистической обработке многочисленных материалов. Такие карточки не раз разрабатывались съездами врачей для разных болезней: сифилиса, дифтерита, холеры, детского поноса и т.д. По некоторым из них, например дифтериту, коллективные работы земских врачей позволили сделать множество новых научных выводов, весьма ценных также для практических мероприятий против этих болезней.

К началу XX в. земская санитарная организация в наиболее полном ее виде представлялась следующим образом:

- губернский санитарный совет, состоявший из земских гласных и врачей;
- губернское санитарное бюро — исполнительный орган, являющийся отделом губернской земской управы по главе с врачом;
- санитарные врачи — один в каждом уезде;
- врач-статистик при губернском санитарном бюро, врач, руководящий оспопрививанием или эпидемиолог;
- уездные санитарные советы, аналогичные по составу губернским;
- участковые санитарные советы при врачебных участках или санитарные попечительства.

Полные губернские санитарные организации, в которых имелись санитарный совет или совещание, губернское санитарное бюро и уездные санитарные врачи, были созданы только в 18 губерниях.

Участковые санитарные советы и попечительства были общественными организациями, а попечители приглашались управой из местного жителей различных сословий. Вместе с врачом они образовывали санитарный совет, осуществлявший санитарный контроль на закрепленных за каждым попечителем территориях, следили за выполнением обязательных постановлений, сообщали об эпидемиях, разъясняли населению смысл санитарных мероприятий.

Земская медицина стала для сельской жизни России совершенно новым фактором, она приняла национальный тип общественного служения, положившего начало конкуренции на почве личной выгоды. Польза, принесенная сельскому населению земской медициной очень велика: излечение многих болезней, облегчение страданий, проведение на практике санитарно-гигиенических мероприятий. Тип деятельности земского врача, преданного своему делу, выдающего в нем способ приносить пользу, был весьма далек от тех поверхностных представлений, которые сложились о городских врачах.

Таким образом, распространение санитарных знаний среди сельского населения, разработка способов профилактики заболеваний и контроль над санитарным состоянием школ, исследование местных условий питания, водоснабжения, промыслов; изучение общих условий жизни сельских жителей и их связи с возникновением болезней и смертности населения — основные проблемы, которые пыталась решить земская медицина.

Литература

1. Долженков В. О губернском строе земской медицины // Труды II съезда русских врачей.
2. Жбанков В. Земская медицина и ее противники // Медицинское обозрение. 1889.
3. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI-начало XX в.) / Под ред. Р.У. Хабриева. - М., 2014.
4. Капустин М. Основные вопросы земской медицины. СПб., 1889.
5. Низамова М.С. Эволюция системы земского здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы в поволжском и уральском регионах в период 1864–1917 гг. // Ученые записки Казанского государственного университета. Том 150, кн. 1 Гуманитарные науки. 2008. С.100-106.
6. Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Русская земская медицина. - М., 1899.
7. Очерки земского врачебно-санитарного дела. — СПб., 1913.
8. Перфильев М. О положении медицинского дела в России. СПб., 1889.
9. Попов И. К вопросу об устройстве земской врачебной помощи // Русская Мысль. 1883.
10. Сеченева О.Ю., Ермолаева Е.В. Земская медицина в России // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №1.
11. Чотчаева Д., Алыпкашева С., Ермолаева Е.В. Здоровье как показатель благосостояния общества // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. №1.
12. Arstangaliyeva Z.Zh., Andriyanova E.A., Kuznetsova M.N., Gorshenina V.I. The role of physical activity in health preservation of the elderly people // Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. 2015. № 3-4. С. 115-117.

Статус и роль медицинской профессии в российском обществе

ID: 2016-01-27-T-5540

Тезис

Мелкумян Э.Х.

Личностные качества современного врача

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.*

При подготовке медицинских кадров всегда большое внимание уделялось формированию не только профессиональных знаний и умений, но и его морально-нравственному развитию. В настоящее время личность врача рассматривается как центральный компонент системы врачебной деятельности, обеспечивающий ее направленность и успешность функционирования в решении гуманистической цели врачебного труда.

Ключевым требованием к медицинскому работнику считается развитие у него гуманного отношения к больному и высокий уровень ответственности за свои действия. Выделяют комплекс личностных качеств, необходимых для полноценной работы врача: морально-этических: честность, порядочность, ответственность, интеллигентность, человечность, доброта, надежность, принципиальность, бескорыстие, умение держать слово; коммуникативных: личная привлекательность, вежливость, уважение к окружающим, готовность помочь, авторитет, тактичность, внимательность, наблюдательность, коммуникабельность, доступность контактов, доверие к окружающим; волевых: уверенность в себе, выдержка, склонность к риску, смелость, независимость, сдержанность, уравновешенность, решительность, инициативность, самостоятельность, целеустремленность; организационных: требовательность к себе и окружающим, склонность брать на себя ответственность, умение принимать решения, умение правильно оценить себя и пациента, умение планировать свою работу.

Эти положения подтверждают результаты социологического опроса студентов 1 курса Саратовского ГМУ (N=50), целью которого являлось выявление отношения будущих врачей к необходимому набору личностных качеств специалистов-медиков. 16% респондентов считают, что наиболее важным для врача является комплекс волевых качеств, 20% - коммуникативный комплекс, а 64% - комплекс морально-этических качеств.

Таким образом, очевидно, что врач, как субъект медицинской деятельности, должен быть всесторонне развит, гуманен и мотивирован на помощь всем нуждающимся. Несомненно, врач должен не только обладать знаниями, навыками, аналитическим мышлением, но и высокой духовностью, благожелательностью по отношению к коллегам и пациентам, нести положительный эмоциональный заряд.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача. Курс лекций. – М.: Феникс, 2005.

Ключевые слова: качества врача, гуманитарные науки, личность

ID: 2016-01-2164-T-5579

Тезис

Сильвеструк С.В., Ермолаева Е.В.

Формирование имиджа современного врача

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Профессия врача относится к публичным, поэтому его профессиональная успешность связана с формированием привлекательного имиджа. Формирование имиджа направлено на создание у людей определенного образа для привлечения к объекту. Врач воспринимается как образованный, высоконравственный и интеллигентный человек, поэтому и требования, предъявляемые к нему высоки. А множество негативной информации в СМИ снижает уровень доверия к медицинскому работнику.

Профессиональный имидж врача – образ, который полностью соответствует специфике профессии, который формирует отношение между специалистом и его пациентами, коллегами, руководителями. Имидж специалиста включает не только внешний вид, но и владение нормами социального взаимодействия и знание профессиональной корпоративной культуры, клинического этикета, а также наличие тактичности и эмпатии.

Обычно мнение о враче формируется при взгляде на его внешний облик. При оценке внешнего вида на формирование положительного впечатления влияют наличие бейджика с именем, белого халата, делового костюма, стетоскопа на груди, аккуратной прически, минимум аксессуаров. Здоровый, ухоженный внешний вид, походка, хорошая осанка, мимика, жесты являются частью профессионального имиджа и должны быть сдержанны, но в то же время открыты и вызывать доверие. Чистота, строгость и консерватизм белого халата – залог приобретения авторитета врача при встрече с пациентом. Тактичность, гибкость, эмпатия составляют часть коммуникативного имиджа, при этом пренебрежительное и панибратское отношения недопустимы. Внутренние убеждения, моральные ценности влияют на отношение к врачу как к личности, способствуя эффективному взаимодействию.

Таким образом, имидж врача является одним из главных атрибутов его деятельности. Создание профессионального имиджа должно быть осознанным и основываться на сформированные в истории практики. Соблюдение принципов организационной культуры необходимо для формирования положительного впечатления у пациентов и коллег, а забота государства о благополучии представителей данной профессии повышает ее респектабельность.

Ключевые слова: имидж, современный врач

ID: 2016-01-27-T-5590

Тезис

Неснова Д.Ю., Насырина В.С., Ермолаева Е.В.

Образ врача в русской культуре XVIII-XX веков*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н. Живайкина А.А.*

Образ врача затрагивается в различных формах культуры, а произведения искусства прошлых столетий служат источником знаний. Подходы врача к больному и художника к портретируемому схожи: и врач, и художник стремятся выслушать, понять человека, с которым общаются. По словам выдающегося хирурга С.С. Юдина, «врач должен обладать способностью различать малейшие нюансы цвета и оттенков кожи, как художник».

В русской литературе медицинская тема прослеживается с XVIII века. В эпоху просвещения поэтов и писателей интересовала танатология (Г.Р. Державин «Бессмертие души»; Н.М. Карамзин «Прощание»), для произведений этого времени не является характерным описание анатомических или физиологических подробностей заболеваний. Начиная с 1840-х годов, литературные изображения болезней и умирания обуславливаются популяризацией научной медицины (А.И. Герцен «Доктор Крупов»; И.С. Тургенев «Отцы и дети»).

Несмотря на распространение научных идей, в литературных текстах не представляется этиология заболевания, не описываются симптомы, отсутствуют профессиональные диалоги. Писатели XIX-XX веков уделяют внимание описанию психических заболеваний (Ф.М. Достоевский «Записки сумасшедшего», «Братья Карамазовы»). Этот период отмечен также появлением феномена профессионального письма. А.П. Чехов, М.А. Булгаков стали писателями, имея профессиональное медицинское образование. В советскую эпоху образ врача характеризуется подчиненной позицией, его перестают воспринимать как спасителя, наделив его качествами «обычного» человека, грамотно выполняющего свои профессиональные обязанности (Л. Улицкая «Казус Кукоцкого»). Абсолютизация общественного и его приоритет над личностным, излишняя идеологизация и непонимание того, что врачебная этика носит общечеловеческий характер, поставили врача в сложные морально-психологические условия.

В образе врача нашли свое отражение не только историческая динамика медицины и врачебной профессии, но и изменения, связанные с информатизацией и либерализацией культуры, что привело к трансформации не только нравственно-правового содержания медицины, но и самого характера врачебной деятельности.

Ключевые слова: образ врача в русской культуре

ID: 2016-01-2164-T-5611

Тезис

Ахмерова К.Д., Аверьянова В.Ю.

Профессия врача: проблемы и перспективы

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

Профессия врача выражает свойственную человеку потребность оказывать помощь страждущему. Во все времена у всех народов врачевание ценилось очень высоко. С развитием общества менялось положение врача в нем, возрастал его социальный статус, авторитет, изменялись и требования к врачу в целом. В современном обществе врачи по-прежнему пользуются высоким авторитетом, хотя нередко слышны нелестные слова в адрес медицины и медицинских работников. Однако именно эти люди ежедневно спасают тысячи жизней и порой творят настоящие чудеса, демонстрируя свой высочайший профессионализм и удивительные возможности современной медицины.

Являясь составной частью системы здравоохранения, врачебное дело располагает кадровыми ресурсами и потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в приемлемой медицинской помощи. Медицинское обслуживание стоит дорого, во всем мире на нужды охраны здоровья ежегодно расходуется около 2000 млрд. долларов. Значительная часть медицинского персонала, практически не влияет на решения в области здравоохранения, но при этом оказывает наибольшие объемы помощи населению. Уникальное призвание врача заключается в том, чтобы оказывать человеку помощь, способствовать восстановлению здоровья, и делать это таким образом, чтобы человек мог вскоре вновь обрести самостоятельность.

Социальный статус врача во многом определяется влиянием следующих социальных факторов: уровнем материально-технического обеспечения рабочего места врача, уровнем заработной платы, достаточным количеством времени отведенного на прием одного пациента, взаимоотношениями с органами здравоохранения.

Тем самым, повышение социального статуса врача позволит не только оптимизировать его профессиональную деятельность, но и послужит мотивирующим фактором у студентов медиков в выборе будущего места работы.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.

Ключевые слова: профессия врача

ID: 2016-01-27-T-5668

Тезис

Юрин К.И.

Формирование имиджа современного студента-медика*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.*

Имидж играет важную роль в жизни студента. То как студент на самом деле выглядит и ведет себя, дает возможность остальным понять о его навыках, способностях, положениях, талантах. От того как студент сформирует свой имидж зависит эффективность учебной и также будущей профессиональной деятельности студента.

Новая социально-экономическая и политическая ситуация в России влечет определенные изменения в жизни многих социальных групп, и отдельно взятого человека. Поворот к личности как к центру общественной системы по своему определяет рост значимости человеческой индивидуальности. Ярко выраженная социальная значимость показывает индивидуальность студента, профессиональная подготовка, способности, нововведение, восприимчивость, правильно сформированный имидж студента медика показывает его готовность к творческому поиску и контакту. Потребность в формировании имиджа, который бы отвечал всем задачам современного развитого общества, приводит к активизации проблем. Эти проблемы связаны с таким явлением, как имидж, который вызывает потребность в изучении всех условий и разных механизмов его развития и функционирования в обществе.

Формирование имиджа современного студента-медика особенно важно и актуально на сегодняшний день, когда повышаются требования к будущему профессионалу. Разные аспекты обобщенного образа студента закрепляются в массовом сознании самого студента, и как всегда имидж влияет на отношение общества к нему. От того как студент-медик сформулирует свой образ всегда зависит процесс реализации задуманных проектов, общения, успехов в образовании.

Литература

1. Андриянова Е.А. Риск-рефлексия как фактор профессионализации медицины // Социология медицины 2005. № 2.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
3. Живайкина А.А., Ермолаева Е.В. Роль культурологии в формировании личности специалиста в современном образовательном пространстве // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека. Краснодар, 2013. С.65-70.

Ключевые слова: имидж

ID: 2016-01-27-T-5690

Тезис

Федотова Д.А., Шичанина Е.А.

Профессия медицинской сестры: проблемы и противоречия

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

Профессия медицинской сестры относится к профессиям типа «человек-человек», и как все профессии имеет свои особенности. Медицинская сестра должна обладать не только практическими навыками работы с пациентами, но иметь знания, которые используются в рамках других профессий. Что же касается личностных качеств работников данной профессии, то необходимыми нравственными показателями являются: душевность, эмоциональная культура, способность к восприятию переживаний ближнего, воспитанность в ответственности, искреннее понимание своего долга перед другими людьми. Необходимо, чтобы между медицинской сестрой и пациентом возникли доверительные отношения.

Не каждое ЛПУ имеет безопасную больничную среду: сестры входят в непосредственный контакт с неблагоприятными физическими факторами, такими как биологические жидкости, дезинфицирующие средства и т.п., а кроме того они находятся в неблагоприятных психологических условиях.

В связи с этим, встает вопрос о достойной оплате такого труда. К сожалению, в настоящее время медицинские сестры получают низкую заработную плату. Врачи не умеют и не ориентированы на выстраивание равноправных партнерских отношений с сестрами, не признают высшее сестринское образование. Многие врачи прямо или косвенно выражают свое превосходство, допускают некорректность в отношении среднего медицинского персонала, они недооценивают вклад сестер в лечебно-диагностический процесс.

Таким образом, в настоящее время существует множество проблем и противоречий, связанных с профессией медсестры: некорректность и неуважение со стороны врачей и пациентов, низкая заработная плата, большая психологическая нагрузка. Но, несмотря на все противоречия, многие выбирают эту профессию.

Литература

1. Ермолаева Е.В. Конфликты и стрессы в работе медицинских сестер // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 2. С. 78.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
3. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Профессиональная деятельность медицинской сестры как основа формирования ее социального портрета // Научная дискуссия: вопросы социологии, политологии, философии, истории. М., 2015.

Ключевые слова: профессия медицинской сестры, проблемы, противоречия

ID: 2016-01-27-T-5718

Тезис

Будякова Е.А., Чуприлина И.Э.

Образ врача в кинематографе*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Герой кино может быть графом или князем, рабочим или крестьянином, ботаником или учителем, но если он - врач, то это уже особое дело. Профессия врача символична. Врач по должности неразрывно связан со всей нашей сущностью: рождение, жизнь, страдание, воскрешение, сама смерть – врач всегда находится рядом. Мы можем очень долго перечислять фильмы и сериалы, где врачи являются главными героями, но какой образ наиболее приближен к реальности? На какого киногероя можно ориентироваться молодому врачу, кого можно назвать практически идеалом?

Самым ярким врачом экрана можно назвать профессора Преображенского, персонажа знаменитого советского кинофильма «Собачье сердце», снятого по одноименной повести Булгакова. Профессор – представитель старой интеллигенции, который исповедовал принципы нравственности и морали. Создавая образ профессора Преображенского, М. А. Булгаков брал за ориентир отчаянных ученых того времени. Булгаков предостерегает человечество от безответственных экспериментов, подводит к осознанию опасности форсирования законов эволюции. Эта идея актуальна и в наши дни. Писатель называет главную причину всех человеческих бед: уверенность в знании абсолютной истины и в собственной непогрешимости.

Одним из знаменитых докторов современного кинематографа является всем известный доктор Грегори Хаус, персонаж американского телесериала сериала «Доктор Хаус». Он обладает достаточно циничным, резким и эксцентричным характером, необычным чувством юмора. Хаус старается избегать общения с людьми, часто грубит своим подчиненным, шутит в неподходящих ситуациях. Но это не отталкивает, а наоборот - привлекает людей к его персоне. Почему же? Доктор Хаус – мастер своего дела, талантливый врач-диагност, который способен по первому осмотру определить заболевание пациента и степень его тяжести. Он прекрасно разбирается в людях, отличает, когда ему лгут, а когда говорят правду. Его ценили в первую очередь за высокий профессионализм, мирясь со сложным характером. Конечно, этот персонаж не лучший пример для подражания, но на его примере можно понять, что врач должен быть в первую очередь хорошо обучен и образован, ведь на его плечи ложится самое дорогое – жизнь человека.

«Так на кого же нам походить» - спросить теперь пыливый читатель. Коллеги, походите на самих себя! Но будьте при этом умными, сильными, красивыми, милосердными. То есть, будьте единственно такими, каким и должен быть Врач.

Ключевые слова: врач, кино, кинематограф, образ

ID: 2016-01-27-T-5790

Тезис

Кузнецова С.В., Сергеева М.А.

Социальный портрет современного российского врача

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.

Социальный портрет позволяет осмыслить содержание профессиональной деятельности, мотивацию, увидеть способы взаимодействия микро- и макросоциума, дать оценку личности человека, выяснить какие проблемы волнуют данную категорию работников.

Данная тема актуальна тем, что, несмотря на обилие литературы о профессии врача, еще нет четкой научно обоснованной методики исследования социологического портрета, что затрудняет получение объективных знаний об особенностях профессиональной деятельности.

Двое из трёх опрошенных врачей (60%) удовлетворены своей работой, треть (31%) - в чём-то удовлетворены, в чём-то нет, а неудовлетворенность своей работой высказали только 7% респондентов. Основными причинами неудовлетворенности работой являются большая нагрузка на врача, большой объём «писанины» и слабое материально-техническое обеспечение ЛПУ.

Исследование показало невысокий уровень удовлетворённости своими профессиональными знаниями и высокий уровень потребностей в росте – большинство врачей (60%) частично/полностью не удовлетворены своими профессиональными познаниями.

В целом большинство врачей не удовлетворены уровнем своей заработной платы (74%), что собственно и является одной из причин дополнительной занятости врачей.

Исследование выявило негативное отношение врачей к современной системе обязательного медицинского страхования, число одобряющих ОМС не превышает 14% среди врачей коммерческого сектора, а среди врачей некоммерческого сектора оно в два раза меньше – лишь 6%.

Что касается приоритетных качеств врача, то на первом месте находится профессионализм, на втором - работоспособность. Третье место разделили спокойствие, стрессоустойчивость, терпение, умение общаться с людьми. Также для современного врача характерно отсутствие ролевой определенности в деятельности и в регламентации взаимоотношений с коллегами, медперсоналом и пациентами. Преувеличенно подчеркивается значение личностных характеристик врача во всех проблемных ситуациях, встречающихся в медицинской практике.

Ключевые слова: социальный портрет современного российского врача

Борисенко В., Петрова Т., Ермолаева Е. В.

Профессиональные риски медицинской сестры*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России*

Работа медицинской сестры предполагает каждый день контакт с большим количеством пациентов, которые являются потенциально инфицированными. В группе максимального риска находятся процедурные медсестры, т.к. часто они могут уколоться, порезаться или получить иные травмы, связанные с манипуляциями со шприцами и иглами от них после взятия крови или выполнения инъекции, что и определяет потенциальные риски медицинской сестры. Из-за возникновения данного риска, была поднята проблема о повышении защиты медицинских сестер от инфицирования.

Проблема повышения условий труда медицинских работников является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины в России, так как занимает пятое место по распространенности профзаболеваний. По исследованной нами статистике, первое место стабильно занимают инфекционные заболевания (более 70%), которые передаются именно через кровь. Это связано прежде всего с тем, что среди врачебных материалов, медикаментов немало аллергенов, что может привести к широкому распространению гиперчувствительности и аллергии у персонала больниц и поликлиник.

Эта проблема не остаётся незамеченной и ведётся поиск различных решений. Как показывают данные исследуемого источника, в последние несколько лет в нашей стране были предприняты меры, направленные на создание системы безопасности медперсонала. Согласно закону медицинские организации обязаны проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий. Однако до сих пор есть ряд причин, которые препятствуют более успешному решению вопроса.

Среди них есть такие как отсутствие документирования случаев заражения медработников, недостаточное информирование медперсонала о мерах безопасности при работе с колющими, режущими и другими потенциально опасными предметами. Кроме того, существуют такие проблемы как большая стоимость использования безопасных медицинских устройств, недостаточное материально-техническое обеспечение медицинских учреждений устройствами и материалами для безопасных условий труда. Однако в пост-индустриальных странах было доказано на практике, что расходы на лечение инфицированных медработников и связанные с этим судебные траты и страховые возмещения во много раз превышают незначительную разницу в цене между устройствами с инженерной защитой от травмы и обычными приспособлениями. Судя по данным поиска решений проблемы инфицирования медперсонала, в России, так же как и в других пост-индустриальных странах, защита приобретет всеобщий характер.

Ключевые слова: медицинская сестра, здравоохранение

ID: 2016-01-27-T-5895

Тезис

Сучков Д.А., Михайлин В.В., Ермолаева Е.В.

Роль медицинской профессии в современном обществе

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Медицина в России - одна из наиболее малообеспеченных государством отраслей. Врачи работают при недостатке техники, Интернета, возможностей посещать международные медицинские конгрессы, обмениваться опытом с коллегами, а несовершенство нормативно-правовой базы усугубляет имеющиеся проблемы. Но в настоящее время высшее медицинское образование стоит на пороге радикальных перемен.

Профессия врача весьма престижна, но не совсем прибыльна. Большинство студентов поступают в медицинские вузы, желая помогать людям, а так же понимая, что профессия врача будет востребована всегда. Отношение к медицине и врачам в российском обществе двояко. К сожалению, большинство людей считает, что в России врачи не делают абсолютно ничего, а только обманывают и вымогают деньги. Другие же понимают трудности такой работы, и в первую очередь огромную ответственность, лежащую на плечах у каждого врача. Профессиональная компетентность, нравственная позиция, предполагающая требовательное отношение к себе, способность признавать и исправлять собственные ошибки, дает врачу право на самостоятельно принимать решения.

Главная цель профессиональной деятельности врача - сохранение жизни человека и улучшение ее качества путем оказания неотложной, плановой и профилактической медицинской помощи. Врач должен быть готов оказать медицинскую помощь любому человеку вне зависимости от пола, возраста, расовой и национальной принадлежности пациента, его социального статуса, религиозных и политических убеждений, а также иных факторов, например материального положения.

Таким образом, положение врача в обществе в настоящее время остается уязвимым при осуществлении профессиональной деятельности. Правовое регулирование медицинской деятельности обеспечит адекватную юридическую защиту как врачей, так и пациентов.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Кузнецова С.В., Сергеева М.А., Ермолаева Е.В. Социальный портрет современного российского врача // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015.

Ключевые слова: медицина, врач, Россия, тезисы, конференция

ID: 2016-01-28-A-5945

Обзор

Андрянова Е.А., Чернышкова Е.В.

Модель профессионализации медицины в дореволюционной России (на примере Императорского Николаевского университета)*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Работа посвящена особенностям модели профессионализации медицины в дореволюционной России на примере Императорского Николаевского университета.

Ключевые слова: профессионализация в медицине, Императорский Николаевский университет

Институциональная структура подготовки к «исполнению» профессии врача оформилась в России на рубеже XVIII–XIX веков. В образовательный процесс, построенный на принципах прикладного знания, входит клиническое преподавание, в котором пересекаются две стратегии: дискурсивное определение опыта (от техник к методикам/технологиям) и имитация опыта (от методик/технологий к техникам). Фундаментальное знание (базовые теоретические дисциплины – анатомия, физиология, патология) позволяет осваивать дискурсивные стратегии проблемного и оценивающего суждения, прикладное знание связано с актуальным опытом и позволяет осваивать внедискурсивные техники и методики/технологии (прикладные способности).

Историография создания факультетских и госпитальных клиник отражает динамику приоритетов профессиональной подготовки врача, овладения мастерством – опытом на основе знаний и умений, приобретаемых в результате «практического» образования. Выделение трех этапов клинической подготовки составляет методическую базу подготовки врача до настоящего времени. Первый – пропедевтический курс, основанный на изучении и выработке навыков практического применения методов обследования больного. Второй – факультетский, задачей которого, по мнению Г.А. Захарьина, являлось «предоставить студентам типы болезней по выбранным только образцам, а не по всей пестроте и многогранности их проявлений» [1, с. 12]. Третий – госпитальный. Специфика преподавания на нем сформулирована в 1840 году Н.И. Пироговым так: «профессор практической медицины, госпитальной, устремляет при визитациях внимание слушателей на целую массу одинаковых болезненных случаев, показывая при этом индивидуальные их оттенки; статистическим способом доказывает пользу той или иной методы лечения, лекции его состоят в обзоре главнейших случаев, сравнении их и пр.; у него в руках средство продвигать науку вперед» [2].

Рассматриваемые нами в аспекте реализации задачи обучения и воспитания клинические научно-образовательные школы отражали особый ареал медицинского университетского образования, а их развитие было связано с расширением границ медицинского познания.

В эти рамки вписывается становление десятого русского университета – Императорского Николаевского университета (в настоящее время Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского). Университет был открыт в 1909 году с одним факультетом – медицинским (по иронии судьбы, с течением десятилетий этот факультет стал совсем другим университетом – Саратовским государственным медицинским университетом (Саратовский медицинский институт), преподавание в котором начали профессора Казанского университета хирург В.И. Разумовский и физиологи И.А. Чувский, А.Я. Гордягин (по кафедре ботаники), В.В. Вормс (по кафедре физической химии), приват-доцент Новороссийского университета Н.Г. Стадницкий (по кафедре нормальной анатомии), приват-доцент Львовского университета Б.И. Бирюков (по кафедре зоологии со сравнительной анатомией и паразитологией), В.Д. Зёрнов (по кафедре физики) [3].

Уровень развития профессионального медицинского знания к тому времени позволил достаточно быстро сформировать кадровый состав медицинского факультета, на котором уже в 1912 году (третья годовщина университета) преподавание велось на 27 кафедрах, возглавляемых ординарными и экстраординарными профессорами. Согласно обзору преподавания в Николаевском университете в весеннем полугодии 1912 года читались следующие обязательные курсы: основного богословия; физики, неорганической химии, аналитической химии, ботаники, зоологии со сравнительной анатомией и паразитологией; органической химии; гистологии и эмбриологии; физиологии человека; физиологической химии; фармации и фармакогнозии; фармакологии с включением учения о минеральных водах и рецептурой; общей патологии с бактериологией (и с учением об иммунитете); патологической анатомии; врачебной диагностики с пропедевтической клиникой; частной патологии и терапии; хирургической патологии с десмургией и учением о вывихах и переломах; оперативной хирургии с топографической анатомией и упражнениями в операциях на трупах. В осеннем семестре с открытием IV курса медицинского факультета к перечисленным выше добавились следующие обязательные курсы: минералогии, факультетской клиники внутренних болезней, факультетской хирургической клиники, акушерства и женских болезней с клиникой, судебной медицины, систематического и клинического учения о наклонных и сифилитических болезнях, офтальмологии, детских болезней и систематического клинического учения о нервных болезнях.

С 1910 года было начато издание «Известий Императорского Николаевского университета», редактором которого становится первый декан медицинского факультета университета И.А. Чувский. По поручению совета университета, ко второй годовщине существования университета уже вышли 4 книги «Известий...», рассылка которых осуществлялась в 100 различных учреждений России и иностранные университеты [4]. Структуру издания составляли университетская летопись (обозрения преподавания, протоколы заседаний совета, годичный акт университета); научный отдел (статьи профессоров и доцентов); приложения (руководства по практическим занятиям и др.). Издание «Известий» продолжалось вплоть до 1927 года.

Таким образом, структура издания отражала основные направления конструирования в процессе обучения когнитивного уровня медицинской профессии: научное и прикладное.

Для усиления деятельностной мотивации и создания дополнительной ресурсной базы в когнитивный уровень были включены специфические элементы социальной памяти – формы увековечивания памяти людей, внесших существенный вклад в развитие медицины. К ним относятся: 1) учреждение именных врачебных стипендий; 2) присвоение имени конкретного врача

материальным объектам; 3) самоувековечивание – в исторических документах содержатся сведения о том, что многие врачи завещали свое имущество, библиотеки, денежные средства кафедрам университетов и клиникам, строили на свои деньги здания клиник.

В частности, в протоколе заседания совета Императорского Николаевского университета от 1 февраля 1916 года обсуждался вопрос по выработке формы увековечивания памяти покойного профессора кафедры факультетской терапевтической клиники Н.Н. Кирикова. По данному вопросу было вынесено следующее определение: «учредить при Императорском Николаевском университете стипендию имени покойного профессора Н.Н. Кирикова для молодых врачей, желающих совершенствоваться в науках, для каковой цели образовать капитал, предложить жалеющим г.г. членам Совета отчислить 1% из содержания в течение года, начиная с 1 января 1916 г., о чем и уведомить Правление Университета [5, с. 13].

Практиковались пожертвования на стипендии. Среди огромного числа свидетельств о такого рода действиях особо следует отметить пожертвование земских врачей Саратовской губернии на образование стипендий их имени (1462 р. 39 к.), а также пожертвование земским врачом Я.П. Власовым (Аткарская уездная земская управа) на образование стипендии имени В.И. Разумовского в 15 р. [6, с. 55-56].

Эволюция когнитивного уровня и растущие потребности общества инициировали изменения модели высшей школы. Модель обучения на медицинском факультете в начале XIX века сохранялась практически на протяжении всего столетия. Анализ расписаний занятий 1912 года позволяет представить себе недельную нагрузку студентов-медиков: на I курсе обучения она составляла 34 часа аудиторных занятий; на II курсе – 28 часов; на III курсе – 33 часа; на IV курсе – 36 часов. Помимо аудиторных обязательных часов студенты посещали занятия в анатомическом зале (на I и II курсе их объем составлял по 15 часов в неделю). Учебный день студента заканчивался, как правило, в семь-восемь часов вечера. Следует также отметить, что в программы обучения по всем курсам были включены совещательные часы после лекций.

Клиническое обучение на IV курсе включало в себя, помимо клинических лекций, следующие виды занятий: курирование стационарных больных, ведение историй болезни, участие в обходе профессора (клиника внутренних болезней); курирование больных, производство операций, наложение повязок, перевязка больных; вечерние обходы больных (факультетская хирургическая клиника); разбор больных в амбулатории губернской больницы во время хирургического приема (курс хирургической патологии); практические занятия в кабинете заведующего заразным отделением губернской больницы (курс заразных болезней); исследование больных и упражнения в методах общей хирургической диагностики в одной из городских больниц (курс общей хирургической диагностики); практические занятия по диагностике внутренних болезней (курс диагностики желудочно-кишечных заболеваний) [7].

В 1914/1915 академическом году программа обучения в VI, VII, IX, X семестрах значительно расширилась, а, следовательно, расширился объем профессиональной подготовки и отработки более широкого «диапазона» практических навыков. Так, учебный курс по акушерству и женским болезням предусматривал лекции, изучение механизма родов на фантомах, упражнений в гинекологическом исследовании в гинекологической амбулатории, упражнения в производстве акушерских операций и распознавании и лечении гинекологических болезней, суточные дежурства в клиниках по группам ежедневно, курирование и обход гинекологических больных [8, с. 19-21].

В 1916/1917 академическом году в связи с продолжающимися военными действиями, необходимостью обучения навыкам оказания медицинской помощи раненым и организации военно-санитарной службы в армии программа обучения была расширена курсами по военно-полевой хирургии и санитарной тактике [9, с. 23-24].

Врач, имеющий практический опыт высоко оценивался, а его престиж поддерживался профессиональным сообществом. Подтверждение этого мы находим при решении проблемы, возникшей с выпускниками медицинского факультета Саратовского университета в период Первой мировой войны в августе 1914 года. Для укомплектования врачебных должностей были призваны в действующую армию студенты-медики, получившие к тому времени лишь выпускные свидетельства и занимающие должности зауряд-врачей 1 разряда. К весне 1916 года эти лица имели уже 1,5 года практического стажа, но были поставлены в подчиненное положение к молодым врачам, прибывающим в армию и имеющим степень лекаря. Признавая такое положение недопустимым, на заседании совета университета 15 февраля 1916 года слушался и получил положительное решение вопрос о том, что призванным в качестве зауряд-врачей 1 разряда студентам-медикам необходимо на основании их прошения и подтверждения их успешной врачебной деятельности выдать удостоверение о присуждении степени лекаря [10, с. 18-19].

Проведенный анализ программ обучения на медицинском факультете Николаевского Императорского университета позволяет показать специфику модели профессионализации в дореволюционный период, определяющую особый образовательный выбор. Ценностные ориентации медицинского образования определяются исключительно внутри самой профессии. Базовой ценностью является профессиональная компетентность, рассматриваемая как долг и поддерживаемая традициями, культурной средой профессионального сообщества.

В этой связи закрепляется особая организация обучения. Во-первых, в нем прослеживается направленность на усвоение рекомендованных элементов объективированного профессионального опыта на уровне системы научения рекомендованным операциональным умениям и навыкам, рациональной системе профессиональных действий. Во-вторых, процесс обучения стимулировал накопление совокупного личного профессионального опыта на основе его репрезентации при коллективных обсуждениях и консультировании с преподавателями. В-третьих, обозначается четкая линия саморазвития системы профессионального образования за счет расширения его программы в зависимости от потребностей практики (от задач земской практики к задачам военного времени).

С давних времен в государственных устоях России находила свое отражение моральная основа медицинской профессии. Свидетельствами данного положения являются «Изборник Великого князя Святослава Ярославича» и «Свод юридических норм Киевской Руси» (XI–XII века). Правовой статус врачей-лечебников нашел свое отражение в «Морском Уставе» Петра I (1720 год). В России с 1845 года врачи подписывали «Факультетское обещание», которое помещалось на обороте диплома. В «Факультетском обещании» на первое место было поставлено обязательство не омрачать чести сословия, а в завершение формулировалось корпоративное обязательство быть справедливым к своим сотоварищам-врачам, прибегать к советам опытных врачей. Относительно пациентов была определена возможность говорить правду, если того требовала польза больного.

Социальная база медицинской профессии к началу XIX была ориентирована не только на представителей социальных слоев с высоким уровнем экономического положения, а сколько на их культурный капитал (обязательным условием поступления на медицинский факультет было наличие гимназического образования). Так, социальный состав студентов медицинского факультета Николаевского Императорского университета в 1916 году выглядел следующим образом: детей потомственных дворян – 46; личных дворян и чиновников – 140; потомственных почетных граждан и купцов – 113; мещан и цеховых – 330; крестьян и поселян – 248; казаков – 17; других сословий – 5; иностранных подданных – 1 [10, с. 12-13]. В эти годы получило развитие практика учреждения стипендий для представителей низших социальных слоев, благодаря чему последние имели возможность обучаться на факультете.

Значимой приметой начала XX столетия стало признание возможности получения женщинами врачебного диплома [11, 12, 13]. В Саратовский Императорский Николаевский университет первый набор женщин был осуществлен в 1914 году. В составе учащихся они обозначались как слушательницы, в отличие от лиц мужского пола, обозначенных как студенты, и они составляли (на январь 1916 года) только 5% от числа студентов-мужчин. В России перед революцией 1917 года подготовка врачей проводилась на 10 медицинских факультетах университета, высших женских курсах и Военно-медицинской академии. На всех факультетах обучалось 8600 студентов, а ежегодный выпуск составлял 900 человек [14]. Медицинский факультет Саратовского университета с 1914 по 1917 год выпустил 542 врача (в терминологии того времени – лекарей).

После победы революции 1917 года в России медицинское образование имело основательную базу: 15 медицинских вузов (факультетов университетов), в том числе 5 женских, ежегодно выпускавших около 1500 врачей. Всего в России в 1917 году было 19,8 тыс. врачей. Советской властью была определена новая целевая установка подготовки врача.

Профессиональное пространство медицины выстраивалось в соответствии со следующими требованиями: а) естественнонаучная подготовка (знание физико-химических и биологических наук, необходимое для понимания законов, лежащих в основе биологических процессов); б) достаточная общественная подготовка для понимания окружающих социальных явлений; г) развитие материалистического мышления, без которого невозможно правильное понимание взаимоотношений между организмом и средой и способность рассматривать больных в разрезе их трудовой жизни и быта; д) умение учитывать профессиональные и социальные условия, способствующие возникновению болезней и умение указывать пути их предупреждения; е) практическая подготовленность для оказания лечебной помощи населению [15, с. 227].

В «Тезисах по вопросу о реорганизации высшей медицинской школы», принятых Государственным ученым советом в марте 1924 года, определялось, что в РСФСР высшее медицинское образование «ставит своей целью подготовку научно-материалистически мыслящего врача, практического работника для обслуживания трудящихся, теоретически и практически подготовленного как в области лечебной, так и санитарно-профилактической» [16]. Перед советской высшей медицинской школой в плане подготовки кадров ставились новые задачи. З.П. Соловьев, выступая в 1924 году на совещании по высшему медицинскому образованию, формулировал их следующим образом: «Наше стремление – противопоставить врачу-ремесленнику, «набившему руку» на той или иной специальности, чаще всего лечебной, врача с научным кругозором, врача-общественника, достаточно подготовленного для практической работы в области лечебной и профилактической медицины» [14, с. 22]. С одной стороны, в данном тезисе государством, взявшем на себя заботу о здоровье народа, обозначен принцип синтеза лечебной и профилактической медицины. С другой стороны, обращает на себя внимание то, что именно государство берет на себя «заботу» по конструированию профессионального пространства медицины и активно конституирует практики, предполагающие приоритетность государственных интересов. Отсюда и авторитарное присутствие власти в системе медицинского образования, происходившее деформации профессионального развития и отступлению российской практики подготовки врачей от ее зарубежных аналогов.

Литература

1. Зиновьев И.А. К истории высшего медицинского образования в России. М., 1962.
2. Отчет о состоянии и действиях императорского Московского университета за 1840/41 академический, 1841 гражданский годы. М., 1841. С. 21.
3. Попкова Н.А. Десять лет русского университета. К 80-летию Саратовского университета. Саратов, 1990.
4. Зарубежная рассылка Известий осуществлялась в университеты Загреба, Софии, Кракова, Праги, Вены, Берлина, Лейпцига, Парижа, Кембриджа, Вашингтона, Токио, Брюсселя.
5. Известия Саратовского университета. 1917. Т. VIII, (вып. 1-2).
6. Известия Саратовского Императорского Николаевского университета. 1912. Т. III, (вып. 2). Годичный акт.
7. Обзорение преподавания по медицинскому факультету Императорского Николаевского университета за 1912-1913 академический год. Саратов, 1913.
8. Обзорение преподавания по медицинскому факультету императорского Николаевского университета за 1914-1915 академический год. Саратов, 1915.
9. Обзорение преподавания по медицинскому факультету Императорского Николаевского университета за 1917-1918 академический год. Саратов, 1918.
10. Известия Саратовского университета. 1917. Т. VIII, (вып. 1, 2). Университетская летопись.
11. Андриянова Е.А. Женское медицинское образование // Гендер, власть, культура: социально-антропологический подход. Саратов, 2000. С. 3-6.
12. Андриянова Е.А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: автореф. дис. ... докт. социол. наук. Волгоград, 2006. 39 с.
13. Чернышкова Е.В. Медико-социальные механизмы пролонгирования активного образа жизни в пожилом возрасте: автореф. дис. ... докт. социол. наук. Волгоград, 2013. 45 с.
14. Грибанов Э.Д. История медицинского образования. М., 1971.
15. Высшее медицинское образование в РСФСР // Педагогическая энциклопедия / Под ред. А.Г. Калашникова. М., 1930. Т. 3.
16. Тезисы по вопросу о реорганизации высшего медицинского образования // Бюллетень научно-технической секции ГУСа. 1924. № 5 от 24/VIII.

Основные этические проблемы деятельности современного фармацевтического работника

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.

Резюме

Фармацевтические работники, наряду с медицинскими, являются ключевыми элементами в системе здравоохранения Российской Федерации. Отпуск и продажа лекарственных препаратов – один из этапов медицинской помощи, оказываемой гражданам. Поэтому от того, каким предстает в современном обществе фармацевтический работник, зависит эффективность и рентабельность лечения, а также здравоохранения в целом. В данной статье были рассмотрены основные и наиболее важные этические проблемы, возникающие в процессе деятельности «первостольников» и других специалистов, чья работа непосредственно связана с продажей лекарственных средств – отпуск рецептурных ЛС без рецепта, фальсификация препаратов и соблюдение врачебной тайны.

Ключевые слова: фармацевт, провизор, проблемы, этика, лекарства

Аптека – то место, где необходимо приобрести лекарственные препараты, а фармацевт – соответственно, является лицом данного учреждения. То, как будет вести себя работник аптеки с пациентом, сыграет немалую роль на представлении последнего как о «первостольнике», так и о всем устройстве здравоохранения.

Как известно, существует специальный документ, названный «Этическим кодексом фармацевта и провизора», в котором отражены наиболее значимые аспекты деятельности фармработников. Этический кодекс фармработника России – совокупность этических норм, морально-нравственных принципов поведения фармацевтического работника при оказании квалифицированной, доступной и своевременной фармацевтической помощи, включающей в себя обеспечение населения и каждого гражданина в первую очередь лекарственными средствами, а также оказание научно-консультативных услуг по всем вопросам, связанным с лекарственными средствами.

Нормы морали строятся на личных убеждениях человека и не имеют каких-либо правовых основ. Однако существуют законы, регулирующие деятельность фармацевтического работника, например Федеральный закон от 22.12.2014 N 429-ФЗ (ред. от 13.07.2015) "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обращении лекарственных средств" и Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015).

Одной из проблем, на которой хотелось бы остановиться – отпуск лекарственных средств, которые должны продаваться исключительно по рецепту. Все довольно-таки просто – такие препараты продают без рецепта.

Авторы статьи провели «контрольную закупку», пробуя приобрести рецептурный препарат в нескольких аптеках г. Саратов. В первой аптеке – «Диклофенак» (противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее, противоревматическое, антиагрегационное средство, как правило, используемое при травмах и заболеваниях суставов). Продавать препарат без наличия рецепта фармацевтический работник категорически отказался. Вторая аптека – «Кетотифен» (противоастматическое, противовоспалительное и антигистаминное средство, применяемое для профилактики аллергических заболеваний, лечения бронхиальной астмы). Не задав ни единого вопроса и не предупредив о побочном действии, фармацевт отпустил данный препарат. Аналогично – в третьей аптеке с лекарственным средством «Тамоксифен» (противоопухолевое антиэстрогенное действие). Стоит заметить, что о побочных эффектах вследствие применения данных препаратов фармработники не сообщили.

Каковы же могут быть причины? Исходя из проведенного исследования, можно сделать выводы: почему же рецептурные ЛС отпускаются без рецепта?

- 1) Личная заинтересованность работника и материальная выгода. Руководство принципом «чем больше продам, тем лучше»
- 2) Самонадеянность и вера в то, что можно уйти от ответственности.
- 3) Низкая квалификация специалиста, плохой уровень подготовки и знаний.
- 4) Морально-нравственные качества человека и его собственное отношение к своей профессии.
- 5) Возраст. Рецептурные ЛС были отпущены молодыми специалистами (25-44 года), отказался же продавать препарат фармацевт среднего возраста (по классификации ВОЗ – от 44 до 60 лет).
- 6) Продажи отпуск рецептурных ЛС знакомым, родственникам, друзьям.

Каковы же могут быть последствия? Как правило, пациент не всегда информирован о том, как правильно применять ЛС, о противопоказаниях и побочных действиях, о дозировке. Информация, содержащаяся в инструкции к препарату, может быть проигнорирована человеком (например, примет три таблетки за раз, дабы эффект пришел быстрее). Также вспоминается анекдот про пациента, которому были выписаны свечи. А он их ел.

Таким образом, последствия приема лекарств не всегда могут носить положительный характер. Побочные эффекты, вызванные неправильной дозировкой, или неучтенными противопоказаниями к применению, могут привести к серьезным последствиям и изменениям со стороны определенных систем органов. Ниже будут описаны последствия приема анаболических стероидов, применяемых в спортивной сфере.

«Отпуск лекарственных препаратов без рецепта влечет за собой административную ответственность. Согласно Кодексу об административных правонарушениях (от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 03.11.2015) Статья 14.4.2. п. 1 - Нарушение законодательства об обращении лекарственных средств».

Нарушение установленных правил оптовой торговли лекарственными средствами и порядка розничной торговли лекарственными препаратами влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от полутора тысяч до трех тысяч рублей; на должностных лиц - от пяти тысяч до десяти тысяч рублей; на юридических лиц - от двадцати тысяч до тридцати тысяч рублей.

Как видно, отпуск рецептурных ЛС без рецепта карается относительно небольшим штрафом. Если, например, крупная сеть аптек отпустила такой препарат, то штраф – всего лишь небольшой убыток.

В случае, если речь идет о наркотических препаратах, либо их прекурсорах (веществах-предшественниках, участвующих в реакциях образования основного вещества), то статья будет другой (6.16. Кодекса об административных правонарушениях - Нарушение правил оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров либо хранения, учета, реализации, перевозки, приобретения, использования, ввоза, вывоза или уничтожения растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры).

Ответственность по данной статье не ограничивается штрафом (а штраф для юридических лиц – от 100 до 400 тыс. рублей). Запрещенные вещества конфискуются, а деятельность предприятия может быть приостановлена.

Следовательно, необходимо проводить определенные мероприятия для того, чтобы искоренить проблему продажи рецептурных ЛС без рецепта.

1) Возможно введение других видов ответственности (например, уголовной), либо ужесточение административной ответственности. Проблема контроля за обращением рецептурных препаратов на фармацевтическом рынке - отсутствие ответственности за нарушения. Например, в развитых странах (США, страны Евросоюза) законодательство определяет весьма жесткую финансовую (либо уголовную, но редко) ответственность за продажу рецептурных ЛС. Штрафы велики - сотни тысяч евро, также возможно лишение лицензии учреждения на деятельность при неоднократных выявлении нарушений. Такая ответственность создает условия для добросовестной конкуренции, поэтому аптеки не рискуют получить штраф и не преследуют цель извлечь выгоду из продажи рецептурных ЛС, к тому же, не могут ставить на кон свою репутацию.

Как было сказано выше, в России соблюдаются требования закона лишь в отношении наркотических и сильнодействующих средств. Вопрос лишь в том, почему: потому что ответственность слишком серьезная, или потому, что такие препараты подлежат особому учету и контролю.

2) Проведение мероприятий, направленных на воспитание фармацевтических работников, информирование их о возможной ответственности за нарушение отпуска ЛС и о побочных эффектах, которыми для пациента может обернуться лечение каким-либо препаратом.

3) Если проблема заключается в плохой подготовке специалиста, то данный работник должен быть отстранен от фармацевтической деятельности, либо направлен на курсы повышения квалификации.

4) Гражданская бдительность.

Хотелось бы также остановиться на проблеме, имеющей отношение к отпуску рецептурных лекарств – да и не рецептурных тоже, а именно – деятельность интернет-аптек.

Продавать ЛС посредством сети интернет в России запрещено, однако данный рынок долгое время существовал (и существует) вне закона и без какого-либо надзора. Медицинское и фармацевтическое сообщества твердили об опасности такой торговли, а 1 июля 2015 года были внесены поправки в закон «Об обращении ЛС»

«Досудебное закрытие сайтов, содержащих информацию о розничной продаже дистанционным способом, предложение о приобретении дистанционным способом, доставке дистанционным способом и (или) передаче физическому лицу дистанционным способом лекарственных препаратов, наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов, за исключением случаев, установленных Правительством Российской Федерации»

Однако какие-то интернет-аптеки по-прежнему продолжают функционировать. Любой человек может заказать абсолютно любое лекарственное средство, даже из другой страны, рецептурное или безрецептурное, даже запрещенное в России. Понятно, что целью таких аптечных баз является получение прибыли, так как

- заказывать ЛС можно, не выходя из дома
- как рецептурные, так и безрецептурные
- гарантии приобретения товара

Причем данный вид деятельности может отрицательно отразиться на обычном человеке в двух направлениях:

1) Последствия приема лекарств. В качестве примера приведем анаболические стероиды. Анаболические стероиды - это препараты, ускоряющие синтез белка внутри клеток, что приводит к выраженной гипертрофии мышечной ткани (анаболизм), в результате чего они нашли широкое применение в спортивной сфере (например, для набора мышечной массы). Анаболические вещества используются и в медицине – для восстановления после длительных тяжелых заболеваний. Побочные эффекты приема данных препаратов весьма разнообразны: раздражительность, повышение артериального давления, угревая сыпь на различных участках тела, повышение уровня холестерина. Увеличение грудной железы у мужчин и появление мужских признаков у женщин (грубый голос), гипертрофия сердечной мышцы, поражения печени. После курса приема возможны импотенция, бесплодие, депрессия.

Нецелесообразный прием данных ЛС может привести к серьезным последствиям – инфаркту, атеросклерозу, летальному исходу.

Но здесь, в отличие от обычной аптеки – предупредить пациента о режиме приема, дозировке, показаниях и противопоказаниях кроме него самого никто не сможет. Однако и пациент может быть из тех, как бы это цинично не звучало, кто утюжит ректальными свечами.

2) Ответственность предпринимателя по статье 6.16 КоАП, либо и предпринимателя, и получателя по статье УК РФ 188 – контрабанда, в случае, если запрещенные вещества (сильнодействующие, наркотические или их прекурсоры) пересекли таможенную границу РФ.

Таким образом, деятельность таких аптек должна пресекаться, ибо регулированию она поддается весьма непросто.

Другой значимой проблемой, связанной с нормами отпуска ЛС, является фальсификация препаратов. Согласно статье 57 закона «Об обращении ЛС», в России запрещена продажа фальсифицированных (сопровождаются неправдивой информацией о составе и/или производителе), контрафактных (находятся в обороте с нарушением гражданского законодательства) и недоброкачественных (несоответствующих требованиям частных фармакопейных статей, либо других нормативных документов) препаратов.

В 2001 году было проведено исследование, по результатам которого выяснилось, что доля фальсифицированных ЛС на российском фармацевтическом рынке составляет 12%. Определенная часть препаратов производится на территории страны, другая - за границей. Как правило, фальсифицируются дорогостоящие ЛС и ЛС, которые часто используются населением.

Подделка внешне может быть абсолютно идентична настоящему препарату. Обычно имитируется упаковка оригинального средства, недостаточное количество действующего вещества, или, что еще хуже – его отсутствие или наличие ДРУГОГО вещества. Также препараты могут содержать токсические примеси, которые должным образом скажутся на здоровье пациента.

К фальсификатам можно отнести также и препараты с истекшим сроком годности. Порча может быть вызвана либо естественными процессами, происходящими в лекарстве, либо неправильным его хранением. По окончании данного периода ЛС не будет полностью соответствовать стандартам качества.

Процессы, происходящие в ЛС при хранении, условно можно разделить на три группы. К физическим относится изменение фазового состояния, консистенции. К химическим процессам можно отнести поглощение влаги гигроскопичными веществами, либо ее потерю, а также различные химические реакции – окисление, восстановление, гидролиз, полимеризация. Это может быть связано и с неправильными условиями хранения – несоблюдением температурного, светового режима. Также существует вероятность заражения ЛС микроорганизмами, в том числе и патогенными – данный процесс относят к микробиологическим.

И, как и всегда, сам по себе встает вопрос: а почему это происходит?

- 1) Как и в случае с интернет-аптеками – легкая и крупная выгода.
- 2) Исходя из п.1 – развитость интернет-аптек, вероятность фальсификации ЛС в которых весьма высока.
- 3) Низкий уровень системы контроля качества ЛС.
- 4) Моральный упадок производителей фальшивых препаратов и фармработников, идущих ради выгоды и «черной» зарплаты на их реализацию.
- 5) Высокие цены на ЛС, вследствие чего потребителю проще купить дешевый препарат.
- 6) Несовершенство нормативно-правовой базы и законодательства в области фальсификации, уверенность производителей и распространителей фальсификатов в уклонении от ответственности.

Исходя из причин, можно сделать следующие выводы.

А) Необходимо совершенствовать нормативно-правовую базу, ужесточать наказание за фальсификацию ЛС, проводить показательные судебные процессы.

ФЗ от 31.12.2014 г. N 532 внес изменения в отдельные законодательные акты касательно недоброкачественных, контрафактных и фальсифицированных ЛС.

Были внесены, в частности, поправки в Уголовный Кодекс.

Статья 235.1. (Незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий) предусматривает крупные штрафы (до нескольких миллионов рублей) и лишение свободы.

Статья 238.1 рассматривает незаконный оборот «плохих ЛС» и предполагает в качестве наказания принудительные работы, дисквалификацию, штраф или лишение свободы.

В статье 327.2 описаны последствия подделки документов, упаковки ЛС. Деяния также предусматривают принудительные работы, крупные штрафы и лишение свободы.

Б) Совершенствование системы контроля качества и развитие нормативной документации.

Последствия фальсификации могут быть как экономическими (снижение прибыли добросовестных фармацевтических компаний), так и связанными со здоровьем человека, вплоть до летальных исходов. Например, в 2014 году: 20 одинаковых случаев в России. Два из них закончились смертью, остальные привели к инвалидности. Под этикеткой "Милдроната" — препарата для сердечно-сосудистой системы, который назначают при аритмии, после инфарктов — был обнаружен "Листенон" — сильнейший анальгетик, противоположный по действию "Милдронату". "Листенон" парализует дыхание. Таким образом, может сократиться продолжительность жизни населения, упасть доверие к медперсоналу.

Следующей проблемой, которая больше связана с личностью фармацевтического работника и его нравственными качествами, относится проблема хранения врачебной тайны.

О хранении врачебной тайны написано в Этическом кодексе фармработника: всю личную информацию, доверенную пациентом, фармацевт должен хранить в тайне.

Представим такую ситуацию: вы работаете в аптеке, и к вам приходит совершеннолетняя девушка, дочь вашей соседки, а с соседкой вы хорошо знакомы. И, например, девушка просит вас продать что-нибудь для прерывания беременности на ранних сроках. К тому же говорит, чтобы вы ни в коем случае не сообщали это ее матери.

Вы, думая «да как же так, девушка беременная, а ее мать не знает», сообщите соседке эту информацию, которая будет являться врачебной тайной, руководствуясь принципом «а что мне за это будет?», ведь этический кодекс не является законом.

А на самом деле беременная девушка может подать на вас в суд. На каком основании? На основании законов.

ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" регламентирует вопрос о соблюдении врачебной тайны медицинскими и фармацевтическими работниками. Согласно ст. 13, сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Соответственно, разглашать данную информацию без согласия пациента, нельзя. Однако существуют особые случаи, когда данные сведения вне зависимости от того, есть ли согласие пациента, могут быть разглашены, например, в случае угрозы распространения инфекционных заболеваний.

Фармацевт может понести гражданско-правовую, административную или уголовную ответственность.

КоАП РФ, Статья 13.14. Разглашение информации с ограниченным доступом влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от пятисот до одной тысячи рублей; на должностных лиц - от четырех тысяч до пяти тысяч рублей.

Уголовная ответственность предусмотрена статьей 137 УК РФ. Нарушение неприкосновенности частной жизни. Широкий спектр видов наказания – от штрафа и принудительных работ до лишения свободы с дисквалификацией.

Получается, что о пациентах и о том, что они покупали, нельзя обсуждать с друзьями или коллегами по работе. Но кто об этом узнает?

В итоге, единственным способом решения данной проблемы является воспитание в работнике собственных качеств, укрепление моральных принципов, направленных на ответственное отношение к информации, предоставляемой пациентом.

Подводя общий итог, можно выделить два направления решения вышеизложенных проблем.

- 1) Этическое направление – моральное и нравственное развитие личности, самовоспитание, формирование определенных качеств, непосредственно связанных с профессиональной деятельностью провизора и фармацевта.
- 2) Нормативно-правовое направление - создание, принятие и реализация различных законодательных актов в сфере деятельности фармацевта и оборота ЛС; информирование о возможных уголовной, административной и других видах ответственности, их ужесточение.

"В руках невежды лекарство — яд, и по своему действию может быть сравнимо с ножом, огнем или светом. В руках же людей сведущих оно уподобляется напитку бессмертия». Следует помнить о том, что в современном обществе невеждой может быть не только пациент, но и фармацевтический работник. Нужно искоренять насушие проблемы, тогда профессионалов своего дела станет больше, а значит - вырастет доверие граждан к медицинскому и фармацевтическому персоналу.

Литература

1. Биоэтика: учебник. Лопатин П.В., Карташова О.В. / Под ред. П.В. Лопатина. 4-е изд., перераб. и доп. 2011. - 272 с.
2. "Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях" от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 03.11.2015)
3. "Уголовный кодекс Российской Федерации" от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 16.07.2015) (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.07.2015)
4. Этический кодекс фармацевтического работника России (провизора и фармацевта), Иванов О.П., Издание: Новая аптека, 1999, 5с. 1999.-N 8.- С.17-21
5. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 13.07.2015) "Об обращении лекарственных средств" (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015)
6. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015)
7. РААС о поправках в закон об обращении лекарственных средств, запрещающий доставку препаратов <http://raas.ru/?module=press&id=865>
8. Закон против фальсификации лекарственных средств и биологически активных добавок <http://dokipedia.ru/document/5209392>
9. Вести недели: Смерть от лекарств: рынок подделок уступает лишь оружию и наркотикам. <http://vesti7.ru/news?id=44386>

Гущина А.Л., Филатова К.А.

Учёт возрастных особенностей покупателя в деятельности фармацевта/провизора

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научный руководитель: к.и.н. Суворов В.В.

Ключевые слова: возраст, пенсионер, учёт, аптека, препараты

Цель работы: изучить необходимость учёта возраста клиента в работе фармацевта/провизора.

Средняя продолжительность жизни человека прошлого века увеличилась почти на 20 лет. Изменения в демографии разных странах привели к быстрому увеличению количества пожилых жителей планеты. По статистике, в России на долю проживающих пенсионеров приходится около 21% и прогнозируется, что к середине этого столетия людей в возрасте от 60 лет и выше станет почти в три раза больше, в сравнении с концом прошлого века [2,6]. Гиппократ в своей всемирно известной «Клятве» сформулировал одно из основных этических и профессиональных постулатов медицинских работников – идти на помощь людям для сохранения их здоровья, невзирая на социальную, национальную принадлежность и положение в обществе.

Выявлено, что большая часть посетителей аптеки – люди в возрасте старше 55-60 лет. На долю этой возрастной группы населения выписывается почти половина всех лекарственных рекомендаций. Во-первых, данная категория граждан имеет немалое число заболеваний. Во-вторых, пациенты преклонного возраста более внимательно относятся к своему самочувствию, меньше прибегают к самолечению, чаще обращаются к медицинскому персоналу [3]. Согласно исследованиям, 38% данной группы не менее 1 раза в месяц консультируются у врача, на долю более молодых приходится около 18%.

Обслуживанию пожилых покупателей в аптеке присуща своя специфика, которая связана с особыми методами фармацевтического обслуживания и консультирования, а также поведением пожилых посетителей. И здесь на первом месте стоит психотерапевтический подход в работе фармацевта, умение сконцентрироваться на его проблемах, а не на том, что сейчас тревожит работника.

Всем посетителям аптек важны высокий уровень профессиональной подготовки провизоров (фармацевтов), грамотное качество обслуживания, возможность проконсультироваться о способах применения лекарственных препаратов. Одним из основных составляющих обеспечения лекарственными препаратами является квалифицированное обслуживание и консультирование всех групп населения с учётом особенностей возраста пациента. Согласно опросам, в нашей стране приблизительно 30% опрошенных при выборе нужного лекарства опираются на советы и рекомендации работника аптеки. Более 90% провизоров оказывают консультативную помощь обращающимся [8].

Заметное влияние на покупку лекарственных средств пенсионерами оказывает реклама на телевидении, информация в больничных учреждениях, аптеках. При замене лекарственного средства именно представители старшей возрастной группы более восприимчивы к советам работников аптеки. При этом, чем старше группа пациентов, тем сильнее склоняется к отечественным препаратам. При рекомендации лекарственных средств пожилым покупателям учитываются изменения фармакокинетики и фармакодинамики, связанные с возрастом, из-за чего изменяется активность покупаемого средства, могут увеличиться побочные эффекты. Поэтому сложно определить реакцию организма пожилых больных на данное лекарство, так как они являются самой уязвимой возрастной группой, которые чаще страдают от отрицательного побочного действия лекарственных средств [9,10]. В силу того, что пожилые пациенты, как правило, имеют большой перечень заболеваний, врач одновременно назначает сравнительно большой список препаратов. Принятие таким пациентом сразу нескольких лекарственных средств повышает вероятность возникновения побочных реакций. При приёме данных препаратов дозу следует увеличивать постепенно, так как риск возникновения побочных эффектов в пожилом возрасте значительно увеличивается. Чтобы обеспечить квалифицированную помощь провизор должен доступно преподносить пожилым покупателям достоверную информацию о действии лекарственных средств.

Для провизора очень важно найти общий язык с такими посетителями аптеки, поэтому диалог, складывающийся между ними, должен иметь особую специфику, с обязательным учётом возраста клиента. Факторы, оказывающие влияние на пенсионеров, могут быть самыми различными. Во-первых, данная категория граждан очень восприимчива к составляющим маркетинга. Удобное месторасположение аптеки является важным фактором, так как большинство пожилых покупателей приобретают лекарственные препараты в аптеках рядом с домом. Заметная вывеска, удобный вход в аптеку и широкий ассортимент также играют немаловажную роль. Популярность аптеки будет тем выше, чем чаще покупатель будет приобретать все нужные ему лекарственные средства в одном месте. Пенсионеры достаточно долгое время отдают приоритет определенной любимой им аптеке, поэтому вежливое общение с ними способствует быстрому отпуску лекарственного средства [2].

Как правило, пенсионеры стараются вести беседу с определенным фармацевтическим работником, с которым сложилось конструктивный диалог, часто приобретают лекарственные препараты не только для себя, но и для близкого круга лиц, особенно тщательно подходят к выбору лекарственного средства и при совершении покупки обязательно ориентируются на цену выбранного ими товара [1].

Существует два полярных мнения, связанных с деонтологией обслуживания пожилых посетителей аптек. Согласно первому, пожилые люди являются социально изолированными, не способными к активной жизнедеятельности, менее платежеспособны. Данные предубеждения оказывают негативные влияния на качество фармацевтической помощи покупателям старшей возрастной категории, поскольку большинство пожилых людей являются социально адаптированными: активно продолжают занятия своей профессиональной деятельностью, легко идут на контакт и охотно интересуются дорогостоящими новинками, способны с легкостью принять решение о покупке нового лекарственного препарата, если попытаться убедить их в его большей эффективности

и преимуществах перед аналогами [1,2]. С другой стороны, при обслуживании людей пожилого возраста фармацевтический работник должен помнить, что им присущи личностные особенности перехода к старости. Для многих из них характерно значительное снижение контроля собственного поведения по отношению к окружающим людям, снижение гибкости в общении.

Как результат, негативное восприятие происходящего, неуравновешенность, нервозность, отрицательная реакция на окружающих, частая забывчивость названий лекарственных препаратов, снижение умственной деятельности, нечеткость разъяснения своих требований [2,10].

Речевой этикет для работника аптеки есть главное составляющее в общении со старшей возрастной группой, при необходимости одну и ту же информацию следует повторить несколько раз, в связи с возрастом им достаточно сложно сосредоточиться и уяснить полученную информацию с первого раза, внимание рассеяно [7]. Поэтому фармацевт или провизор должен не отвлекаясь обслуживать покупателя.

Всем известно, что у людей старшей возрастной категории в значительной степени ухудшен слух, поэтому говорить с ними надо иначе, чем с молодыми людьми, а именно четко и неторопливо. Помимо этого стоит знать, что пожилым людям сложно получать новую информацию в больших объемах, следовательно, необходимо исключать длинные сложные предложения и медицинскую терминологию из речи.

В одном из колледжей Лондона проводили исследование, которое доказало, что треть пациентов в возрастной категории от 60 до 70 лет не воспринимают верно информацию о здоровье. После этого ученые решили, что писать рекомендации к лекарствам стоит самим пациентам, чтобы в инструкциях содержалась понятная каждому больному информация [4].

С возрастом у большинства людей сильно портится зрительная способность, вследствие этого работнику аптеки (фармацевту или провизору) следует оказать помощь клиенту прочесть аннотацию, а также обозначить крупно и разборчиво на упаковке лекарственного средства режим приёма, если это понадобится пациенту. В связи с тем, что с годами ухудшается память, не стоит делать резкие изменения в месторасположении товара, особенно, если аптека находится в спальном районе, где немало посетителей пенсионного возраста, так как это дезориентирует их, и они очень долго будут свыкаться с изменениями в обстановке.

При обслуживании посетителей пенсионного возраста не стоит высказываться критично и резко о лекарствах предыдущих поколений. Ведь пожилым людям достаточно трудно решиться кардинально изменить свои предпочтения, им не просто освоить использование современных медицинских изделий (тонометров, глюкометров).

Для большого количества пожилых людей совершение покупки – существенная жизненная проблема. Подобным покупателям следует дать время для обдумывания при покупке нового и современного препарата, поэтому квалифицированная помощь фармацевта будет крайне важна [7].

Вследствие заторможенной скорости реакции многие пенсионеры начинают вести себя раздраженно, так как не понимают вопроса, заданного им. Они могут выпустить из памяти рекомендации своего лечащего врача, поэтому работникам аптеки следует отнестись с пониманием к покупателям, прилагать усилия к тому, чтобы наладить с ними контакт [7].

Было установлено, что посетителей в аптеках допускается распределить на две значительные категории: чувствительных и не чувствительных к стоимости покупаемого товара. Люди пенсионного возраста крайне чувствительны к стоимости лекарств. Из опроса покупателей аптеки в 2013 году 100% пациентов в категории старше 55 лет сделали вывод, что цена лекарства – это основополагающий фактор для пенсионеров при покупке.

Как раз для малообеспеченных категорий жителей и открывают социальные аптеки, чтобы пенсионеры и лица, старающиеся сократить расходы, смогли приобрести там лекарственные препараты [5].

Имеется три версии толкования понятия «социальная аптека». Во-первых, аптека, реализовывающая выдачу лекарственных средств по льготам тем группам граждан, которые имеют возможность на государственную социальную поддержку.

Во-вторых, приватизированная или частная аптека с ценами на 15-20 % ниже, чем в других аптеках. В-третьих, аптека, определившая льготы на лекарственные препараты и медицинские изделия для пенсионеров, инвалидов и прочих групп граждан.

Следует заметить, что разнообразие лекарств социальной аптеки довольно скудно и необходимо, чтобы были в наличии лекарства, которые в большей степени важны людям пенсионного возраста: сердечно-сосудистые, гипотонические, жаропонижающие, противоревматические и т.п. Несмотря на однообразный товар, оборачиваемость препаратов велика и прибыльность социальной аптеки способна в разы превосходить прибыльность обычной аптеки.

Исследования доказывают, что посетители хотели бы увеличения оказываемых аптеками дополнительных услуг, таких как определение температуры, артериального давления, воды для употребления лекарств, фитобара, а также аренды медицинских изделий, заказ товаров на дом.

Стоит обозначить существование для пенсионеров возможность получить специальные услуги в аптечном пункте. Множество аптек предоставляют обширный спектр услуг и проводят всяческие мероприятия: приглашают врачей-специалистов для консультаций, проводят декады пожилых людей и предлагают бесплатную доставку лекарств на дом, предоставляют карты для покупки медицинских изделий со скидкой.

Таким образом складывается, что уровень сервиса и атмосфера аптеки являются значимыми факторами для посетителей, особенно пожилых. Стоит обратить внимание, что из представителей данной категории можно создать лояльную группу покупателей, уделив им соответствующую заинтересованность и проявив уважение, также они могут быть оригинальной рекламой для аптечного пункта.

Одна из специфических особенностей работы фармацевта – это преодоление психологических преград, которые возникают при контакте с покупателями в аптеке. Зачастую основными считаются такие качества, как коммуникабельность и стрессоустойчивость.

Таким образом, профессионалу-фармацевту присущи высокие моральные качества: уважение ко всем пациентам, открытость и честность действий, приоритет интересов пациента, умение сочувствовать и сопереживать. Он четко выполняет требования фармацевтической деонтологии в отношении пациента, врача, коллег, реализация же высокой миссии провизора – сохранение и укрепление здоровья человека.

Литература

1. Володина Н. Особенности работы с пожилыми клиентами в аптеке // Фармацевтический вестник. – 2012. – № 38 <http://www.pharmvestnik.ru>.
2. Клиент в аптеке: тонкости общения с пожилыми людьми // Фармацевтический вестник. – 2010. – № 5 <http://www.pharmvestnik.ru/>.
3. Кугач В.В. Характеристика целевой аудитории потребителей лекарственных средств, реализуемых без рецепта врача / В.В. Кугач, Е.Н. Тарасова, Е.В. Игнатъева // Вестник фармации. – 2010. – № 3. – С. 10-18.
4. Пожилые люди не понимают инструкции к лекарствам // Аптечное дело <http://www.apptuni.ru>
5. Социальная аптека // <http://www.socialnaya-apteka.html>
6. Социальная работа с пожилыми людьми за рубежом // Психологический центр Искусство жизни.ru <http://www.psyvita.ru/mudrost>.
7. Специфика обслуживания пожилых посетителей в аптеках // Первостольник <http://pervo100lnik.ru>
8. Троина С.Г. Посетители аптек глазами фармацевтических работников / С.Г. Троина, В.В. Кугач, Е.В. Игнатъева // Вестник фармации. – 2013. – № 2.– С.12-17.
9. Фармакология. <http://farmokologija.ru/vliyanie-faktorov-na-farmakodinamiku>.
10. Гурьянова М.Н. Психологические аспекты профессиональной работы провизоров по программе «Работа с пациентами пожилого возраста» / М.Н. Гурьянова, Е.С. Мезенцева // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – Т. 12. – № 5. – 2010. – С. 410-413.

Доровская А.И., Коршевер Н.Г., Решетников В.А.

Кадровые ресурсы медицинских организаций: состояние управления карьерой врачей*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва***Резюме**

Рассматриваются особенности управления карьерой врачей в медицинских организациях как одной из составляющей кадровых ресурсов здравоохранения.

Ключевые слова: карьера врачей, кадровые ресурсы, медицинские организации

Введение

В последние годы вопросы, имеющие отношение к управлению кадровыми ресурсами здравоохранения, в том числе карьерой врачей в медицинских организациях (МО), стали чрезвычайно актуальны. Вместе с тем анализ литературы свидетельствует о том, что данная проблема исследована недостаточно [1-5].

Цель заключается в исследовании состояния управления карьерой врачей в МО.

Материал и методы

Проводилось анонимное анкетирование 285 врачей, проходивших плановое усовершенствование на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Саратовского государственного медицинского университета (СГМУ) по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Кроме того, в 65 медицинских организациях г. Саратова проведена выкопировка данных (по специально разработанной карте) о разработке документов управления карьерой.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью ЭВМ.

Результаты

Респонденты определили, как они реализуют принципы, которыми необходимо руководствоваться при управлении своей карьерой. Наиболее приемлемыми являются: расширение познаний, приобретение новых навыков, подготовка к занятию более высокой должности (первое ранговое место); необходимость стать нужным инициативному, перспективному, оперативному руководителю (второе); принятие решений в области карьеры на основе компромисса между желаниями и реальностью, между своими интересами и интересами организации (третье).

Представляло интерес установить соотношение деятельности субъектов управления карьерой в МО. По мнению опрошенных, в повседневной деятельности здравоохранения управление карьерой врачебного состава МО в ряде случаев происходит не так, как хотелось бы в оптимальном варианте. Только относительно главных врачей (начальников) МО все оптимальные и существующие характеристики структуры управления значимо не различались ($p > 0,05$).

Индивидуальный (личный) план карьеры, а также карьерограмму составляли только $3,4 \pm 1\%$ опрошенных. Они были в «голове» у $56,7 \pm 2,9\%$, вообще не было у $39,9 \pm 2,9\%$.

По мнению почти 70% респондентов, руководство, кадровые органы МО участвовали в планировании карьеры врачебного состава, уделяя наибольшее формирование кадрового резерва; определению путей служебного роста, использование которых удовлетворяет количественную и качественную потребность в персонале в нужный момент времени и в необходимом месте; достижению взаимосвязи целей организации и отдельного сотрудника, обеспечению его специфических потребностей.

Установлено, что $78,2 \pm 2,4\%$ участвовавших в исследовании организаторов здравоохранения в разное время входили в состав кадрового резерва своей МО, из них $57,6 \pm 2,9\%$ - 1 раз, $9,3 \pm 1,7\%$ - 2 раза, $33,1 \pm 2,8\%$ - более 2 раз.

Большинство респондентов считали основной целью создания кадрового резерва обеспечение потребностей организации в квалификационном персонале. Вместе с тем седьмая часть организаторов здравоохранения указала на то, что в их МО создание кадрового резерва преследовало только формальную цель.

Опрошенным было предложено дать характеристику реализации в их МО классических принципов формирования кадрового резерва. Оказалось, что принцип актуальности резерва - потребность в замещении должностей должна быть реальной - реализовался только в $33,5 \pm 2,8\%$ случаев, принцип перспективности кандидата - ориентация на профессиональный рост, требования к образованию, возрастной ценз, стаж работы в должности и динамичность карьеры в целом, состояние здоровья - $28,3 \pm 2,6\%$, принцип соответствия кандидата должности и типу резерва - наличие требований к квалификации кандидата для работы в определенной должности - $27,9 \pm 2,7\%$, принцип гласности - $10,3 \pm 1,8\%$.

Этапность при формировании кадрового резерва, как правило, не соблюдалась. Основное внимание уделялось определению состава должностей кадрового резерва.

Как оценивались кандидаты в кадровый резерв? Значимо более часто это осуществлялось путём систематического наблюдения непосредственно в процессе трудовой деятельности, выполнения отдельных поручений; изучения квалификации и опыта работы по документам; личного общения, проведения собеседований и по результатам практической деятельности.

Из перечня мероприятий подготовки лиц кадрового резерва наиболее часто использовалось временное исполнение обязанностей вышестоящего руководителя на период его отсутствия с целью приобретения опыта управленческой деятельности и организаторских навыков - более 60% ответов.

Таблица 1. Результаты выкопировки данных о состоянии формирования документов управления карьерой в МО

Документ	%
Положение о карьере	1,5
Положение о ротации кадров	15,4
Схема кадровых перемещений	18,5
Индивидуальные планы карьеры	6,2
Карьерограммы	3,1
Программы профессионального развития определенных категорий персонала	44,6
Программы адаптации для каждого лица, вновь назначенного на должность	10,8
Положение о кадровом резерве	70,8
Положение о конкурсе при зачислении в кадровый резерв	18,5
Перечень должностей, подлежащих замещению из кадрового резерва	76,9
Программа формирования кадрового резерва	44,6
Список кадрового резерва	86,2
Программа подготовки специалистов кадрового резерва	66,2
Отчётность о результатах управления карьерой	12,3

Только 55,1±2,9% лиц из состава кадрового резерва были назначены на вышестоящую должность. В отношении остальных руководством использовались различные способы удержания их в МО (организация временных замещений руководителя; расширение функциональных обязанностей сотрудника, зоны его ответственности и уровня принятия решений; надбавка к заработной плате; назначение наставником над менее опытными сотрудниками).

В табл. 1 представлены результаты выкопировки данных о состоянии формирования документов управления карьерой в 65 МО.

Видно, что далеко не во всех случаях документы управления карьерой медицинского персонала были разработаны. Так, установлено, что только четыре документа были разработаны более чем в 60% МО: список кадрового резерва, перечень должностей, подлежащих замещению из кадрового резерва, положение о кадровом резерве, программа подготовки специалистов кадрового резерва.

Обсуждение

В 45% МО были выявлены программы профессионального развития определенных категорий персонала, а также формирования кадрового резерва.

Остальные документы были менее чем в 19 – 11 % МО. Это относится к положениям о конкурсе при зачислении в кадровый резерв, о ротации кадров; схеме кадровых перемещений; отчётности о результатах управления карьерой; программам адаптации для каждого лица, вновь назначенного на должность. Более того, индивидуальные планы карьеры, карьерограммы и положение о карьере были разработаны не более чем в 4-х МО.

Заключение

Управление карьерой врачей в МО нуждается в оптимизации.

Литература

1. Габриелян А.Р., Чернышев А.В. Необходимость создания системы управления деловой карьерой в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении // Вестник Тамбовского университета. Серия: естественные и технические науки. – 2013. –з №18(6). – С. 3342-3343.
2. Доровская А.И., Коршевер Н.Г. Исследование вторичной адаптации врачебного состава в медицинской организации // Роль науки в развитии общества: сб. статей Международной научно-практической конференции (5 марта 2015 г. Г. Уфа) в 2ч. Ч. 2. – Уфа: Аэтерна, 2015. – С. 110-112.
3. Кулагин А.В., Богдан Н.Н. Отношение к карьере руководителей сферы здравоохранения как фактор профессионального развития // Медицина и образование в Сибири.2014,№3. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: URL: <http://www.ngmu.ru/cozo/mos/>
4. Манерова О.А. Профессиональный рост и карьера в здравоохранении: приоритеты и проблемы // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2011. - № 2. - С. 77-83.
5. Трифонова Н.,Ю., Габриелян А.Р., Бутрина В.И. Управление деловой карьерой многопрофильного стационара на современном этапе // Клинический опыт двадцатки; 2013. –Т. 4, №4 (20). С 63-66.

Доровская А.И., Коршевер Н.Г.

Исследование карьеры врачебного состава в медицинских организациях

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

Показано место карьеры в профессиональном развитии врачебного состава в медицинских организациях.

Ключевые слова: карьера, врачебный состав, медицинские организации**Введение**

В современных условиях развития здравоохранения система подготовки специалистов и практика управления персоналом медицинских организаций должны быть ориентированы на формирование компетентного, конкурентоспособного специалиста, развитие потенциала сотрудников. Особое место в профессиональном развитии занимает карьера [2]. В то же время публикаций, посвящённых этой проблеме недостаточно.

Цель заключается в исследовании карьеры врачебного состава в медицинских организациях (МО).

Материал и методы

Проведено анонимное анкетирование 285 врачей, проходивших плановое усовершенствование на факультете повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов СГМУ Минздрава РФ по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Опыт организационной работы респондентов составил $9,00 \pm 0,11$ года и уровень совокупного коэффициента компетентности (средняя величина самооценки уровня теоретических знаний, практических навыков и способности к прогнозированию в области своей профессиональной деятельности) $\geq 4,0$ балла по привычной 5-балльной шкале, что даёт возможность отнести их к категории экспертов [1]. Этот же показатель, но уже по 10-балльной шкале (8-10 баллов – очень высокий уровень; 5-7 баллов – высокий уровень; 3-4 балла – удовлетворительный; 1-2 балла – низкий уровень), определялся при оценке экспертами выполнения врачебным составом различных должностных обязанностей.

Вопросы анкеты имели отношение к выяснению особенностей карьеры врачебного состава в МО.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с помощью ЭВМ.

Результаты

Установлена 20-летняя динамика перемещений опрошенных по служебной лестнице. Так, число лиц, занимающих должности врачей-специалистов, с каждым годом профессиональной деятельности сокращалось (с $88,0 \pm 1,9$ до $24,0 \pm 2,5\%$); руководителей (начальников) структурных подразделений МО – увеличивалось до девятого года (с $7,0 \pm 1,5$ до $28,0 \pm 2,8\%$), а затем начинало постепенно уменьшаться (до $20,0 \pm 2,4\%$); главных врачей (начальников) МО и их заместителей – возрастало (с $3,0 \pm 1,0$ до $26,0 \pm 2,6\%$ и с $2,0 \pm 0,8$ до $31,0 \pm 2,7\%$ соответственно).

Организаторы здравоохранения оценили по 10-балльной шкале успешность своей карьеры. Оказалось, что у $91,5 \pm 1,7\%$ она составила 5-7 баллов, то есть была «успешной», у $8,05 \pm 1,6\%$ – 8-10 баллов («очень успешной»), а в среднем – $5,37 \pm 0,12$ балла.

Известно, что карьера может быть профессиональной и должностной или внутриорганизационной. По мнению $79,6 \pm 2,4\%$ опрошенных, для них приоритетнее профессиональная карьера; $14,6 \pm 2,1\%$ предпочитали должностной рост и для $5,8 \pm 1,4\%$ различия не было.

Респонденты определили цели своей карьеры. Практически все согласились с классическим комплексом целей. В то же время при установке на определение самой важной цели, ответы распределились следующим образом (с 1 по 9 ранговое место, то есть по мере убывания приоритета): «заниматься видом деятельности или иметь должность, которая соответствует самооценке, доставляет моральные удовольствия»; «иметь работу или должность, которая позволяет получать высокую заработную плату, другие материальные блага»; «работать по профессии или занимать должность, которая позволяет достичь определенной степени независимости»; «желание принимать самостоятельные решения»; «занимать должность, усиливающую возможности по достижению более высоких результатов деятельности»; «иметь работу или должность, которая позволяет продолжить активное обучение»; «стремление самоутвердиться»; «желание "завоевать" уважение членов семьи, окружающих»; «стремление руководить подчиненными».

При ответе на вопрос: «Какой наивысшей должности Вы хотите достичь в своей карьере», большинство респондентов указали на заместителя руководителя (начальника) МО и главного врача (начальника) МО. Менее 5% отметили более высокие посты.

Опрошенные распределили своих коллег в зависимости от видов карьеры: «ситуационная» – $20,8 \pm 2,4\%$; «собственноручная» – $19,1 \pm 2,3\%$; «зависимая от начальника» – $16,8 \pm 2,2\%$; «по трупам» – $13,5 \pm 2,0\%$; «от развития объекта» – $13,2 \pm 2,0\%$; «системная» – $16,6 \pm 2,2\%$.

Респонденты распределили своих коллег и в зависимости от принадлежности к четырём известным типовым моделям карьеры: «трамплин» – $30,4 \pm 2,7\%$; «лестница» – $27,4 \pm 2,6\%$; «змея» – $22,8 \pm 2,5\%$; «перепутье» – $19,4 \pm 2,3\%$.

Сами опрошенные хотели бы соответствовать выше перечисленным типовым моделям карьеры следующим образом: «лестница» – $50,7\% \pm 3,0$; «трамплин» – $32,4 \pm 2,8\%$; «змея» – $14,2 \pm 2,1\%$; «перепутье» – $2,7 \pm 1,0\%$.

Существуют классические этапы карьеры: предварительный; становление; продвижение; сохранение; завершение; пенсионный. Исходя из своего опыта, организаторы здравоохранения определили средние возрастные характеристики указанных этапов. Оказалось, что временные характеристики этапов карьеры в здравоохранении отличаются от классических, что может быть использовано в практике реализации кадровой политики.

Около 43±2,9% организаторов здравоохранения считали, что их карьере ничто не мешает (не мешало). В то же время другие респонденты определили ряд факторов, препятствующих продвижению по служебной лестнице (по мере убывания приоритета): нежелание использовать не совсем этичные методы; семейные обстоятельства; особенности индивидуально-психологических качеств; желание только повышать уровень своего профессионального мастерства; отсутствие соответствующих «связей» и возможности повышать своё профессиональное мастерство; недостаточное материальное обеспечение; "слабое" здоровье; недостатки в первичном медицинском образовании (в вузе).

Выявлен перечень из 50 характеристик, которые способствуют карьере врачебного состава в МО.

Существует ряд вариантов стратегии поведения руководителей в новой должности. Респонденты по опыту повседневной деятельности распределили своих коллег в зависимости от выбора ими той или иной стратегии. При этом рациональную стратегию в большей степени предпочитали главные врачи (начальники) МО, традиционную – заведующие (начальники) структурных подразделений МО. Существенно меньшее число врачей на всех рассматриваемых должностях выбрали критический вариант стратегии.

Полученные данные дали возможность установить, что врачи, выполняющие различные должностные обязанности, в ряде случаев испытывали существенные трудности. Так, результаты анализа по 10-балльной шкале совокупного коэффициента компетентности показали, что уровни теоретических знаний, практических навыков и способности к прогнозированию в области организации здравоохранения у врачебного состава, занимающего в МО должности главных врачей (начальников) МО и их заместителей, были статистически достоверно ниже требуемых - 8,2-8,4 балла против 8,8-8,9 и 7,6-7,8 против 8,4 соответственно (ошибки указанных средних величин не превышали 0,1 балла).

По мнению экспертов, уровень физической работоспособности лиц всех рассматриваемых должностей также был существенно ниже требуемого (уровни состояния здоровья и резистентности организма не различались); от 10,6±1,8 до 15,2±2,1% отличались сложностью и конфликтами (выраженной неприязнью) во взаимоотношениях с вышестоящим руководством. Аналогичная картина имела место в отношении взаимоотношений врачебного состава, занимающего различные должности, с их подчинёнными. Кроме того, от 9,0±1,7 до 14,0±2,1% должностных лиц были склонны к пессимистическому реагированию на конфликтные переживания, плохому настроению, недовольству всем и собой и т.п.

Результаты общей оценки выполнения врачебным составом своих обязанностей по различным показателям, что 9,0±1,7% главных врачей (начальников) МО, 10,1±1,8% их заместителей, 12,0±1,9% заведующих (начальников) структурных подразделений МО не в полной мере или вообще не справлялись с выполнением своих должностных обязанностей.

Заключение

В исследовании получены данные, свидетельствующие о том, что характеристики карьеры врачебного состава в МО имеют свои особенности. Полученные данные позволяют перейти к рассмотрению вопросов оптимизации рассматриваемого процесса.

Литература

1. Бешелев, С.Д., Гурвич Ф.Г. Математико-статистические методы экспертных оценок. - М.: Статистика, 1976. – 116 с.
2. Манерова О.А. Профессиональный рост и карьера в здравоохранении: приоритеты и проблемы // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2011. - № 2. – С. 77-83.

Эволюция этических традиций отечественной медицины

ID: 2016-01-27-T-5524

Тезис

Бабошкина Л.С.

Медицинский эксперимент: правовой и морально–этический аспекты

*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к. ф. н. Ермолаева Е.В.*

Медицинский эксперимент — это активное воздействие на человека, изменяющее течение физиологических и патологических процессов для достижения цели эксперимента. На сегодняшний день с развитием науки вопрос о проведении экспериментов в медицине становится все актуальнее.

Впервые порядок проведенных медицинских экспериментов и исследований на человеке получил юридическое оформление в 1947 году в Нюрнбергском кодексе, который в последующем стал основой для других подобных документов. В нашей стране регулирование данного вопроса проводится на основе ст. 21 Конституция РФ, ст.32, ст.43 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (2011), ФЗ «О лекарственных средствах» (1998).

Тем самым, в законодательстве предусматривается возможность испытания новых методов диагностики, профилактики, лечения, а также лекарственных средств на людях при соблюдении двух условий: согласия больного и учета его интересов, предусматривающих излечение болезни. Используемый доброволец осведомляется о сущности эксперимента, его научной ценности и возможных последствиях.

Не менее важен морально-этический аспект экспериментов над людьми. Следует отметить, что результаты могут проявиться не только к концу проведения эксперимента, но и спустя значительное время. Примером может служить трансплантация гомеопатических стволовых клеток, проводимая при тяжелых случаях лейкемии в нашей стране, но запрещенная в ряде других, поскольку вероятность благоприятного исхода очень низкая. Но и врачи, и больные проходят через трудный нравственный выбор, т.к. зачастую это оказывается единственным шансом на выздоровление.

Таким образом, значение морального аспекта в проведении медицинских экспериментов также велико, как и правовое регулирование этого вопроса. А граница дозволенности в проведении их очень размыта.

Литература

1. Власов В.В. Международные этические требования к медицинским исследованиям с участием человека // Терапевтический архив. 1996. № 1. С. 58.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.

Ключевые слова: медицинский эксперимент

ID: 2016-01-27-T-5586

Тезис

Александрова М.А., Мустафаева Д.Р., Ермолаева Е.В.

Конфликты в медицине

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Конфликт - столкновение интересов различных групп, индивидов, связанное с противодействием оппонентов при реализации своих интересов. В современном обществе социологи признают его одним из важнейших факторов социального развития.

Актуальность проблемы конфликтов в медицине обусловлена сложившимися в течении переустройства российского здравоохранения условиями взаимодействия всех субъектов медицинской практики, спецификой взаимоотношений внутри социально-профессиональной общности медицинских работников.

Для успешного управления конфликтом нужно четко ориентироваться в закономерностях его возникновения, уметь его прогнозировать, своевременно определять возможные последствия, а также выбирать оптимальную тактику регулирования.

Порядок действий, направленных на разрешение конфликта:

1. Определение существа конфликта. Исчерпывающее определение характера проблемы помогает каждой стороне оценить свое поведение и действия другой, правильнее понять ситуацию, в которой обе оказались.
2. Определение причины конфликта. Всегда существует большая вероятность, что подобная ситуация повторится и в будущем. В связи с этим важно понять причины ее возникновения.
3. Поиск возможных путей разрешения конфликта. Что мог бы сделать, каждый оппонент, чтобы разрешить конфликт? Каковы общие цели, ради которых необходимо найти выход из него?
4. Совместное решение о выходе из конфликта.
5. Реализация намеченного совместно способа разрешения конфликта.

Не существует универсальных приемов, позволяющих справиться с любой ситуацией. Единственным нашим "средством" является наша личность.

Мы рассмотрели основные аспекты конфликтов в сфере медицины. Отметим ряд рекомендаций, следование которым ускоряет процесс разрешения конфликтных ситуаций: во время переговоров приоритет должен отдаваться обсуждению содержательных вопросов; стороны должны стремиться к снятию психологической и социальной напряженности; стороны должны демонстрировать взаимное уважение друг к другу; участники переговоров должны стремиться превратить ситуации в открытую, гласно и доказательно раскрывать позиции друг друга, сознательно создавая атмосферу публичного, равноправного обмена мнениями; все участники переговоров должны проявлять склонность к компромиссу.

Применение разработанных современных технологий управления конфликтами в сфере здравоохранения позволит повысить качество оказываемых медицинских услуг, создать благоприятные условия труда медицинских работников, содействовать повышению социального благополучия населения.

Ключевые слова: конфликт, здравоохранение

ID: 2016-01-27-T-5678

Тезис

Леонтьев Н.А., Грибко С.С.

Коррупция в системе здравоохранения*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.*

Проблема коррупции существует с древних времен, она пронизывает все сферы жизнедеятельности общества, том числе и здравоохранение, что препятствует поддержанию здоровья граждан на высоком уровне, что приоритетно для социально-экономической политики любого государства.

Коррупция в здравоохранении - это повторяющееся и постоянно развивающееся негативное социально-правовое явление, которое выражается в корыстном использовании медицинскими работниками своего служебного положения в государственной и частной системах здравоохранения для неправомерного получения благ и преимуществ. Можно выделить два наиболее типичных видов коррупции в здравоохранении:

- растрата и расхищение средств, выделенных на здравоохранение, или доходов, полученных за счет платежей со стороны потребителей;
- коррупция в сфере государственных закупок.

Причинами для возникновения коррупции могут быть: экономические (экономическая нестабильность), политические (незрелость института общественного контроля), социальные (несоответствие роста потребностей и возможностей их удовлетворения), нравственно-духовные (искажение норм морали). Опыт антикоррупционной деятельности различных стран показывает, что искоренить полностью коррупцию невозможно. Чтобы максимально возможно минимизировать ее уровень государство старается провести преобразования в каждой из сфер жизни общества. Так в экономической это совершенствование системы оплаты труда медицинских работников, повышение их социального статуса и престижа профессии. В сфере политических отношений - укрепление государственности и демократических начал, развитие общественного контроля. Также ужесточается ответственность лиц, уличенных в коррупции, освещать случаи раскрытия дел, связанных с коррупцией.

В заключение можно сказать, что уровень коррупции в здравоохранении пока остается стабильно высоким. Для искоренения коррупции необходимо продолжить совершенствовать законодательство в сфере здравоохранения.

Литература

1. Андриянова Е.А., Гришечкина Н.В. Проблемы формирования системы электронного здравоохранения в России // Здравоохранение российской Федерации. 2012. № 6. с. 27-30.
2. Ермолаева Е.В. Политическое пространство региона: континуальный аспект // Вестник Саратовской государственной юридической академии

Ключевые слова: коррупция, здравоохранение, медицина

ID: 2016-01-2164-T-5713

Тезис

Нестерова И.В., Ермолаева Е.В.

Взаимодействие медицины и религии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Многие века медицина и религия находились в тесной взаимосвязи. Очень многие религиозные служения и традиции преподносятся в качестве заботы об окружающих людях. О большом влиянии духовного здоровья на физическое утверждали далеко не все религии. Например, если индуисты придавали особое значение различным святым местам, которые способствовали исцелению, то буддизм утверждал, что лечение болезни – это исключительно медицинская проблема, хотя и не отрицалось, что духовное здоровье важно для физического.

В течение долго времени медицина подтверждала религиозную картину мира, подчеркивая наличие Бога-творца как первопричины мироздания. Традиции врачевания в храмах зародились еще в культурах стран Древнего Востока, а позднее пришли Египет, Грецию, Рим. Врачевание уже в те времена было самостоятельной профессией, но, тем не менее, находилось под покровительством религии.

В Средневековье часто причиной эпидемий чумы, оспы, проказы считалась греховность человека, поэтому крайне необходимой признавалась массовость религиозной активности как лекарство против распространения болезней. Однако позднее городские власти стали выступать против подобного всяких религиозных собраний и призывали к карантину. Вплоть до конца XIX века анатомические наблюдения в медицине служили в качестве доказательства божественности творения.

Только в XIX веке в Европе происходит отделение медицины от религии. С этого времени утверждается мнение о том, что болезни все появляются из-за микробов, а не из-за кары Божьей. Однако в это же время появляются группы и общины, которые по-прежнему отстаивали свою точку зрения о том, что здоровьем и болезнью управляют темные силы.

Таким образом, до настоящего времени многие вопросы медицины противоречат канонам множества религий, а многие религии, в свою очередь, отказываются принимать некоторые медицинские предписания и операции.

Литература

1. Амрахова Э.А., Живайкина А.А. Чума как явление средневековой культуры // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2012. Т. 2. № 11. С. 855.

Ключевые слова: взаимодействие медицины и религии

ID: 2016-01-27-T-5777

Тезис

Аникина А.А.

Профессиональная культура общения врача*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии**Научный руководитель: к.ф.н. Ермолаева Е.В.*

Многие профессии требуют знание навыков общения для успешной работы; для некоторых эти знания являются второстепенными, а для врача — основными. Одним из важных компонентов медицинской деятельности является межличностное общение — диалог между врачом и пациентом.

Для проявления доверия к врачу многое имеет значение — это и первое впечатление, тон и громкость речи, мимика и жестикация. А самое главное врач должен уметь слушать и слышать больного. Великий врач и мыслитель Авиценна писал: «Три орудия есть у врача: слово, растения и нож», тем самым он хотел подчеркнуть важность человеческого слова, то есть психологию общения. Профессия врача должна сочетать в себе три компонента — это врачебные знания, умения и владения профессиональными навыками и, конечно, особый «медицинский характер», который включает в себя стиль общения и поведения, умение вести беседу с больным.

Нельзя забывать и об особенностях культуры речи самого врача. В первую очередь, она должна быть вежливой, учтивой и располагающей к дальнейшей беседе. Коммуникативной особенностью диалога «врач-пациент» является максимальная нацеленность врача на то, что пациент поймет его должным образом. А этому может способствовать только высокий уровень владения языком. Ведь слово позволяет не только сообщить информацию, но и оттенить ее эмоциональный заряд.

В заключении хочется отметить, что общение медицинского работника — это сложный процесс взаимодействия врача и пациента. Современная медицина быстро меняется - меняются ее технологии, методы лечения, а также способы общения между врачом и пациентом. Но профессиональная культура общения врача должна оставаться. Для достижения профессионализма современному врачу нужно не только постоянно учиться медицинскому искусству, но и воспитывать в себе нравственные качества.

Литература

1. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.
2. Живайкина А.А., Ермолаева Е.В. Роль культурологии в формировании личности специалиста в современном образовательном пространстве // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека. Краснодар, 2013. С.65-70.

Ключевые слова: общение врача

ID: 2016-01-3755-T-5781

Тезис

Алимпиева Д.А., Анохина Е.А., Ермолаева Е.В.

Реклама в медицине

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии

Российский рынок медицинских услуг бурно развивается. Сегодня удержаться на рынке сможет лишь то учреждение, которое активно использует рекламные ресурсы в своей деятельности. Реклама медицинских услуг более направлена на разъяснение их особенностей, изначально неуловимых, нежели на создание ауры привлекательности.

Существует несколько направлений рекламы медицинских услуг:

- реклама здоровья и красоты;
- реклама медицинских услуг показывает профессионализм врачей, осуществляющих эти услуги, иногда техническое оснащение клиники;
- реклама лекарственных средств ориентирована на профессиональное медицинское сообщество и на потребителей.

Но медицинский маркетинг характеризуется очень высоким порогом чувствительности к ошибкам. Продвигая среди целевой аудитории товары и услуги, он, по сути, предлагает «купить» здоровье. Для любой процедуры или препарата есть вполне определенные показания и противопоказания. Поэтому юмор, призы за обращение и другие подобные приемы при проведении рекламы могут быть неуместны и неприменимы. Разрабатывать стратегию нужно с учетом специфики данной медицинской услуги.

Таким образом, можно сделать вывод, что реклама в медицине имеет как положительное, так и отрицательное значение. Хорошая реклама внушает доверие и таким образом способствует продвижению медицинских услуг, что обеспечивает выгоду не только медицинской компании, но и самому потребителю. Но к минусам рекламы относится, недостаточное регулирование рекламы государством; производитель, повинувшись коммерческой выгоде, позволяет себе продвигать товары или услуги низкого качества; или преувеличивать пользу того или иного средства.

Качественный маркетинг медицинских услуг сегодня является незаменимым атрибутом успешного медицинского бизнеса. Следует понимать, что реклама – это не только мероприятие, проводимое от случая к случаю, – это постоянная, ежедневная и кропотливая работа.

Литература

1. Андриянова Е.А., Тихонова С.В. Иорина И.Г. Институциональный PR медицины в современной России // Социология медицины. 2008. №1. С. 14-16.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.

Ключевые слова: реклама в медицине

ID: 2016-01-27-T-5871

Тезис

Чурилова А.А., Попова М.Н., Ермолаева Е.В.

Клинический этикет*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии*

Клинический этикет представляет собой совокупность традиционных правил поведения медицинского персонала, способствующих улучшению качества диагностического и лечебного процесса и установлению психологического контакта между пациентом и медицинским работником.

Клинический этикет подразумевает соблюдение правил, которые, по мнению пациентов, важны в профессии врача.

Аккуратность и опрятная внешность, поскольку зачастую мнение больных о качестве лечения напрямую зависит от внешнего вида врача.

Уважительное отношение к больному – при общении с пациентом необходимо проявлять терпение, при этом позиция врача должна оставаться твердой, не повышая голоса на пациента.

Соблюдение корпоративной этики, которая предполагает вежливое отношение не только к пациентам, но и к коллегам по работе.

Наставничество – традиционно у каждого врача в начале деятельности был свой наставник, уважение и признательность к которому сохраняется на всю жизнь. Для медицинской профессии, принято оказывать знаки уважения заслуженным врачам, профессорам, академикам, поскольку он обладает самым ценным - опытом, которого не заменят никакие способности и образование.

Таким образом, клинический этикет - очень большая и важная часть медицинской культуры, потому что при умелом общении с пациентом врач способен повысить жизненный тонус больного, внушить уверенность в выздоровлении. По этому поводу выдающийся русский врач В.М. Бехтеров говорил: «Если больному не стало легче после разговора с врачом, то это не врач».

Литература

1. Живайкина А.А., Ермолаева Е.В. Роль культурологии в формировании личности специалиста в современном образовательном пространстве // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека. Краснодар, 2013. С.65-70.
2. Ермолаева Е.В., Павлова Л.А. Медицинская профессия: требования современного общества // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. М., 2013. С. 369-375.

Ключевые слова: клинический этикет

К вопросу о врачебных ошибках: методология и критерии определения

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Резюме

В работе последовательно прослеживается формирование подходов к определению термина "врачебная ошибка" как учеными-медиками, так и юристами. Законодательный вакуум относительно определения понятия В.О., отсутствие нормативно закреплённых четких признаков, профессиональных ошибок медицинских работников, как следствие, проблемы практики заставляют нас рассмотреть существующие определения понятий, относящиеся к профессиональным ошибкам, совершенным медицинскими работниками при исполнении своих должностных обязанностей. Нами предпринята попытка анализа существующих в литературе подходов к понятиям "врачебная ошибка", ДМП, несчастный случай и др. Это позволило сформулировать авторскую позицию относительно методологии и критериев медико-этического и юридического определения врачебной ошибки.

Ключевые слова: врачебные ошибки

Говорить об ошибках в любой сфере деятельности человека трудно, а в медицине это особенно сложная задача. Такая ситуация связана с тем, что последствия недостаточно ответственного отношения врача к выполнению своей работы чрезвычайно серьезны - это недееспособность, инвалидность и даже смерть пациента. Особенность врачебной ошибки заключается в невозможности в определенной клинической ситуации для любого специалиста системы здравоохранения предусмотреть, а в дальнейшем предотвратить ее негативные последствия.

Актуальность проблемы врачебных ошибок имеет и объективные предпосылки. Необходимо отметить резко возросшую активность современных методов диагностики и лечения, а также отрицательные стороны прогрессирующей специализации в медицине.

В научной литературе имеется множество подходов к объяснению сущности (определения) врачебной ошибки. При этом следует отметить, что до настоящего времени в юридической и медицинской науке не выработано общепринятое определение понятия врачебная ошибка равнозначно принятое как юристами, так и медицинскими работниками [1].

Большая медицинская энциклопедия определяет врачебные ошибки как "ошибки врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступков" [2].

Согласно малому энциклопедическому словарю Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона, под ошибкой понимают нарушение формальной стороны мышления, разность между истинной величиной и полученным измерением [3].

В Толковом словаре современного русского языка С.И. Ожегова, под ошибкой понимается неправильность в действиях, мыслях [4].

В БМЭ от 1976 г. врачебные ошибки определяются как «ошибки врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, являющиеся следствием добросовестного заблуждения и не содержащие состава преступления или признаков проступков» [5]. При этом не указывается, что именно послужило основанием добросовестного заблуждения медицинского работника и в чем взаимосвязь добросовестного заблуждения и состава преступления.

Анализ литературы по врачебным ошибкам показывает, что многочисленные определения врачебной ошибки в медицинской и юридической науках в той или иной степени базируются на точке зрения профессора И.В. Давыдовского. Он считал, что главным критерием врачебной ошибки является вытекающее из определенных объективных условий добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов исследования, на особом течении заболевания у определенного больного или на недостатке знаний и опыта врача, но без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества. В отличие от врачебного проступка и от врачебного преступления врачебная ошибка не может быть заранее предусмотрена и предотвращена данным врачом, она не является результатом халатного отношения врача к своим обязанностям, следствием невежества или злоумышленного действия. Поэтому за врачебные ошибки, вне зависимости от их последствий, врач не может быть наказуем ни в дисциплинарном, ни в уголовном порядке» [6]. И.В. Давыдовский указывает на следующие аспекты в содержании понятия «врачебные ошибки».

Врачебные ошибки являются досадным браком, несчастным случаем во врачебной деятельности. К сожалению, невозможно представить себе врача, даже немолодого, который не совершал бы диагностических и других профессиональных ошибок. Дело в необычной сложности объекта, с которым имеет дело медицина: «корни ошибок часто уходят за пределы личности врача» [7].

Несчастные случаи – это аномалия в клинической практике, когда врач все делал по правилам, но в силу бесконечной сложности объекта никак не мог предвидеть всех случайностей и неблагоприятного исхода. Иными словами, в моральном плане врачебные ошибки могут быть извинительны в силу стесненных, неоптимальных условий деятельности врача, исключительной сложности самой врачебной профессии. Однако наличие в медицинской практике ненаказуемых врачебных ошибок и несчастных случаев как неизбежных явлений, сопутствующих лечению, ни в коей мере не должно означать "права врача на ошибку". Подобное "право" могло бы порождать элементарную профессиональную недобросовестность, за которой стоят обычно просмотренные диагнозы основного и сопутствующих заболеваний, недооценка хирургического риска, запоздалое оперативное вмешательство и др. Если профессиональная деятельность врача заведомо ориентируется на ошибки, она утрачивает свою гуманистическую природу. Идея «права на ошибку» деморализует врачей. С позиций медицинской этики отношение к профессиональным ошибкам должны быть непримиримым.

При анализе врачебной ошибки необходимо четко различать незнание и невежество. Если незнание чего-либо не есть преступление, то иначе стоит вопрос в отношении проявления невежества. Если врач не знает элементарных основ анатомии, физиологии и клиники, он должен быть отстранен от работы. Вместе с тем, дифференцировать незнание от невежества не всегда возможно, считал И. Давыдовский. Поэтому любые врачебные ошибки он относил к «добросовестным заблуждениям».

Не случайно, поэтому в ряде научных статей, посвященных проблемам врачебных ошибок, невежество и незнание трактуются как разные понятия. Между тем в словаре русского языка С.И. Ожегова «невежество» обсуждается как отсутствие знаний или незнание. То есть, оба эти понятия являются тождественными. А халатность — это небрежность, недобросовестность в выполнении обязанностей [8].

Действительно, такие обстоятельства, как добросовестное заблуждение, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, и добросовестное заблуждение, вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, не зависят от воли медицинского работника и не могут быть основанием для привлечения последнего к уголовной ответственности.

Однако добросовестное заблуждение, объясняемое недостатками знаний, опыта врача, полностью зависит от воли медицинского работника. В каждом отдельном случае необходимо устанавливать уровень профессиональной подготовки врача, объем его знаний. На наш взгляд, элемент определения понятия "врачебная ошибка", касающийся "заблуждения, объясняемого недостатками знаний, опыта врача", является признаком, характеризующим неосторожную форму вины.

В вертикальном срезе границы компетентности неодинаковы, так как возможности начинающего врача и врача высшей квалификации, врача и фельдшера или медсестры различны. Там и тогда, где и когда лицо не усвоило знание, которое оно должно было и имело возможность усвоить, оно несет ответственность за незнание (невежество). Отсутствие данного понятия в законодательстве приводит к тому, что медицинские работники, считают "врачебную ошибку" только добросовестным заблуждением.

Добросовестное заблуждение следует рассматривать исключительно в контексте с основаниями заблуждения, а также ограничивающими и объективно поддающимися установлению и проверке элементами, определяющими отсутствие умысла, ненадлежащего исполнения медицинским работником своих профессиональных обязанностей, халатности и небрежности.

Халатность, невнимательность и медицинское невежество никак не связаны и не соприкасаются с добросовестным заблуждением врача, основанным на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или атипичным течением заболевания. Что же касается недостаточности подготовки врача в совокупности с невнимательностью и медицинским невежеством, то это напрямую связано с неосторожной формой вины.

Аналогичной точки зрения придерживаются и О.Ю. Александрова, Н.Ф. Герасименко, Ю.И. Григорьев и И.К. Григорьев, согласно позиции которых врачебную ошибку следует считать явлением многофакторным. Суть этого явления заключается в том, что, с одной стороны, врачебная ошибка определяется результатом действия или бездействия врача, а с другой - оказанная медицинская помощь должна всегда быть надлежащего объема и содержания [9].

Признаками врачебной (медицинской) ошибки, по О.Ю. Александровой, Н.Ф. Герасименко, Ю.И. Григорьеву и И.К. Григорьеву, являются:

- отрицательный результат при надлежащем объеме и содержании медицинской помощи; неправильное определение (ошибка мысли) при добросовестном заблуждении;
- неправильное врачебное мероприятие (ошибка действия) при добросовестном заблуждении;
- добросовестное заблуждение; при отсутствии халатности, умысла, неосторожности;
- непреднамеренность нанесения вреда здоровью человека в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий.

В данном случае во главу угла ставится отрицательный результат. Отрицательный результат при надлежащем объеме и содержании медицинской помощи, непреднамеренность нанесения вреда здоровью человека в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, на наш взгляд, напрямую соотносятся с добросовестным заблуждением, основанным на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования и особенностях течения заболевания определенного больного. При этом указанные обстоятельства не зависят от воли медицинского работника и не могут быть основанием для привлечения последнего к уголовной ответственности.

Особенностью врачебной ошибки является невозможность для врача любой специальности ее предусмотреть, а в дальнейшем — предотвратить последствия. В англо-американской литературе в этих случаях применяется слово «непреднамеренность» [10].

Ряд ученых считают, что понятие «врачебная ошибка» является составляющим другого понятия, более сложного и проблемного - «дефекты оказания медицинской помощи». По мнению В.В. Томилина и Ю.И. Соседко, основными причинами дефектов оказания медицинской помощи являются «недостаточная квалификация медицинских работников, отсутствие необходимой материально-технической базы и несоблюдение в ряде случаев санитарно-гигиенических норм. К одной из причин, по-видимому, следует отнести и неполноценный контроль со стороны органов управления здравоохранением и других служб...» [11].

По существу происходит смешение понятий врачебная ошибка и дефект медицинской помощи. С этим нельзя согласиться, считаем эти понятия неоднородными. Для понимания различия этих терминов обратимся к грамматическому толкованию слова «дефект»: изъян, недостаток, недочет [12].

Налицо характерологические признаки качества и количества. Соответственно, под дефектом медицинской помощи подразумевается неоказание или некачественное оказание медицинской помощи: нарушения процесса диагностики, лечения или организации медицинской помощи, которые привели или могут привести к ухудшению здоровья пациента или наступлению смерти. Не случайно ряд ученых отождествляют понятие «дефект медицинской помощи» с понятием «ненадлежащее оказание медицинской помощи».

Ряд специалистов считают [13], что врачебная ошибка, обусловленная безответственными действиями врача, халатностью, небрежностью, элементарной медицинской безграмотностью, нравственно-этической ущербностью, которые юридически

классифицируются в качестве преступления или проступка, должна быть юридически наказуема. Между тем врачебная ошибка не подлежит наказанию, если она не содержит состава преступления и проступка и врач в пределах обязательных знаний своей профессии не мог ее предвидеть и предотвратить.

Неправильные действия врача, в основе которой лежат субъективные причины (недостаточность подготовки врача в совокупности с невнимательностью, неадекватной оценкой результатов физикальных, лабораторно-аппаратных или инструментальных методов исследования пациента, отсутствием развитой культуры клинического мышления) то это напрямую связано с неосторожной формой вины или можно определить как «медицинский деликт».

Деликт (от лат. *delictum* - нарушение, вина) - то же, что проступок (гражданское, административное, дисциплинарное правонарушение). Деликт- незаконное действие, правонарушение, вызвавшее нанесение ущерба и влекущее за собой обязанность его возмещения.

Применение понятия «врачебная ошибка» возможно и необходимо только при наличии объективных причин ее возникновения. Такими причинами могут быть: неоптимальные условия работы врача, т.е.-отсутствие надлежащих условий оказания помощи (врач вынужден был оказывать помощь в таких условиях, где невозможно было оказать ее в соответствии со стандартами профессии; -неконтролируемые обстоятельства при оказании медицинской помощи; плохая материально-техническая оснащенность ЛПУ (например, невозможность проведения аппаратной вентиляции легких); несовершенство медицинской науки и ее методов и знаний (когда болезнь является малоизученной, и ошибка является следствием неполноты знаний не данного конкретного врача, а медицины в целом – например, болезнь Крейцфельда-Якоба; недостаточный уровень профессиональной подготовки медицинского работника, без элементов преступной неосторожности, небрежности, халатности в его действиях (то есть, врач старался сделать все, что мог, но его знания и умения оказались недостаточными для правильных действий, например, стоматолог, оказывающий помощь новорожденному во время приступа вторичной асфиксии в отдаленном районе области);-чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания или его осложнения (например, натуральная оспа, молниеносное течение сепсиса);-индивидуальные особенности организма пациента (например, *situs inversus viscerus totalis*).

Сюда же, в качестве причин врачебных ошибок можно отнести ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц (например, позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, уклонение, противодействие при осуществлении лечебно- диагностического процесса, нарушение режима лечения).

Таким образом, врачебная ошибка - это случайное стечение обстоятельств или следствие несовершенства медицинской науки и техники. Она не является результатом халатного, безответственного отношения врача к своим профессиональным обязанностям, невежества или преступного действия. То есть при возникновении такой ошибки вина врача отсутствует либо вообще нет состава преступления, следовательно, привлечения к правовой (гражданской или какой-либо другой) ответственности быть не может.

Можно видеть, что авторы, давая разные определения понятия "врачебная ошибка", сходятся в том, что при врачебной ошибке не наблюдается признаков умысла и неосторожности, а имеется заблуждение, связанное с различными причинами, и, в связи с этим, отмечается возникновение объективной неправильности деяния врача.

По мнению Савицкой А.Н. и других авторов работы [14], посвященной проблеме врачебных ошибок, врачебная ошибка сама по себе не может служить ни основанием ответственности, ни обстоятельством, исключающим ее. Только наличие вины лица, которое допустило врачебную ошибку, является основанием для привлечения его к гражданско-правовой ответственности. Согласно мнению одного из авторов, невозможность предсказания негативных результатов, которые находят в причинно-следственной связи с противоправным поведением, в юридической литературе квалифицируется как случай (*causes minor, casus*). Он и выступает пределом ответственности. В связи с этим предусматривается разная степень ошибочности действий медицинских работников.

Академик АМН России, профессор Ю.Д. Сергеев считает, что клиницисты имеют обоснованное право решать в пределах медицинской науки и практики вопросы о признании ошибок в лечебно-диагностическом процессе субъективными или объективными, а также о проведении их анализа, клинико-анатомической оценки. Однако решение вопроса о наличии или отсутствии в действиях медицинских работников элементов противоправности и виновности является прерогативой исключительно юристов, а не судебных медиков и клиницистов [15].

Юридическое понимание врачебной ошибки как неправильного действия при выполнении медицинской манипуляции, которая в зависимости от степени общественной опасности, наличия неосторожной формы вины медицинского работника и вреда, причиненного здоровью пациента, исключает или приводит к возникновению различных видов юридической ответственности. Из данного определения можно заметить отличие понимания термина врачебной (медицинской) ошибки с позиции врачей и с позиции юристов, когда последние говорят об общественной опасности деяния и возможности ответственности за нее врачами.

Существующие нормативные акты действующего законодательства не определяют, как квалифицировать ошибочные (неправильные) действия медицинских работников. В правовой практике в случае установления ошибочности действий врачебного персонала приходится решать два вопроса: наличие (или отсутствие) вины в действиях врача, допустившего ошибку, и возможность юридической ответственности последнего в случае неправильной медицинской деятельности.

В одних случаях ошибкой называют противоправное виновное деяние медицинских работников, повлекшее причинение вреда здоровью пациента, в других - случайное невиновное причинение вреда, но главное отличие - это наличие или отсутствие вины.

Вместе с тем, заблуждение медицинского работника, объясняемое недостатками знаний, опыта, полностью зависит от воли медицинского работника и при установлении связи с медицинским невежеством, небрежностью, невнимательностью и наступлением вредного результата от последующих действий медицинского работника является признаком, характеризующим неосторожную форму вины. Установленные обстоятельства следует считать признаками элементов конкретного состава преступления (ч. 2 ст. 109 и ч. 2 ст. 118 УК РФ). Кроме того, медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинения вреда жизни и (или) здоровья при оказании гражданам медицинской помощи. А возмещение вреда, причиненного жизни и /или здоровью граждан,

не освобождает медицинских работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации [16].

Учитывая изложенное, мы приходим к выводу, что предложенные определения понятия "врачебная (медицинская) ошибка", в которых используется словосочетание "добросовестное заблуждение врача", при любом варианте добавления объективных характеристик, влияющих на установление преступности деяния, ставят лицо, ведущее расследование, в безвыходное положение, при котором доказать вину медицинского работника практически невозможно. Это обусловлено тем, что субъективная составляющая, выраженная словосочетанием "добросовестное заблуждение", фактически не подлежит опровержению.

Таким образом, если неправильные действия врача вызваны субъективными причинами: халатность, недобросовестное и ненадлежащее исполнение врачом своих обязанностей, а так же неудовлетворительная организация деятельности медицинских учреждений, то это должно нести за собой уголовную ответственность. Если же неправильные действия врача вызваны объективными причинами, такими, как атипичное развитие болезни, недостаточная обеспеченность медицинских учреждений специалистами, оборудованием, лекарственными препаратами и т.п., то она не должна считаться преступлением и, следовательно, нести за собой уголовную ответственность.

Однако, разграничить врачебную ошибку от правонарушения в виде неосторожного виновного деяния (действия и/или бездействия) трудно, тем более, что размытость определений ошибки и неопределенность условий наступления ответственности (дисциплинарной, материальной, административной, гражданско-правовой, уголовной) «часто затрудняют правоприменительную практику».

Врачебные ошибки могут быть нескольких видов. 1. Диагностические, т.е. связанные с постановкой диагноза. 2. Лечебно-тактические, сюда входят ошибки в выборе методов исследования и в оценке их результатов. 3. Лечебно-технические, это неполное обследование больного и ошибки диагностических или лечебных манипуляций. 4. Организационные, сюда включаются неправильная организация рабочего места и лечебного процесса. 5. Ошибки ведения медицинской документации. 6. Ошибки поведения медицинского персонала.

Анализ различных точек зрения на понятие врачебная ошибка позволил сформулировать авторскую позицию по этому вопросу:

1. Врачебная ошибка, врачебный проступок или преступление, дефект медицинской помощи – это неправильные действия врача при исполнении своих профессиональных обязанностей, в основе которых лежат причины объективного или субъективного характера.
2. Главным медико-этическим критерием врачебной ошибки (неправильных действий) выступает добросовестность (добросовестное заблуждение врача при оказании медицинской помощи). Добросовестность определяет качественный характер медицинской помощи, когда врач стремится максимально эффективно в соответствии с общепринятыми стандартами и правилами в современной медицине провести лечение пациента, но в силу объективных причин, независящих от врача, наступает неблагоприятный исход. Иными словами, врач по объективным причинам не мог предвидеть и предотвратить нежелательные результаты лечения пациента. В таком случае административно – правовая и уголовная ответственность не наступает. Основным юридическим критерием определения неправильных действий врача, за которыми следует административно-правовая или уголовная ответственность, выступает вина, мера которой в свою очередь определяется степенью вреда причиненного пациенту при оказании медицинской помощи. В методологическом аспекте при проведении юридического анализа ошибок существенное значение имеет четкое нормативное (легальное) определение профессиональной ошибки (неправильных действий) медицинского работника, которое, к сожалению, до настоящего времени отсутствует.
3. В качестве методологического основания (медико-этического и юридического) в определении врачебной ошибки лежит четкое выявление ее причин. Если неправильные действия медицинского работника при оказании помощи пациенту были обусловлены объективными, независящими от врача, причинами, то в данном случае административно-правовая или уголовная ответственность не наступает.
4. Когда речь идет о врачебном проступке, то здесь имеется в виду, что в основе неправильных действий в данном случае лежат: невнимательность, небрежность, отсутствие достаточного уровня профессиональных компетенций. Такие неправильные действия врача можно квалифицировать как неосторожную форму вины, когда врача несет административно-правовую или уголовную ответственность в зависимости от степени вины (мы имеем в виду степень причинения вреда пациенту при оказании медицинской помощи).
5. Говоря о врачебном преступлении, речь идет о том, что в данном случае в основе неправильных действий врача лежат такие причины, как халатность (как одно из преступлений против лица при выполнении профессиональных обязанностей /ст.293 УК РФ/, недобросовестность, ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей. В этом случае возможна четкая и обоснованная юридическая квалификация действий врача и степень ответственности определяется степенью причиненного вреда пациенту.
6. Что касается дефекта медицинской помощи, то мы рассматриваем его как понятие, близкое по своему содержанию и критериям определения с понятием проступок или преступление. По сути дефект медицинской помощи – это неправильные действия врача, обусловленные недобросовестным выполнением врачом своих профессиональных обязанностей при отсутствии прямого умысла причинения вреда больному. По этой причине действия врача можно квалифицировать как правонарушение. Согласно Словарю С.И. Ожегова, под дефектом понимают какой-либо изъян, недостаток, недочет [17]. То есть, дефект является внешней характеристикой правонарушения, соответствующий категории «вред здоровью» и подлежит, тем самым, определению в установленном законом порядке. Причем, не любой дефект является результатом ошибочных действий, так же как и не любые неправильные действия всегда приводят к неблагоприятному исходу, дефекту медицинской помощи. По-разному в связи с этим будут решаться и вопросы ответственности, в том числе – юридической.

И специалисты, и неспециалисты согласны, что врачебной ошибкой можно считать действие, имеющее негативный эффект для здоровья пациента, который, однако, не зависит от врача. Специалисты и представители следственных органов считают, что их количество можно снизить, если ввести обязательное страхование врачебной ошибки. Пациенты считают, что количество

врачебных ошибок можно снизить, улучшив условия труда врачей. Все единодушны в том, что высокий уровень профессионализма гарантирует снижение числа врачебных ошибок.

В заключение отметим, что медицина является наиболее сложной формой человеческой деятельности, требующей, кроме специальных знаний и практических навыков, еще интуиции и высоких душевных качеств. На протяжении веков к представителям медицинской профессии предъявлялись требования о недопущении ошибок. Однако врачи ошибаются потому, что имеет дело с очень сложным человеческим организмом, ежедневно сталкиваются с нестандартными клиническими ситуациями и нередко это происходит в условиях отсутствия должного технологического обеспечения в диагностике и лечения больных, оптимальных условий при оказании медицинской помощи, недостатка времени и объективной информации. Кроме этого, сама медицинская наука несовершенна.

Несмотря на наличие современных компьютеров, совершенных диагностических приборов, новейших лекарств с самым широким спектром действия, ошибки в профессиональной деятельности врача, очевидно, еще не скоро исчезнут. Самое главное для врача — не пытаться их скрыть, переложить на чьи-либо плечи. Необходимо отыскивать причину, породившую ошибку, и принять все меры для того, чтобы не допустить подобного в дальнейшем. «Только дураки учатся на своих ошибках, умные предпочитают учиться на ошибках других» — предупреждал О. Бисмарк.

Ошибки — неизбежные и печальные издержки лечебной работы, ошибки — это всегда плохо, и единственное оптимальное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было. Они несут в существе своем науку о том, как не ошибаться. И виновен не тот врач, кто допустил ошибку, а тот, кто не свободен от трусости отстаивать ее». Эти слова принадлежат выдающемуся клиницисту-гематологу И.А. Кассирскому [18].

Подлежат ли гласности врачебные ошибки? Врачебные ошибки подлежат гласности в обязательном порядке. Великий хирург Н.И. Пирогов писал: «С самого начала своей практической деятельности я взял себе за правило никогда и ни в чем не скрывать ни малейшего промаха, ни одной своей ошибки. И чистый перед судом своей совести прошу мне указать: где и когда я скрыл хоть одну свою ошибку» [19].

Литература

1. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. - 1941. - № 3. - С. 3-10.
2. БМЭ. Т. 35. Изд. II. М., 1964. С. 1212.
3. Малый энциклопедический словарь. Репринтное воспроизведение издания Ф.А. Брокгауза и И.А. Ефрона. Т. 3. - М., 1997. - С. 861.
4. Ожегов С.И. Словарь русского языка / Под ред. Н.Ю. Шведовой. - М., 1989. - С. 394.
5. Большая медицинская энциклопедия. Т.4.-М.,1976.-С.442;
6. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. - 1941. - № 3. - С. 3-5.
7. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Советская медицина. — 1941. — № 3. — С. 3-10.
8. Ожегов С.И. Словарь русского языка.- М., ОНИКС. Мир и образование.-2006.-973 с.
9. Ответственность за правонарушения в медицине: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / О.Ю. Александрова и др. М.: Издательский центр "Академия", 2006. С. 167.
10. Эльштейн Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки // Терапевтический архив. — 2005. — № 8. — С. 88-92.
11. Томилин В.В. Судебно-медицинская оценка дефектов оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Российской Федерации/ В.В. Томилин., Ю.И. Соседко// Судебно-медицинская экспертиза.-2000.-№1.-С.3-7
12. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка. М., 2000. С. 163.
13. Пальчун В.Г. Врачебная ошибка - классификация и предупреждение // Вестник отоларингологии. - 2008. - № 1. - С. 4-7.
14. Медична помилка: юридический аспект // Управління закладом охорони здоров'я.-2007.-№8.-С.20-26;
15. Пальчун В.Г. Врачебная ошибка - классификация и предупреждение // Вестник отоларингологии. - 2008. - № 1. - С. 4-7.
16. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 21 ноября 2011 г.№323-ФЗ,ст.98, ч.2 и 4.
17. Ожегов С.И. Словарь русского языка /Под ред. Н.Ю. Шведовой. - М., - 1989. - С. 133.
18. Кассирский И.А. О врачевании. Проблемы и раздумья. - М., 1970. - С. 271.
19. Пирогов Н.И. Собрание сочинений в 8 т. - М., - 1959.-Т. 2. - С. 13-14.

Медведева Е.Н.

Роль православной церкви в становлении земской медицины в России*ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Статья посвящена рассмотрению роли православной церкви в становлении земской медицины в России. Автор приходит к выводу, что церковь имела важное значение в развитии земской медицины, во-первых, поскольку многие врачи были выходцами из семей священно- и церковнослужителей. Во-вторых, церковь и ее отдельные представители участвовали в различных органах, создаваемых в рамках земской медицины, а также участвовали, наравне с врачами, в борьбе с эпидемиями. В-третьих, нравственные принципы, лежавшие в основе деятельности земских врачей сродни основам православной морали.

Ключевые слова: земская медицина, священник, врач, православие, церковь

Земская медицина, безусловно, является одним из поворотных пунктов в развитии отечественной системы здравоохранения дореволюционной России. Именно она, по признанию многих, является колыбелью для советской медицины с ее принципами общедоступности, бесплатности, господства профилактики и участия населения, а также участковости. Съезды земских врачей занимались решением наиболее важных и актуальных проблем в сфере сельского здравоохранения, борьбы с эпидемиями, лечении тяжелых заболеваний. Благодаря земствам появились и получили широкое распространение школы фельдшеров и акушеров, санитарные бюро, бактериологические институты. Земская медицина стала колыбелью для таких учреждений здравоохранения как грязелечебницы, летние детские лагеря здоровья, лечебно-продовольственные пункты и т.д.

Возникнув в 60-х гг. XIX века земская медицина прошла в своем развитии два основных периода. Первый период, начиная с 1864 г., характеризуется разъездной системой помощи пациентам, когда врач выезжал к больному и оказывал ему помощь на месте. Необходимо отметить, что система крайне несовершенной, что было связано с малым количеством врачей, большой территорией обсуживаемого участка, приходящегося на каждого из них, недостаточным числом больниц и других медицинских учреждений, предвзятым отношением и недоверием к врачам со стороны властей и сельского населения, платной медицинской помощью.

Благодаря деятельности многих земских врачей – организаторов здравоохранения, с начала 90-х годов XIX века начинается второй период в развитии земской медицины. На смену разъездной системе приходят стационарная, благодаря которой врачи начинают работать при определенном медицинском учреждении, что значительно повышает привлекательность данной профессии, и число врачей начинает стремительно увеличиваться. Формируется сеть медицинских учреждений, каждое из которых призвано оказывать помощь пациенту в зависимости и тяжести его состояния: начиная с фельдшерских пунктов и заканчивая губернскими больницами. Вводится принцип бесплатности медицинской помощи. Многие ученые начинали свою деятельность как земские врачи, среди них, Н.И. Напалков, С.И. Спасокукоцкий, П.И. Дьяконов, Н.Ф. Филатов, И.И. Моллесон. Именно последний, стоял у истоков организации земской медико-санитарной помощи сельскому населению в Саратовской губернии.

Второй период в развитии земской медицины связан возникновением особого социального и культурного феномена – земского врача, носителя высоких моральных качеств, нравственных принципов, основой интеллигенции конца XIX – начала XX века. Основой их деятельности становится принцип служения больному как важнейшей цели всей профессиональной деятельности. Квинтэссенцией выражения этого образа врача-подвижника стали строки русского философа И.А. Ильина из его книги «Путь к очевидности»: «Деятельность врача есть дело служения, а не дело дохода... Врачебная присяга, которую произносили все русские врачи и которой мы все обязаны русскому православию, произносилась у нас с полной и благоговейной серьезностью (даже и неверующими людьми): врач обязывался к самоотверженному служению, он обещал быть человеколюбивым и готовым к оказанию деятельной помощи... Но этим еще не сказано самое важное – то, что молчаливо предполагалось как несомненное. Именно – любовь. Служение врача есть служение любви и сострадания: он призван любовно обходиться с больным. Если этого нет, то нет главного двигателя, нет «души» и «сердца». Тогда все вырождается» [1, С. 245].

Благотворительный и безвозмездный характер врачебной деятельности земских докторов был основополагающим принципом, проистекающим из искреннего желания помочь больным и развивать систему общественного здравоохранения и медицинского просвещения сельских жителей в области борьбы с различного рода болезнями. Например, в первом выпуске журнала «Саратовский санитарный обзор», И.И. Моллесон в роли главного редактора, обозначая общественный характер данного печатного органа, отмечал «что ни о каком гонораре ... не может быть и речи, и дело должно покоиться на одних нравственных интересах, которые лежат в основе и самого издания» [2, С. 305]. Приведенные слова одного из известнейших деятелей, благодаря которому были сформированы основные принципы существования земской медицины, как нельзя лучше характеризуют саму сущность этого явления, его глубокий нравственный смысл. В дальнейшем отечественная медицина будет развивать эти начинания, сочетая в себе вышеописанные нравственные ценности с качественной и четкой системой организации здравоохранения, созданной, во многом, благодаря стараниям первого наркома здравоохранения Н.А. Семашко.

Не последнюю роль в становлении образа земского врача играло православие. Именно, в православной традиции были воспитаны многие представители земской медицины, поскольку часто по происхождению они были сыновьями священников, получившими медицинское образование. Описывая социальное происхождение земских врачей, Акшиков А.Г. в своем исследовании приводит данные за вторую половину XIX века по трем уездам, составляющим, на сегодняшний день, основную территорию Республики Марий Эл. Согласно приведенным цифрам 22,5 % от всех земских врачей являлись выходцами из семей священно- и церковнослужителей [3, С. 44]. Часто деятельность земских врачей воспринималась окружающими как подлинное служение, требующее от них напряжения всех физических и духовных сил.

Отсутствие нормированного рабочего дня, недостаточная или несвоевременно выплачиваемая заработная плата, предрассудки и недоверие со стороны пациентов и их родственников, необходимость совмещать практику с научной деятельностью, стремление оказать медицинскую помощь всем нуждавшимся, плохие жилищные условия, противодействия со стороны местных властей приводили к тому, что работа земского доктора становилась миссией, сродни труду священника – миссионера. Часто врачи сами заболели и умирали во время борьбы с эпидемиями чумы, холеры, тифа. В частности, об этом пишет в своей статье А.И. Чвикалов: «В борьбе с опасными эпидемиями земские врачи были первыми, не страшась опасности, вступали с ними в схватку. Опасности подвергались равно - врач, фельдшер, студент-медик, медицинская сестра. В 1910 г. из работавшего в пределах Воронежской губернии медицинского персонала заболели 19 человек, из них 11 - сыпным тифом, 3 - брюшным и 5 – холерой» [4, С. 208].

Примером подлинного служения на поприще земского врача была работа Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого, будущего Архиепископа Луки. Окончив в 1903 г. университет, он стал работать военно-полевым хирургом в госпитале Киевского Красного креста недалеко от Читы. В дальнейшем В.Ф. Войно-Ясенецкий работал земским врачом в Симбирской и Курской губерниях, затем был принят в хирургическую клинику профессора Дьяконова. А вскоре после этого, уехал работать в село Романовку Балашовского уезда Саратовской губернии. Работая в больнице на 25 коек, он продолжал свою деятельность в качестве хирурга, проведя за год около 300 операций, как он сам писал в своей биографии, и что подтверждает «Обзор состояния земской медицины в Балашовском уезде за 1907 – 1910 и отчасти 1911 года» [5, С. 20].

Условия в Романовской больнице были далеки от совершенства, если ни сказать, что их не было вообще. Кроме того, огромный поток больных не позволял во многих случаях поставить точный диагноз, а иногда, и какой-либо диагноз в принципе. Согласно тому же «Обзору» в Романовском уезде врачу приходилось обслуживать участок «площадью 580 кв. верст. Население 30506 человек. Более 70 % жителей расположено далее, чем за 8 верст от дома врача. Амбулатория—31640 обращений в год. Участок в два раза превышает требования нормы по площади и в три раза по населению и количеству работы» [Там же]. Полтора года Валентин Феликсович проработал в условиях, которые очевидцы описывали следующим образом: «Помещение для амбулаторных приемов большей частью тесно и душно. В Балашовском участке, например, в одной комнате принимают три врача, двое из них — за одним столом. Тут же за ширмой гинекологические исследования, рядом в перевязочной делают разрезы, прививки детям, все это сопровождается криками, плачем. В ожидальнях давка и шум, бывают случаи обмороков от недостатка воздуха. О каком-либо выслушивании больного здесь не может быть и речи» [Там же]. Подобную работу иначе как служением назвать сложно. Именно так работало большинство земских врачей, получая, за это зарплату 1000-1300 рублей, которой часто не хватало на все необходимые нужды.

Необходимо отметить, что Русская православная церковь принимала самое непосредственное участие в деятельности земских органов самоуправления. В том числе в 80-х годах XIX века стали создаваться санитарные попечительства и санитарные советы, в состав которых входили священник, волостной старшина и уездный гласный [2, С. 304] Священники участвовали в борьбе с эпидемиями наравне с врачами и фельдшерами.

Таким образом, можно утверждать, что церковь играла не последнюю роль в развитии земской медицины в России. Многие земские врачи были выходцами из семей священников, что, отчасти, объясняет, их стремление помогать своим пациентам, независимо от условий работы и вопреки возникающим перед ними, часто непреодолимым, трудностям. Нравственные принципы, лежащие в основе земской медицины и деятельности врачей стали фундаментом для развития системы здравоохранения в последующие послереволюционные годы.

Литература

1. Ильин И.А. О призвании врача // Путь к очевидности. М., 1993. 406 с.
2. Назаров В.В. Становление земской санитарии в Саратовской губернии в 80-90-е годы XIX века // Медицина в России в годы войны и мира: новые документы и исследования / Санкт-Петербургский институт истории РАН; отв. ред., сост. Л.А. Булгакова. - СПб.: Нестор-История, 2011. 487 с.
3. Акшиков А.Г. Социальный облик земского врача Марийского края второй половины XIX века // Вестник Чувашского университета. 2008. № 3. С. 41-48.
4. Чвикалов А.И. Земские врачи Центрально-черноземных губерний во второй половине XIX – начале XX в.: служба и служение // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2011. № 7-1. С. 207-212.
5. Лука (Войно-Ясенецкий В.Ф., архиепископ). «Я полюбил страдание...»: Автобиография / запись Е. П. Лейкфельд. - М.: Изд-во им. Святителя Игнатия Ставропольского, 1998. 206 с.

