



Учредитель Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

## С наступающим Новым годом!

**Высокоцитимые члены профессорско-преподавательской корпорации!**

**Дорогие братья и сестры!**

Преисполняясь радостью о рождении Спасителя нашего Иисуса Христа, сердечно поздравляю вас с приближающимся Рождеством Христовым и Новолетием!

Да будет светлый праздник Рождества для всех радостным и мирным, созидающим в нас твердую веру, искреннюю любовь и непоколебимые надежды. Да дарует Рождящийся Господь всем в наступающем Новолетии здоровье и живительные силы в вашем, столь нужном людям, труде.

С Рождественскими благопожеланиями,

**Архимандрит Назарий (Лавриненко),**

Благочинный монастырей и подворий Санкт-Петербургской Епархии, наместник Свято-Троицкой Александро-Невской Лавры



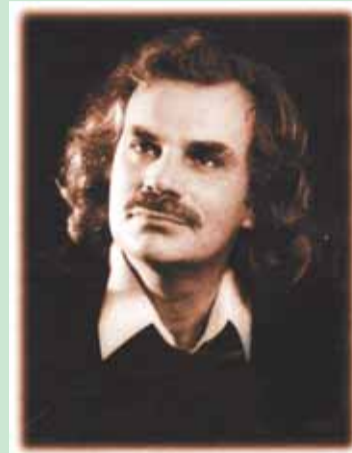
**С Новым годом, уважаемые коллеги!**

Я не оговорился, мы делаем одно дело — лечим людей: врачи — тело, писатели и поэты — душу. Пусть в наступающем году нам сопутствует успех, а заслуженная слава ГИДУВа-СПБМАПО еще более упрочится.

Желаю вам плодотворных трудов на благо медицинской науки и врачебной практики. Вера, надежда и любовь да не покинут вас никогда!

**Евгений Раевский,**

президент Академии русской словесности, председатель Правления Российского межрегионального Союза писателей



Уходящий год был богат событиями. Однако особое место среди них занимают два юбилея, объединенные цифрой 100.

## 100 лет педиатрии в СПбМАПО

Я всегда уважал звание врача и как мог старался развивать и поддерживать уважение к нему общества, и я пришел к убеждению, что успех его деятельности зависит всецело от уважения к нему и уважения врачей друг к другу

**Карл Андреевич Раухфус**

Преподавание детских болезней в Клиническом институте Великой княгини Елены Павловны началось с осени 1885 г. Для занятий с врачами по педиатрии были приглашены доктор медицины: Владимир Николаевич Рейтц — директор Елизаветинской

больницы для малолетних детей (в будущем — городская больница им. Л. Пастера) и Карл Андреевич Раухфус — директор детской больницы принца Петра Георгиевича Ольденбургского (ныне — детская городская больница № 19 им. К.А. Раухфуса).

В 30-е годы XIX века, во многом опережая страны Западной Европы, в России стали строить детские больницы. В 1834 г. «на частные средства и благотворительные пожертвования» в Санкт-Петербурге была открыта первая в России и вторая в мире детская больница — Николаевская; в 1842 г. — клиническая больница для малолетних (до 4 лет) детей — Елизаветинская. Третьим крупным педиатрическим центром в столице Российской империи стала детская больница принца Петра Георгиевича Ольденбургского, которая по планировке, внутреннему устройству, обилию воздуха, света и, главное, по своей организации была признана лучшей детской больницей в мире. В 1878 г. она была удостоена высшей награды — Большой золотой медали на Брюссельской международной выставке.

Больница принца П.Г. Ольденбургского, руководимая К.А. Раухфусом, была крупным центром научной медицинской мысли того времени. К.А. Раухфус широко открыл двери своей больницы для слушателей Императорского клинического института, желающих усовершенствовать свои знания в области детских болезней. Он сам читал земским врачам практический и теоретический курс по разным разделам педиатрии, проводил клинические обходы, знакомил с новыми методами обследования и лечения детей.

В этих уникальных условиях на базе больницы в 1904 г. была создана кафедра педиатрии при Императорском клиническом институте. Начался путь длиной в сто лет.

**Ученый совет и Администрация СПбМАПО поздравляют педиатров с этим юбилеем!**



Сотрудники кафедр педиатрического факультета СПбМАПО, 2004 год.

## Академик РАМН Федор Григорьевич Углов

Эта маленькая статья — не просто поздравление с круглой датой выдающегося человека. Мало кого нам удастся поздравить со 100-летием. Но удивительна даже не столько цифра, сколько сам этот столетний Человек, — Федор Григорьевич Углов, его ясный ум, бесконечно доброе сердце, чувство юмора, светлая улыбка и удивительные руки, руки, которые спасли жизнь тысячам человек. 100 лет далеко не легкой, но яркой и удивительной жизни, отданной спасению людей, 75 лет работы со скальпелем в руках. Он еще и сегодня оперирует. Несмотря на солидный возраст, работает с раннего утра, обливаясь холодной водой, зимой ходит на лыжах.

Может быть, этот человек знает секрет вечной молодости? Думаю, дело не только в здоровом образе жизни, есть тут и Божье благословение на такой труд, и благодарность за то, что всю жизнь отдал призванию, не думая о себе, и все, что имел — это искусные руки и чистая душа, сострадательная к чужой беде, и, конечно, молитвы поставленных им на ноги людей...

Федор Григорьевич родился в небольшом городке на берегах Лены, откуда, почти как Ломоносов, на лодках, лошадах и пешком добирался в Иркутск учиться на врача. Финская кампания, госпиталь в блокадном Ленинграде, ты-

сячи часов у операционного стола, упорная научная работа.

Многие операции он делал впервые или одним из первых — на легких, сердце, пищеводе, сосудах... Трудности увеличивали настойчивость, помехи закаляли волю. Ошибки служили уроком на будущее.

Профессия хирурга сурова по своей природе — связана с травмой, кровью, болью, а на чужую боль может лишь отозваться лишь доброе сердце. «Хирург должен иметь глаз орла, силу льва, а сердце женщины», — таков эпиграф к книге «Сердце хирурга» Ф.Г. Углова.

В краткой статье рассказать об этом человеке — задача невыполнимая, пришлось бы ограничиться перечислением званий, наград и некоторыми датами. Поэтому позволю себе процитировать самого Ф.Г. Углова, фрагменты его интервью, которое он дал по поводу своего юбилея. Живые штрихи подчас дают знать о человеке больше, чем любая официальная биография.

Самым ценным человеческим качеством Федор Григорьевич считает доброту.

Самым отталкивающим — невежество, когда люди не разделяют добра и зла.

Больше всего боится в жизни — сделать неприятность человеку.

Самое любимое место на земле — город Кенес, где он родился.

Если бы не стал врачом — был бы педагогом.

Любимое занятие помимо профессии — книги, очень любит читать. Любимые писатели — Пушкин, Лермонтов, Толстой, Чехов, но больше всего любит стихи, многие стихи знает наизусть и читает, замечу, замечательно — своим мягким голосом, чуть с хрипотцой и даже в голосе угадываемой улыбки.

Любимым композитором называет Чайковского, а из его произведений — оперу «Евгений Онегин».

Руки Федора Григорьевича Углова — основа легенд. Те, кто с ним работает



Академик РАМН Ф.Г. Углов.

многие годы и наблюдает его за операционным столом, его ученики — убеждены, что его руки — руки от Бога плюс огромный труд, давший филигранную технику. Кто-то из хирургов написал о нем: «его образование было первоклассным, а руки — сказочно нежными». Если делать операцию нежно, точно и правильно — быстрее заживает, — говорит сам Углов. Руки Федор Григорьевич тренировал всю жизнь, проделывая манипуляций в десятки раз больше, чем того требовала операция, оперирует двумя руками. Операция на сердце длится считанные секунды — он может одной рукой зашивая аорту, другой продолжать оперировать сердце. Рассказывают, что когда Ф.Г. Углов был в Америке, там, зная это, попросили провести показательную операцию, после чего весь зал собравшихся врачей долго аплодировал.

Углов считает, что для того чтобы быть хорошим хирургом, надо: во-первых, быть очень образованным во всех вопросах медицины; во-вторых, быть добрым человеком, любить больного как близкого родственника, которого выхаживаешь и спасаешь, как свое дитя; в-третьих, обладать безупречной техникой — дар от Бога быть хирургом дол-

жен быть дополнен неустанным трудом. Федор Григорьевич убежден, что не прожил бы столько лет, если бы каждый день не работал. С благодарностью вспоминает своих учителей, в том числе — Н.Н. Петрова.

Сам Федор Григорьевич вырастил блестящую школу хирургов, причем за каждым следил с первого курса, особо отмечая, какие руки и каково рвение к знаниям.

Все, работающие с ним, отмечают его удивительные человеческие качества — никто никогда не слышал повышенного тона голоса Углова. Он одинаково уважителен со всеми, начиная от нянечки и заканчивая профессорами.

«Я не профессию люблю, — говорит Федор Григорьевич, — я людей люблю, больного люблю, поэтому и посвятил себя спасению больных, поэтому брался за безнадёжные операции, поэтому лучшей судьбы быть не может, я — счастливый человек».

**Н.С. Кожевникова**

**P.S. Поздравляем Федора Григорьевича Углова с награждением орденом Андрея Первозванного.**

# «Женщины, девушки, ВИЧ и СПИД»

Под таким девизом 1 декабря во всем мире прошел День борьбы против распространения смертельно опасной вирусной инфекции. Об этом было сообщено в Санкт-Петербургском региональном центре ИТАР-ТАСС 30 ноября 2004 г. на пресс-конференции, органи-

зованной Санкт-Петербургским общественным фондом «Поддержка медицины» (директор — С.Л. Акимова).

Е.Н. Виноградова, главный врач Городского центра СПИД, подчеркнула, что в Санкт-Петербурге зарегистрировано более 22 000 случаев ВИЧ-инфекции,

при этом 80% заразились при внутривенном введении наркотиков. В настоящее время, добавила она, отмечается тенденция «активного включения в эпидемию женщин». Это в среднем более трети от числа всех установленных фактов заражения, подчеркнула эпидемиолог. В на-

шем городе с начала 2004 года было выявлено 2206 новых случаев ВИЧ-инфекции, 253 — у беременных. От ВИЧ-инфицированных матерей родились 334 ребенка; около 90% зараженных ВИЧ женщин находятся в детородном возрасте. Это влечет за собой проблему передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку во время беременности и родов.

В российских тюрьмах и колониях находятся 22 000 ВИЧ-инфицированных, из них каждый десятый узник — женщина. В пенитенциарных учреждениях Главного управления исполнения наказаний по Санкт-Петербургу и Ленинградской области Минюста РФ содержатся 4000 человек с диагнозом ВИЧ/СПИД, из них более 300 — женщины. Об этом сообщила на пресс-конференции профессор А.Г. Рахманова, главный инфекционист города на Неве, выразив озабоченность отсутствием противовирусной терапии у ВИЧ-инфицированных подследственных и заключенных. «Те, кому суждено будет выйти на свободу, после отбытия сроков наказания неизбежно придадут ускорение распространению инфекции на территории России», — заявила она. В настоящее время в РФ, по данным А.Г. Рахмановой, 12 регионов «отнесены к категории высокого уровня пораженности ВИЧ/СПИДом». Среди наиболее неблагополучных эпидемиологии называют, в частности, Москву и Московскую область, а также Санкт-Петербург. В столице с начала года было выявлено более 2000 новых случаев заражения, в городе на Неве — более полутора тысяч, среди них около 50% — женщины,

в том числе беременные. Число инфицированных ВИЧ детей превысило 10 000, отметила профессор А.Г. Рахманова.

Корр. СПб-ТАСС  
Н.Н. Крупеник

**norden**  
The Nordic Council of Ministers  
Information Office in St. Petersburg

The Information office of The Nordic Council of Ministers in St.-Petersburg, engaged in the democracy development, social, cultural and educational co-operation between Nordic Countries and North-West Russia, is now looking for a

## PROJECT CO-ORDINATOR

for co-ordination with the EU Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Wellbeing in North-West Russia, Estonia, Latvia and Lithuania.

### Main responsibilities

- developing network between institutions in the fields of public health and social wellbeing
- arranging information campaigns, seminars and conferences, project marketing and promotion
- managing the procedure of project applications, selection of projects, project support, control over grants paid and evaluation of results

### Requirements

- university degree in public health, social science, PhD degree is a plus
- good communication and interpersonal skills
- fluent English, both oral and written
- PC literacy
- relevant working experience within public health or/and social fields
- no limitation for travelling in North-West Russia and abroad
- letter of references on request

Employment is for 2 years.

A comprehensive CV with salary requested is to be sent by e-mail to [recruitment@nmr.spb.ru](mailto:recruitment@nmr.spb.ru) with the subject NDPHS no later than 15.01.2005



Санкт-Петербургский общественный фонд  
ПОДДЕРЖКА МЕДИЦИНЫ  
Saint-Petersburg public Foundation of  
Medicine support

Неправительственная некоммерческая организация Санкт-Петербургский общественный фонд «Поддержка медицины» выражает большую благодарность Генеральному консульству Королевства Нидерланды в Санкт-Петербурге за финансовую поддержку проекта в рамках программы Matra-kap, посвященного Всемирному дню борьбы со СПИДом.

## Лечение профессиональных заболеваний и травм в условиях санаторно-курортной системы

В октябре 2004 г. в Санкт-Петербурге прошел семинар «Новые технологии лечения профессиональных заболеваний и травм в условиях санаторно-курортной системы» по вопросам санаторно-курортной реабилитации пациентов с профессиональными заболеваниями. Он был организован при участии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, Городского центра медицинской профилактики, ЗАО «Курорт «Старая Русса», ГУ «Северо-западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Минздрава РФ, НИИ детской ортопедии и травматологии им. Г. Турнера

В промышленности, строительстве, на транспорте и связи более 3,6 млн человек трудятся в условиях повышенной запыленности и загазованности воздуха рабочей зоны; 2,5 млн — на работах с повышенным уровнем шума, ультраинфразвука, около 1 млн — под воздействием повышенного уровня вибрации.

В системе мероприятий по улучшению здоровья работающего населения на первый план выдвигается проблема реабилитации, в том числе в санаторно-курортных условиях, больных и инвалидов с профессиональными заболеваниями с целью ускоренного возвращения их к трудовой деятельности. Список санаториев, допущенных к лечению больных с профессиональными заболеваниями, определяется совместным решением Минздрава РФ и Фонда социального страхования.

С докладами на семинаре выступили: проф. В.В. Шилов — зав. кафедрой токсикологии СПбМАПО, заместитель директора Центра гигиены и общественно-

го здоровья; В.Б. Петухов — заслуженный врач РФ, Генеральный директор и главный врач курорта «Старая Русса»; З.А. Агафонова — залуженный врач РФ, зав. отделением курорта «Старая Русса» и др.

Курорт «Старая Русса» обладает уникальными природными лечебными факторами. Главная цель курортного лечения с использованием бальнео- и пелоидотерапии — формирование общих неспецифических реакций функциональных систем, что создает условия для оптимальной адаптации к условиям среды и сохранению гомеостаза. Бальнео-пелоидотерапия способствует нормализации функционального состояния ЦНС, улучшению сна, оказывает обезболивающее, противовоспалительное и рассасывающее действие, иммуномодулирующий эффект. За счет улучшения трофики тканей рассасываются спайки, стимулируются регенеративные процессы, ускоряется формирование костной мозоли, уменьшается тугоподвижность суставов.

На курорте «Старая Русса» разработаны программы комплексного лечения профессиональных заболеваний, куда входят бальнео-гидро-пелоидотерапия, аппаратная физиотерапия, ЛФК, массаж.

Доклад З.А. Агафоновой был посвящен лечению пациентов с вибрационной болезнью. Эта проблема высоко актуальна в связи со значительной распространенностью заболевания, недостаточной эффективностью медикаментозного лечения и высоким процентом нетрудоспособности. Среди физических факторов, возможных для использования при лечении больных с вибрацион-

ной болезнью, наибольшее внимание исследователей привлекают лечебные грязи, обладающие выраженным репаративно-регенеративным действием на основной орган-мишень — опорно-двигательный аппарат.

Из-за стрессового характера воздействия вибрации происходят нарушения нейрогуморальной регуляции функций и обменных процессов, нарушаются функции сердечно-сосудистой, пищеварительной, половой систем, печени, почек, иммунологической защиты и т. д. Происходят нарушения гидродинамического баланса в тканях и органах, и при продолжительном воздействии вибраций у человека развивается вибрационная болезнь. Ведущую роль в патогенезе вибрационной болезни играют синдромы периферического сосудистого (ангиодистонический, ангиоспастический, воспалительный) и центрального (полиневритический, вегетомофасциальный, дисцефальный) генеза.

Именно на купирование синдромов периферического и частично центрального генеза направлено воздействие лечебных природных физических факторов, из них наиболее предпочтительны минеральные воды и лечебные грязи. Воздействие минеральной воды и значительной площади грязевых аппликаций в результате сочетанного действия термических и химических факторов, возникающая активация высших центров симпатической, а затем парасимпатической нервной системы приводит к понижению тонуса спазмированных сосудов и гладких мышц, происходит активация метаболизма соединительной ткани

и увеличение амплитуды движений в пораженных суставах.

Аппликация грязи на сегменты спинного мозга вызывает перестройку деятельности периферической нервной системы и тонуса периферических сосудов, стимулирует адаптационно-компенсаторные механизмы организма. Лечебные грязи вызывают сосудорасширяющий, вегетокорригирующий, репаративно-регенераторный и дефибрирующий лечебные эффекты

На курорте «Старая Русса» лечат больных с вибрационной болезнью давно, все пациенты получают (при отсутствии противопоказаний) грязелечение в различных видах (грязевые апплика-

ции, гальвано-грязь), минеральные ванны, физиотерапию, барокамеру, бассейн с минеральной водой, массаж ручной, вихревые ванны, подводный массаж и многие другие процедуры. У всех пациентов имелась положительная динамика субъективных и объективных симптомов: уменьшение признаков акроцианоза, уменьшение тугоподвижности межфаланговых суставов и концевых фаланг, отечности кистей и стоп, повышение силы в кистях, уменьшение гипотрофии мышц, снижение тонуса сосудов, укорочение времени восстановления начальной температуры кожи кистей.

Н.С. Кожевникова

**Мы лечим ОДЫХОМ!**

Заболевания периферической нервной системы  
Болезни опорно-двигательного аппарата  
Заболевания желудка, кишечника, печени и двенадцатиперстной кишки  
Заболевания кожи  
Детские болезни  
Решение «женских» проблем, включая бесплодие  
Заболевания слизистой полости рта

Республика Карелия  
г. Петрозаводск  
ул. М. Минеральной, 62  
Тел./факс (81652) 3-16-56, 3-16-57,  
Тел./факс (81652) 5-71-58



Гостиница  
«Дом Врача» \*\*\*

### Гостиница «Дом Врача»\*\*\* приглашает гостей!

Комфортабельные номера: одноместные, двухместные, номера категории люкс и полу-люкс, отвечающие высоким современным международным стандартам, располагают к отдыху и работе. В каждом номере есть телефон, выход в Интернет, телевизор, мини-бар, санузел с душевой кабиной.

Гостиница расположена в центре города на правом берегу Невы у моста Александра Невского. Близость станций метро «Площадь Александра Невского» и «Новочеркасская», удобное наземное сообщение позволит Вам быстро добраться до любого района города.

Отель занимает часть грандиозного здания «ДОМ ВРАЧА», построенного в 30-е годы XX столетия. В настоящее время здание принадлежит Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования и является научной и учебной базой для врачей России. Из окон отеля открывается прекрасный вид на Неву и купола Александр-Невской Лавры на противоположном берегу реки.

Высокий уровень сервиса обеспечит Вам максимальный комфорт.

Добро пожаловать!

Санкт-Петербург,  
Заневский проспект, дом 1/82

Тел. 444-04-01  
E-mail: [hotel@maps.spb.ru](mailto:hotel@maps.spb.ru)

# Дистанционное обучение

Про дистанционное обучение сейчас много говорят и много спорят. Его определяют как приобретение знаний и навыков за счет опосредованного обучения, представления материалов с использованием всех технологических решений, как обучение, при котором преподаватель и слушатель разделены во времени и пространстве.

Каковы теоретические основы дистанционного обучения?

## Гибкость.

Дистанционное обучение предлагается в удобном режиме. Человек может сам выбирать курсы, время и т.д.

## Модульность.

Для того чтобы получить тот или иной документ, обучающийся должен пройти определенные модули. Должна быть возможность выбора последовательности и набора модулей. Модульный принцип обучения — это принцип обучения взрослого человека.

## Параллельность.

Возможность учиться, не покидая своей работы. В последипломном образовании проблема — оторваться, пусть даже на месяц, а иногда и больше, от своего рабочего места. Думаю, это одна из причин, почему все-таки 25% российских врачей, так и не имеют сертификатов.

## Дальнейшее действие.

Человек может находиться в одном месте, а учиться по материалам, которые были сделаны в другом.

## Асинхронность.

Возможность обучаться в удобное время, вне зависимости от времени преподавания.

## Массовость.

Заметно, что дистанционное обучение экономически окупаемо только, когда оно становится массовым. По подсчетам английских специалистов, курс дистанционного обучения начинается окупаться после того, как через него прошли более 800 человек.

**Использование новых информационных технологий.**

Мы не всегда можем представить тяжелого пациента слушателем, просто потому, что подобные больные не всегда есть в больнице. Однако мы можем записать это на видео и продемонстрировать.

## Интернациональность.

Дистанционное обучение позволяет учиться людям за пределами нашего государства.

Очень важное свойство дистанционного обучения — возможность изменять последовательность лекции, повторить необходимый фрагмент.

Дистанционное обучение — это мультисервисное и многостильное обучение.

Мы не всегда можем представить тяжелого пациента слушателем, просто потому, что подобные больные не всегда есть в больнице. Однако мы можем записать это на видео и продемонстрировать.

У дистанционного обучения есть много минусов.

Во-первых, отсутствие личного контакта, контроля, адаптации на конкретного студента.

Но те же проблемы возникают и на лекции в большой аудитории. Мы должны четко понимать, что дистанционное обучение не является заменой всего курса обучения, а является заменой блока передачи информации.

Длительность цикла общего усовершенствования составляет 144 ч. Лекционный курс занимает одну треть. Замена его на дистанционное образование сокращает курс на 8 дней и дает экономический эффект.

Дистанционное обучение может существовать в двух основных видах: собственное обучение, когда мы планируем заранее путь студента через учебный материал, аналогичное лекционным курсам, и дистанционное консультирование, аналогичное семинарам: взаимодействия между собой слушателей и взаимодействия слушателя с преподавателями при помощи технических средств (доски объявлений, Интернет-чат, списки рассылки, электронная почта и многое-многое другое).

Наилучшее обучение — это обучение один на один. И как раз в рамках дистанционного обучения это можно реализовать.

Существует два основных метода дистанционного обучения. Это синхронные формы дистанционного обучения, когда преподаватель и студенты находятся около технического средства в один и тот же момент. Это видеоконференции, аудиоконференции, различное интерактивное телевидение. И асинхронные формы, когда студенты могут заниматься тогда, когда им удобно. Они даже участвуют в обсуждении, но тогда, когда им удобно. Это электронная почта, видеокурсы, доски объявлений и Интернет-обсуждение. В этом и заключается основная сила дистанционного обучения.

По результатам посещения нашего обучающего сайта самое «рабочее» время приходится между 19 и 22 часами.

На Западе большинство результатов показывает, что дистанционное обучение, организованное адекватно, с акцентом на «обучающем», а не на «технологии», настолько же эффективно, как и обучение очное или обучение при взаимодействии напрямую с преподавателем.

Только мы привыкли к слову «андрагогика», как появляется новое слово: «вебагогика» — наука о преподава-

нии через Интернет. Оно отражает, основной принцип: педагогика важнее технологии. Мы должны вначале разработать курс обучения, а уже затем определить, какая технология позволит нам добиться целей этого курса обучения.

Хорошая педагогика учитывает как методы обучения, так и стили восприятия. Разные люди учатся по-разному. Одни предпочитают картинки, другие — текст, третьи — обсуждение этого текста.

Ни одна технология по отдельности не может решить все проблемы. Обязательна комбинация различных технологических подходов, в зависимости от целей, которых мы должны добиться.

И мы должны быть готовы к изменениям. Один из плюсов электронных средств обучения заключается в том, что изменения в них значительно дешевле, чем в печатных средствах.

Более 80% аспирантов нашей академии пользуются Интернетом. Мужчины выходят в Интернет 1 раз в 2 дня, женщины — 1 раз в 5 дней. Иными словами, мы уже сейчас имеем молодых преподавателей (они через 2 года станут преподавателями), которые постоянно пользуются Интернетом.

Наш учебный сайт школы общественного здравоохранения посещают в среднем более 3000 человек в месяц, более 100 человек в день из России, Украины, Казахстана, Белоруссии, США. Москва на первом месте — 34,4%, Санкт-Петербург чуть-чуть лидирует по сравнению с долей в российском Интернете — 14%, меньше — Киев, Екатеринбург, Новосибирск, Владивосток, Уфа, Ростов-на-Дону, и чем дальше от столичных городов мы отходим, тем меньше доступ, по целому ряду причин.

В основном люди приходят к нам на сайт, пользуясь поисковыми системами.

Больше всего их интересует информация о профилактике инфекций, передающихся половым путем. У нас было несколько проектов в этом направлении, материалы которых лежат на сайте, и это чрезвычайно важно, потому что любое учебное учреждение должно работать не только на врачей, но и с населением вообще.

Мы были удивлены, когда на втором месте по спросу у нас на сайте, оказалась биостатистика, на третьем месте — материалы по доказательной медицине.

Мы поместили два модуля на сайт, два курса, которые отражают эволюцию представлений о возможности

педагогического воздействия через электронные средства.

Первый курс был составлен при поддержке специалистов из Центра по контролю заболеваемости в Атланте. Основная структура его заключалась в следующем. Там были: цели и задачи, материалы для изучения, материалы для самостоятельной работы, тесты для самопроверки, экзаменационные тесты.

Это режим так называемого «полностью самостоятельного изучения». Человек может прийти, прочитать материалы, проверить, насколько он их усвоил, сделать интерактивное упражнение, проверить опять, насколько он сумел с ними справиться, и затем ему только необходимо будет пройти через экзамен, чтобы установить — усвоил на материалы или нет.

Нагрузка на слушателя в среднем примерно 7 страниц в час. Преподаватель пишет максимум со скоростью 2–3 страницы в час.

Курс составляет 72 ч, следовательно для этого курса должно быть подготовлено 500 страниц. Кроме того, необходимо составить тестовые задания, около 250. Трудозатраты (200+125) = 325 ч на полгода работы. Соответственно, полгода преподаватель должен ничего не делать, кроме как готовить 72-часовой курс.

Если кафедру педагогики СПбМАПО перевести целиком на дистанционное обучение, то при наличии у нас 5 различных курсов в год по 144 ч потребуется 5 человеко-лет для перевода в дистанционный формат. Иными словами, вся кафедра не занимается больше ничем на протяжении года, кроме как переводит все наши данные в дистанционный формат. Кроме того, еще надо будет выгрузить их в Интернет, сделать соответствующий дизайн и т.д.

Дистанционное обучение крайне трудозатратное. Имеем ли мы ресурсы для того, чтобы его сделать? Это очень большая работа. Чаше всего используется режим, при котором тексты делятся на несколько уровней: вводные тексты; тексты основные, которые человек должен усвоить; тексты для дополнительной проработки.

Кроме того, даются задания слушателям, выполняя которые слушатели должны писать. Здесь имеется дополнительный плюс: слушатели вспоминают, как писать, как работать с литературой, как ее внимательно прорабатывать. Кроме того, ведется обсуждение через электронную почту и при помощи так называемых web-чатов, где слушатели могут разговаривать друг с другом. И затем уже проводится экзамен. Здесь в таком режиме идет значительно большая ориентировка на преподавателя, и это скорее



Декан факультета общественного здравоохранения СПбМАПО, заведующий кафедрой педагогики высшей медицинской школы и философии д-р мед. наук С. Л. Плавинский.

индивидуальное обучение, потому что каждый слушатель может задавать, пусть по электронной почте, вопрос преподавателю. Преподаватель должен отвечать.

Выбирая эту систему, мы экономим на подготовке материалов. Но при этом мы должны иметь преподавателя, который будет постоянно заниматься с этой группой. Это будет индивидуальное обучение. Опять-таки, количество ресурсов, которое будет встроено или пушено на то, чтобы обеспечить работу подобного дистанционного курса, является громадным. Но зато в обмен мы получаем гигантское количество инструментов, при помощи которых можно посмотреть, как люди работают с нашими материалами.

Естественно, у нас есть барьеры. Во-первых, это большая дополнительная нагрузка на преподавателей, оплата которой пока не регламентирована.

Во-вторых, неизбежно резкое обострение конкуренции. Если сейчас территории разделены регионально, то, как только начинается дистанционное обучение, слушатели могут приходить отовсюду.

И, наконец, важный вопрос с авторскими правами. Есть проблемы и со стороны слушателей. К сожалению, очень многие слушатели приезжают для того, чтобы получить документы, то есть они пассивны в обучении.

Многие слушатели имеют околуучебные интересы. С одной стороны, оторвать слушателя на месяц от работы достаточно тяжело. А другой стороны — это дополнительный месячный отпуск от работы, возможность приехать и посмотреть крупный город. А мы ему предлагаем сидеть дома около компьютера и после работы заниматься какими-то делами.

Нам надо будет находить те аудитории, которые хотят учиться. Поэтому, естественно, этот процесс будет медленным и сложным.

С.Л. Плавинский

# О компьютерной грамотности

Давно прошли те времена, когда требовалось доказывать необходимость и полезность для медицины информационных технологий. Сейчас это понятно всем. Полным ходом идет процесс насыщения медицинских учреждений средствами вычислительной техники различной сложности. На этом фоне экстенсивного развития технических средств становится все более актуальным вопрос о соответствующей компьютерной грамотности различных кругов медицинских работников.

Пока еще встречается мнение, что достаточно приобрести средства вычислительной техники, а остальное приложится само собой. Очевидно, при таком подходе освоение вычислительной техники растягивается на долгий срок, и эффективность ее использования резко снижается.

Более того, наша оценка общего уровня компьютерной грамотности медицинских работников выглядит неутешительной. Подготовка в области информатики даже не-

давних выпускников медицинских вузов оставляет желать много лучшего, не говоря о более старших возрастных группах медработников. В лучшем случае «джентльменский» набор составляет: игры, работа в качестве оператора с одним специализированным медицинским пакетом, набор простейшего текста в редакторе Word (как на пишущей машинке). Редкие специалисты используют компьютер в своей работе грамотно.

Конечно, можно овладеть многими профессиональными компьютерными навыками самостоятельно. Однако, как показывает практика, таких случаев среди медиков единицы. Тем не менее многие из обучающихся самостоятельно грешат завышенной самооценкой своих компьютерных знаний (это хорошо видно из результатов анализа предварительных собеседований и успешности дальнейшего обучения слушателей кафедры информатики СПбМАПО) и не считают нужным получать систематиче-

скую подготовку по информационным технологиям.

Прикладная медицинская информатика — достаточно сложный предмет для изучения начинающими. В частности, это связано с огромным набором функций программных пакетов, которые сразу принципиально невозможно воспринять обучающемуся. Кроме того, немаловажное значение имеет специфический склад мышления медицинских работников. Это выражается в определенных затруднениях восприятия математизированных программных средств, в недостатке навыков использования методов проб и ошибок, перебора и других не характерных для мышления врача методов. При работе с компьютером данные методы активно используются, и одной из задач является овладение такими методами.

Перечисленные выше факторы, а также стремительный прогресс и обновление ряда компьютерных технологий обуславливают необходимость включения образо-

вания в области медицинской информатики как обязательного элемента общей системы для образования и переподготовки медицинских работников.

Оценивая скорость внедрения информационных технологий в медицину, можно предположить, что работники здравоохранения, которых сегодня более 50 лет, во многих случаях, скорее всего, смогут закончить свою профессиональную карьеру со старым багажом, без активного использования компьютера. Сотрудники старше 40 лет только в редких случаях смогут избежать работы с компьютером, более молодым совершенно определено не обойтись без освоения компьютера, причем чем рань-

ше это сделать, тем легче и безболезненнее пройдет этот процесс.

Здесь стоит упомянуть становящуюся все более уникальной возможностью получения бесплатного обучения информационным технологиям на кафедре информатики СПбМАПО. Это обучение позволяет получить медицинскому работнику тот минимум, который необходим для эффективного использования компьютера в повседневной работе.

Не за горами то время, когда в аттестационный комплекс обязательных знаний для руководителей всех уровней будет включен раздел по информатике, а при аттестации на категорию врачей всех специальностей потребуется владение компьютером на уровне пользователя.

В.Я. Гельман

Редакция газеты приносит извинение за опечатку, допущенную в 10-м номере газеты. На фотографии с подписью: профессор С.Ф. Багненко следует читать: член-корреспондент РАМН Е.А. Селиванов.

# Кафедра детской психиатрии и психотерапии



Профессор Э.Г. Эйдемиллер.

Кафедру детской психиатрии и психотерапии, созданную в СПбМАПО в 2002 году, возглавляет профессор Э.Г. Эйдемиллер — крупный ученый и специалист-практик: психиатр, психотерапевт, психоаналитик, психолог. Эдмонд Георгиевич — создатель научной школы, основоположник семейной психотерапии в России, автор многочисленных книг, в том числе первой в стране монографии по семейной психотерапии (1990). Его тренинги, мастер-классы вызывают огромный интерес. Люди идут, чтобы посмотреть, как работает Эйдемиллер. Он не боится передавать другим свои опыт и знания. Демонстрирует записи сеансов семейной психотерапии, на которых наглядно можно увидеть, как работает психотерапевт.

Сейчас Э.Г. Эйдемиллер разрабатывает новое направление — философию психотерапии: хочет показать значение психотерапии вообще в культурном контексте. В работе «Психотерапия как одна из форм духовной практики» он показал, что эта дисциплина будет востребована человечеством в будущем не только для излечения человека от болезней, но и для развития личности, ее совершенствования, самореализации, самоактуализации.

## Начало

Эдмонд Георгиевич — человек многогранного таланта и интересной судьбы.

Дед был родом из крестьян, пешком пришел в Санкт-Петербург, закончил школу армейских десятников. Работал прорабом-строителем: строил дороги, мосты, дома... Он был талантливым человеком, имел изобретения. Служил управляющим делами у магната Путилова в Санкт-Петербурге. За это ЧК приговорила деда к смертной казни, а бабушка за золото его выкупила...

Родился я в Тихвине в 1943 г., в воинской части. Отец мой был начальником оркестра 4-й Воздушной армии, мать работала на аэродромном строительстве, жили мы в землянке.

В 1944 году, когда сняли блокаду, семья вернулась в Ленинград. В нашей коммунальной квартире на улице Воскова царил страшный холод, все стекла были выбиты. Крысы съели свинцовые трубы в ванной комнате. Еду приходилось подвешивать к люстре.

Отец мой, обрусевший немец, все время находился «под колпаком» Госбезопасности. Страх отца передавался всей семье. Были постоянные доносы в КГБ соседями по коммунальной квартире: им было выгодно выселить нас. В 1944 г. отца как

«инострнца» отправили в лагерь «превентивного содержания». Соседи, думая, что наша комната достанется им, разворовали все наше имущество, украли библиотеку, посуду, фортепиано...

Он познавал мир не по книгам. У мальчишек той послевоенной поры складывались свои правила чести: родителям никогда не рассказывали о дворовых драках, не доносили друг на друга.

В седьмом классе школы у него появилось желание рисовать — это было движение души. Посещал два кружка в Эрмитаже — «юные искусствоведы» и «юные археологи».

В медицинский институт Эдмонд Георгиевич решил поступать по одной простой причине — не прошел по конкурсу в Мухоморское училище.

Мне всегда хотелось узнать, как устроен человек изнутри, а этому помогают пластические искусства. Когда мы рисуем, то создаем образы, проецируем собственные внутренние переживания. Это очень близко — психотерапия и искусство. Появляется интерес к чужому миру. Скульптор, например, моделирует какие-то представления о реальности, и это еще один способ узнать, кто ты есть. Можно заняться философией, искусствоведением, стать художником, скульптором, психологом, а можно стать психотерапевтом.

Студент Эйдемиллер не был похож на своих однокурсников. Он любил музыку, хорошо разбирался в живописи и, поскольку нередко проявлял свою блестящую эрудицию в разных областях искусства, по просьбе студентов проводил экскурсии в музеях. Еще он отличался своей независимостью.

В студенческие годы я стремился к неконформизму. Если с чем был не согласен, то не молчал. В дискуссии с преподавателем на кафедре истории КПСС выразил свое возмущение в связи с тем, что Н.С. Хрущев закрыл выставку «30 лет МОСХ». Там были представлены работы Роберта Фалька, Эрнста Неизвестного и других.

Эйдемиллер и сейчас не любит «идти в ногу».

Многие злятся на меня за то, что позволяю себе высказывать собственные мысли. Эти люди ждут разрешения, когда кто-то им скажет, что теперь можно высказываться... Прежде чем что-то сказать, я долго думаю. Мне ведь непозволительно принять решение. Но если уж я,

подумав, его принял, то отступать от него не буду.

По мнению психоаналитиков, быть непохожим на других — значит практически наверняка сделать оригинальный вклад, полезный и впечатляющий взнос в культуру.

Круг его друзей в студенческие годы был очень насыщенным — Сергей Довлатов, Иосиф Бродский, Виктор Кривулин, студенты исторического факультета Ленинградского университета...

Уже с 1-го курса института Эдмонд Георгиевич знал, что станет психиатром. Ошеломляющее впечатление произвела на него книга Гарри Уэллса «Павлов и Фрейд». Он почувствовал, что вышел к своему призванию. С 1967 г. учился в интернатуре по психиатрии — первой в стране, затем в клинической ординатуре, в аспирантуре Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Много занимался самообразованием: читать приходилось в основном иностранную литературу — ведь другой тогда не было.

Свою трудовую деятельность Эдмонд Георгиевич начал психиатром в деревне Княжна в 20 км от Йошкар-Олы, работал в Республиканской психиатрической больнице. Вернувшись в Ленинград, в течение 10 лет возглавлял первый и единственный в СССР ночной наркологический стационар в психоневрологическом диспансере Приморского района. Работал и цеховым психиатром в лечебно-трудовых мастерских, и участковым психиатром, и наркологом, и научным сотрудником. Ему приходилось быть психотерапевтом больных СПИДом. С 1982 г. Э.Г. Эйдемиллер работает в СПбМАПО.

Работа в стационаре и амбулаторной службе помогла ему выработать профессиональную уверенность в себе. Он не скрывает сложности в начале своей деятельности: были и сомнения, и неуверенность — ведь работать приходилось с подростками, а эта возрастная категория весьма специфична, отличается повышенной агрессивностью к окружающим. Подростковые группы Э.Г. Эйдемиллер стал проводить с середины 1980-х годов. В 1992 г. он в соавторстве с С.А. Кулаковым опубликовал первую в стране статью о групповой психотерапии подростков при пограничных нервно-психических расстройствах.

У детей и подростков не срабатывают те приемы, которые применяются у взрослых. Если нет игры, то сколько с детьми ни говори, они психотерапевта не поймут. Поэтому сотрудники кафедры играют с ребятами в игры — разные. Детям это нравится. Многие, заканчивая психотерапевтическую группу, говорят, что хотели бы стать психологом или врачом. Некоторые ими становятся.

Игра позволяет ребенку самоутверждаться, так как игровой ситуацией, в отличие от жизненной, он может управлять. Во время игры можно помечтать,отреагировать эмоции, проиграть свои конфликтные ситуации, выбрать разные модели поведения. Групповая психотерапия во многих случаях является единственным и эффективным методом лечения. Срабатывают эффекты групповой динамики и последствия.

Одну игру в сказку придумали вместе с ребятами. О том, как проходил этот сеанс психотерапии, рассказывает Эдмонд Георгиевич.

Я выступал в роли Папы римского. Стоял я под потолком; подо мною расположились: «поп» (один из аспирантов кафедры) и «настоятельница женского монастыря» (Н.В. Александрова, терапевт) — нас было 3 психотерапевта. Под ними, чуть ниже, находились «царь» и «царевна» (пациенты). На высоте, рядом со мною, на шкафу «лежала мафия» — парень с болезнью Крона. Он сказал: «Мафия — вне закона» и «Мафия — важна» (то есть, с одной стороны — претензия на власть, а с другой — страх перед ней). В игре также участвовала девочка с тяжелейшим неврозом навязчивых состояний, которая очень завидовала «царевне». Она играла «мамашу». Были еще «революционер», «солдат» и «палач». Там такое народное восстание началось! Я стою наверху и думаю: «Господи! Мне бы хоть за потолок удержаться!».

Параллельно ужас сквали «царя» и «царевну». Еле-еле удержались, дали команду «солдату» и «палачу»: кого-то двинуть, кого-то отодвинуть, и всю эту выстроенную пирамиду удержали.

Потом обсуждали, кто как чувствовал себя в роли, что это означает, когда человек берет такую роль, соответствует он ей или нет.

Психотерапией могут заниматься только те люди, которые постоянно растут. Это в полной мере относится к Э.Г. Эйдемиллеру. Работая во многих областях, Эдмонд Георгиевич умеет находить главное и заниматься им. Он не останавливается на достигнутом, не удовлетворяется тем, что есть — он учится новому. Вся его жизнь — постоянный поиск.

Поражает масштабность и оригинальность его мышления. У него — особое видение мира. Слушая его лекции, можно открыть для себя совершенно неожиданные вещи. Он «целое» подтверждает «частным»: обобщения — примерами из практики. Его лекции заставляют не только думать, но и переживать, поэтому особенно запоминаются. Они учат обнаруживать скрытые зависимости и неожиданные, непривычные связи между концепциями и событиями, улавливать сложные идеи, замечать тонкие различия.

Все, о чем он думал, удалось воплотить в жизнь. Мечтает вырастить достойного преемника и планирует в ближайшем будущем написать книгу по краткосрочной аналитической психодраме.

## «Давайте говорить друг другу комплименты...»

На каждом цикле проводится социально-психологический тренинг «скелет психотерапевта». В условиях интерактивной практики осваиваются техники эффективного общения, отрабатываются варианты межличностных взаимодействий. Тренинги помогают сконцентрироваться на проблемах собеседника, его чувствах и переживаниях, позволяют генерировать гипотезы и моделировать стратегии поведения.

Изучаются техники снятия напряжения в межличностных отношениях. Это особое искусство — уметь сказать другому что-то, что снимет напряжение и сократит дистанцию; уменьшение социальной дистанции подчеркивает равенство сторон.

Снять напряжение с собеседника помогает комплимент — один из элементов «присоединения». Комплимент повышает значимость партнера по общению и удовлетворяет важнейшую психологическую потребность человека в положительных эмоциях. Он является также одним из приемов формирования аттракции в служебных отношениях.

При коммуникации имеет значение каждая фраза, каждый жест и взгляд. Самое ценное в семейной жизни — это умение вести переговоры, а самое главное качество, которому учится психотерапевт — это чувствовать другого человека, как себя, сопереживать и поддерживать. И еще — работать «на прием»: уметь слушать и помогать тому, кто высказывается, разобраться в своих переживаниях.

Врач должен уметь распознавать еще на невербальном уровне эмоциональное состояние пациента, следить за своей речью и слышать ключевые слова в рассказе собеседника, раскрывающие его внутреннее состояние и скрытые мотивы.

Работать с семьей намного сложнее, чем с отдельным человеком. Семейный психотерапевт — это высококвалифицированный специалист, который умеет работать с людьми разного возраста и пола. Он должен уметь «присоединиться» к ребенку, и поговорить со стариком, и договориться с супружеской парой, и принять семью в целом.

## Кафедра, наука, творчество

Научный потенциал кафедры очень высок. Ее идеология базируется на психоаналитической концепции и концепции психологии отношений В.Н. Мясничева. Используется психодинамический подход, основанный на психоанализе. Разработаны оригинальные модели психотерапии: краткосрочная аналитическая психодрама, аналитико-системная семейная психотерапия по Э.Г. Эйдемиллеру и Н.В. Александровой, проективный тест «Возраст. Пол. Роль». Профессор И.М. Никольская, используя авторский метод серийных рисунков и рассказов, исследовала психологические защиты у детей и копинг-стратегии — осознаваемые модели совладания со стрессовой ситуацией. Доцент И.В. Добряков является крупнейшим в стране специалистом по перинатальной психологии, детской психиатрии и психотерапии. В 2005 г. выйдет в свет учебник по детской психиатрии и психотерапии, написанный сотрудниками кафедры.

До сегодняшнего дня кафедра детской психиатрии и психотерапии СПбМАПО остается первой и единственной в стране в системе государственных учреждений медицинской последипломного образования, где проводится обучение по семейной психотерапии — наиболее востребованной сейчас в России. Общаться с преподавателями кафедры приятно: их отличает широта восприятия и разнообразие интересов, стремление объединить в своих лекциях данные из разных областей. Профессор Эйдемиллер ценит своих сотрудников, их достижения, активность, оригинальные идеи, поощряет их работу в избранном направлении.

Кафедра — в постоянном поиске. Она пока еще в начале пути, однако потенциал ее неисчерпаем.

С.Л. Акимова

## Система поликлинических услуг: новые подходы

Открытие медико-профилактического центра СПбМАПО в мае 2004 г. стало качественно новым этапом в оказании поликлинических услуг пациентам и воплотило в жизнь идею оказания медицинской помощи в полном объеме за одно посещение.

В медико-профилактическом центре — три отделения. В поликлиническом отделении консультируют врач общей практики, терапевт, невролог, дерматовенеролог, эндокринолог, офтальмолог, оториноларинголог, хирург, уролог, гинеколог, остеопат и нейрофизиолог. Стоматологическое и зубопротезное отделение предоставляют полный спектр услуг. Центр оснащен оборудованием последнего поколения: клиническая лаборатория, рентгенкабинет, кабинет функциональной диагностики (УЗИ, ЭКГ и др.). Нейромониторинг позволяет провести комплексную диагностику заболеваний сосудов. Работает дневной стационар.

Медико-профилактический центр использует весь комплекс лечебно-диагностических возможностей СПбМАПО (это 84 кафедры, НИИ эндокринологии, Институт остеопатической медицины, НИИ медицинской микологии). Магнитно-резонансный и компьютерный томографы представляют уникальные возможности в диагностике заболеваний.

Медико-профилактический центр располагается в одном здании с гостиницей «Дом врача» \*\*\* в центре Санкт-Петербурга.

Первое в мире учебное заведение для усовершенствования врачей, основанное в 1885 г. Великой княгиней Еленой Павловной, СПбМАПО по праву гордится своими традициями и достойно их развивает, что, в свою очередь, является гарантией будущих успехов.

Заневский пр., д. 1/82, ст. м. «Новочеркасская», тел. 444-10-52, 444-10-51

## Владимир Николаевич Рейтц



Профессор В.Н. Рейтц (1838–1905).

В.Н. Рейтц в 1860 г. окончил с серебряной медалью Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию и был оставлен на три года для ус-

овершенствования в клинике профессора А.Я. Крайновского. В 1863 г. в Медико-хирургической академии он успешно защитил диссертацию на ученую степень доктора медицины на тему: «Значение термометрии в детских болезнях». Впоследствии неоднократно бывал за границей, как для изучения детских болезней, так и с научными целями. С 1869 до 1904 г. — главный врач Елизаветинской больницы (ныне больницы им. Л. Пастера). Был членом комиссии по строительству, а также членом Попечительного комитета Императорского клинического института и многое сделал для его организации и развития. Почетный профессор института с 1890 г.

В.Н. Рейтц был известным клиницистом-педиатром и ученым. Из его трудов необходимо отметить монографию «Введение к изучению болезней детского возраста» (1879, 1882) и «Дифтерия» (1880). Профессор

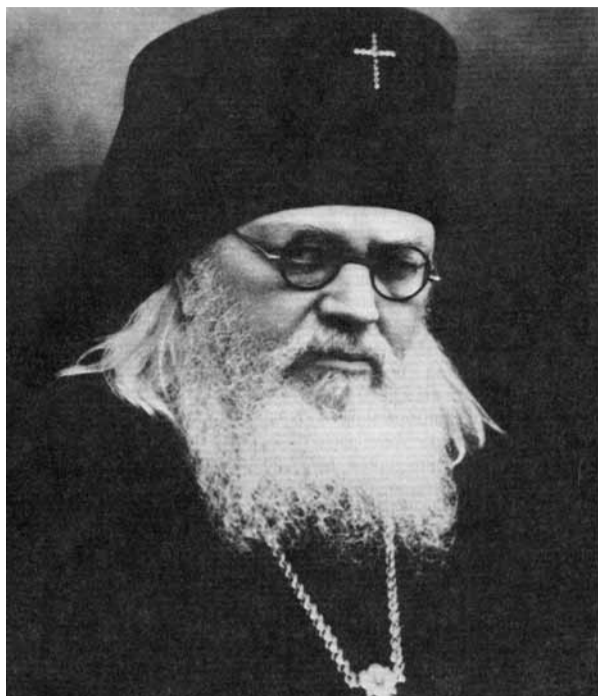
В.Н. Рейтц написал курс лекций по патологии и терапии болезней детского возраста, опубликованный в 1895 г., в свое время вызвавший большой интерес у читающей публики и в чем-то не утративший своего значения до настоящего времени.

По мнению современников, профессор В.Н. Рейтц не только был крупным ученым, талантливым педиатром-клиницистом, но и отличался отзывчивостью и благородством — чертами характера, свойственными лучшим представителям русской интеллигенции второй половины XIX — начала XX вв.

В 1904 г. в связи с болезнью он оставил работу в Императорском клиническом институте. Его заслуги отмечены орденами Св. Анны I, II и III степеней, Св. Станислава II и III степеней, Св. Владимира III степени.

Скончался В.Н. Рейтц 28 августа 1905 г. в Санкт-Петербурге.

## Святитель Лука (Войно-Ясенецкий)



Имя Валентина Феликсовича Войно-Ясенецкого хорошо известно в истории медицины прежде всего благодаря его талантливым работам по анестезии и гнойной хирургии. Однако в историю России и Русской Церкви он вошел не только как врач, но и как архиерей и исповедник, то есть человек, претерпевший страдания за веру. Об этой стороне его жизни пойдет речь ниже.

Будущий святитель происходил из древнего дворянского рода, обедневшего к XIX веку. Он родился в Керчи в 1877 г. в семье провизора. Отец его был католиком, мать — православной. По законам Российской Империи все их дети также принадлежали к Православию. Глубокой религиозностью семья не отличалась, но соседство с Киево-Печерской лаврой, близ которой, на Крещатике, прошло детство и юность Валентина, оказало на него глубокое влияние. Впрочем, были и присущие молодости колебания. В частности, он увлекался толстовством и даже обращался

в письмах к Л.Н. Толстому с просьбой позволить жить в Ясной Поляне под его духовным руководством. Однако книга писателя «В чем моя вера?» совершенно разочаровала Валентина в этом модном на рубеже XIX–XX вв. течении.

Христианский идеал бескорыстного служения ближнему всегда был для него путеводной звездой. Преодолев сильное увлечение живописью, он избрал своим поприщем медицину, несмотря на отвращение к естественным наукам. «Я признал себя не вправе заниматься тем, чем мне нравится, и обязан заняться тем, что полезно для страждущих людей», — писал Войно-Ясенецкий. Тем не менее любовь к живописи не пропала даром: «Из неудавшегося художника я стал художником в анатомии и хирургии».

По окончании образования на медицинском факультете Киевского университета он служил полевым хирургом на фронтах русско-японской войны, затем заведовал сельскими и городскими больницами в различных губерниях России, писал диссертацию по регионарной анестезии. Слава хирурга быстро росла не только благодаря блестящим операциям, но и по другой причине: все пациенты были для него равны, положение в обществе, деньги не давали в его глазах каких-либо преимуществ в лечении. Неизменно строго врач относился только к воинствующим безбожникам, болезни которых считал карой Божьей за их грех противления. Обилие работы не препятствовало регулярному посещению храма, где у Войно-Ясенецкого было даже свое место.

1917 год застал его в Переславле-Залесском. Здесь он задумал свой знаменитый труд «Очерки гнойной хирургии». Когда был составлен план и написано предисловие, автору, как он писал впоследствии, явилась «крайне странная, неотвязная мысль: когда эта книга будет написана, на ней будет стоять имя епископа». Ничто еще не предвещало такого переворота в судьбе преуспевающего врача, женатого и имевшего детей. Однако 1917 год стал переломным не только для страны, но и для Валентина Феликсовича. Когда в 1934 г. были напечатаны его «Очерки», он имел сан епископа и монашеское имя Лука — в честь врача и иконописца Евангелиста Луки. Дальнейший его путь был посвящен ревностному служению ближним в должности врача и в качестве пастыря Церкви. Святитель Лука с достоинством исполнил это двойственное служение.

(Продолжение следует)

С.Н. Тутолмин

**Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации»**

**объявляет конкурс на замещение по трудовому договору должностей:**

**Заведующего кафедрой сестринского дела и социальной работы;**

**Профессора кафедр:** пластической и эстетической хирургии (0,5), эндоскопии (0,5), медицинской экологии им. Г.В. Хлопина;

**Доцента кафедр:** анестезиологии и реаниматологии с курсом анестезиологии и реаниматологии, травматологии и ортопедии с курсом вертебрологии (2 по 0,5), дерматовенерологии, акушерства и гинекологии №2 (0,5), эпидемиологии и дезинфектологии (0,5);

**Ассистента кафедр:** педиатрии №1, педиатрии №2 с курсом гастроэнтерологии, педиатрии №3 с курсом неонатологии (1 и 0,5), акушерства и гинекологии №2 (0,5), терапии №1 им. Э.Э. Эйхвальда (0,5), психотерапии (0,5), реабилитации и спортивной медицины с курсом остеопатии, пульмонологии (0,5), онкологии;

**Старшего научного сотрудника НИЛ морфологии и биологии грибов НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина.**

**Срок конкурса —**

**месяц со дня опубликования объявления (с 21 декабря 2004 г. по 21 января 2005 года).**

**Адрес: 193015, Санкт-Петербург, Кирочная, д. 41. Телефон 279-82-61 (ученый совет)**

## Гендерное гражданство в Советской России — практики аборт

Какое отношение имеет аборт к проблематике гендерного гражданства? Аборт — это не только опыт беременной женщины, решившей отказаться от деторождения, и не только профессиональный навык врача-гинеколога. Это практика, параметры которой отражают состояние репродуктивной культуры и репродуктивных прав в том или ином обществе. Репродуктивные права — тот сегмент гражданских прав, который регулирует отношения между обществом и государством, возникающие по поводу воспроизводства жизни. Кто принимает решение по поводу рождения ребенка и на каких основаниях? Женщина, зачавшая ребенка? Оба потенциальных родителя? Государство? Врачи? Или этот вопрос находится за пределами человеческого произвола и нужно действовать по принципу: «Бог дал — Бог взял»? Насколько массово и в каких условиях производится искусственное прерывание беременности? Каково значение этой практики для гендерной культуры? Ответы на эти вопросы меняются от общества к обществу. Основная тенденция все-таки ясна: репродуктивное поведение в современном обществе в значительной степени регулируется личным выбором людей, подкрепленным экспертным знанием. Право женщины на медицинское прерывание беременности в современных обществах не повсеместно, но широко распространено. Это однако, не означает, что во всех обществах аборт является массовой женской практикой. Почему же в России право на аборт привело к развитию так называемой абортной культуры, когда искусственное прерывание беременности является массовым женским опытом? Ведь до сих пор по показателю числа аборт Россия отстает от всех развитых стран, что во многом является культурным наследием советского периода<sup>1</sup>.

Задача статьи — проанализировать советскую политику в отношении прерывания беременности, ее институциональное обеспечение и соответствующие практики, которые рассматриваются как ключевые характеристики гендерного (прежде всего, женского) гражданства. Обсуждение репродуктивных прав и практик особенно значимо сегодня, когда раздаются голоса, осуждающие право на аборт и происходят постепенные и не замечаемые общественностью изменения в законодательстве о репродуктивном здоровье<sup>2</sup>. В своих выводах мы опираемся как на наши собственные исследования, так и на работы других авторов.

<sup>1</sup> Согласно официальной статистике, число аборт в России снижается, хотя и в недостаточной мере. Эта тенденция начала проявляться уже в позднесоветский период, когда стали постепенно внедряться современные контрацептивы и постепенно повышался уровень грамотности населения в сфере сексуальности и репродукции. Число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста уменьшилось с 254,7 в 1970 г. до 118,3 в 1983 г. и с 126,9 до 56,2 за период 1988–1999 гг. В 1999 г. количество аборт вдвое превысило число рождений, однако этот показатель значительно улучшен по сравнению с 1984 и 1987 гг. При этом доля аборт, совершенных первобеременными женщинами, возросла с 3% от общего числа аборт в 1965 г. до 7% в 1999 г.

<sup>2</sup> Так, например, в августе 2003 г. принято Постановление Правительства РФ, согласно которому число социальных показаний к прерыванию беременности сократилось до четырех.

**Что такое гендерное гражданство и при чем здесь аборт?**

В современных исследованиях гражданство понимается совокупность экономических, политических и социальных прав и обязанностей, определяющих взаимоотношения граждан и государства. При этом гражданство предполагает не только государственное регулирование прав и обязанностей, но и практики граждан, формирующиеся во взаимодействии с государством по поводу прав.

Как показали феминистские исследователи, категория «гражданства» является гендерно маркированной. Статус гражданок (женщин) отличен от статуса граждан-мужчин. В разных исторических контекстах женщины могут иметь (или не иметь) равные с мужчинами гражданские, политические и социальные права, они могут быть выделены в особую категорию граждан, наделенную особыми «положительными» и «отрицательными» привилегиями. Репродуктивные права уместно отнести к блоку социальных прав. Они задают возможности соответствующих репродуктивных практик.

Советское государство, несмотря на закрепленное в нормативных документах равенство полов, осуществляло различение граждан по признаку пола и формировало гендерно поляризованное гражданство. Политика в отношении аборт — один из аспектов государственного конструирования женственности. На примере анализа этой политики мы можем понять, как государство и его институты создавали рамки специфических практик, получивших распространение именно в советском контексте.

Советский гендерный порядок<sup>3</sup> рассматривается нами как этатократический, то есть в значительной степени определяемый государственной политикой, задающей возможности и барьеры индивидуального и группового действия. Советское государство жестко регулировало правила гендерного гражданства на двух уровнях. Юридические нормы, партийно-государственные директивы, выраженные в официальных документах партии и государства, составляя нормативный уровень, а цензурируемые тексты масс-медиа, агитационно-пропагандистский материал — как нормализующие суждения власти, регламентирующие повседневную жизнь. При этом регулирование частной и публичной жизни советских граждан не было тотальным. Конкретные люди, женщины и мужчины, принадлежащие к разным средам и социальным общностям, выработывали разнообразные жизненные стратегии, чтобы приспособиться или найти возможность преодолеть препоны власти. Однако, в условиях жесткого институционального контроля вариативность жизненных и дискурсивных стратегий была ограничена. Часто «свободный выбор» предполагал правонарушения или самодеструктивные практики.

В данном случае на примере анализа законодательства и практики аборт мы рассматриваем советское женское гражданство в хронологическом порядке.

<sup>3</sup> Под гендерным порядком мы понимаем систему иерархизированных отношений между мужчинами и женщинами и внутри групп, выделенных по признаку пола.

**Большевистский проект «новой женщины» и легализация аборт**

Большевистский период гендерного гражданства датируется 1918 — началом 1930-х гг. Он может быть описан как политика решения женского вопроса посредством дефеминизации и политической мобилизации женщин. Сразу после революции в дискурсе власти выдвигается программа решения так называемого «женского вопроса»<sup>4</sup>. Женщины рассматривались как особая категория граждан, имеющая значимые отличия по сравнению с парной категорией — мужчин. Отличия женщин как рода и пола в большевистском дискурсе позиционируются как репродуктивно-биологические и социально-политические. С одной стороны, женщины рассматриваются как потенциальные матери советских граждан. С другой стороны, они представлены как «отсталый темный элемент», нуждающийся в целенаправленной государственно-политической эмансипации. Политика формирования новой женщины представлена рядом нормативных актов и политических кампаний, призванных превратить ее в советскую гражданку — работницу, общественницу и мать.

В соответствии со ст. 18 Конституции 1918 г. труд на благо социалистического отечества стал государственной повинностью и основой большевистского определения гражданства. Женщина-работница, мобилизованная на социалистическом производстве, была объявлена экономически независимой от мужчины — главы патриархальной семьи, будь то ее отец, муж или старший брат. В соответствии с задачами эмансипации проводилась политика социальной поддержки материнства. В сфере политики уже с 1920-х гг. устанавливается система квот для женщин.

В сфере семейно-брачных отношений также предпринимаются радикальные меры, призванные существенно изменить гражданский статус женщины. Большевистская семейная политика опиралась на положения социал-демократической доктрины об отрицании буржуазной семьи, основанной на подчиненности женщин. Первыми Декретами советской власти был узаконен гражданский брак, гарантировано абсолютное право развода. Согласно семейному законодательству 1926 года, расторжение брака допускалось заочно и в одностороннем порядке; в это же время были юридически уравниены совместное проживание и зарегистрированный брак. Новый советский брак стал довольно хрупким социальным институтом. Его неустойчивость определялась радикальным изменением структуры экономических отношений и отрицанием религиозного таинства брака.

(Продолжение следует)

Е.А. Здравомыслова

<sup>4</sup> Женский вопрос поднят российскими либералами еще в 1860-е годы, в новых условиях переформулирован большевиками.

# УХОДЯЩИЙ 2004-Й



СПбМАПО.



В кабинете рентгеновской компьютерной томографии СПбМАПО.



Новые шаги в международном сотрудничестве.



Интервью вице-президента РАМН академика Б.И. Ткаченко во время юбилейной сессии СЗО РАМН в СПбМАПО.



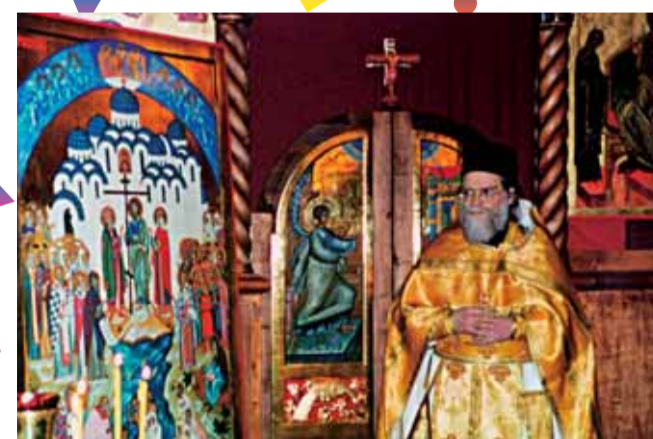
Во внутреннем дворекадемии.



Холл для арт-терапии в клинике нервных болезней СПбМАПО.



Роспись храма академии.



Отец Александр в Домовом храме академии.



Автор памятника Великой княгине Елене Павловне заслуженный скульптор России А.В. Десятнев.



В НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина СПбМАПО.



В медико-профилактическом центре СПбМАПО.



Учителя и ученики.