



Учредитель Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

9 мая — день Победы!

60 лет прошло со дня Победы — целая жизнь. Почти не осталось тех, кому мы обязаны той Победой. Война уже стала легендой. Но ее след заложен в нашей генетической памяти. Почему-то не хочется говорить стандартные праздничные фразы. Из всех государственных праздников этот получается очень личным — война «прошла» по каждой семье. Гляжу на фотографии деда и бабушки — молодые, красивые, полные жизни — они тогда были как мы, и уже даже как наши дети — и они любили, радовались весне, мечтали рядом со смертью и подвигом.

Читайте отрывки из блокадного дневника профессора Ленинградского ГИДУВ А.Н. Самарина на стр.3



А в темноте, почти касаясь кровли всю ночь снаряды бешеные шли, так метров семь над сонной нашей кровью, и рушились то близко, то вдали. Ты рядом спал, как спал весь город — камнем, Сменяя с дежурства. Мы с утра в бою... Как страшно мне, Услышав свист, руками я прикрываю голову твою. Невольный жест, напрасный — знаю, знаю...

Ольга Бергольц
Отрывок из поэмы «Твой путь»

К 120-летию СПбМАПО

Ленинградский ГИДУВ в годы войны

Война круто изменила жизнь Ленинградского государственного ордена Ленина института, как назывался он в предвоенные годы.

В первые же дни 132 сотрудника были призваны в действующую армию, в последующем — еще 169 человек. Ведущие ученые института — профессора И.С. Бабчин, С.Н. Давиденков, М.И. Куслик, С.А. Рейнберг, Д.С. Линденбрант, А.Э. Мандельштам, Н.Н. Самарин, А.С. Чечулин стали главными специалистами фронтов, флотов, армий, эвакуационных пунктов.

Оставшиеся в институте профессора Н.Н. Петров, П.Г. Корнев, А.Л. Полевые и другие, помимо работы в ГИДУВе,

были назначены консультантами в военные госпитали.

Клиники института были преобразованы в эвакуогоспиталь, начальником которого стал директор института И.С. Вайнберг, а военным комиссаром — секретарь партбюро Н.В. Сибиркин, в послевоенном ГИДУВе — профессор, заведующий 1-й кафедрой терапии, декан терапевтического факультета. Для раненых было развернуто 300 коек, число которых к сентябрю 1941 года возросло до 785. В последующем в Доме врача также был размещен стационар на 285 коек для раненых и больных.

Продолжение на стр. 5

Об итогах комплексной проверки деятельности академии

Январь 2005 года ознаменовался весьма значимым для академии событием. Уже через неделю после продолжительных новогодних праздников в академии начала работу комиссия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки. Комиссию, состоящую из 11 человек, возглавила главный специалист Управления лицензирования, аттестации и аккредитации Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки Ирина Дмитриевна Лобанова. В состав комиссии вошли представители Министерства здравоохранения и социального развития РФ, правительства Санкт-Петербурга, представители РосМАПО и медицинских вузов Санкт-Петербурга.

Все представленные программы успешно прошли лицензирование: 70 программ по специальностям клинической ординатуры, 44 — по специальностям аспирантуры, 29 — по специальностям интернатуры, 69 — по специальностям профессиональной переподготовки со сроками освоения свыше 500 часов, а также все представленные программы повышения квалификации со сроком освоения от 72 до 500 часов.

Подкомиссия по лицензионной экспертизе вынесла решение рекомендовать признать СПбМАПО прошедшей лицензионную экспертизу на право осуществления образовательной деятельности по заявленным на лицензирование образовательным программам с соответствующими сроками обучения и исходными уровнями образования.

Комиссия предложила для утверждения в Федеральной службе следующие показатели и контрольные нормативы по нашей академии в целом:

— соответствие условий осуществления образовательного процесса государственным требованиям в части строительных норм и правил, санитарных и гигиенических норм; наличие условий, гарантирующих охрану здоровья слушателей и работников;

— оборудование учебных помещений и оснащенность учебного процесса библиотечно-информационными ресурсами на уровне требований государственных образовательных стандартов, лицензионных требований и нормативов (обеспечение возможности реализации образовательных программ);

— образовательный уровень педагогических работников — 70% лиц с учеными степенями и званиями среди профессорско-преподавательского состава, привлекаемого к ведению образовательного процесса по программам дополнительного профессионального образования;

— укомплектованность штатов педагогических работников — 95%;

— предельная численность контингента обучающихся, приведенная к очной форме обучения — 3700 человек. Срок действия лицензии — 5 лет.

В результате аттестационной экспертизы была дана оценка реализуемых академией программ профессиональной переподготовки кадров по представленным к аттестации направлениям; проведен анализ показателей государственной аккредитации, информационных данных, характеризующих деятельность академии в целом, сделаны выводы и даны рекомендации по дальнейшему развитию академии.

По итогам аттестационной экспертизы академии комиссия пришла к следующим, весьма важным для нас, выводам. Приведем их полностью, чтобы еще раз напомнить, какие документы лежат в основе нашей деятельности.

1. Деятельность академии осуществляется на основе «Типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов», утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации № 610 от 26.06.1995, с учетом изменений и дополнений (постановление Правительства Российской Федерации

№ 213 от 10.03.2000) и Устава академии, в соответствии с Законом Российской Федерации «Об образовании», нормативно-правовыми актами федеральных и региональных органов управления.

2. Структура и содержание образовательных программ профессиональной переподготовки специалистов, представленных к аттестации, соответствуют «Положению о порядке и условиях профессиональной переподготовки специалистов» (приказ Министерства образования России № 2571 от 06.09.2000), «Требованиям к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ» (приказ Министерства образования России № 1221 от 18.06.1997). Профессиональные образовательные программы сопровождаются необходимым учебно-методическим и программно-информационным обеспечением.

3. Качество профессиональной переподготовки специалистов в образовательном учреждении соответствует государственным требованиям.

4. Условия реализации образовательного процесса достаточны для профессиональной переподготовки специалистов.

Эти выводы позволили комиссии сделать заключение о том, что состояние учебно-материальной базы, кадровый, учебно-методический и информационно-тематический потенциал позволяют обеспечить обучение слушателей в СПбМАПО на высоком уровне.

Вместе с тем, комиссия сделала ряд предложений, и в целях совершенствования учебного процесса рекомендовала следующее:

1. В связи с новой структурой исполнительных органов власти внести необходимые изменения в Устав академии.

2. Принимая во внимание рекомендации Минздрава России, изложенные в письме заместителя министра от 05.01.2001 № 2510/149-01-32, расширить перечень образовательных программ профессиональной переподготовки.

3. Изменить соотношение лекционных часов и часов практических занятий в пользу последних, которые должны составлять не менее двух третей учебного времени по «Токсикологии», «Ультразвуковой диагностике», «Лабораторной генетике», «Мануальной терапии».

4. Активнее направлять подготовленные преподавателями академии учебники, руководства, учебные и учебно-методические пособия для получения грифов УМО и Минздравсоцразвития Российской Федерации.

5. Продолжить оснащение современных учебных фантомных классов и компьютерных лечебно-диагностических комплексов.

6. Для повышения объективности текущей и итоговой аттестации целесообразно разработать и внедрить в учебный процесс рейтинговую систему оценки знаний.



Члены комиссии Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки.

7. Требуется дальнейшего развития электронного документооборота учебно-отчетной документации.

По этим замечаниям и предложениям мы подготовим план реализации, который должен быть утвержден на Совете СПбМАПО и представлен в Федеральную службу. При этом, мы намного лучше сторонних экспертов знаем свои слабые места и это знание, помимо официальных рекомендаций, должно стать и станет побуждающим фактором в нашем дальнейшем развитии.

Аттестационно-аккредитационно-лицензионная экспертиза становится для образовательного учреждения постоянно действующим институтом, сектором систематических взаимоотношений с Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки. Времена, когда после аттестационной комиссии можно было надолго забыть об этом одномоментном «экзамене», безвозвратно прошли.

Академия это почувствовала в последние 2-3 года, по итогам которых мы стали представлять в Центральный банк данных государственной аккредитации (г. Йошкар-Ола) информационно-аналитическую карту СПбМАПО, где отражен широкий комплекс показателей нашей ежегодной учебной, методической, издательской, научной и иной работы. Эти данные вносятся в специальный компьютерный модуль и на их основе ведется ежегодный расчет показателей нашей работы. Нет нужды говорить о важности ответственного сбора данных для модуля, всеми нашими кафедрами и службами, тщательной обработки данных и передачи их в банк.

Конечно, чтобы получить в итоге достойные уровни СПбМАПО показатели, необходима большая работа по всем направлениям, ведь объективный показатель, выраженный численно, не улучшить даже самым лучезарным комментарием. Впрочем, в модуле никакие пояснения и не предусмотрены. Если, к примеру, количество пособий, имеющих

гриф УМО, выражено в относительной величине соответствующего показателя, и он недостаточен, то только по этому показателю и будут судить о соответствующем секторе нашей работы.

Впрочем, модуль — это только часть, хотя и весьма важная, складывающейся систематической работы со службами Минобрнауки РФ. В недрах этого ведомства постоянно рождаются новые документы, регулирующие образовательную деятельность в стране; требования становятся все более дифференцированными, усиливаются организационный, финансовый, налоговый и иные аспекты образовательной деятельности. Все это должно своевременно нами восприниматься и эффективно внедряться в нашу работу.

Закономерно ужесточается контроль за выполнением образовательным учреждением аккредитационно-лицензионных требований — это естественно, ведь государство финансирует только адекватные законодательству программы. Отсюда следует, что лицензирование и аккредитация новых программ и направлений учебной работы должны осуществляться не «накопительно» к очередной пятилетней проверке, а систематически, по мере возникновения этих направлений, с подготовкой каждый раз необходимого комплекта документов. То есть эту работу следует вести постоянно в течение всех пяти лет, которые отделяют одну комплексную проверку от другой.

Значительно увеличившийся таким образом объем работы требует кадрового и территориального развития нашего учебного сектора — в ближайшее время необходимо разместить и укомплектовать учебно-методический отдел Академии, решение о создании которого уже принято Советом СПбМАПО.

А.П. Щербо
В.И. Буравцов



Начало работы комиссии. Заседание Ученого Совета СПбМАПО.

X Международная научно-практическая конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов



— Несколько слов о X Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.

— На X Международной конференции соберутся известные специалисты из разных регионов России, а также из-за рубежа — представители практической, вузовской и научно-исследовательской медицины. Уже подано более 400 заявок, не считая заявок от иностранных авторов. На конференции можно будет узнать о новых достижениях в нашей специальности, о результатах диссертационных исследований. Кафедры СПбМАПО представили на эту конференцию более 20 докладов, касающихся всех разделов программы конференции.

В мае 2004 г. на IX Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов «Новые технологии в стоматологии» было представлено более 300 докладов, включая стендовые сообщения. Обсуждались актуальные проблемы восстановительной хирургии, челюстно-лицевой травматологии, воспалительной хирургии, терапевтической стоматологии и др. Рассматривались новые подходы к обезболиванию в стоматологии.

— Какова история появления в России таких конференций?

— В 1986 г. в связи со вступлением советских специалистов во Всемирную ассоциацию челюстно-лицевых хирургов была рассмотрена возмож-

С 24 по 27 мая 2005 г. в Санкт-Петербурге в «Ленэкспо» пройдет выставка «Стоматология» и X Международная научно-практическая конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов при содействии СПбМАПО и поддержке Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, стоматологических ассоциаций России, Санкт-Петербурга и Северо-Запада.

Конференция будет посвящена 70-летию кафедры СПбМАПО, которую основал в 1935 г. проф. А.А. Лимберг по указанию отдела санитарной службы Красной Армии для подготовки специалистов в связи с вероятным началом военных действий. Она называлась тогда кафедрой

челюстно-лицевой хирургии и несколько раз меняла свое название.

В течение 30 лет, с 1974 по 2003 гг., кафедрой челюстно-лицевой хирургии с курсом ортодонтии и протезирования СПбМАПО заведовал заслуженный деятель науки РФ член-корреспондент РАМН профессор В.А. Козлов — президент стоматологической ассоциации Санкт-Петербурга, главный специалист Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, член правления Всемирной ассоциации челюстно-лицевых хирургов.

Организационные способности В.А. Козлова проявились еще в 50-е годы, когда он, возглавляя стоматологическую службу Ленинграда,

много сделал для ее реорганизации. При его участии впервые в стране была разработана и внедрена система плановой санации полости рта детей в условиях летней оздоровительной кампании.

Научная и клиническая деятельность В.А. Козлова получила высокое международное признание, на XVIII Всемирном Конгрессе в 1993 г. (Бельгия) он избран членом правления Всемирной ассоциации челюстно-лицевых хирургов.

С почетным доктором СПбМАПО профессором кафедры челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии **Владимиром Александровичем Козловым** беседовала **Светлана Акимова**.

ев, по отчетным данным, развивался посттравматический остеомиелит и как следствие — формировались неправильные сращения, ложные суставы, инвалидизация.

— Какие другие направления в области челюстно-лицевой хирургии являются перспективными?

— В челюстно-лицевой хирургии перспектива определяется потребностью, диктуемой самой жизнью. Например, лечение врожденных аномалий челюстно-лицевой области. В Санкт-Петербурге функционирует Северо-Западный центр диспансерного наблюдения за такими детьми, в нем с 1-го дня жизни наблюдаются более 4000 детей.

Перспективным направлением, которое даст возможность сохранить школу челюстно-лицевой хирургии, сегодня является объединение усилий специалистов в области реконструктивной хирургии и ортодонтической помощи. Ортодонты должны быть способны решать проблему подготовки и ведения пациентов после реконструктивных операций. Это направление берет начало еще от проф. А.А. Лимберга. В его время таких технологий еще не было, но сама идея родилась именно тогда. Сегодня разработаны новые технологии по планированию реконструктивных операций. Они позволяют осуществлять компьютерное моделирование аномалий прикуса. Пациент может сам с помощью компьютера увидеть, что предполагают сделать с его лицом, и выбирает ту модель, которая ему нравится.

ность проведения очередного конгресса по челюстно-лицевой хирургии в Санкт-Петербурге, и XVII Всемирный конгресс челюстно-лицевых хирургов состоялся в Таврическом дворце. До этого подобные конгрессы в России не проводились. А поскольку существовало правило — проводить в промежутках между конгрессами международные конференции, то в Санкт-Петербурге начали проводить конференции челюстно-лицевых хирургов. Однако число таких специалистов не очень велико. Сегодня в Санкт-Петербурге 4,5 тысячи стоматологов и всего 20 челюстно-лицевых хирургов. Поэтому, уже начиная с 3-й международной конференции, эти форумы стали проводить как конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов.

— Каковы наиболее актуальные проблемы в Вашей специальности?

— Самой актуальной проблемой является профилактика. По данным Всемирной организации здравоохранения, в последние десятилетия в мировой стоматологической практике произошло смещение акцентов от лечения болезней зубов и полости рта к их предупреждению. В России 100% населения поражено кариесом. В Санкт-Петербурге 260 тысяч детей нуждаются в профилактике кариеса. За последние 10 лет частота удаления зубов постоянного прикуса у детей города осталась на прежнем уровне. В 2004 г. в Финляндии, сходной по

климатическим условиям с Санкт-Петербургом, ни у одного ребенка в возрасте до 19 лет не было удалено ни одного зуба постоянного прикуса, а у детей в Петербурге их было удалено 11 тысяч. Осложнениями кариозной болезни являются пародонтиты, которыми страдают 40% населения России, а также периодонтиты, флегмоны, тромбозы вен лица, одонтогенный сепсис, внутричерепные осложнения одонтогенного происхождения, одонтогенный медиастинит. Увеличивается число детей, госпитализируемых с осложненными формами течения острой одонтогенной инфекции. С 1979 по 2003 гг. число детей с острым одонтогенным остеомиелитом увеличилось в 3 раза, несмотря на значительное уменьшение численности детского населения Санкт-Петербурга. Во всем мире в 2004 г. зарегистрировано 3 флегмоны, тогда как в Санкт-Петербурге ежедневно их вскрывают до 10. За последние годы в Санкт-Петербурге диагностировано около 150 медиастинитов одонтогенной этиологии. В мире ничего подобного нет! Когда наши дети вырастают, они к 60 годам оказываются без зубов. Среднестатистический европеец и американец имеют в 65 лет 24 зуба в полости рта. А мы говорим о том, что должны обеспечить всем нашим пенсионерам бесплатное протезирование. Это положение не выполняется.

Наши зарубежные коллеги никак не могут понять, почему такая богатая страна — Россия не в состоянии обеспечить своим детям профилактику кариозной болезни и воспалительных заболеваний полости рта. Профилактика дешевле лечения в 7 раз! Проблема сохранения зубов — это сохранение здоровья нации. Между тем в России до сего дня нет ни федеральной, ни региональной программ санации полости рта населения и детей. Мало того, — в Санкт-Петербурге уже 10 лет не было коллегии, которая заслушала бы состояние стоматологической службы города.

Программа профилактики кариозной болезни должна быть государственной. Минздрав должен хоть как-то обозначить свою позицию в этом отношении. Когда-то вице-губернатор Ленинграда заявил, что город обеспечит всех детей фторированным молоком. Этого не произошло. Все зависит от уровня компетентности, доброжелательности или желания человека, который занимает то или иное положение, решать эту проблему.

В Европе принято деление стран на 3 группы. В первую группу входят все скандинавские страны, Великобритания, Германия, Франция: это страны, где профилактика кариозной болезни до 19 лет проводится бесплатно, и можно с уверенностью сказать, что в этих странах за минувший год не было удалено ни одного зуба постоянного прикуса. В странах второй группы — Испании, Португалии, Греции — осуществляется тот же подход, но только для детей до 14 лет. В странах третьей

группы, куда входит и Россия, нет государственных программ профилактики кариозной болезни у детей.

Другой важной проблемой в нашей специальности является челюстно-лицевая травма. В последние годы она становится все более тяжелой. В челюстно-лицевых стационарах 30% коечного фонда занято под травму. В прежние годы встречалась в основном травма бытовая, позже появилась травма резаная, со временем стала нарастать дорожная травма, затем — огнестрельная. Пациенты с травмой, как правило, не долечиваются в стационаре до полного выздоровления: в 96,4% их выписывают на долечивание в амбулаторных условиях. Ранее это приводило к тяжелым осложнениям: в 12,8% случа-

С 9 по 12 апреля 2005 г. в Санкт-Петербурге состоялся Невский Радиологический Форум-2005. Обширная научная программа этого конгресса включала пленарные и секционные научные заседания, «круглые столы», спонсорские симпозиумы, сертификационные курсы повышения квалификации для врачей по рентгенологии, ультразвуковой диагностике, радиологии (для специалистов по ядерной медицине). Для интернов, клинических ординаторов и аспирантов крупнейшими специалистами страны был прочитан цикл лекций по неотложной лучевой диагностике. В работе НРФ приняли участие 1015 человек из различных городов России, США, Германии, Австрии, Франции, Украины, Белоруссии и других стран. В рамках конгресса прошла выставка работ петербургских художников из коллекции братьев Носкиных, для участников и гостей форума были организованы экскурсии в Аничков дворец, Русский Музей, Михайловский замок.

Премией имени выдающегося рентгенолога С.А. Рейнберга отмечены выступления молодых ученых:

М.В. Самохваловой (Санкт-Петербург) и С.Г. Александровой (Москва); премией за лучший стендовый доклад награждена Е.А. Ярнова (Санкт-Петербург). По решению жюри (председатель проф. Н.А. Карлова) премия, учрежденная компанией Nycomed/GE Healthcare (двухнедельная стажировка во Франции) за оригинальный доклад, основанный на большом клиническом материале, присуждена не была, и отложена до следующего конгресса, который состоится в 2007 г.

Параллельно симпозиуму прошло официальное открытие нового завода Научно-исследовательской производственной компании "Электрон", выпускающего оборудование для рентгенологии и эндоскопии.

Среди спонсоров НРФ-2005 были такие крупные международные корпорации как Shering AG, Nycomed, Siemens и др.

Хроника

Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

объявляет конкурс на замещение по трудовому договору должностей:

Заведующего кафедрой психиатрии;

Профессора кафедр: неотложной медицины (0,25), медицинской психологии (0,25), фтизиатрии (1 и 0,5), радиационной гигиены, патологической анатомии с курсом цитологии (0,5), офтальмологии с курсом детской офтальмологии;

Доцента кафедр: фтизиатрии, геронтологии и гериатрии (0,25), репродуктивного здоровья женщин, медицины труда, медицинской генетики (0,25), организации и экономики фармации, рентгенологии с курсом детской рентгенологии, терапевтической стоматологии №1;

Старшего преподавателя кафедры иностранных языков;

Ассистента кафедр: оперативной и клинической хирургии с топографической анатомией, травматологии и ортопедии с курсом вертебрологии, эндоскопии (0,5), неотложной медицины, физиотерапии и курортологии, репродуктивного здоровья женщин, семейной медицины, клинической физиологии и функциональной диагностики (0,25), медицинской генетики (0,25), педиатрии №3 с курсом неонатологии, терапевтической стоматологии №1(2).

Срок конкурса — месяц со дня опубликования объявления (с 21 апреля по 21 мая 2005 г.).

Адрес: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41. Телефон: 279-82-61 (ученый совет).



Слева направо: председатель Санкт-Петербургского радиологического общества В.М. Черемисин, директор ЦНИРРИ академик А.М. Гранов, президент НРФ-2005 Т.Н. Трофимова, председатель Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга проф. Ю.А. Щербук, президент Общества специалистов по лучевой диагностике академик С.К. Терновой.

Ленинградский ГИДУВ в годы блокады

(К 120-летию СПбМАПО)

Николай Николаевич Самарин

Отрывки из блокадного дневника

О профессоре Н.Н. Самарине, авторе блокадного дневника

Возможно, не все молодые сотрудники Академии знают имя замечательного хирурга Н.Н. Самарина, автора публикуемых сегодня отрывков из блокадного дневника. Доктор медицинских наук профессор Николай Николаевич Самарин (1888–1954) руководил созданной профессором В.А. Оппелем кафедрой неотложной хирургии (хирургии №2) с 1932 по 1954 г. Основными направлениями его деятельности были проблемы неотложной хирургии (острый живот) и неотложной травматологии. Первое из них обобщено в вышедшем двумя изданиями в 1940 и 1952 годах руководстве для врачей «Диагностика острого живота», а второе — в монографии «Организация травматологического

отделения в хирургической клинике» (1947).

Н.Н. Самарин одним из первых в нашей стране выполнил панкреатодуоденальную резекцию при раке поджелудочной железы.

Сотрудники кафедры, руководимой Н.Н. Самариным, героически оперировали и выхаживали раненых в период блокады Ленинграда.

Упомянутая в тексте Ольга Конрадовна Самарина — супруга Н.Н. Самарина, создатель и первый руководитель кафедры иностранных языков в Ленинградском ГИДУВе. Многие из ныне работающих сотрудников Академии хорошо помнят яркие, содержательные занятия, которые она проводила по созданной ею оригинальной методике.

В.П. Медведев

6/XI-1941 г. Клиника получила боевое крещение: осколком артиллерийского снаряда пробито стекло в одной из палат женского отделения. Больные были своевременно выведены из палат, и поэтому никто не пострадал.

9/XI-1941 г. Моя лекция в 12 час. была прервана из-за взрыва какой-то бомбы в небольшом отдалении от аудитории.

14/XI-1941 г. Е.В. Генер закончила отчет за октябрь 1941 г. Общая смертность среди раненых и больных 9.8%, среди оперированных 11.8%.

17/XI-1941 г. Вчера в 10 час. утра в главном здании ГИДУВа было первое научное заседание врачей Института, без различия специальностей. Был представлен доклад О.К. Самариной «О стрептоциде. Обзор иностранной литературы».

18/XI-1941 г. Сегодня на «подъеме флага» обсуждали особенности хирургии во время голода: помимо увеличения ущемленных грыж, появления илеусов от брожения, участились язвы желудка, как осложненные, так и не осложненные. Терапевтическое отделение больницы заложено до отказа больными, направляемыми с диагнозом: падение сердечной деятельности.

2/XII-1941 г. В 2 час. поехал в Институт акушерства и гинекологии читать лекцию врачам эвакуационных госпиталей.

4/XII-1941 г. Был на конференции хирургов Ленинградского фронта. Докладывали: Гельштейн — терапевт — о химиотерапии, затем я — о лечении ран стрептоцидом. Третьим выступал профессор-инфекционист о столбняке, четвертым Н.Н. Петров об анаэробной инфекции и последним Оскар Левин. Заседание происходило в бомбоубежище Окружного военного госпиталя.

5/XII-1941 г. Утром появились наши старые курсанты. Занятия возобновились. «Поднимали флаг» в вестибюле, было холодно и мало уютно, но тем не менее поговорили о смертности при ранениях бедер. Сын 28/XI эвакуировался из Ленинграда. Пока вестей от него нет. По слухам, его группа добралась до Новой Ладоги.

7/XII-1941 г. Совет профессор в ГИДУВе — заседание было назначено на 10 час. утра в первой аудитории... Серебров диссертацию защитил хорошо. Одну я прослушал, со второй ушел — нездоровится из-за хлеба с дурандой.

8/XII-1941 г. В клинике достижения: вставили фанеры вместо разбитых стекол в учебной комнате и в архиве. Лучше от этого не стало, комнаты выстужены, обогрываются медленно...

В.И. Колесов, после того, как сдал свои карточки в больницу и стал получать больничный стол, несколько ожил: на лице нет подозрительной бледности и сероватого оттенка вокруг губ и носа. Очень милый человек Василий Иванович: толковый, работающий, энтузиаст, немножко разиня —

настоящий ученый. Я очень рад за него, что он поправляется.

4-го закончил отчет о смертности в хирургическом отделении больницы им. В.И. Ленина. Отчет предназначен для Горздравотдела. Смертность растет ужасающе: в ноябре она достигла 24.5%. Такой смертности я за всю свою жизнь не запомнил. Говорят, что в терапевтическом отделении еще хуже.

10/XII-1941 г. Отсутствие бесперебойно подаваемого электрического тока очень болезненно отражается на всем хирургическом отделении: нельзя оперировать, нельзя сделать обхода больных, нельзя вскипятить хирургические инструменты, нет почему-то даже пара. Когда гаснет электрический свет, во всех отделениях наступает полная тьма, только во втором этаже теплятся «летучие мыши» и какие-то огарки...

15/XII-1941 г. Сегодня XX-летие нашей с женой свадьбы. Судьбе было угодно, чтобы в этот день ко мне пришел зав. медчастью громадного соседского военного госпиталя и предложил консультации в этом учреждении с зарплатой в виде обедов и завтраков.

27/XII-1941 г. В 4 часа дня в Кировском Дворце культуры, в госпитале проводил первую научную конференцию местных врачей. На повестке дня стояло 4 демонстрации, в том числе моя. Конференция прошла оживленно.

29/XII-1941 г. В палатах стало прохладно. Кипятка нет во всей больнице. Клиника тает. Феня, сиделка из перевязочной, едва вползает ноги. Остальные крепятся. Акимов и Колесов подняли вопрос, стоит ли после операций прободных язв желудка соблюдать послеоперационную диету. Больные и так истощены, а мы их морим голодом в течение 2-х дней. Решили попробовать. У нас сейчас умирает каждый третий после операций, хуже вряд ли может быть.

30/XII-1941 г. Работаю в женском отделении и за ординатора, и за зав. отделением, и за профессора. Ирму Александровну произвел из старших сестер отделения в ординаторы, и на обходе величал ее коллегой. Поручил ей писать большинство историй болезни.

Часам к двум пошел в Кировский госпиталь на очередную консультацию.

1/1-1942 г. Четверг. Новый год. С утра было все как всегда, однако с наступлением сумерек электрический свет угас и угас стойко. В отделениях воцарилась полная тьма. Ни свечей, ни лампочек — ничего.

2/1-1942 г. Больные отчаянно мерзнут. Я распорядился разрешить таскать в отделение больным собственные одеяла. После краткого «подъема флага» пошли с обходом в женское хирургическое отделение. На обходе отобрал больных для неотложных перевязок. В перевязочной темно. Нашел выход из положения и начал перевязывать в коридоре. Сделал, кажется, три

перевязки — дали ток. С появлением света прооперировал ущемленную грыжу у старушки, которая пролежала в клинике с ущемлением грыжи часов 15–16, ожидая света...

Особенно тяжелая картина на мужском отделении. Среди наших больных особенно интересны мальчишки со спастическими формами кишечной непроходимости у голодающих. Я вспоминаю недавно оперированную мною девочку, у которой я вместо опухоли в животе нашел громадный каловый завал в восходящей толстой кишке.

7/1-1942 г. Среда. По городу вывешены объявления об обязательной перерегистрации всех военнообязанных. Завтра надо мне явиться в военный комиссариат по месту моего жительства.

8/1-1942 г. Четверг. Отправилась мы около 11 ч. дня. По дороге мы зашли в Санитарное управление фронта: Куприянов просил передать ему нашу работу о стрептоциде для напечатания в каком-то новом журнале, который он собирается издавать под заглавием «Военный хирург» или что-то вроде этого.

Получив заветный штамп на моем военном билете, я побрел в ГИДУВ.

В Институт я попал часа в три. Горит электрическое освещение, но в коридоре я едва узнал Ивана Дмитриевича Аникина и Углова. Холод. Встретил И.Г. Фридлянда. Особенно меня почему-то поразил красный, толстый затылок нашего зам. директора и тусклые, увядшие глаза Ивана.

12/1-1942 г. Провели вечер с милейшим В.И. Колесовым. Василий Иванович зашел посоветоваться о работе. Пишет статью об илеусах от брожения. Пишет в буфетной комнате под разговоры и перебранку санитарок. В буфетной тепло, иногда топится плита, можно держать перо.

14/1-1942 г. Среда. Третий этаж главного корпуса занят дистрофиками. Половина травматологического отделения отведена под таких же больных. Хирургическое отделение осталось только во втором этаже и в левой половине травматологического отделения. Я не возражаю против такого сокращения, так как хирургическое отделение скончалось тогда, когда температура спустилась до 5–6°, когда операционные раны перестали срастаться и гранулировать. Последний смертельный удар был нанесен хирургическому отделению в тот день, когда перестал работать автоклав...

В палатах температура колеблется около 7–8°, еще жить можно. В лаборатории, в приемном покое жидкости замерзают. В приемном покое вчера работали при свете какого-то машинного подожженного масла. Копоть была отчаянная...

Если бы год или полтора тому назад мне кто-нибудь сказал, что такое хирургическое отделение будет существовать, я бы, конечно, не поверил, однако оно существует. Смертность среди оперированных у нас достигла 35%. Мне кажется, что это предел, однако, весьма вероятно, что я опять ошибаюсь... У одного обожженного, леченого открытым способом, врач видела замерзший на постели гной. Я тотчас же распорядился перейти на повязки.

Руки растрескались. Болят пальцы возле трещин. Болят многочисленные ссадины от колки дров. Кожа стала заскорузлой, покрывалась трудно смываемой грязью. Мою руки каждую минуту — все равно они грязные: все прокопчено буржуйкой, покрыто налетом сажи. За что ни возьмись, все в грязи. В мирное время хирурга с такими руками я не пустил бы в операционную комнату.

20/1-1942 г. Среда. Анна Александровна поддерживает работу хирургического отделения тем, что изредка стерилизует материал в бактериологической лаборатории. Пока там автоклав еще действует.

Несчастные больные. Они не согреваются под нашими чалыми одеялами. Не спасаются они от холода даже после разрешения находиться в палатах в верхней одежде, в валенках, шапках, башлыках, перчатках и рукавицах. Как я не молю нашего главного доктора об установке печурок в перевязочных — дело не двигается, все по-старому.

8/II-1942 г. Воскресенье. В прошлое воскресенье к вечеру пошел на улицу Чехова в военный госпиталь, начальником которого был Ф.А. Левитон. Госпиталь меня интересовал, потому что про него ходили слухи очень хорошие. Так на самом деле и оказалось. Тепло, уютно, хорошо кормят, порядок. Меня Ф.А. Левитон накормил на славу. После ужина я залег спать при температуре градусов в 12–14. Я чуть не завизжал, от восторга, когда попал в теплую постель, раздвинувшись почти как полагается европейцу. Утром в 9 часов без всякого опоздания собрались все врачи для утренней конференции. Уходя из этого учреждения, я мог сказать только одно: «Браво, Фердинанд Александрович. Оказывается,



Доктор медицинских наук профессор Н.Н. Самарин

что при любви к делу и большой энергии, можно и в наше время содержать госпиталь в приличном виде».

13/II-1942 г. Заведующий больничным управлением Ленгорздравотдела Н.И. Соминский огорошил меня просьбой сделать доклад о лечении ран на конференции гражданских хирургов города. О лечении ран при помощи стрептоцида я делал доклад уже два раза, предложил доклад о ранениях прямой кишки. Разговорились. Слово за словом дошли до Пироговского общества. Я предложил его воскресить. Накануне я о том же говорил П.А. Куприянову, которого я встретил на конференции военных врачей (ранения в живот). Соминский за мысль ухватился, и тотчас заработал телефон. Он связался с Ф.И. Машанским — директором Травматологического института. Завтра назначено заседание по восстановлению Хирургического общества. В заседании примут участие И.П. Виноградов, Ф.И. Машанский и я. Благое дело, может что-нибудь и выйдет.

14/II-1942 г. Первое заседание в Травматологическом институте в 1 час дня. Повестки будет печатать И.П. Виноградов и он же будет их как-то распространять. Повестка дня была назначена следующей: Н.Н. Самарин. Ранения прямой кишки, Т.Я. Эпштейн. Фолькмановские контрактуры, Административное заседание, Довыборы Президиума.

24/II-1942 г. Пришел в ГИДУВ около 4-х часов дня, ко времени, когда должна была заседать комиссия по обсуждению деталей грандиозного плана научной разработки «демографических показателей во время осады Ленинграда в 1941–1942 гг.» Тему эту придумал проф. З.Т. Френкель.

Переночевав дома, поехали в больницу им. В.И. Ленина. Ехали на грузовой машине... На углу 8-й линии, озираясь, я заметил что-то неладное: уж очень много домов без стекол. Чем ближе к Гавани, тем больше стало сосать у меня где-то в груди. Вход в больницу был неузнаваем, сторожка разворочена, дом, где была аптека — подбит, во дворе две громаднейших воронки от фугасных бомб, все стекла в доме поликлиники выбиты. В нашем здании погром меньше, но стекол тоже многих нет.

В клинике мне рассказали, что в течение 24/II в больницу было принято 87 раненых, что приезжала группа усиления, что в этой группе работала З.В. Оглобин с каким-то ассистентом, хирурги-моряки и еще какие-то гражданские врачи-хирурги. Все эти хирурги работали в разных операционных, в перевязочных комнатах, работали без усталости до 4-х часов ночи. Непонятно было, почему меня не вызвали. Я наскоро обошел некоторых наиболее тяжелых раненых... Почти весь день, с перерывами я провел в операционной, кого-то оперируя.

30/II-1942 г. Начиная с описания дня прорыва блокады Ленинграда. 18/II-1942 г. был понедельник... В это время заговорил диктор радио, вещая всему миру от Информбюро известия «В последний час». «Слушайте, слушайте, говорит Москва, говорит Москва! Сообщаем... и т.д. БЛОКАДА ЛЕНИНГРАДА ПРОРВАНА!!! Бои южнее Ладожского озера. Наши войска после упорных боев и т.д.»

Слушая диктора, я ликовал. Диктор-москвич повторил об этом три раза — я слушал с восторгом. Затем московскую передачу повторял несколько раз наш ленинградский диктор, я снова слушал. Слушал и наслаждался...

Утром 19/II-1942 г. я приехал в госпиталь № 1015, где старшим хирургом служит Г.А. Гомзяков. Госпиталь превосходный, расположен он в помещении Института акушерства и гинекологии.

В госпитале все поздравляют друг друга, чего-то суетятся. Ритмичная работа прервалась, операции отменены, так как должен быть митинг. Я со всеми пошел в большой зал. Сидели все вместе: раненые и здоровые медицинские работники. С речами выступали преимущественно раненые, и как говорили! Я сидел, как зачарованный. Особенно хорошо говорил какой-то выписывающийся капитан. В жизни я не слышал такого оратора. Он брал не краснотой голоса, но блеском безукоризненно построенных фраз, а логикой и силой убеждения.

Ничего подобного представить себе нельзя: люди стояли за кафедрой, опираясь на костыли. Одну девушку без ноги подняли на эстраду, так как она сама не могла взобраться. И вот, все эти искалеченные люди говорили и говорили! Говорили про героический город, про людей-героев, про мертвецов-героев, отдавших жизнь в борьбе, про героев-бойцов, шедших на приступ фашистских блиндажей, дотов, дзотов. Один из раненых по окончании своей речи предложил почтить вставанием память всех усопших. Может быть, я был более взволнован, чем когда-либо в моей жизни, но никогда мне не казалось это вставание столь торжественным, величественным и печальным, как в этот раз. Некоторые присутствовавшие стояли со слезами на глазах: — многие вспоминали своих близких, многие думали, очевидно, про себя, вспоминали, как они спаслись от голодной смерти, от умирания от холода и непосильной борьбы с тяготами осады. Ленинградцам было и есть, что вспоминать.

Публикуется по книге «Медики и блокада: взгляд сквозь годы». Санкт-Петербург, 1997 г.

Проблемы комплексного решения психотерапевтических задач

Споры о том, кто может, кто должен и кому дано право заниматься вопросами душевного здоровья, оказанием помощи при психологических проблемах и психических расстройствах, имеют давнюю историю. В процессе развития цивилизации вопросами психической коррекции профессионально занимались маги и жрецы, философы и священники, учителя и врачи. В течение последних ста лет свои права на участие в психокоррекционной практике стала заявлять психология. Появление новых претендентов на работу в сфере регуляции психической жизни не было с восторгом воспринято прежними «специалистами». Борьба за монополию в этой области не прекращается. Порой взаимодействие церкви, школы, лечебных учреждений и психологических служб напоминают «бои без правил». В последние годы противостояние усилилось. Приказы Минздрава о запрете психотерапевтической деятельности лицам, не имеющим специального медицинского образования, не способны регулировать процессы в сфере психокоррекционной и психотерапевтической помощи. На рынок услуг по психокоррекции и психотерапии хлынула дикая орда необразованных целителей — «магов», «экстрасенсов» от нетрадиционной медицины.

Нежелание считаться с рыночными социальными условиями вынуждает представителей старых профессиональных монополий определять одну и ту же деятельность разными понятиями. Например, психическая регуляция в лоне церкви определяется как духовничество или духовное пастырское наставничество, в системе здравоохранения — как психотерапия, а в практической психологии — как психологическое консультирование или психологическая коррекция, в системе образования — как внеклассная воспитательная работа с семьей. Все эти названия являются не более чем конспиративными паролями для выполнения одной и той же работы в разных учреждениях и социальных группах.

Какие обстоятельства заставляют людей разыгрывать этот спектакль? Причинами могут быть социально-экономические факторы, включающие сла-

бую платежеспособность населения и неразвитость сферы услуг. К этой же группе стоит отнести и противоречие между рыночной конкуренцией новых частных организаций и сохранившейся привычкой к традиционной монополии государственных учреждений на сфере практики в области психорегуляции.

Другая группа факторов определяется сложностью объекта психокоррекционной деятельности. Сложность эта детерминирована, во-первых, высочайшей индивидуализированностью и уникальностью внутреннего мира каждого индивидуума, а, во-вторых, наличием противоречия между необъятностью индивидуального мира человека и ограниченными возможностями его самопознания на данном этапе развития науки.

Представления современной медицины и академической, естественнонаучной психологии о человеке как совокупности систем организма и психических конструкторов в виде процессов, состояний, явлений и функций разрушают целостное понимание природы его бытия. Человек неразложим на отдельные взятые соматичу и психичу. Глубинное человекознание по сути своей экзистенциально и феноменологично, а потому не может быть раскрыто только традиционными экспериментальными и эмпирическими методами. Феноменологическое познание дополняет эмпирические и экспериментальные данные, обеспечивая при этом непосредственное погружение в опыт другого человека через сопереживание и принятие его состояния. Структура внутреннего мира познается посредством изучения жизненной истории человека, его генетической и психической наследственности, характера и содержания речи, сновидений и эмоциональных переживаний. Все это позволяет достичь глубинного понимания человеческих проблем и максимально приблизить академическую научную психологию к лечебной практике. Весьма актуален в сферах лечебной деятельности вопрос о подходе специалистов, разграничении их функций и задач в работе с пациентами. Традиционная форма сотрудничества, при которой ведущую роль в психотерапевтическом процессе играет врач, а вспомогательные пози-

ции занимают психологи, социальные работники и педагоги. Данная форма далеко не всегда оптимальна и правильна. Клиническая психиатрия претендует на господствующую «родительскую» позицию по отношению к психотерапии, хотя для этого у нее нет достаточных оснований. Психиатрия является естественно-научной дисциплиной и потому опирается на такие предметы, как физиология, биохимия, фармакология и другие.

Психотерапия как наука о душевном и духовном здоровье черпает свои ресурсы из гуманитарной сферы — философии, психологии, социологии, филологии, культурологии, теологии и искусства. Отсюда следует, что реальность психотерапии совершенно иная, чем у психиатрии. Однако, и психиатрия, и психотерапия имеют дело с общей клинической картиной психопатологических расстройств, что естественно требует интегрального единства естественнонаучного и гуманитарного компонентов. Таким образом, психотерапия является интегральной дисциплиной, которая пока еще не сформировалась в единую целостную науку.

В основу практической деятельности научно-исследовательской лаборатории психической адаптации были положены принцип синергетической интеграции различных научных дисциплин и принцип доминирующей нозологии дезадапционного состояния.

Первый принцип предполагает интеграцию медико-биологического, социально психологического, философско-культурологического и духовного подходов к регуляции жизнедеятельности человека. Каждый специалист в лаборатории: психиатр, психолог, педиатр, терапевт или социальный работник прошли специальный курс подготовки. Психокоррекционной практике невозможно научиться, только читая учебники и слушая академические лекции или полагаясь на свой природный дар. Курс подготовки предполагает глубокое познание и понимание своих индивидуальных особенностей. Эта программа повышает эффективность психотерапевтической работы с пациентом.

Принцип доминирующей нозологии предполагает построение стратегии вза-

имодействия специалистов с учетом специфики дезадаптирующего состояния пациента, осознания им имеющихся проблем и активности в их решении. Нозологическое состояние может определяться как патология органической этиологии (психические деструктивные изменения) или, наоборот, как психогенная патология, способствующая образованию соматических расстройств. В первом случае ведущая роль будет принадлежать врачу-психиатру или терапевту, а психолог и социальный работник займут вспомогательные позиции. Во втором случае ведущей является психотерапевтическая составляющая, коррекция которой возлагается на психолога, при поддержке врача и социального работника. Основная позиция социального работника возможна в завершающем реабилитационном цикле лечения, а также в случае психопатии с выраженными проявлениями социальной дезадаптации. В случае заболевания ребенка главная роль принадлежит педиатру, которому оказывают помощь остальные специалисты. Как правило, периодические заболевания детей сопровождаются нарушениями психоэмоционального микроклимата семьи. Патологические состояния такого рода требуют комплексного психотерапевти-

ческого воздействия специалистов различного профиля.

Тактика распределения ролевых позиций в лечебной бригаде определяется степенью осознанности пациентом тяжести своего заболевания и комплексом его самооценки и самоотношения. Так, в случае проявления анозогнозии или негативно разрушительного, агрессивного отношения к себе при любом виде заболевания первый этап работы вышолняет психотерапевт с медицинским или психологическим образованием. Немаловажным аспектом стратегии групповой работы с пациентом является учет его предпочтений в выборе того или иного специалиста.

Фактором успешности работы лечебно-профилактической бригады специалистов является их максимальное взаимопонимание, единство взглядов на имеющуюся проблему и благожелательный эмоциональный микроклимат. Данное положение достигается благодаря индивидуальной независимости мнения каждого специалиста, консилиумной выработке общей стратегии лечебного или профилактического курса и оптимальному распределению ролевых позиций при работе с пациентом.

А.В. Осницкий



Клинический анализ работы с пациентом.

Гендерное гражданство в Советской России — практики аборт

Продолжение. Начало в № 11 (36) и № 2 (38)

Криминализация аборта и навязанное гражданство «работающей матери»

Второй этап гендерного гражданства (30-е—середина 50-х гг.) исследователи называют тоталитарной андрогинией. Начало этого периода соответствует первым пятилетним планам индустриализации и коллективизации, а завершился он официальной декларацией, согласно которой женский вопрос в СССР был решен. Для нас символические границы этого периода — 1936 г., когда аборт был запрещен, и 1955 г., когда медицинский аборт был вновь легализован.

30-е годы считаются периодом репрессивной политики в сфере сексуальности и репродуктивных прав, временем «великого отступления» от революционной семейной политики. В официальной риторике отчетливо прослеживается прославление материнского долга женщины перед обществом и государством. Даже производственные функции и общественная активность женщины преподносятся как дериват их материнской роли. Организованные домохозяйки осуществляют Поход за чистоту в общежитиях и рабочих бараках. Женщины начеку контролируют быт детей в семьях рабочих (кампании 1935–1936 гг.). Материнство оказывается основной категорией в дискурсе о семье и гражданском долге женщины-работницы.

Осуждение свободной любви сопровождается прекращением агиткампаний по воспитанию «половой гигиены», табуированием темы сексуальности и репрессивными мерами контроля рождаемости и сексуального поведения. Формируется поколение, для которого характерно умалчивание интимного опыта, преподносимое как добродетель. В 1936 г. Постановлением ЦИК и СНК СССР были запрещены аборты. За совершение аборта врач карается сроком

лишения свободы от трех до пяти лет или осуждается к исправительно-трудовым работам. Женщины, которые отказываются сотрудничать с властями, и не называют имени врача, сделавшего аборт, также караются лишением свободы на срок до пяти лет. Одновременно предоставляются льготы многодетным и одиноким матерям, расширяется сеть родильных домов, яслей и детских садов, усиливается уголовное наказание за неплатеж алиментов, ужесточается процедура развода, позднее (1944 г.) делегитимизируются фактические браки, запрещается установление отцовства внебрачных детей. Все эти меры направлены на укрепление официальных браков, организованных вокруг принудительного материнства советских гражданок.

Указ о запрещении абортов предвещал мощную агитационную кампанию в советских СМИ, прежде всего, в женских журналах («Работница», «Крестьянка» 1935–36 гг.). В ходе кампании осуждалась абортная культура контроля рождаемости, прочно утвердившаяся к тому времени; массовые разводы, сексуальная распушенность, уклонение отцов от уплаты алиментов. В названных изданиях разные категории экспертов — врачи-гинекологи и многодетные матери, партийно-профсоюзные деятельницы и ударницы труда, матери-одиночки и повторно вступившие в брак женщины — все в один голос осуждали аборт как операцию, ведущую к трем видам катастрофических социальных последствий: разрушению семьи; бездетности, свидетельствующей о нарушении женщиной ее гражданского долга; личному несчастью женщины, не удовлетворившей свой материнский инстинкт. Пропаганда материнства выражается в массовых лозунгах на плакатах того времени: «Здо-

ровая женщина должна быть матерью», «Материнство — не бремя, а радость».

Даже в случае ухода мужа или его нежелания иметь ребенка женщине предлагалось воздержаться от прерывания беременности, поскольку в этом случае обязанности материального обеспечения материнства и детства берут на себя трудовой коллектив и советское государство.

27 мая 1935 г. в «Правде» опубликована статья врача М. Малиновского «О громадном вреде абортов». В ней отмечаются разрушительные последствия абортов для здоровья женщин (фиброза матки как следствие аборта), массовость абортов, значимость государственной задачи роста народонаселения. Статья в главной газете партийного агитпропа инициирует дискуссию в СМИ. Так, в журнале «Работница» предзаказом фабрики им. Фрунзе в статье «Я против абортов» отмечает, что поддерживает запрещение абортов, «потому что стране нужны люди, а ребенка вырастить не так быстро, — он должен расти до совершеннолетия». В ходе дискуссии противопоставляются взгляды «отдельных работниц», которые отказываются от деторождения по экономическим причинам, позиции передовых советских гражданок. Авторы подчеркивают оздоравливающую роль материнства: «Когда я рожаю, то становлюсь здоровой, а когда делаю аборты — болею». При этом корреспонденты журнала отмечают, что «работе дети не помеха». Если в результате абортов больная женщина может лишить себя и самостоятельного заработка, и счастья материнства, то материнство и общественно-полезная деятельность как бы стимулируют друг друга. Одна из корреспонденток пишет: «... Несмотря на то, что у меня была ежегодная беременность, я не бросала общественную

работу, комсомол, антирелигиозную работу. Как общественница я имела преимуществ в обслуживании моих детей. Ясли, детский сад... Муж помогал в том, что брал детей из яслей и детского сада и кормил их вечером. Но ему это надоело, и он поставил вопрос: или семья, муж, — или партия и общественная работа. Я сказала: «партия». Муж начал пить, гулять с другими женщинами, даже приводил их домой... Я ушла от мужа, он платит алименты». («Работница» № 17, 1935 г. с. 12).

Мать восьмерых детей пишет: «Я не советую женщинам делать аборты. Лучше родить. Роды приносят женщине здоровье, бодрость, повышенную энергию в работе. Дети дают счастье и родителям и Родине. Я думаю, что мои дети принесут немало пользы своему отечеству во главе с нашим вождом тов. Сталиным И.В.».

Официальный дискурс утверждает, что гражданская доблесть женщин заключается в материнстве: «В нашей стране женщина-мать — это самый почетный человек. В росте численности нашего населения мы видим источник умножения богатства страны, потому что «из всех ценных капиталов, имеющихся в мире, самым ценным и самым решающим капиталом являются люди, кадры». При этом отмечается, что закон 1920 г., сыграв большую роль в охране здоровья женщин, способствовал росту количества абортов. Директор роддома им. К. Цеткин пишет: «Легкость получения направления на аборт создала у женщин представление о безвредности этой операции». Эксперты «Работницы» отмечают, что «искусственный аборт является операцией, крайне опасной даже в руках опытного и добросовестного хирурга. Основное последствие абортов — бесплодие, которое представляет собой не только личное горе. Это соци-

альное бедствие. В целом рост абортов ведет к падению рождаемости... Поскольку советское население становится «зачиточным», социальные показания для прерывания беременности исчезают. Это создает благоприятные условия для «радного материнства».

Участники пропагандистской кампании противопоставляют социальный смысл запрета на аборты на Западе и в СССР. На Западе «запрещение абортов — это издевательство. Там безработица, нищета, рост детской смертности, фашизм». Напротив, «нашей стране нужны люди, чтобы строить новое социалистическое общество, новую радостную жизнь. Женщина призвана, наряду с общественной работой, воспитывать наших детей».

В дискуссии обсуждаются различные категории женщин, обращающихся за направлением на аборт. Часть из них настаивают на аборте «без всяких оснований». Не менее возмущительно, когда женщина требует операции только потому, что у нее уже есть один ребенок. В 1936 г. проходят Всесоюзное и ряд локальных совещаний по работе среди женской молодежи. В речи Н.К. Крупской, озаглавленной «Усилим идейно-политическое воспитание женской молодежи», отмечены пережитки некультурности в быту и задачи воспитания материнства. «Материнский инстинкт дает много радости женщине. В этом инстинкте нет ничего плохого. Мы считаем материнский инстинкт великой движущей силой, но, с другой стороны, мы никогда не будем женщину ограничивать только воспитанием детей. Мы не будем ее отрывать от широкой общественной жизни».

(Продолжение следует)

Е.А. Здравомыслова

Ленинградский ГИДУВ в годы Великой Отечественной войны

К 120-летию СПбМАПО

Продолжение. Начало на стр. 1.

Уже 2 июля 1941 года во исполнение постановления Совета Народных Комиссаров СССР «О всеобщей обязательной подготовке населения к противовоздушной обороне» были организованы группы из всех сотрудников, с которыми ежедневно проводились двухчасовые занятия. Впоследствии эти группы сыграли важную роль в ликвидации последствий бомбежек и пожаров.

Институт, как и все высшие учебные медицинские учреждения, подлежал эвакуации. Часть оборудования и имущества была вывезена в Новосибирск. Однако в дальнейшей эвакуации была преграждена, и Ленинградский ГИДУВ все годы войны функционировал

как учебное, научное и лечебное учреждение. Институт и его сотрудники пережили вместе с городом все тяготы 900-дневной блокады Ленинграда.

В течение всей войны, вплоть до полного снятия блокады 27 января 1944 года, институт подвергался бомбежкам и артиллерийским обстрелам.

Заведующий кафедрой эпидемиологии профессор А.А. Садов, живший на территории института и умерший от голода в 1942 году, вел записи о бомбежках и обстрелах. 1 октября 1941 года, на 101-й день войны на наш институт падали бомбы; интенсивная бомбежка была 9 сентября, когда на территорию института было сброшено 60 зажигательных бомб. На чердаках вспыхнули пожары, которые были быстро потушены сот-

рудниками института — членами пожарной команды службы местной противовоздушной обороны.

В том же месяце были разрушены помещения патологоанатомического корпуса, позже пострадали актовыв зал, операционная и другие помещения клиники неотложной хирургии, здание поликлиники. В электрокардиографическом кабинете 1-й кафедры терапии была оборудована операционная. Больные лежали в конференц-зале, в кабинете санитарно-химической защиты, в помещениях углового здания. Во время обстрела 21 апреля 1943 года погибли 2 сотрудника и 5 находившихся на лечении раненых моряков. В пожаре погибло все оборудование кафедры биохимии.

Еще в сентябре 1941 года были повреждены водопровод, электрические сети. Прекратилась подача воды, освещения, не работала канализация.

Помещения института были оборудованы печами-буржуйками. На топливо разбирали аттракционы в Таврическом саду, деревянные дома на Охте и даже на Васильевском острове. Сотрудники приносили из дома примусы и на остатках керосина кипятили воду, которую добывали либо из замерзшей Невы, либо из лопнувших труб на Невском проспекте. Помещения освещались коптилками. Резко уменьшились нормы выдачи продуктов. Наступил голод, от которого до начала 1942 года умерли 54 сотрудника института. Уже в 60-е годы сотрудница, работавшая в годы блокады буфетчицей, вспоминала, как доцент Ф.Г. Углов, в последующем академик и лауреат Ленинской премии, говорил: «Маша, дай мне хоть

немножечко кашки, ведь я всю ночь оперировал».

Ветеран труда Р. Вульф вспоминает: «В палатах было так холодно, что когда я пришла в первый раз, Ф.Г. Углов посоветовал мне надеть халат поверх пальто, а шапочку — на головной убор... В коридоре и в палатах все окна были забиты фанерой. Отопительные батареи были холодны как лед. Электроэнергии в госпитале, как и во всем городе, не было. У каждой медсестры на посту днем и ночью горела «усовершенствованная» коптилка — маленький пузырек от лекарств, наполненный 3–5 г керосина, фитилек из ниток, вдетый в проволочную подставку, и пробирка вместо стекла. При таком свете медицинские сестры заполняли истории болезни раненых, выполняли назначения лечащих врачей. Раненых обкладывали бутылками с горячей водой, полученной из снега».

По воспоминаниям Д.С. Линденбрата, «в рентгеновских кабинетах было холодно и сыро. ...из-за недостатка электроэнергии они освещались тусклым светом самодельных коптилок. Фотолаборатории вышли из строя. Вся жизнь сосредоточилась у обслуживающего больных рентгеновского аппарата. Здесь же проявляли и сушили пленки. Тут же, в этой комнате, во многих случаях ютились персонал кабинета... Больные исследовались в верхней одежде. Иногда поверх еще имелось одеяло или теплый халат. Рентгенолог вел прием в теплой верхней одежде, шапке, валенках, нередко в зимних перчатках».

Однако несмотря на огромные трудности и лишения работа в институте



«Под сенью развесистой клюквы в Ленинградском огороде. 10 августа 1942 г.» С.А. Рейнберг.

продолжалась. Обучение врачей было подчинено задачам военного времени, такое же направление приобрели и научные исследования.

Работа института широко освещалась в печати. Мы приводим здесь полностью статью члена-корреспондента Академии наук СССР, заслуженного деятеля науки, профессора Н.Н. Петрова, опубликованную 22 мая 1942 года в газете «Ленинградская правда», в которой дан анализ работы института за первый год войны.

По материалам книги «Ленинградский институт усовершенствования врачей (1917–1994)». Санкт-Петербург, 2002 г.



Актовый зал ЛенГИДУВа после обстрела, 1942 год.

Военная хирургия в городе-фронте

Ленинград, как ближний тыл, во время боев с белофиннами в 1939–1940 гг. накопил в своих лечебных учреждениях обширный военно-хирургический опыт. Опыт этот использован и расширен в небывалых размерах в период Отечественной войны.

Среди различных видов оружия, взаимодействие которых необходимо для победы, своеобразная и крупная роль принадлежит оружию хирургическому. Чем лучше поставлена хирургическая помощь, тем выше боевая способность армии. Отсюда и громадная роль хирургии в войне, роль, созданная человечеством еще на заре его культуры, когда лечение бытовых и военных ранений заложило первые основы медицины.

Теперь, когда мы находимся уже в конце второго полугодия войны, представляет несомненный общественный интерес познакомиться широкие круги населения с тем, что сделано в нашем боевом великом городе для умножения и оттачивания хирургического оружия. Конечно, еще не настало время для подведения итогов, но наглядное, хотя, разумеется, далеко не полное, представление о проделанной работе может дать лежащий

перед нами отчет Ленинградского государственного ордена Ленина института усовершенствования врачей имени С.М. Кирова. Институт и в военных условиях сумел широко развернуть лечебную, учебную и просветительную деятельность.

Ведущий персонал хирургических кафедр института почти полностью остался для работы на своих местах.

Благодаря сохранению основных кадров старых преподавателей хирургии институту удалось наладить лечебную работу с учетом всего опыта недавних военных столкновений и провести курсы повышения квалификации врачей по хирургии в чрезвычайно широких масштабах. За первые шесть военных месяцев — с июля по декабрь 1941 года — курсы первичной специализации по хирургии прошли свыше тысячи врачей — военных и гражданских. Несколько циклов преподавания хирургии врачам продолжались нормально: 2,5–4 месяца. Ряд кратковременных циклов преподаватели института провели без отрыва врачей-слушателей от их работы в госпиталях города-фронта и в войсковых медико-санитарных учреждениях. Некоторые циклы посвящены были отдельным вопросам из области

военной медицины: переливание крови, транспортная иммобилизация, поражения боевыми отравляющими веществами. Циклы лекций и занятий по подаче первой хирургической помощи организованы были и для врачей других специальностей — преподавателей самого института, а также для врачей, например, для группы руководящих работников, для группы педагогов-биологов, преподающих в средних школах, для медсестер. Руководящие преподаватели института проводили и проводят систематические консультации, а по временам и показательные операции в госпиталях.

Кроме квалифицированных преподавателей к делу усовершенствования медицинских кадров привлечены были и отдельные работники из числа среднего медицинского персонала. В первую очередь следует назвать самоотверженную труженицу Л.Н. Курчавову, старшую операционную сестру с более чем 25-летним стажем. Уже много лет врачи-курсанты обращаются к ней письменно и лично за практическими указаниями по вопросам стерилизации материалов и инструментов. Тов. Курчавова осуществила неоценимую работу по переквалификации медицинских сестер для подготовки нового контингента операционных сестер. Курчавова сумела передать им знания, навыки, понимание дела и любовь к нему, обеспечивающие драгоценную помощь оперирующим хирургам.

Научная работа института по военной хирургии нашла отражение в отдельных исследовательских работах, в кратких монографиях и руководствах. Для научных конференций института были представлены результаты исследовательской работы как по общим вопросам хирургии военных ранений, так и по вопросам распознавания и лечения поврежденной отдельными частями тела. Из вопросов общего характера наибольшее внимание привлекали задачи борьбы с инфекционными осложнениями при ранениях. Профессор Самарин сообщил о результатах лечения ран стрептококком — советским препаратом, аналогичным иностранным пре-

паратам различных наименований. Доцент Колоднер и профессор Каган рассказали на конференции о лечении ран окислителями.

Кроме перекиси цинка, рекомендованной американцами и впервые приготовленной у нас в одной из лабораторий института доцентом Рачинским, доклады использовали приготовленный тем же химиком препарат перекиси магния и убедились в эксперименте и клинике в действительной пользе окислителей при раневых инфекциях, в особенности при наличии в ранах анаэробных бактерий.

Профессор Козловский продемонстрировал оригинальную методику и хорошие результаты лечения ран «одымлением», «фумигацией», т.е. окуриванием дымом сгорающих деревянных щепок. Профессор Петров и ассистент Чечулин ознакомили с экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями над действием различных раневых бальзамов, особенно бальзама сибирских пихт, который, по-видимому, может с успехом заменять издавна прославленный дорогой импортный препарат — раневой перувианский бальзам.

Бактериологическая диагностика некоторых раневых инфекций была освещена в выступлениях профессора Белоновского, доцента Розенберга, Лисянской, Розенфельда, Копакковой. Все эти сообщения указывали пути к ускорению и уточнению распознавания тяжелых форм заражения ран, где ранняя диагностика облегчает правильное решение.

Из вопросов военной хирургии отдельных частей тела были изучены вопросы рентгенодиагностики огнестрельных ранений живота (профессор Рейнберг) и черепа (доцент Гольдштейн), лечения ранений черепа и мозга (профессор Бабчин и доктор Штольц), невропатологической диагностики ранений головного мозга (профессор Вайнберг) с учетом симптомов со стороны вегетативной нервной системы и внутричерепного давления, изменяющегося не только в сторону повышения, но иногда и в сторону понижения, что должно



Профессор Н.Н. Петров

быть строго учитываемо при назначении лечебных процедур.

На основе новых военно-хирургических наблюдений преподаватели института подготовили краткие монографии по диагностике огнестрельных ран органов живота (профессор Рейнберг) и ранений черепа и мозга (доцент Гольдштейн), по вопросам лечения переломов бедра (профессор Казакевич), иммобилизации при переломах длинных костей (профессор Эльяшев), по анаэробной инфекции (профессор Каган). Переработано для нового издания и сдано в печать практическое руководство о лечении ран на войне под редакцией профессоров Петрова и Куприянова.

Все это, конечно, не исчерпывает, в только иллюстрирует огромную медицинскую деятельность, проводимую в нашем городе-фронте.

И не может быть большей награды, чем сознание, что все наши знания, силы, внимание и заботы отданы героям — борцам за свободу и независимость нашей Родины, за прогресс и счастье всех народов земли.

Профессор Н. Петров
заслуженный деятель науки,
член-корреспондент
Академии наук СССР



Профессор И.Г. Фридлянд с группой врачей-курсантов, 1942 год.

Праздники Великого поста

В апреле, во время Великого поста православная церковь отмечает два праздника — Благовещение Пресвятой Богородицы и Вербное воскресенье.

Благовещение входит в число великих (дванадцатых) праздников церкви.

Его отмечают 25 марта (7 апреля по новому стилю) в память о сообщении архангелом Гавриилом Деве Марии благой вести о грядущем рождении Иисуса Христа. У древних христиан он носил различные названия: «Зачатие Христа»,

«Благовещение о Христе», «Начало искупления», «Благовещение Ангела Марии», — и только в VII в. ему было присвоено имя «Благовещение Пресвятыя Богородицы». Установление этого праздника принадлежит самой глубокой древности. Св. Афанасий (IV в.) называет Благовещение первым в ряду праздников и особенно почитаемым, так как он знаменует начало спасения людей. В V и VI веках из-за ересей, унижавших лицо Богородицы и искажавших догмат о воплощении Иисуса Христа, церковь особенно возвеличила торжество этого дня. По объяснению древних христианских писателей, в основании обычая праздновать Благовещение 25 марта (7 апреля) лежит церковное предание, что именно в этот день произошло воплощение; к тому же, эта дата стоит в естественном соответствии с 25 декабря (7 января) — Рождеством.

Благовещение совпадает с началом весны. Считается, что в этот день Бог благословляет землю и все живое. В фольклоре Руси образ Богородицы сближается с образом Матери-земли, поэтому освященную в церкви на Благовещение просфору хранили дома и при первом себе привязывали к селке с зерном, чтобы был хороший урожай. В связи с исключительным значением праздника строгие предписания Великого поста в Благовещение ослаблялись — можно было употреблять в пищу рыбу и постное масло. Помимо приготовления разных рыбных блюд, в этот день традиционно пекли пироги с рыбой. В народной традиции праздника была и выпечка булочек в форме птичек — «жаворонки», «голубки» и др. К Благовещению приурочен и обычай выпускать на волю изловленных птиц. Этим отмечается приход весеннего тепла и всего доброго в мире.

Вербное воскресенье, или Вход Господень в Иерусалим отмечается в последнее воскресенье перед Пасхой (в этом году — 24 апреля). В основе праздника лежит евангельский рассказ о входе Иисуса Христа с учениками в Иерусалим и посещении Иерусалимского храма, откуда он изгнал менял и торговцев. Начало праздника восходит к глубокой древности. Древ-



Рембрандт. Изгнание торгующих из храма. 1626 г.

нейшее указание на него встречается в поучении Мефодия Патарского (III в.). От обычая употреблять в этот день ваии (ветви финиковой пальмы) он и называется Неделью «Ваий», «Цветоносия», «Цветоносною» или «Цветною», а в просторечии — «Вербным воскресеньем». Ваии у нас заменяют вербами, так как у них раньше других деревьев распускаются почки.

Традиционно христиане хранят освященные вербы в течение целого года,

украшая ими иконы. Вплоть до нашего времени в некоторых областях сохраняется обычай вкладывать освященные в праздник вербы в руки умерших. С древности народ приписывал вербе особую силу: с ее помощью крестьяне пытались оградить себя от болезней, защитить скот от порчи, хищников, злых людей и духов.

Дарья Лагутина



Царские врата. Храм св. царицы Елены (СПбМАПО, 1998).

Объективна ли история? Врачи-труэнты и историческая наука

Продолжение. Начало в № 3 (39)

В нашей коллекции врачей, прославившихся вне медицины, выделен класс 4 — «Историки и археологи», в котором систематизированы материалы о врачах-историках разных эпох и стран.

Принадлежит ли принадлежность этих историков к медицине объективность исторической науке или, наоборот, снижает ее?

Попытаемся ответить на этот вопрос после рассмотрения вклада, который внесли в историю некоторые из врачей-труэнтов.

Восемь веков отделяют нас от одного из видных историков прошлого — Абульфараджа (1226–1286), которого называли также Григорий Иоанн Бар-Эбрей, и судьба которого сама по себе может быть сюжетом захватывающего приключенческого романа.

Будущий врач и историк Абульфарадж родился в Армении и, как и его отец, еврей, принял христианство. Изучавший с раннего детства философию, медицину и теологию, Абульфарадж уже в 20-летнем возрасте становится епископом в Алеппо (ныне Халеб, Сирия), а еще через 20 лет (1266) доктор Абульфарадж уже глава (мафриан) христиан-якобитов и монофизитов, исповедовавших византийское христианское учение о единой природе всего сущего — эклетики смеси армянской, коптской, эфиопской и сирийской христианских церквей. В частности, по учению монофизитов, божественное начало в Христе было поглощено человеческим (такое считалось возможным 2000 лет назад, но задуматься бы над этим тезисом нашим современникам!).

Абульфарадж, знавший множество языков, был горячим поклонником другого врача-труэнта — Авиценны (980–1037), многолетний Канон которого, написанный по-арабски, он перевел на другие языки, и именно по этим принципам лечил больных и учил будущих врачей. Подобно другому своему предшественнику — Маймониду (1135–1204), врачу-труэнту, который мо-

жет считаться идеологом психосоматической медицины, Абульфарадж также придавал большое значение психологическому контакту с больным. Именно Абульфараджу приписывают такой афоризм — обращение врача к больному: «Нас трое: ты, я и болезнь. Если ты будешь на моей стороне, нам будет легче одолеть ее одну. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один едва ли смогу одолеть вас обоих».

Основное наследие Абульфараджа, — это его труды по истории. Собрание своих трудов по светской истории он назвал «Историей династий». В нем содержатся творчески переработанные материалы не только о правителях разных стран и народов, включая Чингисхана, но также история астрономии, медицины и других разделов науки (и это не считая отдельных, написанных Абульфараджем книг по лингвистике, математике, астрономии — например, «Общий свод астрономии»).

В отличие от существовавших до него трудов по истории, отражавших в большей степени славословие или хулу правителям, «История династий» Абульфараджа — это систематизированный свод материалов по истории народов и стран.

Специалист по многим языкам (а ему принадлежат и труды по грамматике арабского и других языков), Абульфарадж писал и светскую «Историю династий», и параллельно труды по истории религии на разговорном арабском языке, на котором говорила большая часть паствы и больных мафриана (епископа) и доктора Абульфараджа.

Проблемы этики и законы Абульфарадж изложил в «Кормчей книге», отражающей главным образом вопросы церковного права, а в «Книге голубя» — правила и принципы жизни, которых должны придерживаться монахи-отшельники.

Специальная «Книга этики» Абульфараджа — это проповедь аскетизма (таковы же его ранние стихи и элегии), хотя доктор, священник и историк Григорий

Иоанн Бар-Эбрей Абульфарадж сам едва ли был аскетом. По крайней мере, его книга «Смешные рассказы», написанная уже в достаточно пожилом возрасте, позволяет усомниться в аскетизме ее автора. В Лондонском издании этой книги приведены веселые истории, иногда с такими подробностями, которые невозможно почерпнуть из книг и даже узнать из исповеди прихожанок и прихожан. Из 20 глав этой книги одна посвящена врачам, но чувствуется профессиональная принадлежность автора: эпизоды с врачами есть почти в каждой главе книги. Когда этот человек успевал обдумать все, о чем читал и писал (а он опубликовал около 30 книг!), да еще и проверить на практике, — можно только удивляться! Или такие люди возникали лишь в глубокой древности?

Есть, однако, подобные примеры и более близкие к нашему времени.

Врачи, изучавшие историю своих стран Ионас Басанавичус (1851–1927) начал учиться на историко-филологическом факультете московского университета, но закончил медицинский факультет этого университета в 1879 г. и четверть века работал в Болгарии окружным врачом, где впервые создал полное медико-санитарное описание Болгарии.

Все годы пребывания в Болгарии доктор Басанавичус боролся за национальную самобытность Литвы, изучал историю, фольклор и литературу литовского народа. Занимался его политической организацией, чтобы когда-нибудь восстановить Литву как государство. Еще в 1883 г. он основал первую литовскую газету «Аушра», издававшуюся за границей и нелегально распространявшуюся в Литве.

Вернувшись в Литву в 1905 г., И. Басанавичус уже в 1907 г. создал первое в Литве научное общество, председателем которого оставался многие годы. В 1919 г. появилась суверенная Литовская буржуазная республика, и у истоков ее организации стоял врач Ионас Басанавичус.

К созданию этой республики И. Басанавичус шел через глубокое изучение истории, этнографии и языка литовского народа. Его фундаментальные труды по древней и средневековой истории Литвы сопровождалась специальными исследованиями по литовскому языку и фольклору. Эти исследования вылились в 300 публикаций по истории, археологии и этнографии, в том числе 4 монографии по истории и фольклору Литвы, а также 9 томов народных сказок и песен. И. Басанавичус участвовал в создании грамматики современного литовского языка, и интересно, что эта грамматика оказалась результатом совместного творческого поиска с другим врачом-труэнтом — Винцасом Кудиркой (1858–1899), автором музыки и текста первого литовского гимна.

Портрет Ионаса Басанавичуса имеется на аверсе литовской серебряной монеты в 5 литов, отлитой в 1936 г., когда доктор Басанавичус уже умер.

На ребре этой монеты выгравирована надпись: Благо народа — твое благо. Не так уж много врачей удостоилось изображения на монетах, автору этой работы известны только 16 таких врачей, и два из них — врачи, прославившиеся как историки.

Врачей, создававших историю и историографию своих стран, подобных И. Басанавичусу, в нашей коллекции немало. Го Мо-жо (1892–1978) получил медицинское образование на медицинском факультете Токийского университета, где в 1923 г. стал доктором медицины. Однако родился, жил и умер он в Китае, где изучал и создавал историю этой страны и даже участвовал в управлении ею.

Собиратель народных песен Китая, он, как и И. Басанавичус, увлекся серьезными этнографическим, археологическим и историческим изучением своей страны, и будучи в вынужденной эмиграции в Японии, и вернулся в Китай. Труды по истории привлекли к нему внимание политиков и китайского народа. Сначала он вел поли-

тическую работу в армии при правительстве Гоминьдана, но затем перешел на сторону компартии Китая.

После этого карьера Го Мо-жо была стремительна: в 1949 г. он уже президент Академии наук Китая, в 1954 — заместитель председателя Постоянного комитета Всекитайского собрания народных представителей, в 1969 — член ЦК КПК. Он становится Председателем Китайского Совета мира, вице-президентом Всемирного Совета мира и лауреатом Международной Ленинской премии за укрепление мира между народами.

Го Мо-жо оставил большое литературное наследие — стихи, прозу, драматические произведения, литературоведческие работы, переводы художественной литературы (Л. Толстой, В. Маяковский, И. Гете и др.), философские работы.

Трудно сказать, что было главным в карьере доктора Го Мо-жо — исторические и этнографические изыскания, художественные произведения, политика или что-то еще. Во всяком случае, медицинская деятельность не была главной в его повседневных трудах и наследии. Не вполне ясна и его искренность в коммунистической пропаганде по китайскому образцу, тем более, что он пришел в компартию из гоминьдана.

В Пекине, в доминке, где он жил последние полтора десятка лет и умер, ныне открыт Музей Го Мо-жо. В списке пекинских музеев он расположен между музеем китайской революции и Музеем евнухов. Почему так — автору этой работы не известно.

А.П.Зильбер

(Из книги «Актуальные проблемы медицины критических состояний» вып. 10, Петрозаводск, 2003 г.)