

*РЕШИСЬ
БЫТЬ МУДРЫМ*

Раздел 1
МЕДИКИ СТАЛИНГРАДА

Главный редактор
ректор ВолГМУ академик РАМН **В. И. ПЕТРОВ**

Ответственный редактор
профессор **В. Б. ПИСАРЕВ**

Члены редколлегии:
профессор **И. А. ПЕТРОВА**, профессор **Н. Н. СЕДОВА**,
доцент **Т. К. ФОМИНА**, доцент **В. В. ЖУРА**

**«О ТЕХ, КТО УЖЕ НЕ ПРИДЕТ
НИКОГДА, ПОМНИТЕ...»**

Письма с фронта

В. И. САБАНОВ, Л. Н. ГРИБИНА
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Гуманитарное образование и медицина: Сб. научных трудов: Т. 60, вып. 1. — Волгоград: ГУ «Издатель», 2003. — 376 с.

ISBN 5-9233-0356-6

В сборнике представлены научные статьи профессорско-преподавательского состава кафедр гуманитарного блока Волгоградского государственного медицинского университета.

ISBN 5-9233-0356-6

© Волгоградский государственный
медицинский университет, 2003

Все дальше уходят в прошлое героические годы Великой Отечественной войны. Время грозное и бескомпромиссное, ярко осветившее подвиги одних и оставившее в тени заслуги других. Редеют ряды ветеранов, все меньше тех, кто может поделиться личными впечатлениями «о подвигах, о славе...». Тем ценнее свидетельства — письменные и вещественные, доносящие огненное дыхание боевых будней. Тем дороже для памяти поколений реликвии, бережно хранимые в музейных экспозициях и архивных фондах. Располагает ими и Музей истории Волгоградского государственного медицинского университета, основанный в феврале 1981 г. Основной задачей музея является знакомство студентов, будущих врачей, со славной историей своей *Alma mater*, достижениями ее ученых, судьбами студентов и выпускников. На этом опыте воспитываются лучшие качества, присущие отечественным медикам: любовь к избранной профессии, высокое чувство долга, бескорыстное стремление оказать помощь больному, отзывчивость к чужой беде, милосердие.

Об этом свидетельствует биография вуза, представленная на стендах и в витринах. Об этом же говорят и новые поступления, включенные в музейные экспозиции или хранящиеся в фондах.

Особое внимание привлекают экспонаты, связанные с первыми (довоенным и военными 1940—1942 гг.) выпусками Сталинградского медицинского института. Среди них — студенческий билет первокурсника 1936 г. В. П. Трифонова (в 1941 г. стал военным врачом, погиб в застенках гестапо в 1943 г., посмертно награжден медалью «Партизану Великой Отечественной войны»

II степени). На стенде — рассказ о выпускнике второго (1941 г.) выпуска, кавалере ордена Ленина, участнике Сталинградской битвы, первом ректоре из питомцев вуза, профессоре Н. П. Григоренко. За героизм, проявленный в боях под Клетской зимой 1942 г., он был награжден орденом Красной Звезды. Летом 1943 г. на Курской дуге начальник ППГ (полевого подвижного госпиталя) Н. П. Григоренко организовал спасение 1500 раненых во время прорыва гитлеровцев, за что был удостоен ордена Отечественной войны II степени.

Свои воспоминания передала в наш музей Н. А. Пивоварова (Исупова). В грозные дни Сталинградской битвы она, студентка мединститута, добровольно ушла на фронт и в составе 54-го эвакоприемника 62-й армии работала медсестрой на переправе-62. Ее героическая работа по эвакуации раненых отмечена в книге маршала В. И. Чуйкова «Начало пути», а сама Н. А. Пивоварова, кроме советских медалей «За отвагу» и «За оборону Сталинграда», награждена медалями Итальянского и Бельгийского сопротивления — дань уважения подвигу советских медиков на Сталинградской земле. Н. А. Пивоварова позже, в 1945 г., окончила институт и работала зав. горздравотделом, главным врачом городской и областной санэпидстанции в Саратовской области.

В декабре 2002 г. в музей поступили документы и письма военврача Владимира Георгиевича Якимова (1921—1944). Они бережно хранились его сестрой, а после ее смерти переданы в дар нашему музею. Необыкновенное чувство испытывает человек, разворачивая пожелтевшие «треугольники» и вчитываясь в выцветшие, порыжевшие чернильные строки или полустершиеся карандашные заметки. Ведь их писал выпускник ускоренного выпуска 1942 г. Сталинградского медицинского института, 5 мая 1942 г. получивший удостоверение об окончании и присвоении ему квалификации врача за подписями профессоров А. Я. Пытеля, А. И. Бернштейна, Э. И. Иоффе. Оно подлежало обмену на диплом установленного образца 1938 г., но владелец не смог этого сделать. Военный врач, старший лейтенант медицинской службы В. Г. Якимов, «верный воинской присяге, проявив героизм и мужество, погиб 21 января 1944 года» (из извещения). Он похоронен в селе Отруб Софиевского района Днепропетровской области.

Письма с фронта — их сохранилось 60. Среди них и «треугольники», и открытые письма, и листы из конвертов. За ними — почти 2 года, двадцать месяцев войны (первое письмо от 13 мая 1942 г., последнее — от 18 января 1944 г.).

Письма адресованы родителям, Евдокии Андреевне и Георгию Сергеевичу, сестре Анастасии и родственникам. Это личные письма, проникнутые беспокойством о близких с короткими рассказами о своем житье. В них совсем мало информации об участии в боях и военной работе (ничего лишнего, все проверяется военной цензурой). Но, читая подряд эти пожелтевшие страницы, чувствуешь, как быстро взрослеет и мужает на войне молодой человек. Действительно молодой — в 1942 г., когда он окончил институт, ему 21 год, а в 23 года его уже не стало.

В первых письмах, написанных с дороги и по прибытии на место комплектования в мае 1942 г., еще чувствуется мальчишество: «Ехать нам весело. Утром сегодня пошли на базар... хорошо позавтракали. Сейчас думаем отправиться за село на лужок. О дальнейшем пока ничего не узнали. Следующий поезд в 6 ч 30 мин вечера» (13 мая). «До места своей командировки я доехал благополучно. ... От Старобяньска мы ехали на машине, и в пути она сломалась, и я шел 10 км пешком. И у меня была тяжелая сумка, и я устал» (16 мая). «Прибыл в часть. Часть стоит несколько километров от этого города (город Сватово. — *Авт.*). ...Вероятно, я буду в должности нач. сан. службы полка» (20 мая). «Занимаю должность начальника санитарной службы полка. Делов много. ... Весь полк обслуживают 2 врача, когда по штату положено 4. Ждем еще людей к нам». (26 мая). И как откровение: «Знаете ли вы, как я о вас соскучился, мои дорогие. Часто смотрю на карточки, которые я взял с собой».

Вскоре был прислан новый начальник санитарной службы полка, и В. Г. Якимов назначается младшим врачом. «У нас в полку теперь штат врачей полный — 4 чел. Из них один командир сан. роты и два мл. врача. Все трое из Сталинграда наши, из одной школы, но с разных потоков. Мы ведем прием больных с 10 до 12 ч и с 5 до 8 ч вечера. ... Несколько дней тому назад ... я оделся по форме. Скоро схожу в фотографию и ... пришлю карточки вам» (14 июня). Фотография была получена и отправлена сестре 19 июня 1942 г. Она сохранилась. На обороте надпись: «Вспоминай меня и жди. Я вернусь».

Жизнь в лагере около города Сватова протекала довольно спокойно: шло обмундирование личного состава и привыкание к военным порядкам. Первое письмо из действующей армии (21 июля 1942): «Я пока жив и здоров. И вот как несколько дней уже я на фронте. В первые же часы получил крещение с воздуха и артиллерии немецкой. Я вам пишу уже 12-е письмо, а от вас получил только три. Скоро ... месяц как я не имею от вас писем».

А Сталинград в эти дни становится фронтовым городом. Начинается Сталинградская битва.

Дальше во всех письмах июля — сентября 1942 г. беспокойство о близких, краткие сведения о себе: «Сегодня ночь я не спал. Ночью была бомбежка немецких позиций. После этого на рассвете началась сильная артподготовка. Такая, что нет промежутка тишины между выстрелами и разрывами. Потом несколько раз сыграли по ним «катюши» на тот берег Дона» (6 августа). Только 10 октября 1942 г. Владимир пишет: «Несколько дней тому назад я получил ... письмо с дороги от 22 сентября. ... Вы не представите себе, как я был рад. ... Не знал что и думать о вас, читая в газетах о нашем героическом городе. И вот теперь у меня другое настроение». Да, близкие живы, они в эвакуации в городе Балашове Саратовской области. И теперь туда идут фронтовые письма военного врача.

Новая командировка, новая незнакомая работа. «Но надо работать, учиться и работать много над собой. И, может, придется трудно и много работать, но ничего не поделаешь» (16 сентября).

В ноябре 1942 г. приказом по армии В. Г. Якимову присвоили звание военного врача III ранга, а в декабре он был назначен офицером связи между санотделом армии и ПЭПом. «Видел раньше своих коллег из Сталинградского мединститута не нашего выпуска» (16 декабря). После освобождения села Кантемировка В. Г. Якимов с 25 декабря 1942 г. был начальником 3 госпиталей (2 для русских бывших пленных и итальянского). «И вот в настоящее время я начмед этого [итальянского] госпиталя на 600 коек» (29 января).

Новый служебный поворот и новое назначение — в действующую армию под Харьков, командиром санитарной роты одного из стрелковых полков (5 марта 1943). Конечно, родителям спокойнее, когда сын не на переднем крае. Но что поделаешь — война!

В середине января отец В. Г. Якимова, строитель по профессии, написал сыну из Елани о возможности возвращения на работу в Сталинград. В последующих письмах Владимир интересуется делами отца, его здоровьем и здоровьем матери (письма, написанные ими за 5 месяцев, до него не дошли). В мае 1943 г. его перевели в медсанбат, он получает письма от родных и просит сообщить новости о родном городе, а о себе пишет, что в апреле лечился в госпитале (видимо, после ранения). О своей деятельности пишет мало. «Работы мало. На участке пока спокойно» (11 июня 1943). Вскоре В. Г. Якимов был направлен в район одно-

го из полков своей же дивизии на место убитого товарища (18 августа 1943). «Сейчас мы находимся близко от передовой линии на освобожденной территории за Северным [Северским] Донцом».

В ответе отцу в Сталинград он пишет (31 июля 1943): «Спешу сообщить, что письмо твое из нашего родного, любимого Сталинграда я получил. ... Я очень был рад этому. Ведь это первое письмо из города, где протекла моя юность, учеба, где любил и был любим... Сталинград! Как это слово сейчас звучит гордо. И хочется побывать сейчас там и посмотреть, что же он сейчас собой представляет. А еще будет интереснее посмотреть на него, когда его снова возродят, и ты принимаешь, дорогой мой отец, горячее участие в его стройке». Г. С. Якимов поселился в Сарепте, и Владимир просит: «Ты пропиши мне все подробнее, как ты живешь. ... Что строишь, где строишь? Что новенького у нас в Сталинграде, я говорю у нас, потому что я много обязан этому городу, где я жил не мало, где получил образование. ... Мне это будет очень интересно. Побывай в мединституте, где он находится, кто из моих старых знакомых ... на последних курсах» (18 августа 1943).

А как же выглядел мединститут в это время? Вот описание Н. А. Пивоваровой, которая прибыла в Сталинград 9 апреля 1943 г., и, едва устроившись с жильем, «на другой день пошла искать институт. Недалеко от станции Бекетовка — серая четырех- или пятиэтажная коробка разрушенного здания. На первом этаже дверь, завешенная плащ-палаткой, на которой приколот листок бумаги с надписью: «Медицинский институт».

Новое здание, отстроенное в 1940 г., погибло в период массированных бомбардировок города 23—25 августа 1942 г. Описал ли это сыну Г. С. Якимов, неизвестно.

В следующих письмах Владимир сообщает: «Наша часть в наступлении и отмечен корпус в приказе т. Сталина по поводу взятия г. Харькова. Вот уже больше недели живем в лесу, грязноватые порядком, вода далеко, часто меняем расположения, а вообще жизнь вполне возможная, только близко стреляют и по нашим и наши. 1,5—2 км линия переднего края». И тут же: «Ну хорошо, ведь сейчас лето, и вы обо мне не беспокойтесь особенно» (30 августа 1943). Заботой о близких людях проникнуто каждое письмо.

Войска продолжают идти вперед, и В. Г. Якимов пишет домой короткие открытки (из-за большой загруженности): «Вот уже много дней как мы в движении на Запад. Двигаемся и днем и

ночью, гоним немцев. Скоро дойдем до Днепра. Прошли более 200 км от Северного [Северского] Донца» (25 сентября 1943).

После отъезда в Сталинград мамы, Евдокии Андреевны, в Балашове осталась только сестра Анастасия, заканчивавшая школу. Брат беспокоится о ее судьбе: «Учись, дорогая моя, кончай свою школу ... и получай специальность. ... И если тебе будет трудно, то ты знаешь, что пока я жив, твой брат, он тебе поможет деньгами, душевной поддержкой. ... Учись, сестра! Получи путевку в жизнь. Я тебе в этом помогу» (14 октября 1943).

Через месяц он сообщает: «Я теперь воюю на правом берегу Днепра, и наша дивизия имеет звание Днепропетровская Краснознаменная стрелковая дивизия» (10 ноября 1943).

В письме от 25 ноября 1943 г. Владимир делится радостной новостью — его наградили медалью «За отвагу», наградой, знаком которой ему вручили перед новым 1944 годом (4 января 1944). В декабре 1943 г. он побывал на курсах хирургов при госпитале, откуда вернулся в свой полк, «свою дружную и тесную роту» (17 декабря 1943). Фронтовые друзья, фронтовое братство — не пустые слова. И об этом тоже свидетельствуют старые письма.

А вот и последние — сестре и тете, от 18 января 1944 г. В них все как обычно, и в конце обычная подпись — «Ваш Володя». Военврач В. Г. Якимов погиб во время бомбежки 21 января 1944 г.

Здесь и заканчивается наш рассказ о письмах с фронта. Судьба врача на войне — это судьба солдата. Врач в полной мере разделяет беды, опасности и победы воинов. Он — один из них. Как замечательно сказал поэт-фронтовик Сергей Орлов:

Давным-давно окончен бой...
Руками всех друзей
Положен парень в шар земной,
Как будто в мавзолей...

ЗЕМСКАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ В ЦАРИЦЫНСКОМ УЕЗДЕ В НАЧАЛЕ XX ВЕКА

О. С. КИЦЕНКО

Кафедра истории и культурологии

К началу века в Царицынском уезде, благодаря усилиям, прежде всего, местного земства, имела место достаточно стройная, хорошо организованная медико-санитарная служба, которая на-

чала складываться еще с конца 60-х гг. XIX в. Основой ее являлась система медицинских участков, обеспечивающая нужды населения в различных частях уезда. В каждом медицинском участке функционировал врачебный пункт — лечебница (амбулатория) или больница. В 1866—1867 гг. таких медицинских участков было всего 2, в 1884—1888 — 4 [1]. В 1900 году в уезде существовало 5 медицинских участков (Пригородный, Дубовский, Ольховский, Балыклейский и Александровский), где на службе состояло 4 участковых врача (Дубовским участком заведовал врач Дубовской земской больницы), 9 фельдшеров, 4 акушерки [2, с. 169]. Здесь сложилась *стационарно-разъездная* система медицинского обслуживания населения, т. е. наряду с функционированием медицинских лечебниц, имели место выезды участковых врачей в различные населенные пункты для приема больных.

В первые годы нового столетия земство сделало значительные шаги в сторону усовершенствования этой системы. В 1904 г. в уезде работали 7 медицинских участков, в 1905 г. — 8 (Пригородный, Дубовский, Ольховский, Балыклейский, Малоивановский, Александровский, Липовский и Ерзовский). Также функционировали 5 самостоятельных фельдшерских пунктов, которые постепенно должны были преобразовываться в пункты врачебные [3, с. 3—5]. Увеличение численности медицинских участков, дробление наиболее крупных из них на самостоятельные, позволяло обеспечить своевременной квалифицированной медицинской помощью население самых отдаленных от Царицына районов.

Прием больных в амбулатории осуществлялся земскими участковыми врачами 6 дней в неделю. Кроме приемных часов, в оставшееся время, медицинский персонал не имел права отказывать в приеме больным, требующим экстренной помощи. Лечение крестьян во всех амбулаториях уезда было бесплатным. С лиц иных сословий при оказании медицинской помощи взysкивалась 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 в помощь управе «для заведования санитарным и врачебным делом в уезде» санитарного совета [3, с. 9].

Согласно этим постановлениям в обязанности врача входило заведование врачебным участком со всеми находящимися в нем медицинскими учреждениями и их имуществом. Таким образом,

врач являлся главным ответственным лицом в больнице и вообще на своем участке и по отношению к лечению, 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 заготовлении топлива и запасов для больничного хозяйства, следить за исполнением всеми служащими при больнице их обязанностей, контролировать работу фельдшерских пунктов. По истечении каждого года своей работы земские врачи предоставляли в уездную земскую управу и в отделение народного здравия губернской управы отчеты о заболеваемости, обращаемости, эпидемиях и расходах на медицинские потребности на своем участке, а также каталоги «потребных на следующий сметный год медикаментов, перевязочных материалов и прочих припасов для лечения» [3, с. 14]. Врач обязан был подробно и обстоятельно ознакомиться с санитарным состоянием своего участка в целях принятия «предупредительных мер» против распространения тех или иных заболеваний. Для этого врачом производился осмотр участков. Особое внимание уделялось обследованию школ, которые, в случае распространения эпидемических заболеваний, земский врач имел право закрыть. Оспопрививание и чтения по медицине и гигиене также контролировались участковыми врачами. В назначенные дни (раз в неделю) врач выезжал в отдаленные села для приема больных, в остальное время вел прием в амбулатории, отлучаться из которой он мог только к экстренным больным. При отсутствии в амбулатории врача прием больных вел фельдшер, при этом местонахождение врача всегда должно было быть известно в амбулатории. В часы, свободные от приема, врач обязан был «посещать в пределах возможности и надобности всех больных участка по их просьбам». [3, 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. В иных случаях врачи не имели права без разрешения управы отлучаться из своего участка. Ежегодно врач мог иметь отпуск — не более одного месяца, а по истечении 4 лет службы — четырехмесячный отпуск «для научного усовершенствования» с сохранением содержания [3, с. 18]. В отсутствие врача участком заведовал «соседний», либо временный врач (на приглашение заместителей земское собрание ежегодно ассигновало 500 руб.) [3, с. 18]. Жалованье земского врача составляло 1200 руб. в год, не считая средств, выделяемых управой на обеспечение его

жильем (для сравнения: жалованье члена управы равнялось 1 тыс. руб. в год, председателя управы — 2 тыс. руб.) [4].

В обязанности фельдшерского персонала (фельдшеров и фельдшериц) входило, прежде всего, замещение врачей во время их отсутствия. В случае если фельдшером признавалась необходимая врачебная помощь, она должна была обеспечиваться (вызовом «своего» или «соседнего» врача). До прибытия врача фельдшер должен был в пределах своей компетенции оказывать помощь больному. Входило в обязанности фельдшеров приготовление лекарств (под наблюдением врача). Кроме того, 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 по постановлению земского собрания фельдшера должны были посещать «повторительные курсы, устраиваемые губернским земством (с сохранением содержания и суточными от земства). Фельдшер имел право на ежегодный отпуск (не более одного месяца), предоставляемый с разрешения управы. В этом случае его обязанности выполняли другие фельдшеры. Жалованье фельдшера при поступлении на службу равнялось 360 руб. 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 лет службы) [2, с. 165].

Помимо организации и совершенствования медицинских участков, уездное земство уделяло большое внимание работе двух земских больниц (в городе Царицыне и посаде Дубовка). Ежегодно на содержание Царицынской больницы из земских средств выделялось 13—15 тыс. руб., Дубовской — 4—7 тыс. [5]. 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 малолетними или тяжело больными), на усовершенствование и ремонт больничных зданий. Благодаря земской поддержке, эти лечебные заведения стали внутриездными «маяками» в деле совершенствования медицинских знаний, внедрения различных новаций в медико-санитарную организацию уезда. Так, персонал больниц имел возможность знакомиться с новейшими медицинскими изданиями: научными тру-

дами, периодикой, для чего земством была организована их доставка. Врачи ежегодно командировались на уездные и губернские съезды, а фельдшеры уезда, в свою очередь, направлялись земством в Царицынскую больницу «для обновления знаний» [6]. Эта главнейшая лечебница уезда ежегодно обслуживала около 10 тыс. амбулаторных и стационарных больных [7, с. 156; 8, с. 126]. Здесь, главным образом, была сосредоточена оперативная помощь: в 1905 г. из 253 крупных операций, проведенных земскими врачами, 161 (63,7%) приходилось на Царицынскую больницу, причем наиболее сложные, полостные, проводились только в ней [8, с. 134]. В Дубовской больнице получила значительное развитие глазная оперативная помощь: в том же 1905 г. из 43 операций катаракты 22 были сделаны в Дубовской земской больнице [8, с. 134].

Большое значение в деле развития земской медицины сыграло учреждение уездного санитарного совета. В состав его входили земские гласные (по выбору земского собрания), председатель и члены земской управы, санитарный врач губернского земства, все земские врачи и два представителя от фельдшеров уезда. Иногда к работе санитарного совета могли привлекаться и другие лица, «могущие быть полезными для дела» [3, с. 9]. Ведению совета подлежали все вопросы земско-врачебного, санитарного и больничного дела в уезде: контроль за «правильным строем земской медицины», расширение и улучшение врачебной, и в частности больничной, помощи населению, наблюдение за санитарным состоянием уезда и «изыскание способов к устранению вредных влияний на здоровье», руководство противоэпидемическими мероприятиями [3, с. 10]. Санитарному совету также принадлежало право определять и предоставлять к утверждению управы кандидатов на вакантные места врачей. Постановления совета должны были приводиться в исполнение земской управой, причем, если управа не считала возможным привести в действие исполнение какого-либо постановления совета, она должна была доводить это до сведения земского собрания.

В деле развития медицинской организации земство сталкивалось с рядом существенных проблем. Главной из них являлся недостаток врачей и фельдшеров как на участках, так и при больницах. На съезде врачей Царицынского земства, состоявшемся 1 сентября 1900 г., врач Царицынской земской больницы А. Б. Шапиро указывал на недостаточный в данном лечебном заведении штат фельдшеров, что «не должно входить в постоянную организацию больничного лечения». При наличии в ЦЗБ 2 фельдшеров, во всех больничных отделениях (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 иногда по 1/2 года, а «поручение временного заведования этими пунктам соседним фельдшером не достигало цели», вследствие чего в некоторых местностях население было лишено медицинской помощи [2, с. 162]. Земство же не могло подыскать достаточное количество кандидатов на фельдшерские места, 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 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]. С другой стороны, низкое жалованье. «В этом отношении, — отмечается 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 попыталось решить «фельдшерскую» проблему путем прогрессивного увеличения жалованья за выслугу определенного количества лет (см. выше). Кроме того, ежегодно оно стало выделять средства для устройства фельдшерской школы в Саратове. С 1901 г. постепенно заменяется акушерский персонал фельдшерско-акушерским. Земство стремилось, таким образом, при наиболее низких затратах, увеличить фельдшерский персонал, затраты же на акушерскую помощь, не пользующуюся популярностью у крестьянства, были признаны неоправданными. Но, несмотря на все эти мероприятия, имеющийся штат врачей и фельдшеров не мог на тот момент удовлетворить потребности уезда: 1 врач обслуживал иногда участок площадью более 300 кв. верст и населением 13—16 тыс. человек [3, с. 3—5]. Удаленность врачебных пунктов, недостаток медицинского персонала делали недоступной медицинскую помощь для части жителей уезда. В то же время работе медицинской службы мешало неприятие крестьянством врачебной помощи (к примеру, часть населения Балык-лейского участка отказывалось от оспопрививания по религиоз-

ным причинам, вследствие чего там наблюдалась вспышка оспы и т. д.) [8, с. 137].

И все же необходимо отметить, что в первые годы XX в. земство в Царицынском уезде выступило главной силой, стремящейся преодолеть трудности становления эффективной медико-санитарной организации. При громадной протяженности уезда и низкой плотности населения была принята единственно возможная организация медицинской помощи — пунктово-разъездная. Земство пыталось преодолеть неравномерность распределения медицинской помощи в различных частях уезда, обеспечить ей возможно большее количество населения. Оно искало способы, чтобы привлечь на земскую службу лучших врачей и фельдшеров, занималось вопросами постоянного повышения их квалификации, стремилось сделать врачебную помощь более популярной среди крестьян путем проведения чтений и лекций, путем обеспечения бесплатными медикаментами из земских аптек, наконец, сумело установить контроль над санитарным состоянием уезда.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Земско-медицинский сборник: Материалы по развитию земской медицины в России за первое 25-летие (1865—1890 гг.)*. В 3 т. Т. 3. М., 1894. С. 14—16.
2. *Журналы XXXV* Очередного Царицынского уездного земского собрания 1900 года с приложением докладов управы. Саратов, 1901. С. 155—156, 162, 163, 165, 169.
3. *Свод постановлений земского собрания, управы и санитарного совета, регулирующих медицинскую деятельность в Царицынском уезде*. Царицын, 1905. С. 3—5, 9, 10.
4. См.: *Отчет* о доходах и расходах за 1900—1902; 1905; 1907; 1912 гг. Царицын, 1902—1913.
5. См.: *Отчет* о доходах и расходах за 1900—1902; 1905; 1907; 1912 гг. Царицын, 1902 — 1913 гг.; *Отчеты* о доходах, расходах и капиталах Царицынского уездного земства за 1900 — 1903 гг. Царицын, 1901—1904.
6. *Отчет* о доходах, расходах и остатке капиталов Царицынской уездной земской управы за 1900 г. Царицын, 1901. С. 34—35.
7. См.: *Журналы XXXV* Очередного Царицынского уездного земского собрания... С. 156;
8. *Журналы XXXIX* Очередного Царицынского уездного земского собрания 1906 г. с приложением докладов управы. Царицын, 1907. С. 126, 134, 137.

Раздел 2

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНЫ

МЕТОДОЛОГИЯ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО АНАЛИЗА КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

Н. Н. СЕДОВА, В. Л. АДЖИЕНКО
Кафедра философии и биоэтики
с курсом психологии и социологии медицины

Общие замечания о биоэтике как прикладной философии

Придерживаясь философского подхода, надо расценивать био-медицинскую этику как часть биоэтики. Это значит, что должен быть инвариант классификации и некоторые особенности для медицины. Впрочем, экспертиза нужна и в области питания (где здесь принципиальное отличие от лекарств?), и в образовании, и в журналистике. Но предметы и методы экспертизы разные. В медицине это очевидно, а до других областей не добрались.

Сейчас миновала первая стадия становления биоэтики как науки — первичное обобщение эмпирических данных на основе нескольких(!) объяснительных гипотез. При этом не дифференцировались, практически, гносеологическая и аксиологическая составляющие. У нас слишком хорошая философия, чтобы ею пренебрегать в таком прекрасном деле. Но с какой философией придется иметь дело? Это зависит от того, признаем ли мы био-этику исключительно нормативной наукой или нет. Вопрос в том, как решается здесь проблема истинности знания. Она решается своеобразно, но пока эта часть еще не прописана, потому что очень часто увлекаются сугубо эмпирическим, даже «модным», материалом. В принципе, каждая самостоятельная наука должна иметь свой предмет, свой метод, свой язык. Все это уже есть, но пока нет необходимых науке структурных уровней. Она еще аморфная. Должна быть теоретическая часть (философская) и прикладная часть. Последняя и будет нормативной. А теоретическая будет истинностной, но будет вырабатывать критерии для норм и оценок.

Основные понятия

Исследования — от «исследовать». По Далю: «Исследовать — ... разыскивать, изведывать, доходить разбирательством, стараться узнать неизвестное по данным, вникать и разбирать, узнавать, производить следствие, розыск...» [1, 35].

Испытания — от «испытать, испытывать». По Далю: «искушать, изведывать на деле, пробовать, дознавать, убеждаться исследованием (подчеркнуто нами. — *Авт.*), доходить опытом, познать в подробности, узнавать опытностью ... замучить пыткой, запытать. Примеры:

- не испытав, не узнаешь;
- испытай золото огнем, а дружбу деньгами;
- испытай на себе, да и прикинь другому;
- не испытав броду, не суйся в воду ...» [1, с. 58].

В этих определениях любопытны следующие детали: предметом исследования выступают сущности второго порядка, а предметом испытаний — сущности первого порядка. В философском смысле — испытания имеют дело с явлениями, а исследования — с сущностями. В этом смысле нельзя говорить «слепое рандомизированное исследование». Можно говорить «испытание».

Этимология данных понятий, однако, не может служить удовлетворительным объяснением их употребления, поскольку в русском языке их трактовка испытывает сильное влияние англоязычных аналогов. И в этом смысле «исследование» по-русски — это не совсем то, что *research* по-английски, а *trial* — не то, что испытание. По тому, как мы эти слова употребляем, русское слово «исследование», скорее, соответствует английскому *investigation*, а «испытание» — английскому *examination, test*. В традиционном русском научном дискурсе испытать, значит, попробовать, а исследовать, значит, узнать. И в том, и в другом случае результатом будет получение нового знания. Но путь к получению этого знания разный. Недаром Даль пишет, что испытать — это значит убедиться исследованием. Здесь ключевое слово — «убедиться». То есть проверить эмпирическим путем.

Представляется возможным определить соотношение между указанными понятиями как между общим и частным, где общее — «исследование», а частное — «испытание». В содержательном плане исследование включает как эмпирический, так и теоретический уровни, а испытания — эмпирический, оформленный протокольными предложениями.

Клинические исследования. Клинические испытания. В Руководстве по GCP, принятом на Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации медикаментов, применяемых у людей (Draft 9, STEP 2 27.04.1996), дается следующее определение клиническому исследованию = (испытанию): «*clinical trial* — любое организованное исследование препаратов, проводимое на людях, направленное на выяснение или уточнение клинических, фармакологических и/или фармакодинамических эффектов, и/или для выявления нежелательных реакций на исследуемые препараты, и/или для изучения всасывания, распределения, метаболизма и выведения из организма препаратов, осуществляемое с целью определения их безопасности и/или эффективности» (дается в переводе Н. М. Марусенко и С. Ю. Варшавского).

В логическом смысле это определение некорректно, поскольку речь в определяющем идет только об испытаниях лекарственных препаратов, что не исчерпывает содержание определяемого — «клинические исследования (КИ)». Могут ли существовать клинические исследования, не включающие испытания лекарственных препаратов? Очевидно, что методы лабораторной (и нелабораторной) диагностики, новое оборудование и технологические приемы, методы по уходу за пациентами, методы паллиативной медицины, психотерапевтические методы и многое другое также должно быть испытано перед внедрением в практику. В приведенном определении этого нет.

В работе авторского коллектива под руководством Ю. Д. Белоусова «Планирование и проведение клинических исследований лекарственных средств (М., Изд-во ОКИ, 2000) определения КИ нет вообще. Авторы ограничились функциональным описанием.

В этой связи представляется более удачным определение, представленное в брошюре А. И. Мартынова, Н. Д. Ющука, Е. А. Вольской и А. А. Ишмухаметова*. Эти авторы пишут: «Клиническими исследованиями (КИ) называются любые испытания (подчеркнуто нами. — *Н. Н. Седова, В. Л. Аджиенко*) лекарственных средств (ЛС), изделий медицинского назначения, медицинской техники и т. д., проводимые в соответствии со специальной программой (протоколом), определяющей цели, задачи,

* *Этическая экспертиза клинических исследований: (Основы методологии и практики) / А. И. Мартынов, Н. Д. Ющук, Е. А. Вольская, А. А. Ишмухаметов. М.: Ремедиум, 2001. С. 7.*

методологию, критерии включения и исключения и пр., с участием добровольцев — здоровых и больных людей».

Здесь следует отметить попытку авторов описать исследовательское поле в предметном отношении, то есть выделить функциональные предметы исследований — препараты, технические средства, приемы и методы, людей. Очевидно, что различие функций определяет различное положение перечисленных предметов в исследовательском поле. Кроме того, описание в науке никогда не может быть полным. Признаком полноты (исчерпываемости) обладают объяснение и предсказание. И то не всегда.

Кроме того, здесь совершенно не ясно различие между исследованием и испытанием, поскольку, по мнению авторов, «клиническими исследованиями называются ... испытания».

Логическая сложность состоит в том, что приписывание предиката «клиническое» понятию «исследование» предполагает ограничение его только эмпирическим уровнем. Однако это не сужает объем данного понятия до уровня объема понятия «испытание», поскольку виды исследований могут быть различными и проверка в опыте (испытание) — лишь один из них. Так, любое эмпирическое исследование предполагает присутствие моделей, образцов и механизм их «привязки» к предмету исследования и операциям с ним. Кроме того, существует такой вид исследовательской деятельности как наблюдение, эмпиризм которой не тождествен эмпиризму испытания.

Эксперимент — это «чувственно-предметная деятельность в науке, осуществляемая теоретически познанными средствами» [2]. Неинформативно. Архаично. С таким определением работать нельзя. По Словарю иностранных слов гораздо лучше: «Э. — научно поставленный опыт, наблюдение исследуемого явления в точно учитываемых условиях, позволяющих следить за ходом явления и многократно воспроизводить его при повторении этих условий» [3].

Если принять за исходную посылку традиционно признанное отличие наблюдения от эксперимента, заключающееся в наличии специально организованных условий, то 1-ю стадию КИ можно было бы считать экспериментом, но три последующие никак не соответствовали бы указанному требованию: болезнь есть, популяция больных есть, следовательно, над ними не экспериментируют, а пытаются лечить. Вот если бы человека специально заразили болезнью, против которой испытывается препарат, а потом начали лечить этим препаратом, то это был бы эксперимент.

Далее отождествление КИ с экспериментом ведет к отрицанию смысла КИ. Гипотеза исследования, построение модели, предсказание, объяснение, выбор метода, интерпретация результатов — все это остается за рамками эксперимента, следовательно, КИ и эксперимент не тождественны.

Также не тождественны эксперимент и клинические испытания, поскольку они персонифицированы и воспроизводство идентичных условий, необходимое для того, чтобы опыт считался экспериментом, невозможно. Этот вывод справедлив и для популяции больных, так как нет и не может быть двух идентичных популяций.

Кроме того, испытания и эксперимент отличаются телеологически. Эксперимент ориентирован на получение нового конкретного знания, испытания ориентированы на проверку результатов применения полученных конкретных знаний.

Вмешательство — не тождественно воздействию, так как вмешательство изменяет объект воздействия целенаправленно. Если речь идет о медицинском вмешательстве, то критерием оценки выступает только один показатель — качество жизни, поскольку все другие не носят интегративного характера. Так, физиологические показания отчуждаются в интерпретации от психологических деформаций, а степень психосоматогенности не содержит информации об изменениях на клеточном уровне и т. п. До сих пор медицина исходила из того, что вмешательство в организм можно рассматривать самостоятельно, без соотнесения с психическим и тем более социальным статусом индивида. Практика БМИ показала ошибочность такой позиции.

В целом, вмешательство — это аксиологический синоним воздействия. Следовательно, воздействие можно обсуждать в терминах социологических, психологических, в терминах естественных наук, а вмешательство — в терминах этики и права. Необходим большой эмпирический материал.

Этическая экспертиза — целями ЭЭ, по определению Англо-русского словаря терминов, используемых при проведении клинических испытаний, являются: «...обеспечение защиты прав, безопасности и благополучия субъектов исследования и гарантирование общественности этой защиты посредством (наряду с другими способами) рассмотрения и одобрения протокола клинического исследования, приемлемости исследователей, оборудования, а также методов и материалов, которые предполагается использовать при получении и документировании информированного согласия субъектов исследования». Это узко. Но всякое расшире-

ние смысла данного понятия имеет своим результатом отождествление терминов «этическая экспертиза» и «гуманитарная экспертиза». Следовательно, основная проблема — не определение предмета ЭЭ (он известен), а функциональное выделение ЭЭ в поле гуманитарной экспертизы.

Понятийный аппарат этической экспертизы

Результат исследования	Риск	Безопасность	Вред	Польза
Положительный	—	+	—	+
Нельзя разрешать	+	—	+	—
Нельзя разрешать	—	—	+	+
Исследование не проводилось	+	+	—	—

Риск — возможность нанесения вреда (индивидуальные реакции, несоблюдение этических принципов исследования и т. п.). Предмет **этической** регуляции.

Безопасность — соблюдение всех граничных условий исследования (научных методик, правил ведения документации, правил работы в клинике и т. п.). Предмет административной и юридической регламентации.

Вред — ухудшение здоровья (побочные эффекты, сопутствующие заболевания, смерть). Предмет юридической регламентации.

Польза — улучшение здоровья. Предмет **этической** регламентации.

Соотношение выглядит так:

1) + вред и + польза = равная вероятность, или — вероятность не определена.

2) — риск и — безопасность = возможность вреда равна 100%.

3) + риск и + безопасность — технически обеспеченная безопасность не исключает непредусмотренного риска. Но фактически это невероятный вариант.

4) — вред и — польза. Также пустое множество, значит, и исследования нет.

Строго говоря, «работают» только 8 вариантов.

Clinical research u clinical trial

Эксперимент следует понимать как метод научного познания, применяемый (или неприменяемый) в исследовании, которое

включает разные методы. А вот о различии исследований (*research*) и испытаний (*trial*) можно поговорить, потому что здесь есть маленькое лицемерие со стороны почти всех, кто пишет по биоэтике. Испытания — тоже часть исследований. В чем отличие от эксперимента? Эксперименты — в лаборатории и на животных. Испытания — на людях. В англоязычной литературе очень осторожно употребляют эти термины. Реально стадия эксперимента — это лабораторная стадия. Хотя в терапевтических исследованиях каждый персональный прием нового препарата будет экспериментом. Откуда знать, что рекомендованные врачом таблетки не вызовут у пациента аллергии, если он их никогда до этого не принимал? Но тогда мы расширяем понятие «эксперимент» до такой степени, что им пользоваться нельзя, оно уже не работает. Следовательно, различие эксперимента и испытаний необходимо. По предмету их различить легче всего, что и делают многие авторы, хотя и не оговаривают это специально.

Что же касается соотношения исследований, испытаний и эксперимента, аксиологические параметры последнего понятия не совпадают с аналогичными у первых двух. Если сравнивать по объему и содержанию, мы «упремся» в конвенциональность и, следовательно, относительность их «наложения» друг на друга. Поэтому, с точки зрения формальной логики, все три могут совпадать, то есть с филологической позиции, быть синонимами. Но ценностное поле у них разное. Поэтому справедливо конвенциональное различие и в логико-смысловом варианте. Для биоэтических документов было бы лучше, если бы под экспериментом подразумевались манипуляции *in vitro*, если можно так сказать. То есть, например, фармахимия — синтез лекарственных препаратов — это серия экспериментов, результаты которых оформлены в протокольных предложениях.

Испытания — это целевая проверка результатов эксперимента. Цель — получение пользы. Здесь надо говорить о пользе, а не о рисках. Возможно, максимальная польза — это то же, что минимальный риск. Тогда можно говорить о пользе. (Больше морального удовлетворения.) Но отношение может быть и не обратно пропорциональным. Что если и польза и риск максимальны? Ведь соотносимое с пользой понятие — это вред, а соотносимое с риском понятие — это безопасность. Тогда уже мы имеем 8 ценностных вариантов сценария испытаний. А что касается исследования, то, по нашему мнению, оно содержит в себе и эксперимент, и испытания. То есть тут соотношение включенных множеств. Вопрос в том, как возможна интерпретация в данном слу-

чае. Таким образом, эксперимент и испытания можно различать по: а) цели; б) операциональной стороне.

Классификация клинических испытаний

Причина неопределенности в определении функционального поля этической экспертизы состоит еще и в том, что подавляющее большинство КИ в нашей стране не проходят ее вообще. Это относится, прежде всего, к терапевтическим исследованиям. Основное внимание уделяется, по-прежнему, испытаниям лекарственных средств, но ведь они составляют только часть клинических исследований. А какие еще бывают КИ? Вот, например, в пособии под редакцией Ю. Д. Белоусова приводится такой перечень «различных видов исследований с привлечением людей в качестве испытуемых»:

- испытания лекарств;
- испытания вакцин;
- испытания медицинских приборов;
- использования радиоактивных материалов и рентгеновского излучения;
- исследования в области СПИД/ВИЧ-инфекции;
- исследования в области трансплантологии;
- исследования генетики человека;
- исследования алкоголизма и наркомании» (с. 261—262).

Очевидно, что здесь дифференциация основана на качественном отличии исследуемого субстрата. Немного дальше авторы приводят еще одну типологию — на сей раз это исследования на незащищенных группах населения, и деление основано на объектах исследования (дети, женщины репродуктивного возраста, человеческие эмбрионы, люди с нарушениями психики и органов чувств, пациенты, находящиеся в бессознательном состоянии, агонирующие пациенты, пожилые люди, представители национальных меньшинств, студенты, безработные и здоровые добровольцы, заключенные). Такой подход тоже оправдан, но ни в первом, ни во втором случае не обоснован критерий классификации, создается впечатление, что богатый клинический опыт авторов позволяет им сделать перечисление, основанное на эмпирическом описании, достаточно полным. Но с научной точки зрения это ненадежный метод, поскольку он механистичен и не может стать методологией новых классификационных процедур.

Можно предложить другую классификацию, вернее, основания для любой классификации, в зависимости от потребностей исследователя. Ведь для того чтобы иметь адекватное представление о сути клинического исследования, необходимо использовать известные приемы методологии науки, которые предполагают первоначально выделение оснований для классификации элементов определяемого.

Опираясь на достижения общей теории систем (Эшби, Берта-ланфи, Богданов, Садовский и Юдин и др.), авторы выделяют следующие основания для классификации клинических испытаний (см. В. И. Петров, Н. Н. Седова. Практическая биоэтика. М.: Триумф, 2002):

1. Субстратное основание — ответ на вопрос «что исследуется?».
 2. Интенциональное основание — ответ на вопрос «на ком исследуется?».
 3. Телеологическое основание — ответ на вопрос «зачем исследуется?».
 4. Каузальное (детерминистское) основание — ответ на вопрос «почему исследуется?».
 5. Методическое основание — ответ на вопрос «как исследуется?».
 6. Субъектное основание — ответ на вопрос «кто исследует?».
- Для корректности матричного оформления предполагаемой классификации вводится хронотипический классификатор — по этапам ведения больного (диагностический, лечебный, реабилитационный). Но он является вспомогательным.

Теперь посмотрим, каким образом может быть построена классификация клинических исследований по данным основаниям.

1. По субстрату (предмету) исследования.
 - 1.1. Испытания *методов лечения* (как сочетания различных средств).
 - 1.2. Испытания *средств лечения* (медикаментозных и немедикаментозных).
2. По интенциональному основанию (по объектам исследования).
 - 2.1. Здоровые.
 - 2.2. Больные.
 - 2.3. Взрослые.
 - 2.4. Дети.
 - 2.5. Мужчины.
 - 2.6. Женщины.

(Корреляции вычисляются по формуле $n!^m! \times (m - p)!$ В данном случае их должно быть 20, но поскольку мы имеем бинарное основание, то достоверных вариантов 8.)

3. По телеологическому основанию (по цели исследования).

- 3.1. Сохранение жизни.
- 3.2. Сохранение здоровья.
- 3.3. Излечение болезни.
- 3.3.А. Полное.

3.3.Б. Улучшение состояния с сохранением признаков болезни.

- 3.4. Облегчение страдания (паллиативная медицина).
- 3.5. Восстановление после болезни (реабилитация).
- 3.6. Эвтаназия.

4. По каузальному (детерминистскому) основанию (по мотивам, причинам исследования).

4.1. Изменение типичной клинической картины конкретной болезни.

- 4.2. Резистентность к имеющимся препаратам.
- 4.3. Появление новых нозологических форм.
- 4.4. Внутренняя логика научного исследования.

4.5. Достижения в смежных областях, обнаруживающие отставания медицинской науки и практики.

4.6. Демографические проблемы.

4.7. Изменение конъюнктуры на рынке лекарств, медицинского оборудования и медицинских услуг.

4.8. Финансовые интересы инвестируемого в медицину и здравоохранение капитала.

4.9. Политические интересы государства или региона.

5. По методическому критерию (по способам, приемам и методам проведения исследования).

- 5.1. Наблюдение.
- 5.2. Эксперимент.
- 5.3. Моделирование.

6. По субъекту исследования (заказчик, спонсор, заинтересованный, но действующий через посредников социальный субъект).

- 6.1. Государство.
- 6.2. Фирма.
- 6.3. Научный работник (сам исследователь).

6.4. Международные организации, компании, финансовые группы.

6.5. Негосударственные отечественные и международные организации или сообщества.

Данная классификация обладает признаками достоверности и универсальности, но для ее конкретизации необходимо введение дополнительных параметров. Мы уже говорили о хронотипическом классификаторе. Отметим еще один — профессиональный. Классифицировать клинические испытания можно по сферам медицинского познания и деятельности. В нашей стране таким классификатором выступает номенклатура ВАКовских специальностей. Но данная классификация является не научной, а административной.

Существует и сугубо научная классификация — по формам научного познания. Сама по себе она «не работает» в практике, а только в сочетании с другими. Так, по хронотипическому признаку на основе данной классификации можно выделить следующие виды испытаний:

1. Методы лечения:

- 1.1) лекарственные;
- 1.2) немедикаментозные.

2. Методы диагностики:

- 2.1) радиологические;
- 2.2) биохимические;
- 2.3) метрические;
- 2.4) наблюдение.

3. Методы реабилитации:

- 3.1) медикаментозные;
- 3.2) немедикаментозные;
- 3.3) сочетание медикаментозных и немедикаментозных;
- 3.4) методы ухода;
- 3.5) курортологические;
- 3.6) протезирование.

Как видим, конкретные классификаторы связаны с большим информационным шумом при определении групп исследований, они допускают их миксацию, более того, предмет исследования может не полностью поглощаться исследовательской процедурой. А это уже некорректно. Поэтому мы настаиваем на иерархическом подходе к процедуре классификации, когда первая ступень связана с дифференциацией по единому энциклопедическому (с позиций методологии науки) основанию, которое дает возможность создавать кластерные подгруппы как внутри каждого основания, так и путем их комбинации.

Может вызвать недоумение п. 5.2: юридически эксперименты на людях запрещены. Поясним, что данный термин применяется

как общенаучный, а не медицинский. С другой стороны, нельзя отрицать, что любое испытание на человеке — это эксперимент. Позволим себе настаивать на том, что многочисленные антирисковые практики при клинических испытаниях (GCP, этические комитеты, протоколы наблюдения, комиссии по качеству в США и других странах, документы Фармкомитета юридически законны, например Закон о лекарственных средствах и т. п.), существуя из соображений обеспечения безопасности испытуемых и больных, оформляются таким строгим образом, со многими степенями защиты, чтобы исключить, по возможности, из процесса клинических испытаний признаки эксперимента. Сами того не ведая, авторы регламентации строго следуют позитивистской трактовке принципа верификации и отчасти принципа фальсификации. Достоверность данных определяется протокольными предложениями, ибо согласно принципу верификации ничем другим она определяться не может. Протокольные предложения жестко стандартизированы, и оценочная информация предельно сокращена. Вообще она должна быть = 0. Но тем самым происходит замена реальной ситуации, реальной личности пациента и реальной личности исследователя соответствующими модельными композициями. В результате об эксперименте на человеке уже можно не говорить, экспериментальная составляющая элиминирована на метауровне, а многочисленные дублирующие процедуры перепроверок последовательно деаксиологизируют содержание исследования.

Вероятно, это единственный продуктивный подход в работе с человеческим материалом, хотя на стадии этической экспертизы мы вынуждены возвращать личностную составляющую в предмет проверки. Сейчас идет активная работа по приведению в соответствие процедур КИ и процедур ЭЭ в основном через синхронизацию протокольных предложений. Клиническая экспертиза и этическая экспертиза проводятся (должны проводиться) в одном категориальном поле. Достаточно сравнить Рекомендации по GCP и Рекомендации комитетам по этике, проводящим экспертизу биомедицинских исследований ВОЗ. Но здесь возникает трудность, которая еще не осознана как принципиальная. Гуманитарная экспертиза имеет свой язык и свои методы. В противном случае она не является гуманитарной. Мы не останавливаемся на том, как пытаются преодолеть эту трудность и как из этого ничего не получается. Это тема специального исследования. Скажем только, что принятие универсальной классификации клинических испытаний в сочетании с теоретической редукцией и

методами логического вывода могут позволить совместить «текст» клинического испытания и «текст» этической экспертизы на уровне элементарных объектов исследования.

Кроме того, данная классификация позволяет разделить функции ЛНЭК (локальный независимый этический комитет) разных уровней. Так, например, если заказчиком исследования выступает государство, то оно должно проходить этическую экспертизу на уровне Национального этического комитета. Если заказчик — конкретная фирма, то она может выбрать ЛНЭК по своему усмотрению, но РЭК (региональный этический комитет) территории, на которой проходят исследования, может провести самостоятельную экспертизу. Инициативное исследование, субъектом которого выступает конкретный научный работник, проходит этическую экспертизу в местном комитете (например, диссертационные работы). Международная организация или компания представляет в НЭК (национальный этический комитет) результаты экспертизы, если планирует исследования в России. То же относится к п. 6.5.

Кроме того, применение данной классификации позволяет избежать порочного круга в проведении этической экспертизы в ситуациях терапевтических испытаний, когда испытания нового метода (но не средства!) являются одновременно лечебными мероприятиями, при этом объект исследования/лечения — единственный (индивидуальный пациент). В этом случае мы не можем применить достоверно классификационные процедуры и, следовательно, не имеем оснований для проведения этической экспертизы. Проблема количественных параметров терапевтического исследования остается, но в ее решении может помочь применение телеологического основания данной классификации.

Мы полагаем, что к документам, предоставляемым в ЛНЭК исследователем, необходимо добавить классификационные признаки исследования. Это облегчит применение «Протокола о биомедицинских исследованиях на человеке» (Приложение к Хельсинской декларации редакции 2001—2002 гг.) при проведении этической экспертизы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Даль В.* Толковый словарь: В 4 т. М.: Русский язык, 1989. Т. 2. С. 35, 58.
2. *Философская энциклопедия*: В 5 т. М.: Советская энциклопедия, 1970. Т. 5. С. 546.
3. *Словарь иностранных слов*. СПб., 1994. С. 704.

Т. ВИЛЛИЗИЙ, Р. ЛОУЭР, К. РЕН В ИСТОРИИ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ И МЕДИЦИНЫ

В. В. КУПРИЯНОВ, академик РАМН

Н. И. ГОНЧАРОВ

Кафедра анатомии человека ВолГМУ

В фондах библиотеки Волгоградского государственного медицинского университета хранятся книжные раритеты, среди которых сочинение Т. Бартолина «Anatomia Bartholiniana», изданное в Лейдене [7]. Об этой книге мы уже писали [1, 4]. В данной статье речь пойдет о другом. В своей работе автор упоминает сочинения многих ученых, ссылки на них свидетельствуют о том, что он с большой тщательностью изучал труды своих предшественников и современников. Цитирует он и научный труд своего английского коллеги Т. Виллизия [18] («Анатомия головного мозга с добавлением к ней описания и функции нервов»), где, по мнению многих анатомов, впервые описывается на основании большого мозга артериальный анастомоз в виде шести- или семиугольника. Данная геометрическая фигура сосудистого анастомоза известна всем врачам и студентам (рис. 1, 2).

Действительно, Т. Виллизий блестяще по тому времени описал строение головного мозга, его сосудистую систему и, в частности, кольцевой артериальный анастомоз в основании головного мозга.

Вместе с тем следует считать, что так называемый «*circulus arteriosus cerebri Willis*» описан задолго до этого. Но об этом ниже.

Знаменитый английский врач и анатом Виллизий (Уиллис) Томас, Willis Thomas, родился 27 января 1621 г. в Грит-Бедвине (Уолтшир). Изучал вначале теологию, затем медицину в Оксфорде. В 1660 г. ему была предложена кафедра естественных наук в Оксфордском университете. С 1666 г. он — врач в Лондоне, затем лейб-медик короля Карла II. Виллизий один из основателей Лондонского Королевского общества (английской Академии наук). Умер Виллизий 11 ноября 1675 г. и похоронен в Вестминстерском аббатстве [13, 14, 17].

В основу научных трудов Виллизия* положена идея единства животного мира, попытка возможно полнее пользоваться при изучении строения животных сравнительно-анатомическим методом.

* «De anima brutorum. Exercitationes duae». 1672 и др.

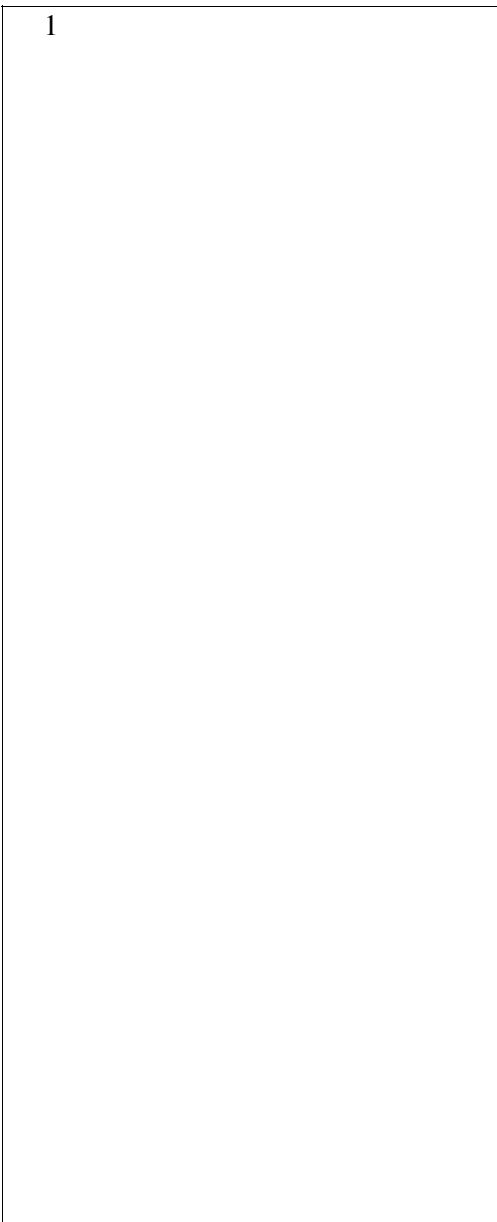


Рис. 1.
Схема «Виллизиева круга» —
артериального круга
большого мозга.
Фрагмент табл. XI [2]

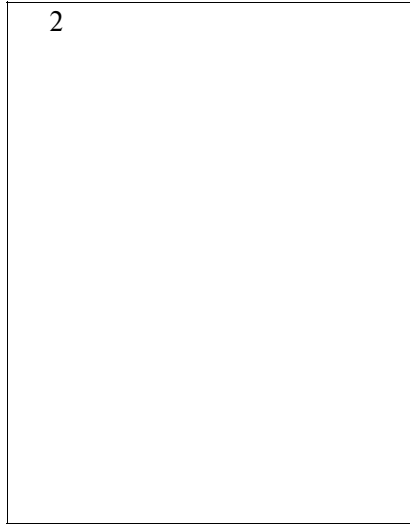


Рис. 2.

Головной мозг из кн. Т. Виллизия
«Анатомия головного мозга» (1664).
Художник К. Рен

Он, если не первый, то один из первых использует термин «*anatomia comparata*» — сравнительная анатомия.

Его плодотворная, активная эрудиция сказалась в ряде сделанных им открытий. Будучи убежденным сторонником Гарвея, он проверил и усовершенствовал эксперименты последнего, дал относительно точную картину сокращения желудочков и предсердий, измерил скорость движения крови, провел опыты с перевязкой легочных вен у животных; блестяще, по тому времени, описал строение мозга, его сосудистую систему и, в частности, упомянутый кольцевой артериальный анастомоз, отметил значение XI пары черепных нервов (Виллизиев нерв), высказал много остроумных предположений о физиологической роли различных отделов нервной системы, предвосхитил открытие внутренней секреции; он впервые констатировал присутствие сахара в моче диабетиков, первый описал кардиоспазм.

Впоследствии Виллизий оставил теологию и целиком занялся изучением естественных наук и медициной.

Проживая в Оксфорде, Виллизий был членом группы образованных людей, которые объединились в «Философский клуб» для

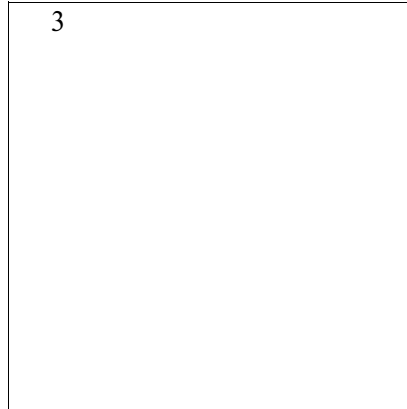


Рис. 3.

Портрет Кристофера Рена (фрагмент).
Художник Эдуард Пирс-младший
1673.
Лондон, Эшмолен-музей [5]

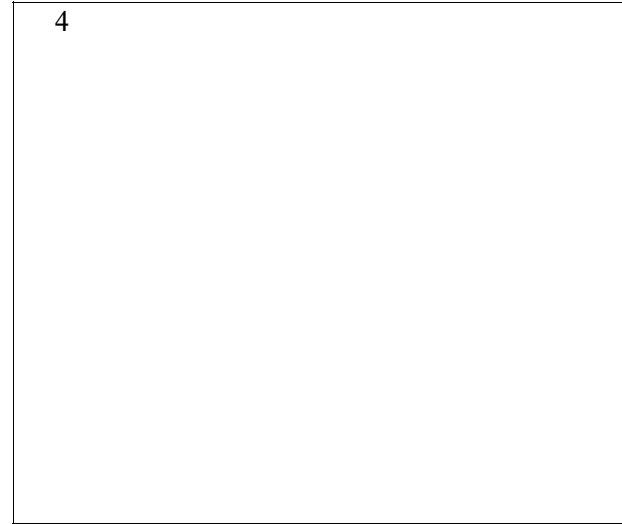


Рис. 4.

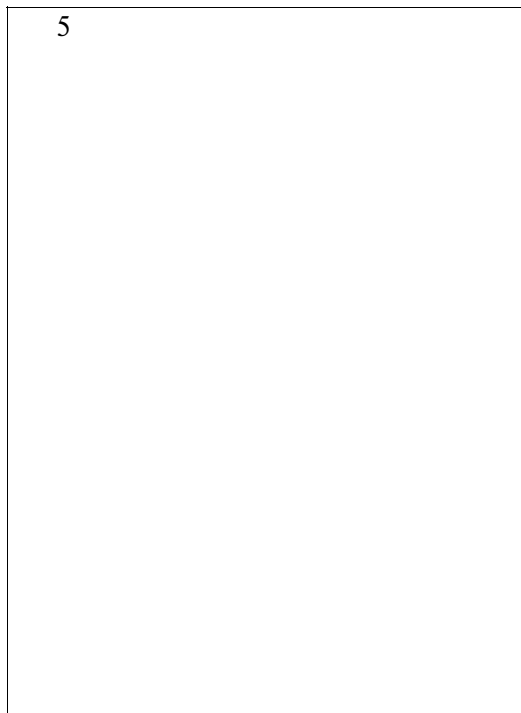
Анатомическая иллюстрация артериального анастомоза на основании большого мозга в изображении Дж. Кассери. Одна из его 78 сохранившихся гравюр, изданных в Венеции в 1627 г.

обсуждения научных вопросов. Этот клуб был предшественником Лондонского Королевского общества. Здесь он познакомился с К. Реном и Р. Лоуэром.

Вспомним, что именно в Англии уже в 1645 г., сначала в Оксфорде, а затем в Лондоне появилось общество натуралистов-экспериментаторов, члены которого стремились обогатить человечество новыми открытиями и изобретениями, для чего не только работали самостоятельно, но и регулярно собирались с целью взаимного осведомления о результатах проведенных ими опытов, наблюдений и исследований.

Революция и первые годы реставрации несколько задержали дальнейшее развитие этого важного начинания. Но в 1660 г. было положено начало Королевскому обществу для распространения естественных наук, объединившему вокруг себя многих крупнейших ученых XVII века и сыгравшему огромную роль в судьбах естествознания и судьбе ее наиболее видных представителей. На память приходят имена Ньютона, Бойля, Гука, Мальпиги, Левенгука, учеников Гарвея и вообще всего созвездия больших, средних и малых светил, бывших членами Королевского общества (ныне Лондонское Королевское общество). И тем более для нас, морфологов, значим тот факт, что у истоков одного из старейших научных центров Европы был анатом Т. Виллизий.

Рис. 5.
Шмуцтитул в кн.
А. Спигелия [16]
к анатомическим таблицам
Дж. Кассери



В числе тех, которые помогали Виллизию издать его основной труд «Анатомию мозга», был его ученик Ричард Лоуэр (Richard Lower, 1631—1691), также родом из Оксфорда, позже врач в Лондоне, выдающийся анатом и физиолог своего времени [6, 10].

Известно, что в XVII в. наука преимущественно изучала кровообращение. Но вопрос связи кровообращения с пищеварением и кровообразованием оставался открытым. Что же принимает для решения этого вопроса целая плеяда специалистов? Стенон изучает строение слюнных желез; Вирзунг находит выводной проток поджелудочной железы; Бартолин фиксирует свое внимание на лимфатической системе; Азелли открывает млечные сосуды, а Пеке устанавливает их назначение, доказав, что млечные сосуды всасывают переваренные вещества из кишечника и направляют их в грудной проток, откуда они поступают в сердце. Это было описано и проиллюстрировано Т. Бартолином в его сочинении

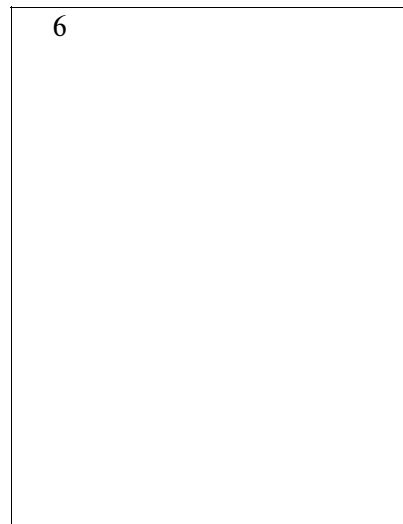


Рис. 6.
Головной мозг из кн.
Т. Бартолина «Anatomia
Bartholiniana». Лейден, 1674.
Демонстрируется «артериальный круг
большого мозга» из соч.
И. Веслинга* «Observationis
anatomicae» (1647)

* Иоганн Веслинг (Johann Vesling, 1598—1649) профессор анатомии, хирургии и ботаники в Падуе.

«De lacteis thoracis», 1652 («О грудном млечном протоке»). Тем не менее проблема не исчерпана. Многое еще остается неясным в строении самого сердца. И Лоуэр под патронажем своего учителя Виллизия начинает заново изучать структуру сердца. Результатом этого труда было опубликованное в 1669 г. в Лондоне его известное в истории анатомии сочинение «Tractatus de corde item de motu et calore sanguinis et chyli in eum transitu» [12] («Трактат о сердце, а также о движении и температуре крови и переходе в нее хилуса»), где он дал наиболее точное для своего времени описание строения сердца.

До нашего времени в литературе сохранились его эпонимы (собственные имена) в названии некоторых анатомических структур: Лоуэра бугорок*, Лоуэра фиброзные кольца**.

Лоуэр, его учитель Виллизий и К. Рен первыми в своих физиологических лабораториях разрабатывали способ исследования различных лекарств путем введения их растворов в вену животного (к примеру, собаки).

* Межвенозный бугорок — возвышение на задней стенке внутренней поверхности правого предсердия между устьями верхней и нижней полых вен.

** Фиброзные кольца сердца — кольцевидные соединительнотканые образования, окружающие отверстия аорты и легочного ствола.

Рис. 7.
Головной мозг из кн. Г. Бидлоо
«Анатомия человеческого тела...»
(1685). Изображен «артериальный
круг большого мозга»

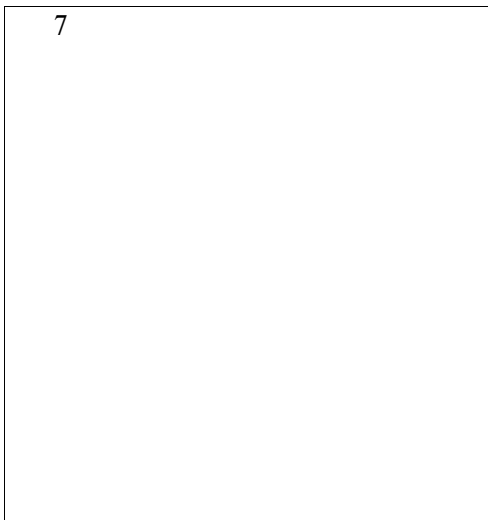
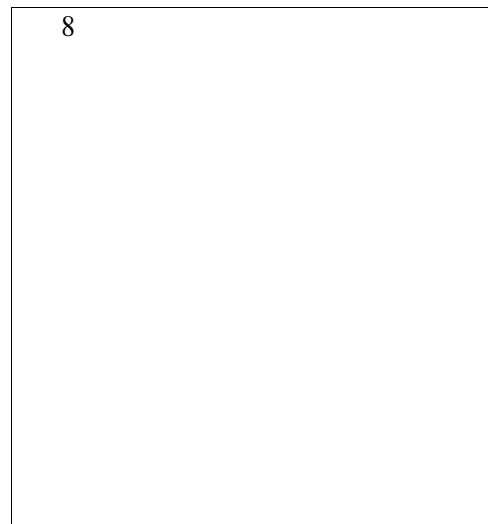


Рис. 8.
Головной мозг из кн.
А. Галлера «Анатомические
изображения...» (1752), т. 7,
«Артерии головного
и спинного мозга, глаз».
Табл. 1. В этом сочинении
впервые используется термин
«Виллизиев круг»



Иллюстрировал книгу Т. Виллизия «Анатомия мозга» Кристофер Рен (Christopher Wren, 1632—1723), изучавший математику в Оксфордском университете, с 1657 г. профессор астрономии в Лондоне, с 1661 г. — в Оксфорде. В молодые годы К. Рен учился у Т. Виллизия медицине, в частности анатомии. В это время, используя его талант художника, Т. Виллизий привлек К. Рена к работе над своей книгой «Анатомия мозга». В 60-х гг. Рен обратился к архитектуре и вскоре стал ведущим архитектором Англии, крупнейшим представителем английского классицизма. Можно привести большой перечень построек и композиций К. Рена, но назовем только некоторые из них. В Оксфорде театр Шелдона (1664—1669), в Кембридже корпус Куинс-колледж (1671—1672) и всему миру известный собор св. Павла в Лондоне (1675—1710), длина которого составляет 170 м, а высота около 110 м. Это самый значимый пантеон страны [5, 9, 15, 17].

О научной работе К. Рена были высокого мнения Ньютон и Паскаль. И недаром с 1680 по 1682 г. Рен избирался президентом Лондонского Королевского общества (рис. 3).

Из изложенного следует, что сочинение Т. Виллизия «Анатомия мозга», которое цитирует Т. Бартолин, — коллективный труд выдающихся ученых.

А что касается самого термина «Виллизиев круг», то Виллизий никогда и не претендовал на приоритет в описании этого артериального круга и вообще при его жизни никто не называл это образование его именем. Впервые этот термин был использован с легкой руки А. Галлера [11].

Задолго до Виллизия было сделано описание этой структуры сосудистых анастомозов.

Ниже показываем артериальный анастомоз на основании большого мозга из редких анатомических руководств, хранящихся в библиотеке Волгоградского государственного медицинского университета: Дж. Кассери (1627), И. Веслинга (1647), Г. Бидлоо (1685), А. Галлера (1752) (рис. 4—8).

Приводятся анатомические таблицы головного мозга с этим видом сосудистого анастомоза и другими авторами, книги которых хранятся в библиотеке университета: Р. Вессен (1685), Ф. Рюиш (1697).

Важно не сам факт упоминания или описания конфигурации этого артериального анастомоза, а то, что именно Т. Виллизий первым понял его функциональное значение в норме и патологии.

Вот что он пишет в «Анатомии мозга»: «... когда сонная артерия на одной стороне закупорится, тогда сосуды другой стороны обеспечивают обе области. А если обе сонные артерии закупорятся, то их функция компенсируется позвоночными артериями» [13].

И справедливо, что в новую Международную анатомическую номенклатуру в качестве эпонима вошел термин «Виллизиев круг» (circle of Willis), его эквивалент «Willis', круг» приводится в отечественной литературе [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончаров Н. И. Зримые фрагменты истории (литературно-анатомическое наследие XVI—XVIII вв.). Волгоград, 1984.
2. Гончаров Н. И., Сперанский Л. С. Руководство по препарированию. Волгоград, 1994.
3. Международная анатомическая терминология / Под ред. Л. Л. Колесникова. М.: Медицина. 2003.
4. Куприянов В. В., Татевосяц Г. О. Отечественная анатомия на этапах истории. М.: Медицина, 1981.
5. Ротенберг Е. И. Западно-европейское искусство XVII века. М.: Искусство, 1971.
6. Сперанский В. С., Гончаров Н. И. Краткий очерк истории анатомии. Волгоград: ГУ «Издатель», 2001.
7. Bartholin Th. Anatomie ex omnium veterum recentiorumque observationibus imprimis institutioibus b. m. parentis Caspari Bartholini, ad circulationem Harvejanam, et vasa lymphatica quintum renovata. Cum iconibus novis, et indicibus. Lugduni Bat., J. Hackius, 1674.
8. Bidloo G. Anatomia humani corporis, centum et quinque tabulis, per G. de Lairese ad vivum delineatis demonstrata, veterum recentiorumque inventis explicata plurimisque... illustrata. Amsterlodami, 1685.
9. Christopher Wren (1632—1723) — architect of London. JAMA, 1964, 190 5. 467.
10. Cumston Ch. G. An Introduction to the History of Medicine. London, 1926.
11. Haller A. Icones anatomicae quibus praecipuae aliquae partes corporis humani delineatae proponuntur et arteriarum potissimum historia continetur. Fasc. 1—7, Gottingae, 1743—1754, t. 8, Losannea, 1756.
12. Lower R. Tractatus de corde item de motu et calore sanguinis et chyli in cum transitu. London, 1669.
13. Meyer A., Hierons R. Observations on the history of the circle of Willis. Med. Hist., 1962. 6. 119—130.
14. Puschmann Th. Handbuch der Geschichte der Medizin. Bd. 2. Jena, 1903.
15. Sir Christopher Wren // The Dictionary of National Biography. Vol. 21 / L. Stephen, and Sir S. Lee ed., 1917. P. 995—1009.
16. Spiegelhel A. De humani corporis fabrica libri decem, tabulis XCIIIX aeri incisus elegantissimis, nec ante hac visis exornati... Opus posthumum. Daniel Bucretius jussu authoris in lucem profert. Venetiis, 1627.
17. The New Encyclopaedia Britannica, 1994. Vol. 12 (Willis Th., Wren Ch.).
18. Willis Th. Cerebri anatomie cui accessit nervorum descriptio et usus. London, 1664.

МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНОЙ СВЯЗИ

В. В. ДЕЛАРИЮ, Р. А. ГРЕХОВ, С. А. ХАРЧЕНКО
Курс психологии и социологии медицины кафедры философии ВолгМУ
ГУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН

Можно утверждать, что «мобилизация» общества уже привела к непредсказуемым последствиям в плане изменения социального статуса и безопасности личности. По мнению Ксавье Рубио (Javier Rubio), президента консалтинговой компании Diamond Cluster International, мобильный образ жизни получит все большее распространение и будет оказывать все большее влияние.

Число мобильных телефонов стремительно увеличивается и в 2002 г. превысило миллиард штук. Число фиксированных телефонных линий тоже несколько возросло и достигло 1,045 млрд, но, по словам представителя международного Союза телекоммуникаций Гарри Фоули (Harry Fowly), учитывая огромную разность темпов роста между операторами мобильной и фиксированной связи, в настоящее время число мобильных телефонов уже превышает число стационарных. По прогнозам специалистов, в 2006 г. число абонентов мобильной связи достигнет 1,7 млрд человек и охватит 26% населения земного шара.

Наибольшие темпы роста числа абонентов мобильной связи были отмечены в странах с развивающейся экономикой, особенно в Индии и Китае. В России, стране с наибольшей численностью населения среди стран Центральной и Восточной Европы, мобильной связью охвачено пока всего 7% жителей. Но, по мнению Саймона Бейкера (Simon Baker), ведущего аналитика IDC Russia, «у российских операторов, безусловно, наиболее благоприятные перспективы роста». По оценкам IDC, финансовые показатели ведущих российских компаний мобильной связи значительно превосходят показатели крупных международных компаний, таких как Vodafone, по доходу с одного абонента и рентабельности.

Аналитики предсказывают рост продаж сотовых трубок и считают, что в 2003 г. объем выпуска мобильных телефонов превысит 400 миллионов аппаратов. Этому должно способствовать не столько привлечение новых пользователей, сколько существенный по масштабам процесс замены старых трубок на новые, с новыми возможностями. Согласно данным опросов, проведенных в Японии, цикл «жизни» сотового телефона составляет на сегодня в среднем

23 месяца. Участниками опроса, проведенного исследовательским отделением компании *Nikkei BP Consulting*, были названы основные причины, по которым они покупают новый аппарат: улучшенный графический дисплей, увеличенная площадь экрана, раскладной корпус новой модели.

Рынок мобильной связи вступает в новую фазу развития расширенных возможностей и сервиса — эру полноцветных дисплеев, передачи изображений, MMS (передачи мультимедийных сообщений), Интернет-браузеров и Java. Как ожидается, спрос оживят мобильные телефоны с цветными дисплеями, с полифоническими звонками, со встроенной цифровой фото- или видеокамерой, а также телефоны с поддержкой GPRS (пакетная передача данных по радиосетям). Цены на телефоны повышаются за счет того, что они наделяются новыми функциями.

В настоящее время развитие технологий опережает развитие человеческих потребностей, то есть сначала изобретается какая-либо техническая новинка типа Bluetooth, а затем фирмы-производители думают над тем, как убедить потребителя покупать эти устройства. Действительно, как оказалось, несмотря на то, что 44% абонентов сотовых сетей хотели бы активно применять свои трубки для оплаты недорогих услуг и товаров, реально такими услугами пользуются только 2% абонентов. Растет распространение Интернет-совместимых телефонов, которое в среднем в мире достигло 33%, однако, если не принимать во внимание японских пользователей, подавляющее большинство владельцев Интернет-трубок вовсе не применяют заложенные в них возможности мобильного доступа в Интернет. Эти сервисы наиболее популярны у юных и молодых пользователей.

После трагических событий 11 сентября в США 43% пользователей ощущают себя с телефоном в большей безопасности, 28% полагают, что, будь у них трубка, они бы тоже чувствовали себя уверенней. В целом же 25% считают, что значимость сотовых аппаратов после теракта возросла.

Возможность персонализировать свой мобильный телефон стала еще одним способом самовыражения. «Очередная надоедливая мелодия или новый чехол говорит о владельце столько же, сколько одежда или прическа», считает *The Register*. Более того, фактор «модности» мобильного телефона стал важнее, чем возможности, которые он дает владельцу. То есть внешний вид телефона стал важнее, чем возможность позвонить в любое время в любом месте. 90% опрошенных пользователей мобильных телефонов заявили, что испытывают «пристрастие» к собственному

телефону, утверждая, что чувствуют себя некомфортно, когда забывают его дома.

Очередной опрос пользователей мобильных телефонов в Великобритании показал, что среди «мобильных» британцев наиболее популярна возможность использования собственной мелодии в качестве звонка для мобильного телефона. Исследование, проведенное компанией *WapOnline*, показало, что только 15% пользователей мобильных телефонов используют, по данным *The Register*, стандартную мелодию типа «дзынь-дзынь».

Сотовый телефон — это уже часть нашего стиля жизни, наряду с телевизорами и авторучками. Однако до недавнего времени сотовые телефоны были достаточно унифицированы — лишь сейчас стали создавать специальные модели и чехлы для бизнесменов, для женщин.

Настала очередь специальных мобилей и для детей. Современный телефон в руках европейского подростка — психологическое оружие. Бурный технический прогресс в области телекоммуникаций может негативно повлиять на психическое здоровье трудоспособного населения Европы, считает психолог Дэвид Льюис (*David Lewis*). Причем ультрасовременные средства связи сами по себе причастны к этому весьма косвенно. Основная проблема заключается в современных детях, которые слишком хорошо разбираются в технике и, более того, убеждены, что делают они это гораздо лучше своих родителей. «Поколение *Pepsi*» — это дети, взрослеющие в обнимку с компьютером, игровой приставкой, CD-плеером и мобильным телефоном. По результатам исследования, проведенного компанией *NatWest*, треть европейских ребятишек пожелала получить к Рождеству какую-нибудь техническую новинку, например с поддержкой WAP или *PlayStation-2*. Родители продвинутых чад, покупающие своим отпрыскам такие устройства, рискуют заполучить на свою голову нечто вроде технофобии — слишком велик страх опростоволоситься перед ребенком: телефон с поддержкой WAP — это не плюшевый мишка, вручив которого, можно через несколько минут забыть о нем. Необходимо хорошо разбираться в технологиях, чтобы правильно ответить на любой вопрос любимого дитяти и правильно настроить подаренную новинку.

Милые дамы предпочитают красивые и стильные сотовые телефоны — это факт. По результатам исследований, проведенных фирмой *International Communications Research*, средний показатель женской разговорчивости составляет 275 минут в месяц — это около четырех с половиной часов. Именно для этого женщинам

как прекрасному полу необходимы изящные и красивые устройства, причем несмотря на цену — платят обычно кавалеры. Хорошие сотовые телефоны ведущих производителей мира настолько миниатюрны, что любимая женщина вполне может спутать элегантную коробочку с бриллиантовым кольцом и коробочку с сотовым телефоном. Появились и исключительно женские модели телефонов, на которые не позарится ни один представитель мужского населения нашей планеты. Кроме возможности позвонить, телефон заменяет зеркальце; помимо этого он обладает встроенной возможностью напоминать о «критических днях» и подсчитывать набранные калории.

Деловые люди всегда стремятся обзавестись мобильным телефоном, который станет для них не только средством связи, но и многофункциональным помощником в бизнесе. Дорогие сотовые телефоны стали популярным символом социальной идентификации сильных мира сего или просто обеспеченных людей. Внешний вид такого аппарата должен словно говорить окружающим: владелец сего телефона — солидный преуспевающий бизнесмен. Ювелирная студия Питера Алойсона (Peter Aloisson) из Австрии выпускает самые современные телефоны от *Sony Ericsson* — T68 и *Nokia* линии *Vertu* в корпусе из желтого или белого золота и платины. Каждый телефон изготавливается по индивидуальному заказу и инкрустируется примерно 900 бриллиантами в комбинации с сапфирами, рубинами, изумрудами. Цены таких аппаратов составляют от 24 тыс. дол. и выше.

А в ближайшем будущем компания *Benefon* из Финляндии планирует выпустить новый аппарат, предназначенный специально для охотничьих собак, который будет обладать функциями телефона и GPS-навигатора. Телефон будет закрепляться на ошейнике собаки и, по понятным причинам, будет лишен экрана и клавиатуры. Если во время охоты собака убежит от хозяина на большое расстояние, тот сможет отправить на ее телефон текстовое сообщение и через несколько секунд получить ответ с указанием точных географических координат собаки. При желании по телефону собаке можно будет дать и голосовую команду, просто набрав ее номер.

Следует отметить, что исследований, пытавшихся выявить вредное воздействие мобильных телефонов на здоровье человека, было проведено уже немало, но пока ни одно из них не дало неопровержимых доказательств того, что мобильники опасны для здоровья. Научно пока не доказан тот факт, что излучение мобильного телефона действует на здоровье человека, в частности,

что оно может спровоцировать рак мозга. Однако снижение уровня электромагнитного излучения от любого прибора, без сомнения, является полезным делом. И, как официально заявил представитель Федеральной комиссии США по торговле, те пользователи, которые хотят ограничить воздействие электромагнитного излучения телефона, должны ограничить время разговоров по этому телефону, использовать гарнитуру типа *hands-free* и избегать пользоваться телефоном в тех местах, где сигнал слабый.

После того как исследования показали прямую зависимость вероятности автомобильной аварии от того, говорит ли в это время водитель по телефону, большинство стран (включая Россию) запретило водителям пользоваться сотовой трубкой без головной гарнитуры. Ирландия пошла в этом вопросе еще дальше, и теперь в ней может быть принят закон, вообще запрещающий водителю пользоваться сотовым телефоном во время езды. Нарушителям грозят не только штрафы, но даже (в случае аварии) тюремное заключение. Такой закон предложен в связи с увеличившимся количеством происшествий, случившихся по вине водителей, пытавшихся управлять машиной одной рукой, держа в другой телефон.

Американская экологическая организация *Inform* подвела итоги исследования экологической опасности сотовых телефонов, сообщает *Associated Press*. Выводы, сделанные экологами, весьма неутешительны: популярность сотовой связи и частая смена аппаратов абонентами приведет к тому, что несмотря на небольшие свои габариты выбрасываемые телефоны могут угрожать состоянию природы и здоровью людей.

В нашей стране ненужные мобильники пока еще переходят из рук в руки, получая вторую жизнь. Однако технологии их производства стремительно развиваются, и сейчас редко встретишь аппарат старше двух-трех лет. В настоящий момент в мире насчитывается около 380 миллионов телефонов, при чем большинство устаревших моделей все еще хранится их владельцами, полагающими, что те имеют какую-то ценность. Подсчитано, что сейчас мобильные телефоны составляют от 1 до 2% всего объема электронного мусора.

По данным исследования, только в ближайшие три года на свалках США окажется более 130 млн мобильных телефонов общей массой 65 тыс. т. При этом некоторые их детали содержат токсичные элементы: мышьяк, сурьму, золото, свинец, хром, никель, серебро, цинк, ртуть, тяжелые металлы и т. д., а пластмассовые детали не разлагаются бактериями и являются источниками ядовитых

выбросов при сжигании. Многие из них способны вызвать рак и неврологические расстройства, а при попадании в окружающую среду — губительно сказаться на природе.

Крупнейшие производители мобильных телефонов на конференции ООН договорились сделать свою продукцию лучше поддающейся вторичной переработке. Основную проблему представляют аккумуляторы, особенно старые, в которых содержится кадмий. Кадмий может попасть в окружающую среду, если проржавеет корпус, причем батарейки одного мобильного хватит, чтобы испортить 600 тыс. л воды. Новые технологии позволяют использовать при производстве батарей ионы лития или никеля, которые потом можно восстановить и переработать. Однако все аккумуляторы содержат токсичные материалы и должны в конце жизни проходить переработку, а не просто отправляться на свалку или в захоронение.

Для решения проблемы американская компания *Nor-On* объявила о начале широкой продажи одноразовых мобильных телефонов. Одноразовые телефоны включают в себя ряд оригинальных деталей, легко поддающихся вторичной переработке, а их коммуникационная часть аналогична коммуникационной части обычных мобильных телефонов. Телефоны *Nor-On* не содержат никаких дополнительных функций — в них нет даже дисплея. Одноразовый мобильник стоит 40 дол. США, причем в эту сумму уже входит 60 мин разговора. Телефон позволяет как совершать, так и принимать звонки, в том числе междугородные и международные. По планам компании, данная разработка должна полностью заменить собой телефонные карты. Она предоставляет пользователям те же самые возможности и дополнительно — свободу передвижения. По истечении 60 мин выбрасывать телефон вовсе не обязательно: время можно докупить, а батарейку перезарядить.

Оставайтесь на связи в любую минуту — вот лозунг компьютерной индустрии в начале 2000-х гг. Развитие мобильной связи повлекло за собой развитие так называемых не голосовых цифровых технологий. Еще до появления WAP и GPRS была разработана технология SMS, позволяющая владельцам сотовых телефонов обмениваться короткими (до 160 символов) сообщениями. Количество передаваемой таким образом информации продолжает возрастать по экспоненте. Возникла целая SMS-киберкультура: проводятся соревнования по скорости ввода текста SMS-сообщения, изобретаются новые аббревиатуры, чтобы можно было уместить как можно больше информации в одном сообщении, ограниченном 160 символами.

Последние исследования показали, что люди старше 45 лет имеют крайне отдаленное представление о службе коротких сообщений, в то время как их дети общаются друг с другом преимущественно с ее помощью. Так, в результате опроса 200 пользователей мобильных телефонов в возрасте от 45 до 65 лет выяснилось, что 80% никогда не отправляли SMSки, а 32% вообще не знали о существовании такой функции. Большинство из них хотело бы отправлять друзьям или знакомым короткое сообщение, но в итоге прибегают к проверенному способу — просто звонят. По большей части это происходит из-за того, что их смущает тот факт, что они не могут самостоятельно разобраться во всем, что умеет их сотовый.

В то же время отцу британского подростка, разославшего за месяц 2500 SMS, пришлось отобрать у сына мобильный телефон. 14-летний Барри де Лейси отправлял своим приятелям в среднем по 80 сообщений в день. В результате в конце месяца семья подростка получила счет за пользование мобильной связью на сумму 261 фунт стерлингов. Отец счел указанную сумму ошибочной и заказал детализацию счета. Однако, получив 38-страничный счет, который чуть было не вывел из строя факсимильный аппарат, отец SMS-фаната не мог скрыть удивления, как его сын умудряется отсылать такое количество сообщений. Сам подросток в интервью газете *The Sun* сообщил, что к вечеру от бесконечных SMS у него начинали болеть руки, но отказаться от такого развлечения было выше его сил.

Врачи, занимающиеся исследованиями и лечением болезней суставов, подкинули родителям еще один повод для беспокойства. Как оказалось, туннельный синдром перестал быть личной проблемой секретарш и компьютерщиков. Как сообщает ZDNet, Ассоциация жертв туннельного синдрома (The Repetitive Strain Injury Association, RSI) распространила информацию о том, что многие подростки и студенты испытывают мышечные боли, вызванные чрезмерным общением посредством SMS.

Последние исследования показали, что отправка коротких сообщений может привести к постоянной растяжке суставов, а это в дальнейшем может оказать крайне пагубное влияние на их состояние. Тот факт, что популярность SMS-ок с каждым днем только растет, вынудила исследователей начать новую кампанию под девизом «Безопасный текст» с целью предотвратить травмы и боли в мышцах и суставах. Компания *Virgin Mobile* выпустила руководство по технике безопасности при работе с клавиатурой сотового телефона. Оно призвано обезопасить пользователя от

травм пальцев и кистей рук, в том числе от пресловутого туннельного синдрома запястья. Авторы — медицинские работники советуют прерывать долгое печатание текста и совершать определенные упражнения рук, кистей, пальцев, шеи и плечевого пояса. Они настоятельно рекомендуют после отправки очередного текстового сообщения, набранного в результате серии мелких ударов по маленьким клавишам, сделать несколько расслабляющих упражнений. Например, потрясти плечами или размять пальцы привычным: мы писали, мы писали, наши пальчики устали. Среди прочих рекомендаций, молодых людей призывают не пользоваться SMS в нетрезвом виде и, в частности, «не использовать SMS для того, чтобы объяснить своей бывшей девушке причины разрыва отношений (в конце концов, для этих целей существует факс)».

Кроме того, британская газета *The Observer* опубликовала результаты исследования, свидетельствующие о том, что использование современных карманных электронных устройств, таких, как мобильные телефоны, КПК или приставки GameBoy, приводит к физическим изменениям организма у лиц моложе 25 лет.

Исследование, проведенное в девяти различных городах мира, показало, что большие пальцы рук молодого поколения значительно превосходят другие пальцы по силе и ловкости. Эти изменения отмечены у лиц, активно пользующихся карманными устройствами с возможностью передачи текстовых сообщений, работы с электронной почтой и доступа в Интернет. По мнению экспертов, результаты исследования доказывают, что развитие технологий приводит к физическим изменениям, которые ранее происходили в течение жизни многих поколений. Как отмечает доктор Сэнди Плант (Sandy Plant), основатель отдела исследований киберкультуры при Уорвикском университете, «технология и ее потребители взаимосвязаны: мы изменяем друг друга». Она обратила внимание на то, что люди, не слишком привыкшие к пользованию мобильными телефонами, нажимают на клавиши либо одним, либо несколькими пальцами, а молодые люди одинаково ловко пользуются большими пальцами обеих рук, почти не глядя на клавиатуру. По какой-то причине детям удобнее нажимать кнопки на карманных устройствах именно большими пальцами. Более того, с ростом силы и ловкости больших пальцев они начинают использоваться и там, где традиционно использовались другие пальцы рук, к примеру, при указании на предметы либо при нажатии на кнопку дверного звонка.

Психологи утверждают, что будущую профессию ребенка можно определить по тому, как подросток набирает короткие сообщения на мобильном телефоне. В проведенном недавно исследовании ученые проанализировали навыки набора SMS у 1000 взрослых людей. Как выяснилось, у владельцев мобильных телефонов, работающих в одной и той же сфере, есть сходство в способе набора коротких сообщений.

Представители разных профессий были разделены на четыре группы: «творцы», «жонглеры», «контролеры» и «помощники».

«Творцы» (актеры, дизайнеры, рекламные агенты и садовники) используют самые модные и современные текстовые аббревиатуры и слэнг, вводят сообщение с чередующимися заглавными и строчными буквами, используют собственные типы звонков и настройки экрана, а также частенько ... теряют мобильный телефон со всеми его настройками.

«Жонглеры» (учителя, офисные работники, работники служб спасения) используют заглавные и строчные буквы, верно ставят знаки препинания, никогда не теряют мобильный телефон и точно знают, где он находится (будь то в сумке, на диване или еще где-либо). Имеют привычку зажимать телефон между скулой и плечом во время разговора.

«Контролеры» (военные, адвокаты и торговые представители) всегда используют только заглавные буквы, никогда не пользуются аббревиатурами и сокращениями, отправляют только лаконичные сообщения. Имеют привычку устанавливать звонок телефона на самую высокую громкость и в полный голос разговаривать в общественных местах.

«Помощники» (няни, сиделки, ассистенты) всегда используют только строчные буквы, добавляют в сообщения символику (смайлики, например), любят разноцветные мобильные телефоны и чехлы к ним, чаще всего отключают звонок вообще, полагаясь на вибрирующий сигнал и не желая беспокоить окружающих.

По мнению психолога Сиднея Крауна (Sydney Crown), участвовавшего в исследовании, если посмотреть на то, как короткие сообщения отправляются детьми, то можно определить, какую профессию они выберут для себя в будущем. «В настоящее время дети все меньше пишут что-либо ручкой на бумаге. Поэтому нам приходится искать другие способы определения личностных характеристик ребенка, особенно в том, что касается его будущей профессии», — заявил Сидней Краун.

Британские ученые обнаружили, что активное пользование мобильной связью не только не наносит вреда здоровью, но и в

чем-то полезно — некоторым людям это неплохо помогает бороться с вредными привычками, в частности с курением. В проведенном в Великобритании исследовании приняли участие регулярно курящие подростки старше 15 лет. Оказалось, что многим из них сигарета, по сути, была нужна лишь для того, чтобы занимать чем-то руки. С тех пор, как у них появился мобильный телефон, многие молодые люди отказались от сигареты: в 1996 г. курили 28% подростков, а в 2003 г. этот показатель снизился до 19%. Если в 1996 г. курила треть девушек в возрасте 15 лет, то сейчас — только четверть. Клив Бейтс (Clive Bates), член группы по борьбе с курением Ash, считает, что немалую роль здесь сыграл тот факт, что мобильный телефон требует денег, и подросткам приходится выбирать между оплатой разговоров и покупкой сигарет.

И, наконец, об интересном эксперименте, предпринятом в Новой Зеландии. Администрация курсов дистанционного образования при одном из колледжей TheWapan решила выдать всем студентам бесплатные мобильные телефоны. Сделано это, по словам представителя администрации, для обеспечения бесперебойной связи преподавателей и персонала с обучающимися. В результате эксперимента был достигнут интересный эффект: теперь 91% всех поступающих на курсы доучивается до окончания учебной программы и получает искомый сертификат. Ранее эта цифра составляла всего 25%. Разница, что и говорить, впечатляющая.

ИНФОРМАЦИЯ В СОВРЕМЕННЫХ СМИ КАК ПСИХОГЕННО ТРАВМИРУЮЩИЙ ФАКТОР

В. В. ДЕЛАРИУ, А. В. МАРТИРОСЯН
*Кафедра философии и биоэтики с курсом психологии
и социологии медицины*

Одной из главных особенностей цивилизационного процесса конца XX и наступившего XXI века является развитие информационных технологий и усиление тенденций перехода к информационному обществу с качественно новыми уровнями и формами производства, переработки и распространения информации. С бурным развитием телевидения и «информационным взрывом», способствовавшим, в частности, возрастанию роли СМИ как «действенной» четвертой власти, в бытии человека появилась и стала

доминировать новая черта — зависимость от информации, которую ему представляют. Соответственно, вопросы, связанные с воздействием на людей социальной информации, стали приобретать первостепенное значение [12, 3, 2, 6] и др.

Во второй половине 1990-х гг. в России реально стала осознаваться необходимость информационной безопасности как состояния защищенности людей от воздействий, способных изменять психические свойства, индивидуальные психические процессы, состояния [10, 5, 4] и др. Хотя невроты часто рассматриваются как заболевания, обусловленные действием информации, поскольку их причиной являются психотравмирующие раздражители (психические травмы), воздействие которых определяется той информацией, которую эти раздражители несут [1, 9] и др., в посвященной влиянию СМИ на нервно-психическое здоровье населения литературе доминируют вопросы возможности формирования девиантных форм поведения с повышенной агрессивностью и вседозволенностью [14, 13] и др. Имеются работы, выделяющие «информационные невроты» [11], но анализ исследований, рассматривающих те или иные социальные аспекты невротозов, свидетельствует, что СМИ как источник социальной информации и как действенная психогения, т. е. фактор риска в развитии невротозов, не рассматривается.

Исходя из вышеизложенного, для изучения восприятия информации в СМИ и её субъективного влияния на здоровье населения была составлена и использована специальная анкета с закрытыми альтернативными утверждениями с учётом принятых к анкетированию в социологии требований [8]; правомерность рассмотрения невротизации респондентов на основании их самооценок (по результатам анкетирования) основывалась на существующей в литературе точке зрения, что субъективные оценки вполне приемлемы при изучении здоровья населения [7]. С помощью разработанной анкеты в октябре—декабре 2002 г. было обследовано 922 жителя города Волгограда старше 14 лет, из которых 29 (3,1%) в силу разных причин отказались от анкетирования или неправильно ответили на предложенные утверждения; в дальнейшем они были исключены из анализируемой выборки (репрезентативной по половозрастным показателям генеральной совокупности населения города Волгограда). Среди 893 оставшихся респондентов женщин было 488 человек (54,6%), мужчин — 405 (45,4%); в возрасте до 20 лет — 102 человека (11,4%), 20—39 лет — 412 (46,1%), 40—59 лет — 280 (31,4%), 60 лет и старше — 99 человек (11,1%).

Согласно полученным результатам почти 2/3 респондентов (59,5%) посчитали, что информация в СМИ часто носит «негативный», психологически неприятный характер (экстраполируя этот показатель на всех жителей Волгограда — 1 млн 40 тыс. человек, исключив детей в возрасте 0—14 лет, получается, что около 500 тыс. человек считают, что информация в СМИ часто носит именно данный характер). Отрицали такое («негативное») её содержание в 3,5 раз меньшее количество опрошенных — 17,0%; еще 23,5% затруднились однозначно квалифицировать в данном ракурсе характер информации в СМИ. Влияния гендерных различий по данному вопросу не было выявлено.

Почти половина опрошенных (49,8% женщин и 42,7% мужчин) считали, что негативная информация (о насилии и преступности, катастрофах, авариях, социальной несправедливости, неустойчивости экономической ситуации) в СМИ с пессимистическими, запугивающими прогнозами на будущее является оправданной, адекватной реальной жизни. В то же время, на взгляд трети респондентов (37,9% женщин и 37,8% мужчин), негативная информация в СМИ носила преувеличенный характер, и только 12,3% женщин и 19,5% мужчин расценили информацию в СМИ как излишне оптимистичную.

Представляют интерес причины (на взгляд респондентов) представления СМИ негативной информации: 36,0% опрошенных (35,9% женщин и 36,3% мужчин) считали, что её такая направленность является отражением, в первую очередь, реально происходящих событий (ситуации) в стране. Практически для такого же количества респондентов (36,2% — 36,7% женщин и 35,6% мужчин) основной причиной частого наличия негативной информации в СМИ являлось стремление журналистов сделать себе имя, привлечь внимание к своей газете (журналу, радио- или телепередаче и т. п.). Еще для 27,8% опрошенных (27,4% мужчин и 28,1% женщин) негативная информация в СМИ детерминирована политическим заказом реальных владельцев газеты (журнала, радио- или телепередачи), реализующих таким образом свои собственные интересы. Фактически 2/3 опрошенных респондентов считали, что акцентирование негативной информации СМИ было обусловлено не отражением реально происходящих событий, а собственными интересами журналистов или контролирующих СМИ лиц, и эти интересы не были направлены на объективное информирование населения.

Представляется правомерным выделить следующие основные причины подобных подходов СМИ. В первом случае пресса вы-

ступает как самостоятельная сила, и причины такой направленности представления информации кроются в некомпетентности журналистов и законах функционирования прессы, ориентированной на сенсацию, без прогноза последствий тех или иных публикаций. Вторая причина, на наш взгляд, связана с выполнением определенных социальных заказов, поскольку средства массовой информации выражают мнения не только непосредственно авторов-журналистов, но и контролирующих (прямо или косвенно) данное издание (ТВ-канал) лиц. В результате создаются предпосылки для манипулирования тематическими материалами, которые могут быть адресованы и, главное, могут быть значимыми для представителей практически любых общественных групп. Манипулирование, например, может происходить путем усиления одних проблем и, наоборот, замалчивания других, путем представления ответственными за неблагополучие одних лиц и рекламирования других в качестве активных борцов за улучшение социально-экономической ситуации на том или ином уровне с подчеркиванием их высоких морально-этических качеств и т. д.

Подобная социальная типизация материалов современными СМИ с акцентом на негативных сторонах социальной действительности, запугивающими оценками и пессимистическими прогнозами, обращается преимущественно к эмоциональной сфере читателей (зрителей), способствует нарастанию тревожности, страха, индивидуальной «заброшенности» и отчужденности, подавляет стремление к справедливости, подвергает сомнению свободу выбора и личную ответственность человека при отсутствии реальных надежд на улучшение ситуации и убеждения в невозможности изменить что-либо в своей судьбе (и происходящем «вокруг»). Фактически речь идёт об экзистенциальной фрустрации и развитии на ее основе экзистенциального кризиса, центральной составляющей которого является утрата смысла собственного существования.

В результате передаваемая по СМИ информация соответствующим негативным образом влияла на самочувствие 34,4% респондентов; при экстраполяции на всех жителей Волгограда старше 14 лет это составит около 280 тыс. человек, а на всех жителей Волгоградской области этого возраста — около 670 тыс. человек (всё население Волгоградской области — 2 млн 400 тыс. человек).

Результаты анкетирования свидетельствуют о значимости гендерного фактора в восприятии материалов СМИ, что проявилось в большей степени негативного воздействия СМИ на женщин по

сравнению с мужчинами. Так, негативные последствия информационных материалов СМИ отметили 39,7% женщин и 27,9% мужчин, а отрицали такие последствия 37,1% женщин и 48,4% мужчин (в обоих случаях $p < 0,001$). Однако эти данные были обусловлены различиями восприятия информации в СМИ респондентами 20—59 лет; в то время как гендерных различий по данному вопросу в других возрастных группах (до 20 лет и старше 60 лет) не было выявлено.

Анализ влияния возрастного фактора на психологические последствия для респондентов негативной информации в СМИ показал нарастание её психогенной травматичности с возрастом опрашиваемых. Так, среди респондентов до 20 лет 19,6% отметили её негативное влияние на самочувствие и настроение, среди лиц 20—39 лет — уже 29,1% ($p < 0,05$ относительно лиц до 20 лет), а среди лиц 40 лет и старше — 44,1% ($p < 0,001$ относительно более молодых респондентов). Соответственно, если среди лиц до 40 лет отрицали влияние негативной информации на состояние здоровья 48,8%, то среди респондентов 40 лет и старше — 33,2% ($p < 0,001$). При этом, если в возрасте до 40 лет преобладают лица, отрицающие влияние негативной информации на состояние своего здоровья по сравнению с подтверждающими это (53,9% против 19,6% среди лиц до 20 лет, $p < 0,001$; 47,6% против 29,1% у лиц 20—39 лет; $p < 0,001$), то у респондентов более старших возрастных групп наблюдается прямо противоположная закономерность: количество лиц, подтверждающих влияние негативной информации в СМИ на состояние своего здоровья, преобладает над отрицающими подобное влияние (соответственно 45,0% против 32,1% у лиц 40—59 лет, $p < 0,01$; 41,4% против 36,4% у лиц 60 лет и старше, $p < 0,05$).

Конкретизация влияния возрастно-половых параметров на восприятие информации в СМИ респондентами показало, что как женщины (67,5%), так и мужчины (64,8%) 40 лет и старше достоверно чаще, чем более молодые лица (55,1 и 53,5% соответственно), отмечали «негативную» насыщенность информационных материалов в СМИ ($p < 0,01$ у женщин и $p < 0,05$ у мужчин). При этом мужчины 40 лет и старше реже (12,4%) по сравнению с мужчинами возрастной когорты до 40 лет (23,5%) отрицали частое наличие в СМИ негативной информации ($p < 0,01$). Мужчины и женщины 60 лет и старше реже всего считали, что негативная информация в СМИ является, в первую очередь, отражением реально происходящих событий ($p < 0,05$) и чаще расценивали

такую направленность информации как реализацию своекорыстных интересов журналистов и лиц, контролирующих СМИ.

Наиболее часто передаваемая по СМИ негативная информация соответствующим образом влияла на настроение и самочувствие как женщин, так и мужчин 40 лет и старше — такое её воздействие отметили 47,9 и 37,9% соответственно. Среди женщин до 40 лет субъективные изменения под воздействием передаваемой негативной информации в СМИ отметили 32,3% ($p < 0,001$ относительно женщин 40 лет и старше), среди мужчин данного возраста — 22,3% ($p < 0,01$ относительно более старших мужчин-респондентов). Соответственно, если в возрасте до 40 лет 43,3% женщин и 54,5% мужчин отрицали влияние негативной информации в СМИ на состояние своего здоровья, то респонденты 40 лет и старше отрицали такое влияние реже — в данной возрастной когорте его отрицали 30,3% женщин ($p < 0,01$ по сравнению с женщинами до 40 лет) и 37,9% мужчин ($p < 0,001$).

Таким образом, проведенное анкетирование жителей Волгограда показало, что более половины респондентов (59,5%) считают, что информация в СМИ часто носит «негативный», психологически неприятный характер, а для 2/3 опрошенных акцентирование негативной информации в СМИ было обусловлено не отражением реально происходящих событий, а собственными интересами журналистов или контролирующих СМИ лиц, и эти интересы не были направлены на объективное информирование населения.

В результате передаваемая по СМИ негативная информация соответствующим образом влияла на самочувствие и настроение 34,4% респондентов (39,7% женщин и 27,9% мужчин); при экстраполяции на всех жителей Волгоградской области — около 280 тыс. человек, а на всех жителей Волгоградской области — около 670 тыс. человек. При этом по мере увеличения возраста опрашиваемых психогенная травматичность информации в СМИ нарастала и наиболее часто передаваемая по СМИ негативная информация соответствующим образом влияла на настроение и самочувствие как женщин, так и мужчин 40 лет и старше (такое воздействие отметили 47,9 и 37,9% соответственно). При этом материалы в СМИ способствовали также экзистенциальной фрустрации и повышали вероятность развития на её основе экзистенциального кризиса. Следовательно, «повседневная», «текущая» информация в современных СМИ является психогенно травмирующим фактором для значительной части населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993. 400 с.
2. Богомолова Н. Н. Социальная психология печати, радио и телевидения. М.: Изд-во МГУ, 1991. 127 с.
3. Грушин Б. А. Эффективность массовой информации и пропаганды: понятие и проблемы измерения. М., 1979. 270 с.
4. Егоров А. Это должен знать каждый: Негативное информационно-психологическое воздействие // Журнал прикладной психологии. 2002. № 3. С. 52—55.
5. Еремин А. Л. Влияние информационной среды на здоровье населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. № 6. С. 21—24.
6. Петрова И. А. Информационная революция и её прогнозируемые последствия // Гуманитарное образование и медицина: Сб. науч. тр. ВМА. Т. 57; Вып. 2. Волгоград: Издатель, 2001. С. 7—15.
7. Пономарева Г. А. Субъективная оценка как показатель здоровья работающих // Здравоохранение Российской Федерации. 1997. № 2. С. 44—45.
8. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. 2002. 976 с.
9. Святоц А. М. Неврозы: Руководство для врачей. СПб.: Питер, 1997. 442 с.
10. Столян Г. Л., Зараковский Г. М. Политико-идеологическая составляющая информационно-психологической безопасности // Общественные науки и современность. 1997. № 5. С. 35—43.
11. Ханашвили М. М. Информационные неврозы. Л.: Медицина, 1978. 144 с.
12. Шерковин Ю. А. Психологические проблемы массовых информационных процессов. М.: Мысль, 1973. 215 с.
13. Beisch T., Dickenberger D. Why do aggressive movies make people aggressive? An attempt to explain short-term effects of the depiction of violence on the observer // *Aggress. Behav.* 1993. Vol.19, No 2. P. 137—140.
14. Kaplan R. M., Singer R. D. Television violence and viewer aggression: A reexamination of the evidence // *Journal of Social Issues.* 1976. Vol. 32. P. 35—70.

ОПЫТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ ВолГМУ

И. В. КАГИТИНА, А. Л. КУЗЕВАНОВА
Кафедра истории и культурологии

Интересы общественного развития в области профессионального становления молодежи требуют тщательного анализа и последующих специальных решений, которые должны базироваться на комплексе современных образовательных технологий и продуктивных, отражающих изменения в современном мире идей. Становление профессионала, т. е. формирование и развитие субъекта деятельности профессионального сообщества — есть интегрированное проявление активного взаимодействия социальной

среды, профессионального сообщества и личности на пути получения социально и индивидуально значимого результата. Такое взаимодействие осуществляется в процессе, характеризующемся двумя основными группами показателей:

1) социальной оценкой профессионального становления личности и эффективности ее деятельности по достижению целей, соответствующей специфике каждой стадии профессионального развития;

2) личностными показателями сформированности профессиональной направленности и субъективной оценки личностью эффективности этого процесса.

В каждую из групп входят количественные и качественные показатели уровня достижения личностью профессионально значимых результатов. Но если для первой группы эффективность оценивается через общественно значимые результаты (участие в профориентационных мероприятиях, показатели успеваемости в процессе обучения и т. д.), то вторая группа включает в себя показатели потребностно-мотивационной сферы личности, проявляющиеся, прежде всего, через эмоциональные переживания личности, ее заинтересованность, притязания, психологию.

Таким образом, социологический анализ проблем профессионального становления осуществляется на основе рассмотрения критериев обеих групп, а также их взаимодействия, проявляющегося в каждой конкретной личности.

Профессиональная деятельность, в ходе которой личность выступает в роли субъекта профессионального труда, реализующего общественно значимые цели, характеризуется совокупностью объективных требований, соответствующих этапам становления профессионализма. В социологических исследованиях профессиональной деятельности обычно выделяется четыре этапа, соответствующих четырем периодам жизненного пути человека в конкретной профессии (первичная адаптация, хроническая адаптация, устойчивая работоспособность, компенсация): 1) возникновение и развитие профессиональных намерений, 2) профессиональное обучение, 3) профессиональная адаптация, 4) реализация личности в самостоятельном труде.

Эти этапы характеризуются четко очерченной личностной и социальной деятельностью, связанной с многообразием целевых установок. Для авторов, исследующих конкретную статусно-возрастную группу — студенчество, представляет особый интерес социальная и личностная оценка профессионального становления на начальных его стадиях. На первом этапе личность стремится

к общей ориентированности в мире профессий, к формированию у себя представления об их содержании и положении в обществе. Второй этап специфичен формированием у личности стремления овладеть конкретной профессиональной деятельностью, войти в состав конкретной профессиональной группы. На первом этапе личность испытывает удовлетворение от уровня своей информированности, соответствия собственных возможностей кругу предпочитаемых профессий или профессии, а на втором — от степени своей «близости» к конкретной профессии, т. е. от реализации начальных шагов личного плана.

Недостатки профориентационной системы социальных институтов, отвечающих за профессиональное развитие, а также личностные вариации профессионального становления отвечают за миграцию целевых установок между этапами и создают определенные проблемы становления профессионализма. Сюда можно отнести психологические особенности личности, формирование ее идентичности. «Неопределенная, размытая идентичность» характеризуется тем, что индивид еще не выработал сколько-нибудь четких убеждений, не выбрал профессии и не столкнулся с кризисом идентичности. «Досрочная, преждевременная идентификация» имеет место, если индивид включен в соответствующую систему отношений, но сделал это не самостоятельно, в результате пережитого кризиса и испытания, а на основе чужих мнений, следуя чужому примеру или авторитету; и др.

Авторами предпринята попытка социологического исследования профессиональной направленности студентов медицинского вуза, так как этот критерий выступает значительной характеристикой и личностного развития профессионализма, и способности воздействия социального института образования на становление профессионала. В социологическом исследовании анализировались данные опроса студентов начальных и выпускных курсов нашего вуза, данные аналогичных опросов, приводимые в социологической литературе, а также сопоставимые показатели профессиональных результатов на соответствующих этапах. Опрос проводился по случайной выборке, методом анкетирования с охватом 313 респондентов — 183 студентов-первокурсников и 130 студентов шестого курса четырех факультетов. Среди опрошенных первокурсников оказалось 34% мужчин и 66% женщин, среди выпускников соответственно — 23% и 77%. Для сравнения в работе использованы также и данные аналогичных опросов, проводившихся в ВолГМУ в 1995 г.

Высшее профессиональное образование может рассматриваться, с одной стороны, — как инструментальная ценность, то есть средство достижения профессионального и жизненного успеха, а с другой, — как терминальная ценность, т. е. способ реализации личностной потребности в получении знаний и занятии интеллектуальным трудом. Студентам были предложены вопросы, которые можно условно разделить на следующие группы: мотивы получения высшего медицинского образования, отношение студентов к своей будущей профессии, перспективы трудоустройства, мотивация будущей трудовой деятельности.

Для выяснения мотивов профессионального выбора студентам первого курса был задан вопрос: «Почему вы поступили в медицинский вуз?» Большая часть первокурсников объяснила свой выбор интересом к профессии (77,8%). На втором месте — желание родителей (27,7%). Это говорит о том, что выпускники школ еще недостаточно способны к самостоятельному принятию решения и в выборе будущей профессии во многом зависят от родителей. Принудительная мотивация не дает гарантии адекватной профессиональной деятельности после окончания вуза. Кроме того, относительно большой процент поступления в вуз по настоянию родителей характеризует рекреационные мотивы и несформированность профессиональной направленности. Надо отметить, что этот процент коррелируется с показателями успеваемости студентов и последующим отсевом — абсолютная успеваемость опрошенных курсов варьируется в границах 80%, а отсев в течение первого курса составляет около 7%.

Часть студентов (22,7%) выбрали медицинский вуз, следуя примеру родителей и родственников. Конечно, нельзя отрицать значимость семейной традиции в деле профессионального выбора. Однако если выбор профессии не подкреплен внутренней мотивацией, то существует опасность формального отношения студента к учебе или изменения исходных профессиональных ориентиров.

Интересен тот факт, что 23,9 % респондентов (то есть почти 1/4 опрошенных) имели опыт неудачных попыток поступления в медицинский вуз, что свидетельствует об особом интересе к профессии и твердости профессионального выбора этой части студентов.

Таким образом, мотивы получения высшего медицинского образования у студентов нашего вуза носят в основном профессиональную направленность, хотя отмечается некоторая недостаточность самоидентификации. Место высшего медицинского

образования в системе ценностей респондентов декларируется высоко.

Радует то, что несмотря на различные причины поступления в медицинский вуз, подавляющему большинству студентов нравится будущая профессия (96,5% — 1-й курс, 90,6% — 6-й курс). Несмотря на первичную причину поступления в вуз, эти студенты во время обучения почувствовали вкус к профессии и, следовательно, к окончанию университета могут изменить свои исходные ориентиры.

Среди наиболее привлекательных моментов будущей профессии 53% выпускников и 47% первокурсников отметили, что им нравится возвращать здоровье людям. Привлекает в будущей профессии также и ее благородство (24% — 1-й курс, 31,3% — 6 курс), престижность в глазах людей (10 и 23,4% соответственно), то, что профессия врача не всем доступна (8 и 12,5%). Никто из респондентов не выбрал вариант «привлекательных моментов нет», несмотря на то, что некоторой части опрошенных не нравится будущая профессия. Таким образом, моральная мотивация занимает большое место в выборе профессии врача.

Первокурсники и выпускники единодушны в том, что неприятными сторонами профессии являются низкая заработная плата (68% — 1-й курс, 78,1% — 6-й курс) и плохие материально-технические условия работы (соответственно и 64,1%), а также большая загруженность на работе (12,5 и 25%).

Небольшое количество опрошенных (по 3,1%) среди негативных моментов выделяют необходимость постоянно иметь дело с больными людьми. Это, скорее всего, указывает на определенные сомнения студента в правильности своего профессионального выбора. Такое же количество студентов либо затруднились с ответом, либо считают, что негативных моментов в профессии нет.

Однако такой небольшой процент скорее свидетельствует о погрешностях и об индивидуальных особенностях респондентов, нежели о групповых установках.

В целях выяснения мнения студентов об общественной значимости их профессии в анкете был задан вопрос: «Могут ли врачи влиять на общественную жизнь?» Результаты исследования показали, что студенты высоко оценивают роль врачей в жизни общества. Более половины опрошенных дали утвердительный ответ на поставленный вопрос, а 28,1% респондентов считают, что врачи отчасти могут влиять на общественную жизнь. Интересен тот факт, что никто из участвовавших в опросе не выбрал вариант ответа «нет».

Отвечая на вопрос: «какие качества необходимы врачу?», студенты на первое место поставили интеллект (77,8%), на второе — доброту (73,7%). Хотя при перечислении качеств, ценных в собственной жизни, они занимают далеко не лидирующие позиции (интеллект — 68,3%, доброта — 54,1%). Тот факт, что среди личных качеств, отмеченных респондентами, лидирует целеустремленность (84,7%), а также некоторое несоответствие в рейтинге предпочитаемых для себя качеств и качеств, необходимых врачу, говорит об инструментальной ценности образования, а также о том, что большинство респондентов только подходят к процессу самоидентификации и профессионального становления.

74,5% опрошенных считают, что профессионализм врача определяют глубокие теоретические и практические знания. Кроме того, отмечается умение наладить контакт с пациентами и понять их проблемы (65,3%) и постоянное стремление повышать квалификацию (51,1% респондентов). 39,3% студентов подчеркнули важность способности работать в единой команде со своими коллегами.

Таким образом, врач-профессионал в представлении студентов должен иметь высокий уровень интеллектуального развития, обладать высокими моральными качествами и постоянно совершенствовать профессиональное мастерство. Подавляющему большинству студентов нравится будущая профессия, но вместе с тем они весьма реалистично оценивают все плюсы и минусы выбранной профессии, то есть на смену идеализированным представлениям приходит осознание суровых реалий жизни современного российского общества.

Для того чтобы лучше представить планы студентов после получения диплома, был задан вопрос: «Чем бы вы хотели заняться после окончания ВолГМУ?» Большая часть студентов (85,9%) планируют работать по специальности. Анализируя представленные в печати сопоставимые данные опросов студентов других специальностей, можно отметить большую профессиональную направленность студентов-медиков (для сравнения — в немедицинских вузах желание работать по специальности изъявили лишь 33% опрошенных).

Подавляющее большинство опрошенных планируют работать врачами стационара (60,9%). В качестве рабочей гипотезы можно предположить, что в субъективном восприятии выпускников работа в стационаре предполагает более широкие возможности для профессионального и должностного роста. В связи с этим работу участкового врача и врача-специалиста в поликлинике вы-

брали только 6,3% выпускников. 15,6% респондентов планируют заняться научной работой, 4,7% — будут преподавать. Каждый десятый выпускник надеется найти работу в частной клинике.

Любопытен тот факт, что по результатам аналогичного опроса 1995 года планировали работать в стационаре лишь 31% выпускников, каждый пятый респондент предполагал работать в частной медицинской фирме. Важно отметить, что 19% опрошенных хотели открыть свою практику. О научной карьере думали лишь 3% выпускников. Таким образом, мы наблюдаем тенденцию к снижению интереса молодых специалистов к частному сектору здравоохранения. Вероятно, это связано с тем, что частная медицина сегодня переживает сложный этап развития, который характеризуется недостаточно разработанной правовой базой, низкой платежеспособностью населения, узким кругом специальностей, вовлеченных в этот сектор здравоохранения.

Для выявления трудовой мотивации будущих медиков были предложены несколько вариантов ответа на вопрос: «Какие факторы являются для вас решающими при выборе работы?» В целом, можно сказать, что первокурсники и выпускники показали большую принципиальность в определении факторов трудовой мотивации, и в основном их мнения совпали. И у первокурсников, и у выпускников первое место занимает интересная работа (79,7%), далее идут большая зарплата (35,9%), карьерный рост и работа по специальности.

Важно отметить, что мотивационное ядро предпочтения «интересная работа» включает ценности, определяющие развитие и совершенствование профессионального мастерства работника (квалификация, самореализация), общественная полезность труда, статусные ценности (общение, уважение, карьера). Оно характеризуется также богатством и разнообразием потребностей, которые будущий профессионал желает удовлетворить посредством трудовой деятельности, стремлением работника к развитию своего трудового потенциала. Совсем иное мотивационное ядро, основанное на базисной ценности, — «зарплатка». В нем отсутствуют ценности, связанные с профессионализмом в труде, преобладает желание совместить максимизацию оплаты с минимизацией личных трудовых усилий. В данном случае труд воспринимается как средство, а не как цель.

Учитывая результаты исследования, можно с уверенностью сказать, что, несмотря на коренные экономические перемены, «интересная работа» продолжает оставаться основной ценностью для большинства студентов. И очень важным кажется тот факт,

что для нынешних студентов-медиков интересная работа, возможность карьерного роста и перспективная работа по специальности являются основными ценностями.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что мотивы получения медицинского образования и перспективы трудоустройства у студентов нашего вуза носят в основном профессиональную направленность, хотя наблюдается некоторая недостаточность самоидентификации, проблематичность принятия самостоятельных решений и надежды на государственный патернализм. Необходимым условием решения этих проблем является совершенствование имеющейся системы профессионального отбора с использованием передового зарубежного опыта.

ЛИТЕРАТУРА

- Пашинян И. А.* Работа и трудоустройство в восприятии студентов // Социологические исследования. 2000. № 1. С. 130—134.
- Ивахненко Г. А., Голицова Ю. В.* Студенты об инновациях в системе высшего образования // Социологические исследования. 2002. № 9. С. 131—135.
- Кансузян Л. В., Немцов А. А.* Вузское образование в оценках студентов // Социологические исследования. 1999. № 4. С. 95—100.

ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНЫ. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

**В. И. САБАНОВ, С. В. КАРПЕНКО, В. В. ИВАШЕВА,
Н. П. БАГМЕТОВ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Одной из важнейших задач современного этапа развития системы здравоохранения является обеспечение реальной сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств.

Именно отсутствие такой сбалансированности приводит к тому, что сегодня бесплатное здравоохранение обходится пациентам отнюдь не дешево. Вместе с тем любая балансировка предполагает введение ограничений для избыточной части.

В случае с медицинскими услугами — это ограничение объема медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, в соответст-

вии с реально выделяемыми для этой цели финансовыми ресурсами.

Статистические и экономические расчеты показывают, что расходы государства на здравоохранение в нашей стране за последнее десятилетие сократились вдвое, однако объемы предоставляемой населению медицинской помощи практически не изменились. Это означает, что «кто-то» дофинансирует здравоохранение страны как минимум наполовину. По результатам многочисленных социологических опросов и экономических расчетов видно, что в структуре «бесплатной» медицинской помощи в настоящее время в среднем на каждый рубль, вложенный в лечение пациента из источников системы ОМС и бюджетов всех уровней, приходится рубль, «добавленный» этим пациентом из собственного кармана.

Однако сохраняющаяся нелегитимность (незаконность) такой «добавки» не позволяет пациенту ни точно знать объем своих прав и возможностей при получении медицинской помощи, ни быть уверенным в рациональности и эффективности своих «вложений».

В настоящее время бремя покрытия дефицита финансовых средств на реализацию заявленных правительством гарантий в области бесплатной медицинской помощи полностью ложится на пациента (скрытая платность), при этом:

- фактически проводящиеся «доплаты» не легализованы (т. е. незаконны), производятся, как правило, «из кармана в карман», и действия медицинских работников могут подпадать под соответствующую юридическую ответственность;
- отсутствует организационный, юридический и экономический регламент «доплат», что влечет за собой обилие злоупотреблений на уровне медицинских учреждений при оказании пациентам «бесплатной» помощи;
- ухудшаются показатели популяционного здоровья, утрачиваются возможности влиять на него через управляемые медицинские рычаги, так как получать медицинскую помощь своевременно и в адекватном объеме в условиях «теневое здравоохранение» могут в основном только платежеспособные контингенты;
- боязнь взимания несанкционированных доплат приводит к тому, что часть пациентов предпочитают «не связываться» с системой здравоохранения на ранних стадиях заболевания, обращаясь за помощью в уже запущенных случаях;
- оплата медицинских услуг через «теневые каналы», в том числе через «дозакупки» необходимых медикаментов и изделий

медицинского назначения, ведет к существенному увеличению затрат со стороны пациентов и их родственников по сравнению с ситуацией, когда доплата или сооплата могла бы осуществляться официальным путем (закупка медикаментов и изделий медицинского назначения по розничным ценам, которые существенно выше оптовых, затраты на медикаменты, которые впоследствии «не подходят», закупка большего количества расходных материалов по сравнению с потребностью и т. п., не упоминая криминальных примеров «конвертируемых» платежей);

- объемы необходимых медицинских вмешательств, требования к качеству оказываемой помощи, а также права граждан на получение бесплатной медицинской помощи (реально обеспеченные финансами) не определены, что дискредитирует и сами права, и их защиту.

Единственным выходом из сложившейся ситуации является четкое определение объемов реальных государственных обязательств в части бесплатной (т. е. финансируемой из средств бюджета и системы ОМС) медицинской помощи, которое государство действительно в состоянии обеспечить своим гражданам на современном этапе.

Признав наличие дефицита ресурсов системы здравоохранения, было бы справедливым со стороны государства публично объявить правила их распределения.

Тем, кто не подпадает под объявленные правила или кого не устраивают объявленные ограничения, должна быть предоставлена возможность оплачивать расходы напрямую из собственного кармана или посредством программ добровольного медицинского страхования.

Надеясь на скорые и обильные финансовые вливания в систему здравоохранения России не приходится. Есть основание считать, что на сегодняшний день общество выделяет на индивидуальную медицину из социальных источников (система ОМС и бюджеты всех уровней) столько, сколько может с учетом макроэкономических возможностей.

Следует уточнить, что из ст. 41 Конституции вовсе не вытекает часто приводимый тезис о полной бесплатности нашего здравоохранения. В ней гражданам Российской Федерации действительно гарантируется оказание медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно, однако далее определяются источники компенсации этой «бесплатности»: «за счет средств соответствующих бюджетов, страховых взносов, других поступлений». Длительное время вопрос об

объемах и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи оставался открытым, что и порождало, вероятно, желание иметь бесплатно «все».

С 1998 г. правительство стало принимать Программу государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. В декабре 2000 г. были внесены соответствующие изменения в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. В новой редакции устанавливается, что гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, именно Программы государственных гарантий должны определять и определяют конкретные обязательства государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью. Объем этих обязательств должен быть подкреплён адекватным объемом финансовых ресурсов.

Программа государственных гарантий содержит перечень заболеваний и видов медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно. Структура и объемы бесплатной медицинской помощи определяются ее нормативами на 1000 населения в год, при этом устанавливается норматив:

- числа койкодней, проведенных больными в стационарах,
- числа дней пребывания в дневных стационарах,
- количества врачебных посещений,
- количества вызовов скорой медицинской помощи.

Устанавливаются также нормативы стоимости единицы указанных видов медицинской помощи (койкодня, дня пребывания в дневном стационаре, врачебного посещения, вызова скорой медицинской помощи).

Объемы медицинской помощи и затраты на нее, превышающие установленные нормативы, относятся к разряду оплачиваемых из кармана пациентов.

Реализуя идеологию, закрепленную Программой государственных гарантий, государство переходит от содержания сети ЛПУ к обеспечению граждан определенным набором услуг, т. е. перестает гарантированно содержать все мощности медицинских учреждений, а выкупает у них для граждан лишь определенные, востребованные и обеспеченные финансами объемы помощи.

Ключевым понятием Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи является муниципальный заказ.

В Методических рекомендациях по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденных Правительственным постановлением от 24 июля 2001 г. № 550, указанное понятие трактуется следующим образом:

«Муниципальные органы исполнительной власти с учетом всех источников финансирования (бюджет и средства ОМС), утвержденных территориальных нормативов финансовых затрат, анализа потребности населения муниципального образования в медицинской помощи и потоков пациентов из других территорий, формируют муниципальный заказ-задание на предоставление государственных, муниципальных медицинских услуг, доводя его до медицинских учреждений. Муниципальный заказ-задание определяет обязательства муниципального образования (города, района) по предоставлению населению данной территории медицинской помощи за счет средств бюджета и средств ОМС».

Итак, муниципальный заказ является своеобразным инструментом, позволяющим достаточно точно определить границы платности и бесплатности медицинской помощи.

Однако параллельно с объемными показателями, как уже указывалось, должны существовать и правила обеспечения доступа населения к бесплатным ресурсам системы здравоохранения в рамках муниципального заказа. Они должны определяться медицинской и социальной целесообразностью, а сама система распределения дефицитных ресурсов должна быть прозрачной и контролируемой.

В зарубежной практике для решения указанных проблем чаще всего используется практика листов ожидания на плановые виды медицинской помощи. В нашей стране возможность очередности на плановые госпитализации и диагностические исследования при получении бесплатной медицинской помощи допускается условиями оказания медицинской помощи, закрепленными уже указанными правительственным постановлением и Методическими рекомендациями. Очередность на плановые госпитализации (в строгом соответствии с реальными финансовыми возможностями) устанавливается клинико-экспертными комиссиями амбулаторно-поликлинических учреждений и реализуется, как правило, с помощью талонной системы. При состояниях, не угрожающих жизни, у пациента есть выбор — получить помощь бесплатно в порядке очереди или вне очереди на платной основе. Однако всегда существует угроза перехода «планового» состояния в экс-

тренное, а слишком длительные ожидания, углубляя патологический процесс, в последующем потребуют на ликвидацию последствий больше затрат, чем это могло быть на более раннем этапе.

Таким образом, уже сегодня система здравоохранения в России работает в условиях новой этико-социальной реальности, когда актуальным становится решение медицинских вопросов, выходящих за сферу компетенции органов управления здравоохранением, медицинских учреждений и требующих подключения специалистов гуманитарного профиля, социальной сферы, общественных организаций и др.

Вот только часть из возникающих вопросов:

- Какие из принципов (справедливости, целесообразности, экономичности, эффективности и проч.) должны лечь в основу регламентации доступа к ограниченным бесплатным ресурсам системы здравоохранения?

- Кто должен устанавливать этот регламент и контролировать его неукоснительную реализацию?

- Как обеспечить непротиворечивое сосуществование избранных принципов?

- Как должны строиться отношения общества и финансирующих инстанций при решении вопросов балансировки взаимных интересов?

- Как минимизировать возможные злоупотребления со стороны лиц, определяющих или регулирующих реальный доступ к бесплатному медицинскому ресурсу?

Безусловно, этим перечнем список проблем, связанных с платностью-бесплатностью, в медицине не исчерпывается.

Выработка решений по указанной сфере вопросов позволила бы оформить эти решения в регламенты, внести соответствующие дополнения и коррекцию в уже существующую нормативную базу системы здравоохранения, наполнив ее конкретными механизмами реализации прописанных норм, и проложить, таким образом, мост от виртуальных деклараций к реальной жизни.

Это придаст больше уверенности и защищенности всем участникам «медицинского взаимодействия» и избавит саму систему здравоохранения от большей части обвинений в несостоятельности.

ЛИТЕРАТУРА

Власов В. В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. М.: Триумф, 2000. 447 с.
Мелянченко Н. Б. Реформа здравоохранения в России: Иллюзии и реальность. М., 1999. 87 с.

Мелянченко Н. Б. Здравоохранение России: Новая концепция организации и развития. СПб.: Медицинская пресса, 2001. 224 с.

Шейман И. М. Пути преодоления структурной неэффективности здравоохранения. Медицинский вестник, 2002, № 2.

Постановление Правительства Российской Федерации от 24 июля 2001 № 550 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕННОСТНОГО КОНТУРА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

О. В. КАНИЩЕВА

*Кафедра философии и биоэтики с курсом психологии
и социологии медицины*

Проблема встраивания ценностных параметров в медицинскую деятельность опирается на ряд факторов, одни из которых осложняют этот процесс, а другие создают условия для такого процесса. Многие базовые ценности, существенные для медицины, были выработаны в иных сферах человеческой деятельности, в первую очередь, духовной. По Фрейдю, это те самые латенции ценностной мозаики, которые имеют транскультурный характер, и их ценность в исторической перспективе ничуть не уменьшается от того, что они либо малореализуемы, либо редко встречаются в качестве ориентиров деятельности людей, в том числе и профессиональной, либо нереализуемы в принципе. Успешность работы этих *Rare avis* человеческих отношений будет зависеть от того, насколько они способны организовать жизнедеятельность индивида через его обращение к своему внутреннему потенциалу, носящему неизбежно ценностный характер, а не от того, насколько они воплощены в социальную ткань общественной структуры.

Более того, их эффективность будет тем выше, чем менее они интегрированы в социальный институт.

Хронотоп ценностей гораздо глубже, чем у нормативов, поэтому расхождение оценок по критерию ценности и по критерию нормы может быть весьма серьезным, особенно в той части, которая касается границ индивидуального существования.

Эти границы в медицинской деятельности обозначены как жизнь и смерть.

Эти категории вписаны в облик любой культуры, но в медицине дополняются категориями здоровья и болезни, смысл кото-

рых является производным от общекультурного смысла вышеназванных категорий.

Можно сказать, что здоровье расширяет социальное и индивидуальное пространство человека, а болезнь и смерть сужают его до атома. Экзистенциальное звучание этой темы проявляется в том, что нормативно-ролевая композиция индивидуального существования встроена в социальный контекст и социальное существование другого, она для этого и создана. А вот другая граница бытия человека «болезнь-смерть» в любом случае как граница бытия глубоко индивидуальна (работать можно вдвоем, деля тяготы труда, но умирать каждый будет отдельно), кроме того, жизнь и смерть включены в парные категории необходимости и случайности. Рождение человека как определенный факт является случайностью, но если уж нечто наделено жизнью, то смерть будет для него необходимостью или, точнее, неизбежностью.

Вхождение в жизнь было всегда предметом особой заботы общества, а вот безболезненный, легкий уход из жизни остается проблемой до сих пор.

Результаты медицинской деятельности в силу этого перекоса в ценностной структуре оцениваются с разных позиций. Так, по нормативной шкале оценка может быть положительной, а по ценностной, сопряженной с глубинными ипостасями существования индивида, — отрицательной.

Описанная в этической схеме проблема «скользящего склона» является проблемой нормы, но она высвечивает закономерность существования и ценностных оснований деятельности. Практически для деятельности эта проблема существует как вопрос о том, сколько надо **убрать** подпорок? И очень мало говорится о том, какие подпорки дать взамен. С другой стороны, убирание может не затрагивать ценностную структуру, но придаст ей более конкретный рисунок, дорисовывая ценностную конфигурацию профессии за счет введения в поле нормативов обеих сторон оппозиции человеческого существования.

Положительная тенденция прокладывает себе путь через систему отрицательных последствий, которые являются таковыми только в определенной культурной конфигурации, а значит, являются результатом оценивания со стороны разных социальных структур и единиц, которые, как было уже указано, во-первых, представляют собой систему взаимных связей и подпиток, а во-вторых, могут иметь цели, весьма далеко отстоящие как от перспектив развития социальной системы в целом, так и от общечеловеческих установок и исканий индивида. Развитие любых

структур общества идет нелинейно, через переломы, переходы, кризисы. Но сложность социальных отношений состоит в том, что оно не просто проходит точки бифуркации, с фатально-однозначным выбором способов существования новой системы отношений, и в том, что в социальной памяти консервируются до времени дремлющие неактуализированные ценности, которые можно инициировать, причем эта инициация не обязательно будет результатом сознательного усилия индивида или группы, а спонтанным результатом действия критической массы накопленных изменений, как положительно, так и отрицательно оцениваемых.

Это происходит по многим причинам, но главная из них — это базисная, онтологическая невозможность перевести ценности в их натуральном виде в конкретику социальной жизни. На уровне индивидуальных позиций это выглядит как сеть, заброшенная на все явления, включенные в личностный дискурс описания мира. Социальный институт не занимается описанием мира, у него другие способы интеграции человека в сообщество людей, поэтому для него важно жесткое однозначное толкование реалий и действий человеческого мира.

Мало того, при попытке насаждения некоторых ценностей с помощью социального института, что неизбежно связано с принуждением, ценности теряют свою онтологическую привлекательность.

При попытке низведения ценностей в область социальной конкретики, поделенной и разграниченной нормативами, у нее появляется конкретный носитель в виде лица или группы, который неизбежно привносит, прежде всего, в звучание ценности ее особое имя, через которое она в вербальном мире и получает возможность существования среди разрозненных человеческих сознаний и установок.

Такая ситуация дает возможность социальным институтам дискредитировать ценность через критику ее носителя, что является обычным приемом простейших идеологов, и это может на время затормозить развитие тех сторон деятельности, которые привязаны к этим ценностям. Это тем более возможно, что поле ценности часто обозначено личностным полем индивида, который является единственным гарантом существования ценности. Точно так же, как поведение носителя идеи не в состоянии дискредитировать саму идею, так же и неуспешность в попытке перевести ценность в социальную ткань или в поведение индивида не умаляет ее значимости, но придает ей статус наиболее высоко

оцениваемой, а именно поэтому недостижимой реальности. И не случайно поэтому ценностные фигуры попадают в мифологическое поле, которое одновременно является и генератором ценностей и условием их отличия от мифологии, здесь не требуется обязательного воплощения в социальную реальность.

Медицина как часть социально-адаптивной системы не имеет права использовать в своей практике такие мифоориентиры, которые успешно восстанавливают целостность личностного начала вопреки институциональному его дроблению, но она может обустроить поле своего воздействия на индивида таким образом, что он сам получит возможность выбирать эти ориентиры.

Однако мы считаем нужным подчеркнуть, что, на наш взгляд, необходимо различать целеориентиры и смыслоориентиры, особенно на индивидуальном уровне отношения и описания болезни. Целеориентиры в большей части связаны с ролевыми структурами и нормативами, где индивид является частью какой-то социальной целеорганизующей программы, выгодной для каких-либо групп или институтов, смыслоориентиры связаны с ценностными индивидуальными структурами, которые могут обнаруживать себя в пограничных ситуациях.

В ценностно-ориентированных блоках личностных ориентаций высокая оценка себя как личности и высокая оценка своего здоровья могут не совпадать. Это будет зависеть от смыслообразующих комплексов.

Объективный диагноз, поставленный врачом, или признание врачом же человека практически здоровым не всегда удовлетворяет индивида, исходящего либо из личностно ценимых ориентиров, либо из требований роли, либо из идеализованного представления о здоровье, которое оказывается сопряженным с идеалами красоты, свободы и т. п.

В этих случаях установление контура требований к медицине и оценка ее как ценности со стороны потребителя определяется базовыми образами — символами культуры, которые в сознании индивида представляют собой смесь как вполне реализуемых, так и явно мифологизированных требований, предъявляемых и к себе, и к медицине или связанным с ней отраслям деятельности.

Современная культура дает образы здоровья и болезни в контексте особым способом организованных структур, которые по своему символическому оформлению сильно друг от друга отличаются, поскольку привязаны к разным формам культуры. Информационная насыщенность этой структуры, организованной в виде сети, с узлами-ценностями и нитями-символами, не означа-

ет автоматические ценности самой информации, потребной для успешного действия или адаптации индивида в соответствии с болезненным состоянием и возникающими в связи с ним ожиданиями, предъявляемым к институту медицины или ее носителю.

Скажем, суеверия и мифологемы, приспособленные к современному культурному контексту, обладают такой же массой информации, как и научные сведения, организованные уже превентивно для индивидуального существования в систему, раскрыть которую индивид не в состоянии по причине дефицита времени, необходимого для того, чтобы включить эти знания в собственную ценностную систему.

С самыми привлекательными ценностями, попавшими в поле социально-институциональной регуляции, происходят любопытные аберрации при нисхождении их к индивидуально ориентационному блоку, с помощью которого человек не только адаптируется к институциональным требованиям, но и пытается манипулировать либо ролевыми требованиями, либо действиями институтов, либо поведением других людей, связанных с работой институтов.

Превращаясь в навязанные и контролируемые ориентиры жизнедеятельности, даже здоровье и жизнь могут потерять свою экзистенциальную привлекательность, вызывать активизацию противоположного полюса. Но, превращаясь для индивида в недостижимый идеал, они сохраняются (речь идет о здоровье, прежде всего, жизнь — особая тема) в виде символических описаний и ритуальных действий, но реализуются все меньше, вытесняясь противоположными по отношению к данной ценности действиями и оживляя другие сферы жизнедеятельности индивида, которые соотносены с необходимыми и значимыми сферами его жизнедеятельности.

Ценности существуют и представляют интерес для индивида только в силу того, что они однозначно не привязаны ни к одной жестко нормативизированной программе деятельности, но имеют достаточно свободный люфт, благодаря которому они являются транскультурными и трансцивилизационными.

В этой закономерности заложена одна из проблем реализации некоторых гуманистических установок, которые, по существу, непереводимы ни в какой план, кроме ценностного, значит, обреченного быть виртуальным текстом культуры.

Выход к экзистенциальным ценностям, возможный на уровне индивида, в индивидуальном опыте, на уровне социума или даже трансперсональных взаимодействий, приобретает отрицательный

характер, осуждаемый даже теми, кто в лингвистическом варианте его существования был с ним согласен.

В свое время Дробницкий указал на типичную ошибку при анализе ценностной структуры как общества, так и индивида, особенно на ошибку в схеме познания ценностей, а именно в том, что часто вопрос об иерархии ценностей решается путем простого наименования их, обозначенных через схему плюс-минус. При этом забывается одна из закономерностей существования ценностей, а точнее, их оппозиционность и соотносительность. Одна из сторон ценностной оппозиции может долгое время оставаться в тени (это зависит от работы социальных институтов и их целей), но потом выходит на первый план, занимая непропорционально большое место в общественном, а особенно научном сознании. При этом базовые культурные установки остаются без изменения.

Болезнь — здоровье — жизнь в культуре оказываются в одной связке, а смерть — отдельно, хотя все они вместе находятся в ценностно-личностно-антропоморфизированной полифонии смыслов, соединяясь одной категорией бытия, они — есть.

В культурно-ценностном плане лик смерти не является даже в языке монолитным, не говоря уже о культуротворческих формах. Смерть может прийти к человеку, но умирает человек не от смерти, а от болезни, старости, чьей-то злой воли или несчастного случая.

Оппозиция «жизнь-смерть» может быть в культуре перекошена, что отражается и в этике, и в медицине, и даже в словаре допустимых слов. Акцент всегда традиционно делался на жизни. Противоположный полюс до такой степени игнорировался, что входил в культуру только в виде запрета на антиципационную деятельность сознания: если о чем-то не думать, то оно и не произойдет. Эти запреты смыкаются с мифологемами, укорененными в самом основании культуры, и привязаны к лингвистическому контуру культуры, а потому являются стойкими формами, определяющими тип восприятия мира и себя.

Этот перекокс происходил по причине, которую можно экстрагировать из категорического императива И. Канта, сформулированного почти триста лет тому назад (заметим в скобках, что цивилизация существует почти в двадцать раз дольше).

Этот перекокс существует в силу того, что отсутствует некий системообразующий компонент, который должен носить ценностный характер и определять человека как существо не только и даже не столько социальное, сколько экзистенциальное. Под этим определением мы подразумеваем, что человек может рассчитывать на то,

что институты, созданные его усилиями на благо множеству людей, ему неизвестных, определяют его как цель хотя бы в самых важных его ипостасях, границами которых является жизнь и смерть.

В культуре образы смерти занимают серьезное место, несут солидную ценностную и смысловую нагрузку, но тем не менее оставляют человека один на один с ним.

«Расколдование мира» коснулось многих фигур культуры, которые имеют архетипическое основание. Они лишились мистического, символически значимого, значит, ценностно-наполненного смысла и были редуцированы к физическим, химическим и биологическим функциям, которые сочетаются вместе случайно и на очень короткий срок, чтобы потом, опять же по неизвестной причине, распасться навечно. При этом распалась их культурная, ценностная (нравственная и эстетическая) оболочка. Антропоцентрированные символы заменились терминологическими и функциональными определениями. Но старые идолы не замедлили за себя отомстить.

Проблема вернулась, но уже в таком социокультурном облике, что на данный момент не нашлось достойной ее интерпретации и методов практического разрешения.

Прерогативой и целью медицины всегда оставалась жизнь, а смерть как достойное завершение жизни уходила ценностным основанием в иные сферы. Эти ценностно-творческие сферы давали чисто культурный абрис смерти, мало интересуясь ее телесной стороной, и при этом они оставались в одном культурном поле с медициной, которая никаких ценностных ориентиров ни им, ни индивиду дать не могла. Деятельность со стороны профессионала, обращенная к частному интересу пациента, осуждалась в угоду институтам и нормативам, которые должны были поддерживать определенную тенденцию развития общественной системы. Изменение нормативов вызвало и изменение оценок действий врача. Но эта закономерность касается только норм и медицины как института. Эти оценки, как и нормативы, закрепляют уже ставшее бытие, существующую реальность отношений людей и функционирования систем. С ценностными основаниями деятельности дело обстоит несколько иначе.

Дело в том, что ценностная система культуры представляет огромный резервуар готовых форм, которые до определенного времени были не задействованы в социальной системе в силу непроработанности механизмов их применения, а также из-за отсутствия необходимых форм, для которых эти ценности являются практически необходимыми.

ГЕНДЕРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И МЕДИЦИНА

М. Д. КОВАЛЕВА, М. Н. ШЛЯПНИКОВА

*Кафедра общей гигиены и экологии
Кафедра философии и биоэтики с курсом психологии
и социологии медицины*

Конец XX столетия — это не просто астрономическая дата. Человечество по традиции считает рубежи веков естественными границами историко-культурных этапов своего развития. Недаром современное состояние цивилизации характеризуется как антропологический кризис. Это подразумевает, в частности, происходящий пересмотр ценностных и познавательных систем высокого уровня сложности. Преимущества междисциплинарных подходов в соответствующих интеллектуальных операциях очевидно. Сейчас уже можно смело говорить об окончательном преодолении дуализма души и тела в науках о человеке и в их этических интерпретациях. Характерным примером здесь является необычайно бурное развитие гендерных исследований. Так, на Всемирном философском конгрессе (1998, Бостон), участником которого был один из авторов данной статьи, было представлено 123 (!) доклада, посвященных этой проблеме. В чем причина подобного интереса?

Понятие «гендер» (от англ. *gender* — род, пол) трактуется обычно как социокультурное оформление половой принадлежности человека в отличии от понятия *sex*, обозначающего саму эту принадлежность. Очевидно, что термин *sex* функционирует в категориальном поле медико-биологического знания, тогда как понятие «гендер» — в социогуманитарном знании. Тем не менее не видать связи между ними невозможно. Обратиться к анализу этой связи нас заставляет тот факт, что гендерные исследования последнего времени упорно игнорируют эмпирическую медицину, а в медицине теоретической гендерный подход игнорируется вовсе. Это нелогично и непрактично, поскольку проблемы пола уже активно влияют на структуру и тенденции развития социума, провоцируя впечатления о вероятном вырождении человека вследствие их кажущейся неразрешимости.

Гендер как социокультурное оформление биологического пола включает как биологические, так и социальные признаки. Основным при этом является ментальный компонент. В каждом гендере можно выделить:

- биологическую организацию, в которой зафиксированы опеределенные половые признаки;

- гуморальную регуляцию, обеспечивающую адекватное (или неадекватное) проявление этих признаков;
- осознание своей половой принадлежности (оно может не соответствовать биологической определенности);
- оценку своего сексуального статуса (в контексте межличностных отношений) для реализации ролевой позиции;
- соответствующие стереотипы поведения и образ жизни;
- «отраженное Я» (осознание того, как отобразится к своему сексуальному статусу окружающие, и связанная с этим модификация поведения).

Все сказанное свидетельствует о том, что наличие двух полов в организации человека как биологического вида не предполагает наличия двух гендеров. В принципе, гендеров может быть достаточно много. Возможны основные варианты гендеров в обществе:

№ п/п	Andros	Femina
1	Гетеросексуал, мужское самосознание, профессия, тенденция к созданию семьи с женщиной, воспроизводство, одежда, приоритеты, качества характера по мужскому типу	Гетеросексуал, женское самосознание, профессия, тенденция к созданию семьи с мужчиной, деторождение, одежда, приоритеты, качества характера по женскому типу
2	Гетеросексуал, мужское самосознание, профессия, тенденция к созданию семьи с женщиной, способность к воспроизводству не реализуется, одежда, приоритеты, качества характера по мужскому типу	Гетеросексуал, женское самосознание, профессия, тенденция к созданию семьи с женщиной, деторождение, одежда, приоритеты, качества характера по женскому типу
3	Гомосексуал, женское самосознание, профессия нейтральная, тенденция к созданию семьи с женщиной, не воспроизводится, одежда, качества характера, приоритеты по женскому типу	Гомосексуал, мужское самосознание, профессия нейтральная, тенденция к созданию семьи с женщиной, функция деторождения не реализуется, одежда, качества характера, приоритеты по мужскому типу
4	Бисексуал, самосознание женское, нет ориентации на воспроизводство, нейтральная профессия, создание семьи с женщиной, качества характера женские, одежда, приоритеты мужские	Бисексуал, самосознание мужское, нет ориентации на деторождение, одежда, профессия по мужскому типу, качества характера женские, приоритеты носят двойственный характер

Это описание можно было бы продолжить, поскольку число комбинаций, предложенных нами выше признаков, только на

одной биологической константе (*andros* или *femina*) равно 36. Следовательно, всего их 72. Но к этому следует добавить признание или непризнание перед окружающими своей гендерной сущности (этот признак связан с акцентуацией и не является строгим). Тогда число вариантов достигнет 98. Добавление различных конкретно-исторических признаков, таких как этнические особенности гендеров, экономические статусы и т. п., дает в перспективе количество гендеров, выражающееся трехзначной цифрой. Именно такими подсчетами занимаются социологи. Но для социологии медицины представляются важными другие вопросы.

1. Влияют ли организмические процессы на гендерное самосознание и соответствующее поведение человека? В норме они такого влияния не оказывают. Здесь структурирующим фактором выступают культура, воспитание, специфика образования, характер общения и т. п. С другой стороны — что такое норма и где она переходит в патологию?

2. Влияет ли гендерное самосознание на соматические состояния? Очевидно, влияет, поскольку оно определяет *образ жизни* и, следовательно, структуру питания, привычки, физические нагрузки, не говоря уже о сугубо половых предпочтениях. Но возникает тот же вопрос — до какой степени? В какой момент это влияние превращает норму в патологию и превращает ли вообще?

3. Отражает ли неравномерность гендерного распределения в обществе некоторые общецивилизационные тенденции и если да, то какие? Очевидно, отражает, что проявляется хотя бы в изменении не только нравственных норм, но и юридических законов. Вспомним, что еще недавно в СССР существовал закон об уголовной ответственности за мужской гомосексуализм, который сейчас отменен. В некоторых странах (Дания) существует закон, санкционирующий однополые браки. Само обсуждение проблемы гендерной структуры общества свидетельствует о легализации «небиологических» полов. Но отклонения от естественной сексуальной дифференциации, превратившись в тенденцию, способны привести к исчезновению человека как животного вида. Это ли нас ждет? Ответить можно, только решив следующий вопрос.

4. Как взаимодействуют *gender & sex*? Социокультурное оформление пола, которое на ранних ступенях развития человечества было скромным и невыразительным, в нынешнем (пока еще) веке стремительно разнообразилось и разукрасилось. Соответственно

скромнее и ограниченнее стали рамки биологического пола. Об этом свидетельствуют такие данные, как падение рождаемости в постиндустриальных странах, рост бесплодия как у мужчин, так и у женщин, рост числа младенцев, рождающихся без признаков пола (в США эта цифра равна 3% новорожденных), появление новых форм семьи (неформальная, гомосексуальная, полиандрогамная и т. п.). Косвенным подтверждением указанной тенденции является повышенный интерес к проблемам клонирования. Не готовит ли этим себе человечество «дорогу к отступлению» на тот случай, если нормальное воспроизводство прекратится, а вымирать все-таки не захочется?

Ответы на все поставленные и непоставленные вопросы пытаются сегодня дать психологи, социологи, этнологи и, как видим, философы. Но сфера интересов представителей этих отраслей знания лежит в области **социокультурного** оформления пола, тогда как социокультурным оформлением **пола**, на наш взгляд, должны интересоваться представители медико-биологических дисциплин. Только обширный клинический материал может предоставить доказательства взаимодействия *gender & sex*, эксплицировать эволюционные тенденции этого взаимодействия и предоставить данные для социального регулирования данного процесса, если таковое потребует. В качестве примера выскажем предположение, что каждый гендер может предопределять предрасположенность к тем или иным нозологическим формам. Возможно, стоит подумать о гендерном программировании. Гендерная специфика, безусловно, влияет на эффективность методов лечения. Короче говоря, гендерные исследования полезны для медицины, но еще больше может дать медицина для развития представлений о гендерах.

Суть проблемы состоит в том, что если биологическая программа развития пола себя исчерпала и легитимизация гендерной структуры означает переход к новой программе, то пора получить конкретные знания об этом. Возможен и другой вариант — «гендерный взрыв» суть ступень в развитии цивилизации, пройдя которую человек вернется к прежнему «догендерному» состоянию. Возможно, что гендеры — всего лишь наши представления о них. Но в любом случае необходимо развивать новое направление в самой медицине — не просто сексологию или сексопатологию, но именно **гендерную медицину**. А это возможно, как мы попытались показать, только на серьезном социологическом фундаменте.