

УДК: 174 + 614.23

ББК: 5г + 87.7.

БЫТЬ ЗДОРОВЫМ ИЛИ ИМЕТЬ ЗДОРОВЬЕ? СООБЩЕНИЕ III. ЭКСПЛУАТАЦИЯ БОЛЬШИНСТВОМ МЕНЬШИНСТВА

Зайчик А.Ш.¹, Чурилов Л.П.²

¹Институт эндокринологии, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

²Медицинский факультет Санкт-Петербургского государственного университета; e-mail: elpach@mail.ru)

Рассматриваются этико-деонтологические вопросы взаимоотношений врача и пациента в советском и пост-советском обществе. Особое внимание уделено исторической трансформации опыта русской земской медицины и экономических основ ее существования применительно к современным проблемам отечественного здравоохранения (рис. 7, библиография — 44 источника).

Ключевые слова: биоэтика, врач, деонтология, доказательная медицина, земская медицина, советское здравоохранение, история медицины, пациент.

Ранее мы исследовали эволюцию взаимоотношений врача и пациента в древнем и доиндустриальном мире, в преиндустриальную и индустриальную эпохи [12-15]. Данная статья — продолжение этих размышлений применительно к советской и постсоветской медицине. В 1917 г. в стране, располагавшей лучшей на тот момент земской системой общедоступного здравоохранения, победил большевизм, и существовавшие у Временного правительства планы распространения земского принципа на всю организацию медицинской помощи в России не реализовались, поскольку в созданном государстве управление медициной огосударствилось и централизовалось. За годы Советской Власти в стране была создана достаточно эффективная и общедоступная система государственного здравоохранения. Советская медицина многие свои положительные черты напрямую унаследовала от земской. Земскими врачами были в молодости сами ее основоположники — первые нарком и замнаркома здравоохранения: Н.А. Семашко (1874 -1949) и З.П. Соловьев (1876 — 1928). Общедос-

тупная бесплатная квалифицированная медицинская помощь на 1/7 части суши реально обеспечивалась на началах участковости, соединения профилактических и лечебных задач — а все это было почерпнуто именно из земской медицинской практики. Принцип приоритета профилактики в медицинском образовании и здравоохранении с давних пор был ограничен как для российской земской, так и советской медицины. А современный реформатор медицины Запада, американской доктор Andrew Weil, по-видимому, незнакомый с историей медицины России и СССР, независимо придя к этому простому принципу в конце XX века, так восхитился, что назвал это «синергической или интегративной медициной» и стал пропагандировать, как новое слово в здравоохранении, наталкиваясь на довольно энергичное сопротивление кастовых организаций врачей-лечебников США и стяжав лавры первооткрывателя в глазах общества, где медицина *всегда* была частным делом или предметом платных услуг больному со стороны врача [45].

История советской медицины зна-

ет множество примеров высокого служения врачебному долгу, образцов гуманизма и самопожертвования. Ряд ярких страниц, описывающих героизм экспедиции Л.А. Зильбера (1894-1966) в борьбе с клещевым энцефалитом, а также подвиги врачей и медсестер во время Великой Отечественной войны — можно найти, в частности, в книге И.А. Кассирского «О врачевании» [17].

Нам же хочется здесь поведать о том примере, который довелось видеть собственными глазами. Более 27 лет назад, 26 апреля 1986 года произошла Чернобыльская катастрофа и большие, густонаселенные территории нашей страны оказались в зоне радиоактивного загрязнения [7]. Авторам довелось совершить несколько экспедиций в зону отселения и в контролируемые районы, пострадавшие от радионуклидного загрязнения. Невропатолог районной больницы одного из районов Брянской обла-

сти доктор Сергей Иванович Панков был среди ликвидаторов последствий аварии, а затем, в течение нескольких лет работал в одном из самых пострадавших районов в Белоруссии (Наровлянском), оказывал помощь населению деревень, в том числе — впоследствии отселенных, патронировал больных, совершал разъезды по пыльным сельским дорогам, вел статистику неврологической заболеваемости. Она свидетельствовала — на его участке наблюдается учащение герпетических инфекций, увеличение частоты инсультов и их омоложение. Возмущенный до глубины души тем, что власти скрывали от населения информацию об истинных масштабах опасности, доктор Панков отказался переехать в более безопасный район, так как видел в оказании помощи людям, наиболее пострадавшим от аварии, свой человеческий и врачебный долг. Через 2 года напряженного труда он заболел, симптомы недуга прогрессировали. Это оказался рак гор-

тани — а ведь Панков никогда не курил.... Несмотря на плохое самочувствие, доктор продолжал работать и навещать своих пациентов до последней возможности. Мы встретились с ним в 1991 г. На снимке (рис. 1) вы видите праведника и подвижника советской медицины доктора Сергея Ивановича Панкова (1939-1992). Рядом с ним его супруга, медсестра, помогавшая мужу в работе и ухаживавшая за ним до последних минут. Незабываемы его слова, обращенные ко всем живым: «Те, кто скрывает от людей правду и бро-



Рис. 1. Доктор Сергей Иванович Панков с супругой, 1991 г. Кадр из документального к/ф Леннарта Йоста Мальмера «Och stjernans namn var malurt» («И имя той звезды — Полынь») (Malmerfilm Production: Stockholm, Sverige, 1996, 08/23 2750).

сает их в беде — нелюди. Им нет доверия. ... Очень тяжело, но человек должен бороться и помогать людям — до последней возможности». Ему было 52 года. Вскоре его не стало.... В этой героической жизни нашло отражение величие советской медицины, на нее наложила отпечаток и ограниченность этой системы.

Размышляя о проблемах медицинской этики в СССР, Ю.М. Лопухин [20] писал: *«В период Советской Власти следует отметить два крупных достижения: создание стройной сети лечебно-профилактических учреждений в стране и декларирование абсолютно гуманного, по сути, идеального принципа, согласно которому медицинская помощь должна быть бесплатной, доступной и квалифицированной. Заметим, однако, что последний принцип довольно скоро превратился в прекраснодушный лозунг. Уже к 30-м годам наша медицина стала элитарной с оптимальным медицинским обеспечением в основном партийно-бюрократической верхушки общества».*

Советская медицина не унаследовала от земской ее главной черты — общественного, демократического характера. В административно-командной системе медициной командовало министерство (а в земствах, напомним, руководящими органами были местные съезды гласных и общероссийские съезды профессионалов). Вся советская общественная жизнь, включая взаимоотношения врача и пациента, была проникнута принципами, которые Ю.М. Лопухин характеризует как: *«безусловный приоритет интересов государства над интересами отдельного человека».* Между врачом и пациентом складывались отношения начальника и подчиненного. Психолог М.Е. Баулина [3] замечает по этому поводу: *«Основной лозунг, под которым осуществляется исцеление пациента в рамках данной модели: «Врач всегда прав!» Врача устраивает пассивный и послушный пациент, который не мешает процессу лечения «глупыми» вопросами и иници-*

ативностью. Такой стиль взаимоотношений некоторым пациентам кажется удобным: можно переложить на доктора право решать все вопросы, связанные с лечением, и ответственность за результаты. В рамках вышеупомянутой модели врач может нарушать права пациентов. Не угодить, скажем, главврачу для него страшнее, чем допустить ошибку при лечении больного».

В ранний советский период, который мы определили бы как период хищного политаризма, огромное влияние на функционирование всего общества оказывал страх перед всесильной идеократической системой, ведущей борьбу за духовное господство. В этих условиях и медицина порой функционировала не за совесть, а за страх.

На страницах «Собачьего сердца» земского врача М.А. Булгакова (рис. 2) [5] мы находим описание того, как советская система пытается командовать доктором Ф.Ф. Преображенским, который всю свою жизнь проработал, руководствуясь не указкой властей, а принципом гуманизма и справедливости и канонами медицинской науки, профессионально привык быть совершенно автономным. Система, важным элементом которой является вчерашний пёс — пациент Шариков, обязанный доктору жизнью, шаг за шагом низводит врача, пытается указать доктору его место в новом обществе. Государство рабочих и крестьян терпит профессора Преображенского, так как даже его вожди нуждаются в медицинской помощи, но относится к доктору с подозрением.

В 1925 г. видный земский врач Н.А. Семашко превратившийся в наркома здравоохранения СССР объявил врачебную тайну пережитком кастовой морали и буржуазного торгашества и запретил советским врачам ее соблюдать [33]. Эта «печальная слабость рыцаря земской медицины», понизившего ее этическую планку, вызвала в печати резкую отповедь В.В. Вересаева: *«Точка зрения, энергично выдвигаемая Н. А. Семашко,*



Рис. 2. Михаил Афанасьевич Булгаков (1891-1940) — студент-медик Университета Св. Владимира в Киеве.

на практике, в рядовой массе врачей, ведет к ужасающему легкомыслию и к возмутительнейшему пренебрежению к самым законным правам больного» [6]. Но живые носители русской земской этики уходили один за другим, а ее принципы объявлялись пережитками. Советские врачи не давали клятвы Гиппократова, а лишь знакомились с нею. Внедренная в медвузах присяга советского врача была, в первую очередь, обещанием верности государству. Взяв от земской медицины лучшее, советская система была очень неблагодарна по отношению к ее создателям. Уже не на страницах романов, а в

реальной жизни состоялось невиданное в истории Европы — медицинское образование отделили от университетского. Титульно-статусная формулировка «доктор медицины» заменилась в советских дипломах на чисто профессиональную «врач». Иначе и быть не могло. *«Два специалиста наиболее близки к человеку — священник и врач. Одному принадлежит душа, другому — тело»* (Е.И. Чазов) [38]. Но хищный политаризм стремился к тому, чтобы и телом, и душой граждане принадлежали государству. Нельзя было допустить между пациентом и тоталитарным государством какие-то самостоятельные фигуры, располагающие большим доверием, чем власть. Нельзя было и сохранить статус врачей как

представителей свободной профессии. Что произошло со священниками — напоминать нет нужды. Что происходило с врачами, читатель может прочесть на страницах эпопеи А.И. Солженицына «Архипелаг ГУЛАГ» или в книге М. Поповского «Житие и жизнь В.Ф. Войно-Ясенецкого, архиепископа и хирурга» [34, 30]. Наперекор усилиям власти, отдалявшей врача и священника от сердца пациента, именно в истории советской медицины появилась личность, объединившая в одном лице и качества врача, и качества пастыря, выполнившая, по отношению к своим пациентам и обществу, долг наи-

более доверительного служения, какое только возможно. Власть притесняла его, а пациенты слагали о нем легенды и становились его прихожанами.

Архиепископ Лука (рис. 3), выдающийся отечественный хирург, автор всемирно известного руководства по гнойной хирургии — фигура знаковая, для всей этой эпохи, глубоко символическая [1].

Прошедший этическую школу земской медицины и глубоко верующий, доктор В.Ф. Войно-Ясенецкий соединил деонтологические нормы земских врачей с православной этикой. История его жизни — это пример гармонии науки и нравственности, в полном соответствии со знаменитой, адресованной семинаристам фразой старца Нектария Оптинского (Николая Васильевича Тихонова, 1853-1928): *«будете жить и учиться так, чтобы ваша ученость не портила нравственности, а нравственность учености, то получите полный успех в вашей жизни»* [10]. Советская Власть судила, сажала в тюрьму и ссылала В.Ф. Войно-Ясенецкого. Но в любых жизненных обстоятельствах архиепископ Лука черпал нравственную силу в православной идее нестяжательского служения людям и в высоких принципах Гиппократа и Парацельса. И когда в начале Великой Отечественной войны власть оказалась на краю краха, ей пришлось опереться на тех, кому она не доверяла — на наследников Серебряного века русской культуры, носителей гуманистической философии, российских интеллигентов, взывая к их патриотизму. Архиепископ Лука из ссыльного лагерника за один день превратился в генерал-лейтенанта медицинской службы Советской Армии, а затем стал лауреатом Сталинской премии за свой выдающийся



Рис. 3. Архиепископ Лука — доктор Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий (1877 – 1961). Справа — фотография заключенного Войно-Ясенецкого из его «Дела».

научный труд [1, 30]. Но и обласканный, и преследуемый властью — он служил не ей, а Богу и человеку. Лука со страниц названной выше книги М.А. Поповского и многих других публикаций [1, 4] встает, как трагическая фигура. Этот жертвенный патриот понимал, что его власть использует как элемент лживой витрины, прикрывающей тоталитаризм. Но необходимость служить конкретным людям — пациентам больничных палат и страждущим у церковного алтаря — заставляла его ставить долг выше гордыни и искать компромисса.

Одной из самых чудовищных попыток власти отомстить врачам, за то, что они стоят ближе к сердцам пациентов, чем сама власть, было сталинское «дело врачей» (см. ниже). В.Ф. Войно-Ясенецкий и тысячи других военных врачей и медсестер обеспечили Советской Армии самый высокий процент возврата в строй и наилучшие результаты лечения раненых и больных — среди всех воюющих сторон. Фронтное братство медиков и их пациентов — реальный фактор, сказавшийся на всей общественной атмосфере, в которой работали врачи послевоенных лет. Своим героизмом и высоким профессионализмом советская медицина завоевала огромную любовь и уважение воевавшего народа, авторитет медиков в обществе очень укрепился. Как реакция на это,

в сентябре — ноябре 1952 г. последовала серия арестов среди профессоров — врачей, консультантов Лечебно-санитарного управления Кремля. Большинство арестованных были крупнейшими светилами советской медицины, видными организаторами здравоохранения, «кремлёвскими» врачами. Среди них А.А. Брусалов, В.Х. Василенко, М. С. Вовси, А.М. Гринштейн, В. Н. Виноградов, П.И. Егоров, С.Е. Карпай, Б.Б. Коган, Г.И. Майоров, Я. Л. Раппопорт, А.И. Федоров, Я.Г. Этингер и многие другие. 13 января 1953 г. в газете «Правда» была опубликована «Хроника» об аресте группы врачей — вредителей, затем в центральной и местной печати и на радио последовала пропагандистская кампания с обсуждением «дела врачей», которая велась в антисоветском, а затем и антисемитском духе. Через неделю после этой публикации врач-кардиолог Лидия Феодосьевна Тимашук (1898-1983), сообщавшая еще в 1948 г. о неверном диагнозе и лечении, назначенных коллегами Андрею Александровичу Жданову (1896-1948), была награждена орденом Ленина «за помощь, оказанную в деле разоблачения врачей-убийц».

Доктор Л.Ф. Тимашук (рис. 4), которую уже хрущевская пропаганда представила банальной доносчицей, на деле, как свидетельствуют недавно открытые документы [22-23], была трагической, честной и высокопрофессиональной фигурой, попавшей в жернова системы. Ей, врачу кабинета функциональной диагностики «кремлевской» больницы удалось на основании электрокардиографических данных распознать инфаркт миокарда у А.А. Жданова, тогда как академики, консультанты с мировым именем придерживались другого мнения и рекомендовали активную реабилитацию. Тимашук, задолго до «дела врачей», надеясь спасти еще живого пациента, зафиксировала свое мнение в записке медицинскому начальству и отстаивала его, хотя авторитетные коллеги оказывали на неё давление, вынуждая изменить трактовку ЭКГ. Пациент 31 августа 1948 г. умер. Аутоп-



Рис. 4. Доктор Лидия Феодосьевна Тимашук, зав. кабинетом функциональной диагностики Кремлевской больницы.

сия полностью подтвердила её диагноз, но патологоанатомическое заключение, по свидетельству Ж.А. Медведева [23], было сфальсифицировано. Тимашук «проработали» на собрании с участием главврача и перевели из больницы в поликлинику. Но 27 февраля 1953 г. академик В.Н. Виноградов писал Л.П. Берии: «Все же необходимо признать, что у А.А. Жданова имелся инфаркт, и отрицание его мною, профессорами Василенко, Егоровым, докторами Майоровым и Карпай было с нашей стороны ошибкой». Современные авторы расходятся в объяснении причин этой коллективной ошибки виднейших врачей в случае, когда были объективные данные в пользу инфаркта миокарда, подтверждаемые по архивной ЭКГ и современными экспертами. Есть даже конспирологические версии этой «ошибки», связывающие ее с давлением на авторитетных врачей со стороны сил, направляемых Г.М. Маленковым и Л.П. Берией, политически выигравшими в 1948 г. от устранения А.А. Жданова [4, 22-23].

Врач имеет право на добросовестное заблуждение, его *ошибка*, в отличие от *халатности*, неподсудна, он может и должен отстаивать свое мнение перед коллегами — но все это так в здоровом обществе, где личность свободна. Социально-патологическая система использовала Тимашук как медицинский «винтик» в большой политической игре. Арестованные подвергались пыткам и подписали самооговор. Над ними готовилось громкое политическое судилище. Это было прервано скоростной смертью пациента № 1, развязавшего антиврачебную истерию. 4 апреля 1953 г. фигуранты дела врачей были освобождены, а затем реабилитированы. В.Я. Этингер скончался в заключении. Но, хотя остальным арестованным врачам удалось спастись, вся общественная атмосфера, в которой практиковали и строили свои отношения с пациентами советские медики, изменилась. По взаимному доверию пациентов и врачей был нанесен ощутимый удар. Очевидцы — медики старшего поколения рассказывали нам о том, что оболваненные и запуганные государственной кампанией против вреди-

тельства врачей, пациенты отказывались от медицинской помощи, требовали выписки из больниц, впадали в смятение. Началось кадровое и карьерное притеснение подозрительных. И, в конце концов, жертвой дела врачей после XX съезда КПСС стала Л.Ф. Тимашук, которую власти незаслуженно ославили и лишили положенных льгот и пенсии, превратив в такое же пугало для общественности, как ранее подручные Л.П. Берии фигурантов «дела врачей» 1952-53 гг.

Антиврачебные репрессии меньшего масштаба и «раскрытые заговоры» медиков были в истории периода хищного политаризма и раньше — в 30-е и 40-е годы: таковы, в частности, «дело украинских академиков» и дело С.С. Юдина (рис. 5). Их подробно рассматривает украинский историк медицины О.Е. Бобров [4].

Великий хирург, дважды лауреат Сталинской премии Сергей Сергеевич Юдин (1891 - 1954) 23 декабря 1948 г. был арестован по ложному обвинению, как «враг Советского государства, снабжавший английскую разведку шпионскими сведениями о нашей стране». Поводом послужили давняя двухгодичная командировка в США, о которой хирург написал книгу, а также широкие научно-профессиональные контакты с коллегами из союзных держав во время Второй мировой войны. Юдин подвергался пыткам и вынужденно подписал самооговор. Более 4 лет провел он в тюрьме на Лубянке и в одиночной камере в Лефортово, где перенес инфаркт миокарда. В тюремной камере была создана его книга «Размышления хирурга». С 1952 года Юдин был в ссылке — работал хирургом в г. Бердске Новосибирской области. Как и фигуранты «дела врачей», лишь после смерти Сталина он был освобожден. Последние годы жизни и деятельности С.С. Юдина, выдающегося хирурга, подвижника отечественной медицины, оклеветанного и сосланного властью, описаны в статье его ученика акад. Ю.В. Наточина, который был в 1950-54 гг. студентом Новосибир-

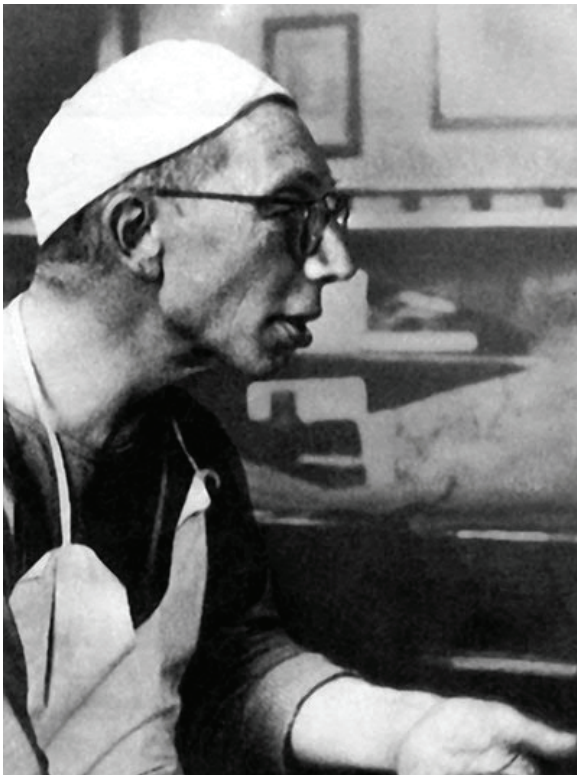


Рис. 5. Доктор Сергей Сергеевич Юдин.

ского мединститута и работал в СНО под руководством Юдина. [27]

Подытоживая историю превращения земской медицины в советскую государственную, необходимо с горечью сказать: если медицина земская родилась из антикрепостнических реформ и была добровольным служением и наемным трудом образованного меньшинства на благо необразованного большинства, то медицина советская, фактически, оказалась, по словам А.И. Солженицына, в условиях созданного в стране «*нового госкрепостничества*» — врач-собственность государства лечил гражданина-собственность государства [34]. В советской медицине «*Здоровье населения рассматривалось как ресурс и собственность государства, и медики были государственными служащими, отвечающими за состояние этого ресурса*» [11].

При становлении советского государства десятилетиями проводилась планомерная политика унижения интеллигенции вообще и врачей — в частности, поэтому в отношении и врача, и пациента с государством привносился изначально чуждый им элемент *эксплуатации большинством образованного меньшинства* (термин, употреблявшийся А.Д.Сахаровым). Система, которую создал «самый человечный человек» оказалась негуманной по отношению к конкретным ошибающимся или погрешимым людям — таким как терапевт Виноградов или кардиолог Тимашук.

В позднем советском обществе *ленивого политаризма* на роль категории, управляющей движением товаров, услуг и людей, вместо капитала в дооктябрьской России и страха — в России сталинской, пришел *статус*. Рамки дозволенного и для пациента, и для врача могли быть очень разными и определялись, во многом, унаследованным или достигнутым иерархическим положением на общественной и государственно-партийной лестнице. Статус зависел и от таких категорий, как профессионализм, но огромное значение имели другие фак-

торы: место рождения (а, следовательно, прописки) благонадежность, анкетные данные, наличие влиятельных друзей и родственников, общественная карьера. Общинное и сословное обращение равного к равному — «товарищ», которое, кстати, *официально* употребляли друг по отношению к другу земские врачи-участники Пироговских съездов в царской России и которым заканчивается у М.А. Булгакова рассказ «Звездная пыль», посвященный земским врачам [5], на словах было объявлено «дороже всех красивых слов», а на деле превратилось в титул или знак благонадежности. Теневая экономика и жесткая структура общества позволяли части медиков конвертировать свой статус в доходы. Обмен услугами и другие формы теневой медицины, по некоторым оценкам, в конце 80-х годов имели ежегодный оборот более полутора миллиардов советских рублей [37]. Эту особенность времени ярко показал наследник литературной традиции М.А. Булгакова — писатель Владимир Викторович Орлов в знаменитом в то время романе-портрете эпохи «Альтист Данилов» (1980). В книге описано общество *хлопобудов* — «хлопочущих о будущем» — московских служащих, в том числе — медиков, обменивающихся напрямую, без посредничества государства, профессиональными услугами по принципу «друг для меня — я для друга» [28].

Хотя, ценой огромного перенапряжения сил медиков и недооценки их труда, командная медицинская система работала достаточно эффективно, но в ее функционировании намечались принципиально слабые места. Главное из них — отсутствие выбора.

Высоко действенная там, где борьба с болезнью (например, инфекциями, рахитом, йод-дефицитным зобом и т.д.) основывается на стандартных массовых мероприятиях, система стала давать сбои при необходимости перейти на индивидуализированную профилактику болезней цивилизации (например, сердеч-

но-сосудистых или аутоиммунных). В ходе первой советско-американской программы по изучению и предупреждению атеросклероза в 70-х годах XX века советские и американские медики на единой методологической основе совместно исследовали взаимосвязи между различными социально-демографическими показателями, в том числе уровнем образования, — и атерогенными сдвигами липидограммы в США и в СССР. Эти данные, постепенно полностью опубликованные, стали классическими, и к ним до сих пор обращаются эпидемиологи XXI столетия, сравнивая их с позднейшими выборками по разным странам [44]. Оказалось, что в цитадели капитала малообразованные испытуемые имеют более атерогенный профиль липидного обмена, чем интеллигенция. А вот в рабоче-крестьянском государстве дело обстояло наоборот. Липидограмма (особенно — мужчин) оказалась значительно хуже в образованных слоях общества. Не в последнюю очередь, именно с этим был связан взлет смертности в от сердечно-сосудистых болезней в трудоспособном возрасте, который испытало население СССР периода «развитого социализма» в конце 60-х — 70-х годах минувшего века: в системе, построенной на эксплуатации образованного и ответственного меньшинства малообразованным и безответственным большинством, интеллигентность не оздоравливала, а умножала проблемы. Интересно, что население СССР по характеру влияния образованности на сердечно-сосудистую патологию оказалось сходным не с белыми американцами, а с американскими неграми и населением КНР [44]. Автор одного из исследований на эту тему, американский эпидемиолог Ричард Купер, обсуждая эти факты, даже заключил, что они шли вразрез с профилактической парадигмой советской медицины и характеризовали советскую политику в отношении общественного здоровья не как социалистическую, а скорее как государственно-капиталистическую [41].

Очень важным было то, что носители старых интеллектуальных и этических традиций были ограничены системой в подборе учеников. Нарушался принцип выбора учителем ученика, зафиксированный в клятве Гиппократата. Социальный статус того или иного претендента на обучение в аспирантуре или ординатуре порой становился препятствием — и учитель не мог добиться его зачисления, несмотря на очевидный талант. Со временем это приводило к регрессу научно-медицинских школ, так как рекрутировались не наиболее достойные, а наиболее удобные для системы кадры.

Нарушался и принцип выбора врача пациентом, не могли осуществиться нормы профессиональной независимости медиков и свободы выбора места практики, составляющие обязательную часть Европейской врачебной этической конвенции 1983 г. Официальные отношения врачей и пациентов в государственной медицине дополнялись медициной теневой и элитарной, где действовали совсем иные каноны.

Г.В. Михайлик в статье «Медицина как бизнес» [24] пишет о позднем советском периоде, который мы именуем «эпохой ленивого политаризма» так: *«Частная медицина существовала нелегально или полуполюгально. Процветал черный рынок медицинских услуг. Лучшие врачи, имея весьма небольшую официальную зарплату, жили, тем не менее, весьма неплохо»*. Система подневольно-централизованного здравоохранения без выбора вынуждена была мириться с огромной текучестью кадров в первичном, участковом и сельском звене. В него, для отбывания повинности госраспределения ежегодно направлялись новые выпускники медвузов. Но, накапливая опыт и профессионализм, они при первой возможности покидали это звено. В результате был искажен самый ценный из принципов земской массовой медицины. Земства удерживали в *первичном* звене *высококвалифицированных врачей-универсалов*, по сути дела — земские медики

были первыми семейными врачами, хотя в ту пору данный термин еще не был изобретен [9]. Как справедливо замечает В.И. Плетинский [29], в Советской России были в 1930 г. ликвидированы индивидуальные врачебные кабинеты («универсалы»), а потенциал семейных врачей-индивидуалов обобществлен в своего рода медицинских совхозах — крупных диспансерах и поликлиниках. Коллективизация превратила врача-универсала в участкового врача, у которого, год от года, было все меньше врачебных и все больше регистрационно-распределительных функций. Искусственная декартификация специалистов первичного звена шла вразрез с мировой тенденцией и, в конце концов, повлекла за собой необходимость создания огромных многопрофильных лечебно-профилактических учреждений, с крайне неэффективно используемым койкофондом. А проблемы — такие, как эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний — множились.

Советское государство распалось. Но наследие, оставленное отечественной медицине, не сулило беспроблемного развития. Состояние системы здравоохранения в постсоветских государствах сложно и противоречиво. Утрачиваются или остаются без внимания многие позитивные стороны медицины советской и медицины земской.

Постсоветская Россия пока не создала общества, в котором пациенты были бы достаточно обеспечены, чтобы поддерживать существование чисто рыночной модели взаимоотношений больного и врача. Наш капитализм вырос из теневой экономики и прямой массовой конвертации статуса советской верхушки в капитал. Поэтому отношения врачей и пациентов в постсоветских странах осложнились и, к тому же, несут на себе родимые пятна ушедшей эпохи.

Вот свидетельство академика Е.И. Чазова (рис. 6), относящееся к 2003 г. [38]: «Здравоохранение для масс не должно быть предметом торга. ...Среда слишком быстро меняется — и не в луч-

шую сторону. ...С начала «шоковой терапии» смертность от сердечно-сосудистых заболеваний резко пошла вверх. Было 2 пика: 1992-1994 гг. — распад страны, безработица, обнищание. И 1998 г. — дефолт. До сих пор тенденция сохраняется. Объяснение одно: стресс, потеря жизненных сил, депрессия и агрессивность. Над страной висит дамоклов меч: скоро некому будет ходить в школы... Я не против частной медицины — пусть будет. Но ее не должны подмять под себя шарлатаны. И нельзя забывать о человеке с улицы! Это жестоко. Кто имеет капитал — пусть платит за «сверхобслуживание». А народу нужна медицина, которая не кусается. Человек должен знать, что от недугов и смерти его спасёт государство». Академик Чазов рассказывал, что на его вопрос: «Не собирается ли Англия приватизировать здравоохранение?» Маргарет Тэтчер, к авторитету которой часто взывают либеральные экономисты, ответила ему «Что Вы, профессор! Если я его приватизирую, меня на следующий день снимут с должности избиратели». Период распа-



Рис. 6. Доктор Евгений Иванович Чазов (род. 1929).

да СССР и капиталистической реставрации был серьезнейшим ударом по народному здоровью. Тенденции, которые описал выше Е.И. Чазов, в отношении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний затем сохранялись во всех постсоветских республиках, особенно — в России, Украине, Казахстане. В 2003-2004 гг. смертность от кардиоваскулярных причин достигла в нашем Отечестве исторического максимума, затем с 2003 по 2012 гг. снижалась, но и по сей день остается в России на уровне 1992 г. и является самой высокой в Европе и мире по статистике Европейского кардиологического общества [42].

После исчезновения советской системы отношения врача и пациента остались, практически, вне старых командных форм регуляции — но и вне гарантий, обеспечивавшихся советским распределением благ. Новые формы взаимоотношений, как в официальной, так и в теневой медицине складывались медленно, сильно отставая от развития ситуации. В последние годы они, на наш взгляд, отстают и от темпов роста финансирования здравоохранения. Зарплаты врачей первичного звена лечебно-профилактической помощи выросли. Но сами врачи, во многом, остаются, возможно, еще более, чем при старой системе, в зависимости от администрации тех учреждений, в которых работают. На пике ухудшения общественного здоровья в России, в 2002 г. Г. Назаренко [26] о положении врача, служащего в государственной медицине постсоветской России писал: *«Повсеместно (и в госучреждениях здравоохранения, и во всех других медицинских учреждениях) врачи — это наемные работники. Экономическим хозяином была, есть и будет администрация лечебного учреждения, которая заботится в первую очередь о собственном самосохранении. Это и понятно, поскольку для лечения пациента она абсолютно не нужна. Администрация любого лечебного учреждения считает себя основным поставщиком лечебной помо-*

*щи, т. е. основным действующим лицом. Врач для нее — это легко заменяемое приложение к дорогостоящему медицинскому оборудованию. Но с пациентом работает врач, а не администрация, тогда как, судя по зарплате, основную работу производит именно администрация. Именно это, а не абсолютный уровень зарплат вызывает постоянное напряжение в медицинских коллективах лечебных учреждений. Идет постоянный прессинг на врача со стороны администрации, доказывающей себе самой и вышестоящей администрации свою необходимость в лечебном процессе». Парадоксальным образом, в постсоветской России медучреждения утрачивали доступность государственных, не приобретая богатства частных. Очень доходчиво это пояснял в 2003 г., когда не существовало недавнего закона, регламентирующего коммерческую деятельность социальных учреждений, Б. Жуков [11]: *«В наиболее сложном положении находятся как раз относительно продвинутые клиники. Бюджетного финансирования им хватает в лучшем случае на зарплату (скорее символическую) и коммунальные платежи. По сути, действующие нормы принудительно выталкивают всю эффективную медицину за пределы законности: чтобы удерживать специалистов и сохранять работоспособности оборудования, клиники должны зарабатывать, формально оставаясь бесплатными. То, что больничные бухгалтеры вынуждены пускаться на всевозможные ухищрения, чтобы оприходовать честно заработанные деньги (оформляя их как “страховой взнос”, “добровольное пожертвование” или еще как-нибудь), — это еще полбеды. Хуже то, что такая система исключает какую-либо финансовую прозрачность, постоянно порождая в самих клиниках и вокруг них конфликты и скандалы, а то и “параллельную” оплату — непосредственно в карман врача или бригады. “Стыдливая коммерциализация” делает клинику одновременно бедной, как государственная, и недоступной, как частная».**

Вероятно, за истекшее с 2003 г. десятилетие, на фоне реализации национальных проектов и роста доходов населения в ситуации должны были произойти изменения к лучшему. Авторы с интересом прочли бы статьи современных главных врачей о том, как обстоит дело сейчас.

Не только отсутствие законов стояло на пути разрешения этой ситуации. Модель взаимоотношений врача и пациента не складывается из-за объективно малой платежеспособности большей части российского населения. Добавим к этому и психологическую инерцию десятилетий подневольно-государственной медицины, отучивших пациентов воспринимать здоровье как личную собственность, а заботу о нем — как личный интерес. Новое время по-новому повернуло эту проблему: многие россияне считают бесплатную медицину ничего не стоящей, бесполезной, ненадежной. Среди бедных возрастает роль самолечения, знахарства. У богатых — свои проблемы. Растет число тех, кто лечится в дорогой частной клинике с иностранным названием или за рубежом из соображений престижа. А.В. Решетников [31] указывает, что аналогичное явление — желание богатых доплачивать за статус «особости» наблюдается и в здравоохранении Индии. По-видимому, это вообще характерно для стран с резким социальным расслоением. В странах Евросоюза тенденция совершенно обратная — население из некоторых государств Западной Европы, где цены и зарплаты врачей высоки, едет лечиться в Восточную Европу, которой социализм оставил в наследство хорошее качество здравоохранения при весьма умеренных зарплатах медиков и ценах на их услуги, например — из Германии в Польшу. Что касается наших реалий — вот курьезная, но правдивая ситуация начала нынешнего века. В крупном российском городе одна и та же сеть скорой помощи обслуживает и бесплатные вызовы, и вызовы к пациентам, патронируемым частными

страховыми компаниями. Пациенты весьма удивлены, когда до них доходит, что, оплатив страховку, они, фактически, заплатили большую часть суммы немедицинской организации, роль которой сводится в данном случае к вызову обычной городской скорой помощи, за которую уже и так заплачено налогоплательщиком. Впрочем, для врачей скорой помощи даже небольшая доплата за такие вызовы существенна — не так уж высоки их государственные зарплаты. Вот и поразмыслим — какую функцию выполняет *такая* страховая медицина? Аналогичный вопрос ставится и в статье украинского автора Л. Суржик на сходную тему [36].

Множество проблем стоит и перед медициной частной. Частные медицинские клиники вынуждены ограничиваться определенными областями здравоохранения, в которых выше рентабельность, меньше риск, не требуются сложные комплексные диагностические системы и невелики необходимые для работы площади. Окупить создание мощных многопрофильных частных клиник, располагающих возможностями для действительно современной диагностики и для лечения серьезных внутренних заболеваний, при этом арендуящих недвижимость — можно только при наличии массового спроса со стороны платежеспособных пациентов. Знаменитую Клинику Мэйо в 1919 г. в США создали объединившие свои практики в одну, коллективную 7 частнопрактикующих врачей. Это был первый врачебный «колхоз» в истории западной медицины, и при стабильном массовом платежеспособном спросе она, несмотря на Великую депрессию, за 20 лет стала крупнейшим многопрофильным лечебным учреждением страны и одним из лучших в мире [43]. Россияне же остаются относительно бедными для страны с таким уровнем национального дохода, так как общественное богатство крайне поляризовано — и их кошельки не могут обеспечить в нашей стране медико-экономического чуда, подобного взлету клиники Мэйо. К тому же, в области

медицинских услуг крупные государственные клиники не позволяют малым частным сильно увеличивать стоимость услуг и достигать приемлемой для инвесторов рентабельности [19]. Пытаясь решить эту проблему, многие социологи советуют скорее внедрять модели, действующие в странах Запада. Но вот позиция новосибирского терапевта А.Д. Куимова, считающего, что лишь вред может принести «слепое копирование методик, традиционных установок западной медицины. Это касается и отношения к врачебной тайне. То, что в Америке врач должен сказать о риске операции, риске болезни, о прогнозе, об онкологической и другой настороженности, — для нашего человека не традиционно, должны быть другие варианты информирования, индивидуальные. Это вызвано еще и тем, что наша медицина отличается отсутствием жестких рамок, — для вдумчивого врача — это хорошо. На Западе врач юридически, экономически зависит от пациента, его деятельность регламентируют ассоциации врачей, его госпиталь. Отступи он от традиционной тактики, — больной в суд подаст, взыщет деньги. Поэтому, то, что характерно для западной медицины, — гипердиагностика, отсутствие врачебной тайны — отчасти защищает интересы врача».[32]

С точки зрения интересов отечественных врачей и пациентов — стоит ли это копировать?

Можно много говорить о том, какая роль наиболее оптимальна для пациента и врача постиндустриальной эпохи. Может быть, это роль компетентного эксперта, который доносит до больного всю информацию, совещательно интерпретирует ее и помогает пациенту самому принять решение [26].

Но и здесь притаилась острая проблема. Мы живем в эпоху постмодернизма, когда утрачена грань между элитарной и массовой культурой, когда они свободно смешиваются в потоке mass media. Постиндустриальное общество приравнивает информационные ценности к ма-

териальным. Это заставляет пациента и врача смешивать каноны бытового, профессионального, научного мышления, для которых нет единых правил игры.

При общении с пациентом здоровый смысл последнего (*«Здравый смысл — это набор предрассудков, которые накапливаются у человека к 18 годам»* — в разных вариациях это определение давали О. Уайльд, А. Эйнштейн и С. Хокинг) и раньше конфликтовал с установками профессионального и научного мышления врача. Вспомним написанные около 95 лет назад строчки из рассказа «Звёздная сыпь» М.А. Булгакова: *«Плохо лечит. Молодой. Понимаешь, глотку заложило, а он смотрит, смотрит... То грудь, то живот ...О, Господи! Глотка болит, а он мази на ноги даёт»* [5].

Но сейчас ситуация еще более осложнилась. Культурно-профессионального разрыва между «врачом и профаном», как выражался В.В. Вересаев [6], больше нет. Нет и профана. Современный пациент образован и открыт влиянию mass media.

Это порождает дополнительную недоверчивость, связанную с тем, что по мере роста объема и доступности знаний — они девальвируются.

Позицию пациента по отношению к советам врача формирует уже не бытовое, а псевдонаучное мышление. Это продукт легкой доступности информации, вершков информированности. Информированность — это еще не образованность. Сам факт известен, но неизвестна степень погрешимости того метода, которым он выявлен или доказан. Зная факт, в рамках псевдонаучного мышления мы можем не ведать его альтернативных интерпретаций. В отличие от врачебного мышления, ставящего во главу угла пользу, и научного, стремящегося к истине, псевдонаучное паралогично, оно подгоняет факты и аргументы под предмет веры, вырабатывается быстро и легко, но не ведает сомнений. А ведь критерий образованности — критичность мыш-

ления. Сверхлегкая доступность готовой информации через Интернет породила невиданный феномен: *эрудированность низведена до простой осведомленности (как у активного сплетника)*, потому что *получение информации более не требует овладения методами открытия новой информации*. Образование подвергается усиленной виртуализации, порой кренился в чистую дистантно-пассивную информированность без какой-либо базы в виде рукодействия или самостоятельной формулировки и опытной проверки гипотез.

Учитывая все это, современная медицинская рекламная информация часто маскируется под научную. Вот как характеризует пациента постиндустриальной эпохи И.А. Крохина [18]: *«Во-первых, его отличает возросшая образованность, не всегда, к сожалению, совпадающая с культурой и интеллигентностью. Во-вторых, явная переоценка неких собственных медицинских познаний, почерпнутых, очевидно, из популярной литературы. В-третьих, склонность к самолечению. Кроме того, современный больной прекрасно осознает важность здорового образа жизни, но маниакально верит “чудо-колдунам” и экстрасенсам, игнорируя подчас научные методы диагностики и лечения»*.

Псевдоинформированный ум менее критичен, легко воспринимает правила игры. Средству верят больше чем человеку. Погрешимость человека кажется естественной, но если «машина посчитала...», «газета напечатала...», «в Америке открыли...» — то тогда какие могут быть сомнения?

Напомним, что по рациональному американскому закону, принятому в этой стране много лет назад, рекламной может считаться любая информация, расходы по распространению которой хотя бы частично оплачены ее автором. Следуя этому принципу, можно было бы считать статьи и книги ученых, которые сами оплатили их публикацию, саморекламой. Это, конечно же, далеко не всегда так. Но

порой — очевидно.

И ранее высказывалось мнение, что санпросвет хорош до определенной степени. Но в компьютерную эру, когда резко возросли пробивная сила и радиус действия информационного оружия некоторые медики стали высказываться еще более решительно. Так, эстонский терапевт Н.В. Эльштейн [39-40] категорически заявляет: *«Я являюсь решительным противником так называемого санитарного или медицинского просвещения. Его неэффективность давно доказана. Хорошо известны “ножницы” между тем, что человек знает и что он делает»*. И здесь он близок к И. Канту, ведь сын шорника говорил, что ложная ученость хуже невежества [16]. Может быть, и нам изменить отечественной традиции, когда санпросвет — задача врача и медсестры, и отвести эту функцию специальным дипломированным санпросветработникам без медицинского диплома, с психолого-педагогическим профилем университетского образования — как это имеет место, например, в США?

Новое мракобесие постиндустриальной эпохи проявляет себя и в экспериментофобии, подпитывающей призывы полностью виртуализовать преподавание фундаментальной медицины, запретить в медвузах вивисекцию, ограничить работу на трупах. И вот парадокс: мы отходим от российской традиции медицинского образования через реальное практическое действие, заложенной Н.И. Пироговым, который высмеивал профессоров, демонстрировавших «технику ампутации на брюкве» [2]. А чем CD с мультиками фирмы Interniche, суррогат реальных лягушек, мышей и крыс на занятиях по патофизиологии, принципиально лучше пресловутой пироговской брюквы? А если не лучше — стоит ли механически копировать тенденцию к виртуализации медицинского образования, идущую из тех стран, где полноценному преподаванию мешают юридические препоны? По данным опросов, среди выпускников отечественных медвузов и так множество

испытывающих уверенность в собственной «ненастоящести». Виртуализация медицинского образования не укрепит их уверенности в себе, а ведь им завтра предстоит пополнить ряды врачей, тех кто в паре с пациентом, по словам личного врача Бисмарка Эрнста Швеннингера (1850-1924): «из двух всегда обязан быть сильнее». Пойдет ли такая тенденция на пользу пациентам? Подробнее мы касались этого ранее [35]. С нашей точки зрения, процесс гармонизации отношений врача и пациента не может осуществляться только лишь на основе повышения коммуникативно-психологической грамотности докторов и больных, хотя, безусловно, правы авторы, указывающие, что именно элементарные ошибки в сфере психологии общения зачастую порождают конфликты и жалобы [21, 31]. Для радикального изменения ситуации необходимо создать экономическую и социальную основу этичных, доброжелательных и честных отношений медиков и пациентов. Во всех странах мира опро-

сы пациентов свидетельствуют, что больные считают врачей хорошо обеспеченными людьми, но недооценивают истинный уровень докторских доходов. В США идет настоящая борьба между организованными радетелями за права врачей и за права пациентов. «Когда двое бьются — всё достаётся третьему». Выигрывают... юристы, «вооружающие и подстрекающие к битве» обе стороны. «Не можете жить по этическим понятиям — будьте жить по выработанным нами законам, и нам же за это платить», — как бы говорят служители Фемиды последователям и подопечным Асклепия. Медицина от этого становится оборонительной по отношению к пациенту и занимается гипердиагностикой. Однако, в России в начале нынешнего века, как свидетельствуют данные, опубликованные в руководстве «Социология медицины» А.В. Решетникова, большая часть пациентов (93 %!) была уверена, что их врачи — необеспеченные люди, либо «обеспеченные, но не все». При этом количество российских врачей,



Андре Моруа (1885—1967), французский писатель и член Французской академии.

полагающих, что доктор обязательно должен получать за свой труд вознаграждение от пациента (35 %) почти на треть меньше, чем число пациентов, которые считают необходимой такую оплату (45 %) [31]. Хочется верить, что это говорит: *наши доктора все еще скромны, а пациенты — щедры*, причем и те, и другие не утратили взаимного сочувствия! Значит, у нас есть надежда.

Поразмыслив вместе о том, как строились отношения врача и пациента в древности, вчера, в чем их особенности сегодня, мы вправе спросить:

Что же будет завтра? Пусть за нас ответит французский писатель Андре Моруа (рис. 7) [25]: *«Завтра, как и сегодня, будут больные, завтра, как и сегодня, понадобятся врачи. Как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность. Медицинская наука станет еще точней, ее оснащение приумножится, но рядом с ней, как и сегодня, будет стоять, сохранит свое место в медицине врач классического типа — тот, чьим призванием останется человеческое общение с пациентом. И, как прежде, он будет утешать страждущих и ободрять павших духом. Появятся новые чудеса. И появится новая ответственность. Медики всех стран будут, как и сегодня, связаны единой врачебной моралью. Завтра, как и сегодня, человек в медицинском халате будет спасать жизнь страждущему, кто бы он ни был — друг или недруг, правый или виноватый. И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, — трудной, тревожной, героической и возвышенной. Всю жизнь я сожалел, что не стал врачом».*

Литература

1. Аниськова П.В. В.Ф. Войно-Ясенецкий — хирург, причисленный к лику святых // Мед.— XXI век. — 2007. — № 1(7). — с. 118—124.
2. Балахонов А.В., Строев Ю.И., Утехин В.И., Чурилов Л.П. Николай Иванович Пирогов и две модели высшего медицинского образования // Актуальные проблемы транспортной медицины (Одесса), 2011.— №2.(24). — с. 144—148.
3. Баулина М.Е. ДЕЛО врачей // 100 % здоровья. — 2002. — N 6. Интернет—ресурс: <http://www2.osp.ru/prc/2002/06/020.htm> (дата доступа: 6.07.2010).
4. Бобров О.Е. Медицинское право или бесправие медицины? Лекция. Интернет—ресурс, URL: <http://www.critical.ru/actual/etica/pravbes.htm> (дата доступа: 20.04.2013).
5. Булгаков М.А. Записки молодого врача. Собачье сердце. В кн.: С/с в 2—х томах, т.2, М.: Советский писатель, 1988
6. Вересаев В.В. Записки врача. С/с в 5 томах, том 1.— М.: Правда, 1961.— с. 252-253.
7. Владимиров В.Г., Найда В.Г., Чурилов Л.П. Человеческий фактор Чернобыля // Вестн. С.-Петербургск. ун—та. Сер. 11. Медицина. — 2011. — вып. 2. — с. 206 — 214.
8. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. Изд. 3—е. М.: Госмедиздат.— 1956
9. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Почему я выбираю семейного врача. СПб.:Человек, 1999.—24 с.
10. Жизнь и наставления последнего оптинского старца Нектария (Тихонова). Интернет—ресурс, URL: <http://vsemolitva.ru/b4/nektari.html> (дата доступа: 17.04.2013).
11. Жуков Б. Исцелился сам // Итоги. — 2003. — N 48 (234). Интернет—ресурс, URL: <http://www.itogi.ru/archive/2000/48/116752.html> (дата доступа: 18.04.2013)
12. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Быть здоровым или иметь здоровье? Сообщение I. Медико—этическая проблема в индустриальном и постиндустриальном мире // Актуальн. пробл. трансп. медицины (Одесса). — 2013.

- № 1(31). — с. 8 — 15.
13. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П., Чурилов Р.Л. Быть здоровым или иметь здоровье? Сообщение II. Общественная медицина // Актуальн. пробл. трансп. медицины (Одесса). — 2013. — № 2(32) — в печати.
 14. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Врач, пациент и общество. Медико—этическая проблема в истории. I. «Светя другим, сгораю сам» // Мед. — XXI век. — 2008. — N 4 (13). — с. 71 — 80.
 15. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Врач, пациент и общество. Медико—этическая проблема в истории. II. «Жрец — страждущий».... «Учитель — ученик» // Мед. — XXI век. — 2009. — N 1 (14). — с. 91 — 96.
 16. Кант И. Сочинения. М., 1966, т.6. — 743 с.
 17. Кассирский И.А. О врачевании. М.: Медицина, 1970. — 272 с.
 18. Крохина И.А., цит. по: Багаутдинова О. Доктор сыт — больному легче. — 2001. — 17.02. Интернет—ресурс, URL: <http://flexites.com/17-02-2001/7/a69872.html> (дата доступа: 21.04.2013).
 19. Лесняк О.М. О роли пациента в современном диагностическом и лечебном процессе // Вестник УГМА. — 2003. — N 1.
 20. Лопухин Ю.М., Биоэтика в России. Вестн. РАН. — 2001. — т. 71. — №9. — с. 771 — 774.
 21. Магазанник Н.А. Искусство общения с больными М.: Медицина, 1991. — 112 с.
 22. Малкин В. Семь писем Лидии Тимашук // Новое время. — 1993 — №28. — С.38—41.
 23. Медведев Ж.А. «Дело врачей» — медленное начало следствия // Скепсис. Научно—просветительский журнал. Интернет—ресурс, URL: http://scepsis.net/library/id_1723.html#a136 (дата доступа: 18.04.2013).
 24. Михайлик Г.В. Медицина как бизнес / Интернет—ресурс, URL: <http://www.narcom.ru/ideas/common/32.html> (дата доступа 18.04.2013)
 25. Моруа А., цит. по: Петровский Б.В. Героизм, драматизм и оптимизм медицины. М.: Ньюдиамед, 2001. — 200 с.
 26. Назаренко Г. Российская медицина сегодня — взгляд изнутри // АиФ. — N 13 (398). — 28.03/2002.
 27. Наточин Ю.В. Последние годы жизни великого хирурга Сергея Сергеевича Юдина // Мед. — XXI век. — 2007. — № 2(8). — С. 7 — 13.
 28. Орлов В.В. Альтист Данилов. Киев : Музыка Украина, 1988. — 432 с.
 29. Плетинский В.М. Уроки прошлого нашей практической медицины на путях решения ее проблем // Вестник МАПО. — 2003. — N4 (19). — с. 3.
 30. Поповский М.А. Жизнь и житие святителя Луки (Войно—Ясенецкого), архиепископа и хирурга. СПб.: ЗАО Изд-во «Сатисъ». — 2009. — 528 с.
 31. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину). Руководство. М.: Медицина, 2002. — 976 с.
 32. Самойлов В. Андрей Куимов: пациент отвечает за свое здоровье, а врач только помогает // Новая Сибирь. — 2012. — №46(1047). — 23.09. Интернет—ресурс, URL: http://newsib.net/index.php?newsid=81317506&paper_id=282 (дата доступа: 21.04.2013).
 33. Семашко Н.А. О врачебной тайне // Бюллетень НКЗ. — 1925. — № 11. — С. 12.
 34. Солженицын А.И. Архипелаг ГУЛАГ: Опыт худож. исслед., 1918—1956. Кемерово: Кн. изд-во, 1990—1991. Т. 1., 1990. -512 с.; Т., 2. 1991.-559 с.; Т. 3., 1991. -511 с.
 35. Строев Ю.И., Утехин В.И., Чурилов Л.П. Опыт междисциплинарной интеграции и применения инновационно—образовательных технологий //

- Мед.— XXI век. — 2007. — № 9(10). — с. 28 —37.
36. Суржик Л. Нужна ли нам такая страховая медицина? // Зеркало недели — Украина. — 2002. — № 37. — 27.09.2002. Интернет—ресурс, URL: http://gazeta.zn.ua/HEALTH/nuzhna_li_nam_takaya_strahovaya_medsina.html (дата доступа — 21.04.2013).
37. Фонд «Либеральная Миссия» /Исследовательский проект “Теневая Россия”/Теневая медицина — игра без правил / Интернет—ресурс, URL: <http://www.liberal.ru/sitan.asp?Num=21&print=1> (дата доступа: 6.07.2010)
38. Чазов Е.И. Иллюзию здоровья можно продать // АиФ. — 30.04.2003. — N18 (1175). — с. 3.
39. Эльштейн Н.В. Взаимоотношения врача и пациента в меняющемся времени //Русс. мед. журн., 1996.— Т.3.—N 6.—с.1—6.
40. Эльштейн Н.В. Диалог о медицине. Таллин: Валгус, 1986. — 250 с.
41. Cooper R.S. Epidemiologic features of recent trends in coronary heart disease in the Soviet Union// J. Amer. Coll. Cardiol. — 1983. — N 2(3). — Pp. 557 — 564.
42. European Heart Network, European Society of Cardiologists. European Heart Disease Statistics. 2012 Edition. 126 P. Internet—source, URL: <http://www.ehnheart.org/downloads/1436.html> (дата доступа 19.04.2013).
43. Mayo Foundation for Medical Education and Research. Dr. Henry Plummer. Интернет—ресурс, URL: <http://www.mayoclinic.org/tradition-heritage/dr-henry-plummer.html> (дата доступа: 3.03.2013)
44. Petrova N.V., Davis C.E., Tao Sh., Pajak AS., Stein Y., Broda G.B., Li Y., Tyroler H.E. Multi—country comparison of plasma lipid relationship to years of schooling in men and women // Internat. J. Epidemiol. — 2001. — v. 30. — Pp. 371 — 379.
45. Weil A. Health and healing: the Philosophy of Integrative Medicine. Houghton: Mifflin Harcourt, 2004, 296 Pp.

Резюме

БУТИ ЗДОРОВИМ АБО МАТИ ЗДОРОВ'Я? ПОВІДОМЛЕННЯ III. ЕКСПЛУАТАЦІЯ БІЛЬШОСТІ МЕНШІСТЮ

Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П.

Розглядаються етико-деонтологічні питання взаємин лікаря і пацієнта у радянському і пост-радянському суспільстві. Особливу увагу приділено історичної трансформації досвіду російської земської медицини та економічних основ її існування стосовно сучасних проблем вітчизняної охорони здоров'я (рис. 7, бібл. - 44 іст.).

Ключові слова: біоетика, лікар, деонтологія, доказова медицина, земська медицина, радянське охорона здоров'я, історія медицини, пацієнт.

Summary

TO BE HEALTHY OR TO HAVE THE HEALTH? PROCEEDING III. EXPLOITATION OF THE MINORITY BY THE MAJORITY

Zaychik A.Sh., Churilov V.P.

An article reviews ethical and deontological aspects of the relations between doctor and patient in Soviet and post-Soviet society. Special attention is paid to the historical transformation of the experience of Russian “Zemstvo” Medicine extrapolated to the current problems of domestic health care (7 figs., bibl. — 44 refs.).

Key words: bioethics, history of medicine, evidence-based medicine, physician, deontology, “Zemstvo” medicine, Soviet health care, patient

*Впервые поступила в редакцию 20.09.2013 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*