

УДК: 378.1+614.253

5.8.2. Теория и методика обучения и воспитания

DOI: 10.37903/vsgma.2025.2.37 EDN: ZTIQTB

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО РАЗБОРА В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ**© Коноплева Е.Л., Соколова М.Г., Атрощенко А.М.***Смоленский государственный медицинский университет, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28**Резюме*

Образовательная функция клинических разборов подразумевает формирование у будущих врачей клинического мышления. При этом основной акцент обычно делается на теоретические знания, аналитические и практические умения студентов, игнорируя навыки позитивного клинического общения. Этико-деонтологические стандарты проведения клинического разбора, утвержденные руководством медицинского вуза, позволят выработать у будущих врачей коммуникативные навыки взаимодействия с пациентом, единые для медицинских работников на всех этапах обучения. Примером успешных корпоративных стандартов профессионального поведения в ситуации врачебного приёма может служить Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации.

Ключевые слова: медицинское образование, клиническая демонстрация, этика клинического разбора, информированное добровольное согласие, Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации, навыки клинического общения

ETHICAL ASPECTS OF CLINICAL ANALYSIS IN MEDICAL EDUCATION**Konopleva E.L., Sokolova M.G., Atroshchenko A.M.***Smolensk State Medical University, 28, Krupskaya St., 214019, Smolensk, Russia**Abstract*

The educational function of clinical analyses implies the formation of clinical thinking in future doctors. At the same time, the main emphasis is usually placed on theoretical knowledge, analytical and practical skills of students, ignoring the skills of positive clinical communication. Ethical and deontological standards for conducting clinical analysis, approved by the management of the medical university, will allow future doctors to develop communication skills for interacting with the patient, which are uniform for medical workers at all stages of training. An example of successful corporate standards of professional behavior in a medical appointment is the Calgary-Cambridge model of interaction with the patient.

Keywords: medical education, clinical demonstration, clinical ethics, informed consent, Calgary-Cambridge Model of Medical Consultation, clinical communication skills

Введение

Основной целью демонстрации клинического случая является совершенствование профессионального мышления будущего врача. Один из студентов основоположника клинического преподавания в России С.П. Боткина вспоминал: «... Началась лекция с расспроса больного. Расспрос длился долго и для новичка мог показаться даже слишком детальным. Затем следовало тоже очень подробное детальное исследование больного, затянувшееся почти до конца официального срока лекции. Но вот Сергей Петрович окончил собирание данных, повернулся к аудитории, оперся рукой на решётку и приступил к анализу и комбинированию собранных материалов. Всё, что казалось такой беспорядочной кучей, подчас мелочными данными, всё это на наших глазах стало рассортировываться, комбинироваться в стройное, красивое строение» [5].

Снижение количества клинических разборов неминуемо ведет к вырождению профессионального мышления, подобно тому, как калькуляторы отучают от счета в уме. Технический прогресс бесконечно расширил возможности лабораторной и инструментальной диагностики, но он привел к тому, что врач стал лечить болезнь, а не пациента. Рассмотрение симптомов вместо полноценного общения с пациентом может привести к фактическим ошибкам в диагностике, так как в основе всегда находится состояние больного. В качестве иллюстрации можно привести

эпизод из опыта академика А. И. Воробьева: «Когда Миша Перельман (главный фтизиатр страны, р.1924г.) кладёт снимок, он делает такой жест: раз! – и бросает снимок, и точный диагноз называет. Однажды я говорю: «Миш, это туберкулёз!». Он: «Андрей, это типичный рак!» Я: «Мишенька, ну, конечно, это типичный рак, только это туберкулёз!» Разница в одном – я знал больную, а он знал снимок. Оказалось – туберкулёз» [1].

Ситуация дополнительно осложняется ростом сектора платных медицинских услуг, куда студентам путь заказан, а также сменой модели взаимодействия «врач–пациент» с патерналистской на коллегиальную. В этой сложной правовой ситуации сохранить пациент–центрированный клинический подход в медицинском образовании позволит только внимание к этическим аспектам обучения непосредственно «на больном».

Возможные этические проблемы клинического разбора в медицинском образовании

1. Риск возникновения ситуации «медицинского принуждения», когда пациент соглашается стать объектом клинического обучения молодых врачей под психологическим давлением медицинских работников. Пациенты зачастую хотят вылечиться, а не становиться обезличенным «случаем», «интересным казусом», «клиническим материалом» для обучения молодёжи. Соблюдение прав пациента требует обязательного получения его добровольного информированного согласия на участие в учебном процессе (ст. 8 Конвенции о защите прав человека и его основных свобод, приказ МЗ РФ от 22.08.2013 № 585н). При поступлении в стационар пациент подписывает информированное согласие на проведение исследований, манипуляций, оперативное лечение (ст. 9, 10 ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152–ФЗ), но согласие на привлечение пациента к образовательным программам на клинических кафедрах в этом документе отсутствует. В случае несогласия пациента необходимая медицинская помощь должна быть ему оказана в полном объёме без участия обучаемых (часть 9 ст. 21 ФЗ РФ N 323–ФЗ введена Федеральным законом от 02.07.2013 N 185–ФЗ). Наглядным примером возможных негативных последствий пренебрежения отказом пациента может служить разбирательство Европейского суда по правам человека «Коновалова против Российской Федерации» (2014 г., номер жалобы 37873/04), в основу которого легло присутствие студентов ВМА имени Кирова на родах против воли роженицы. С точки зрения медицинской этики добровольное информированное согласие на участие в клиническом разборе должно быть получено накануне в личной беседе преподавателя вуза и пациента. При этом полезно сделать акцент на том, что клинический разбор важен и для пациента, проводится в его интересах, так как представляет собой разновидность медицинского консилиума, подтверждает правильность диагностики и выбранной тактики лечения.

2. Риск нарушения правила конфиденциальности. Во время обучения студенты получают доступ к личности, физическому статусу и медицинской документации больного, включая его образ жизни, пагубные привычки и, возможно, личные и семейные тайны, поэтому неэтично проводить клинический разбор в больничной палате в присутствии других пациентов, иногда родственников больного; необходимо использовать учебную комнату или другое изолированное помещение; запрещено копировать и размещать в социальных сетях фрагменты истории болезни, фотографировать больного и тем более делать селфи с пациентами в больничном учреждении. Тем более неэтично приглашать пациента на лекцию, «раздевая» его в прямом и переносном смысле перед незнакомой большой аудиторией.

Особенно чреваты осложнениями ситуации, требующие деликатного осмотра интимных зон пациента, то есть публичного нарушения приватного пространства личности. Случаи бестактного поведения гинекологов, урологов и проктологов не являются редкостью; в сети даже появился термин «карательная гинекология». Только один из десяти пациентов не возражает против присутствия студентов во время деликатного осмотра и процедур; положительно не относится никто. Поэтому количество студентов во время манипуляций в частных зонах должно быть не более двух-трёх.

3. Риск возникновения ситуации «медицинского унижения», связанный с высокомерным поведением медработников, унижающими оценочными высказываниями, бестактностью во время физического осмотра, причинением неоправданных болезненных ощущений.

Чехов А.П. вспоминал, как глубоко он был шокирован словами знаменитого терапевта Остроумова А.А. по поводу быстрого прогрессирования туберкулёзного процесса: «Вы, братец, калека настоящий... Здоровье Ваше прескверное» [3]. В его рассказе «Хирург» на все крики местного дьячка, измученного болью при неумелом удалении зуба, следовал неизменный ответ фельдшера: «Что ты за пава? Ничто тебе, не околеешь!».

Солженицын А.И. так характеризовал лагерных врачей: «Но вызовут к врачу – не обрадуешься, там тебя особенно поразит эта лубянская механичность. Во взгляде врача не только нет озабоченности, но даже простого внимания. Он не спросит: «На что вы жалуетесь?», потому что тут слишком много слов, да и нельзя произнести эту фразу без интонации, он отрубит: «Жалобы?». Если ты слишком пространно начнешь рассказывать о болезни, тебя оборвут. Ясно и так» [7].

Мариам Петросян в романе «Дом, в котором» так формулирует различие человека и пациента: «Пациент не может быть человеком. Это два совершенно разных понятия. Делаясь пациентом, человек утрачивает свое «Я». Стирается личность, остается животная оболочка, смесь страха и надежды, боли и сна. Человеком там и не пахнет. Человек где-то за пределами пациента дожидается возможного воскрешения. А для духа нет страшнее, чем стать просто телом» [6].

Автоматизированный обезличенный стиль общения врача приводит к потере доверия со стороны больного. Клинические психологи утверждают, что в среднем врач на приеме перебивает пациента через 18 секунд, предпочитая задавать уточняющие закрытые вопросы. Крайне редко встречаются врачи, способные молча выслушать пациента в течение одной минуты [4]. Доктора оправдываются отсутствием времени, загруженностью большим количеством пациентов и бумажной работой, но на самом деле причина в низкой социальной культуре и пренебрежении нормами профессионального этикета. Врач, не дающий себе труда запомнить имя и отчество пациента, производит впечатление высокомерного небрежного человека. Профессор Смоленского государственного медицинского института Борохов А.И. вспоминал, как на заре своей врачебной карьеры докладывал двадцать-тридцать больных на обходе, ни разу не заглянув в историю болезни. Держал полностью в памяти паспортные данные, данные анамнеза и осмотра, все цифры давления, пульса, результаты анализов и инструментальных исследований, диагноз, лечение. Ни разу не ошибся, и это считалось нормой [3].

Спектр составляющих клинического мышления врача включает не только интеллектуальную и эмпирическую составляющую, но и способность к эмпатии. Только общение с пациентом учит сопереживанию, умению взглянуть на «книжную» болезнь «глазами больного», понять, что значит оказаться в непослушном теле, которое тебе не подчиняется и заставляет тебя страдать, разрушает твою жизнь. Невнимательное отношение к мнению и словам больного чревато грубыми осложнениями, вплоть до летального исхода.

В качестве примера можно привести трагическую историю болезни и смерти известной американской журналистки Бетси Леман. Она несколько дней жаловалась лечащему врачу и вообще всем окружающим её медицинским специалистам на «невыносимо тяжёлое состояние» на фоне лечения химиопрепаратами по поводу рака молочной железы, каждый раз получая стандартный ответ, что это нормально для такой терапии. Только после её гибели выяснилось, что, во-первых, все эти дни она получала дозу химиопрепарата, в четыре раза превышающую максимально допустимую, во-вторых, у неё вообще не было онкологического заболевания [2].

Не менее трагическая история произошла в одной из лондонских больниц, где пациент неоднократно просил воды, но медработники отмахивались от его настойчивых просьб. Несчастный, прикованный к больничной койке, даже вызвал полицию, обвиняя сотрудников в жестоком обращении, однако медперсонал заявил, что жажда является его навязчивой идеей и симптомом нарушения психики. Тем не менее, вскрытие показало крайнюю степень обезвоживания как основную причину смерти. Дальнейшее расследование выяснило, что по недосмотру пациент получал трижды в день сильнейший таблетированный диуретик.

В этом контексте клинические разборы на факультетских кафедрах особенно важны, так как во время групповых обсуждений преподаватель личным примером учит студентов правильно взаимодействовать с больным, быть сопереживающим и внимательным. Постучать, представиться самому, представить группу будущих врачей и озвучить цель беседы, предложить всем присутствующим присесть, подчеркнуто уважительно обращаться к пациенту, выразить благодарность за согласие принять участие в беседе с будущими врачами, быть деликатным во время беседы и физического осмотра.

Насколько важен пример старших коллег, иллюстрирует следующий рассказ клинического ординатора: «Будучи студентом, однажды я стал свидетелем общения старшего коллеги с матерью нашего пациента. Кто-то из медсестер пожаловался на поведение матери (бесконечно задает разные вопросы о сыне!). Заведующий подошел к женщине и на повышенных тонах начал её отчитывать: «Мы тут решаем, как лечить и что делать, не мешай нам работать, ты никто». Сначала женщина пыталась возразить, но тут же прекратила эти робкие попытки после угрозы запретить ей навещать ребенка. Мама ответила, что все поняла, но ушла в слезах. Осталось неприятное впечатление».

Один из соавторов на всю жизнь запомнила, как в присутствии группы студентов хирург так откликнулся на стоны больной во время болезненной перевязки: «Тебе больно? И должно быть больно! Не в театр пришла!».

Если со студенческой скамьи не обращать внимания на этические аспекты взаимодействия с больным, то и в дальнейшем, уже работая самостоятельно, врач будет вести себя некорректно, тем самым роняя и свой личный авторитет, и авторитет корпуса медицинских работников в целом. Не случайно подавляющее большинство жалоб пациентов инициированы неэтичным поведением врача.

4. Риск развития психогенных ятрогений и ухудшения состояния пациента, связанный с неправильной трактовкой медицинских терминов, с оценочными суждениями врачей, с усталостью от многократного участия в клинических разборах с разными студенческими группами.

Часто во время обсуждения клинических данных медработники забывают о присутствии рядом пациента. Во время врачебного диалога могут высказываться пугающие больного суждения без их дополнительного разъяснения, например, «необходимо срочно взять кровь на РАК», где на профессиональном жаргоне РАК – развёрнутый анализ крови, а больной тем временем из-за приступа канцерофобии не спал всю ночь.

Другой пример. На утреннем обходе профессор объявил коллегам, что «у этой пациентки явный СТ», и перешел к постели следующей больной. На профессиональном сленге «СТ» означает «стеноз трикуспидального клапана», что не является жизнеугрожающим состоянием. Однако пациентка впала в глубокую депрессию, будучи убеждённой, что СТ – это «смертельный токсикоз», и она обречена. Все попытки лечащего врача переубедить её потерпели неудачу, на фоне стресса состояние больной стало прогрессивно ухудшаться, и она скончалась от тахикардии и отёка легких [2].

Врач не имеет права комментировать внешний вид и особенности образа жизни пациента, это непрофессионально. Необыкновенно важны общая тональность разговора с больным, его интонация. Можно сказать в неприятном приказном тоне: «Повернитесь спиной и задержите дыхание!». Можно сказать по-другому: «Будьте добры, повернитесь спиной и постарайтесь задержать дыхание». Пациентов тяжело травмируют негативные оценочные суждения врачей, например, акушер-гинеколог на приёме пренебрежительно заявила пациентке: «Кого ты можешь родить в твоём возрасте и с таким телосложением! Курящая, рыхлая, со слабыми мышцами!».

5. Риск неэтичного поведения некоторых студентов во время проведения клинического разбора.

Очевидно, что не только преподаватель, но и студенты обязаны неукоснительно соблюдать нормы врачебной этики во время проведения клинических демонстраций. Часть студентов быстро устаёт, особенно если приходится долго стоять в тесной и душной палате. Молодые люди начинают демонстративно скучать, «копаться» в телефонах, жевать резинку, перешёптываться, разглядывать пейзаж за окном, а то и откровенно позёвывать. В результате пациенты отказываются от работы со студентами, аргументируя их пренебрежением и незаинтересованностью. Поэтому целесообразно предварительно провести разъяснительную беседу о недопустимости во время работы с больным посторонних разговоров, пользования смартфонами.

6. Риск конфликтной ситуации в случае расхождения диагноза лечащего врача и диагноза во время клинического разбора.

В отдельных случаях результатом подробного клинического разбора может стать расхождение диагноза врачебного собрания с диагнозом в истории болезни. Например, во время занятия по госпитальной терапии ассистент и группа студентов пришли к выводу, что у пациента причиной «идиопатической» кардиомиопатии, осложненной тахисистолической формой фибрилляции предсердий, стал недиагностированный ранее тиреотоксикоз; сердечная патология была лишь следствием декомпенсации этого заболевания. В другом случае был снят диагноз системной красной волчанки, так как лечащий врач по небрежности не проверил симптом Либмана-Лукина, являющийся патогномичным маркером септического инфекционного эндокардита; в результате пациентка длительное время получала гормональное лечение вместо антибактериального. Ещё у одной пациентки под маской ухудшения состояния больного пневмонией скрывался тяжёлый лекарственный аллергоз, поэтому все попытки лечащего врача «усилить терапию» приводили парадоксальным образом к отрицательной динамике.

В таких случаях преподаватель не имеет права дискредитировать профессиональную квалификацию лечащего врача. Профессиональные замечания должны быть аргументированными, корректными, носить рекомендательный характер, в разговоре со студентами необходимо

подчеркнуть сложность проведения дифференциальной диагностики в данном конкретном случае. Последнее слово всегда остаётся за лечащим врачом, принимающим на себя всю полноту ответственности за состояние здоровья больного.

Культуру поведения врача необходимо целенаправленно формировать и оттачивать многократными специальными упражнениями, превращая в профессиональный навык. На теоретических кафедрах формирование системы профессиональных убеждений и ценностей врача происходит при изучении общегуманитарных дисциплин. На занятиях в факультетских и госпитальных клиниках важен предварительный групповой разбор курируемого больного с преподавателем, и только затем самостоятельная курация пациента по заданному образцу правильной коммуникации. В основу единого этического алгоритма поведения группы будущих врачей у постели больного может быть положена, например, Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации, существующая с 1966 г. и за эти годы неоднократно доказавшая свою полезность и эффективность. Калгари-Кембриджская модель содержит 72 навыка клинического общения и последовательно фиксирует внимание студентов на этической стороне каждого этапа взаимодействия с пациентом, а именно: начало приема, сбор информации, физический осмотр, планирование лечебно-диагностических мероприятий, разъяснение ситуации со здоровьем, окончание приема. На каждом этапе отдельно отрабатываются навыки активного слушания и скрининга, поддерживающего реагирования, умения задавать открытые вопросы, оказания помощи в принятии диагноза. Единый шаблон обеспечивает преемственность поведения преподавателей у постели больного на всех этапах обучения.

Сегодня дефицит профильных больных для учебного процесса привел к разнообразным пациентзамещающим технологиям: симуляционные муляжи и фантомы, тесты и ситуационные задачи, дистанционное обучение. К популярным суррогатным методам обучения относится контекстное обучение, когда в качестве клинических кейсов выступают архивные истории болезней. Описательная часть клинической симптоматики заменяется на визуальную подборку фотографий и видеоролики, анамнестические данные и данные физического осмотра дополняются описаниями снимков КТ, МРТ, УЗИ, есть возможность анализа листов назначений и динамики течения заболевания. Однако всё это демонстрирует болезнь, а не пациента. В результате во время самостоятельной курации студенты проводят непосредственно у постели «своего» больного минимум времени, надеясь всё списать из истории болезни. Известный гематолог, академик Воробьёв А.И. так говорил об этом: «Горячность, острота обсуждения и острота понимания будут только тогда, когда над больным трясутся, переживают, думают, как его, конкретного, спасти. Тогда работает голова по иному механизму, в этом всё дело. Нельзя переводить в трёп то, что требует мобилизации всех твоих сил. Как его спасти, и какова причина всех этих бед? Это можно сделать, только когда ты погрузился туда по уши» [1].

В центрах симуляционного обучения, общаясь с фантомами, муляжами и другими бессловесными манекенами, студенты привыкают выполнять манипуляции молча, без улыбки и слов поддержки и похвалы больного. Более того, в дальнейшем молодые специалисты жалуются, что они не способны качественно выполнять практическую манипуляцию и одновременно разговаривать с пациентом, это их отвлекает. Хорошей рекомендацией может стать введение элементов ролевых игр в модель симуляционного обучения. Медицинские ВУЗы за недостатком больных используют студентов и даже профессиональных актёров (методика «стандартизированный пациент»), то есть специально подготовленный человек, способный симулировать реального пациента). Примером может служить, например, игра «Приём в кабинете УЗИ»: «Пациент обращается для прохождения УЗИ органов брюшной полости, боится возможных негативных результатов, сильно напряжён и обеспокоен. Необходимо создать психологически комфортную атмосферу на приёме». В такой игре сразу же возникает множество вопросов. Как начать приём? Должен ли врач представиться и представить своего ассистента? Как обращаться к пациенту? Нужно ли демонстративно, в присутствии пациента, вымыть руки? Можно ли в это время разговаривать с пациентом?

Такие обсуждения полезны, однако очевидно, что сокращение времени работы студента непосредственно с «живым» пациентом, замена клинического преподавания рутинным теоретическим разбором темы, решением клинических задач и кейсов, компьютеризированными схемами и симуляционным обучением, не приведёт к успеху. Кроме того, студенты не мотивируются на учёбу, так как в отсутствие пациента не видят результатов и смысла своего учебного труда.

Заключение

Следует сказать, что медицинское образование всегда являлось сложной педагогической задачей. Для того, чтобы стать востребованным специалистом, недостаточно много читать специальной

литературы, знать стандарты медицинской помощи, множество болезней и лекарств. Сочетание медицинских симуляторов и обучающих интерактивных платформ, контекстное обучение не в состоянии полноценно заменить непосредственную работу с «живым» пациентом. Сегодня клинические разборы сопряжены с рядом морально-этических трудностей, связанных с реализацией принципа уважения автономии личности пациента. Эта проблема многогранна и должна обсуждаться уже на первом курсе, в рамках углублённого изучения философии, истории медицины и биомедицинской этики. На догоспитальном этапе обучения отработка искусства общения с больным может происходить с помощью методик «стандартизированный пациент», кейс-технологий и деловых ролевых игр. В дальнейшем на занятиях в факультетских и госпитальных клиниках необходимы единые методические рекомендации по этике проведения учебных клинических демонстраций. В их основу можно положить нормы Калгари-Кембриджской модели взаимодействия с пациентом и Кодекса профессиональной этики врача Российской Федерации.

Литература (references)

1. Академик Андрей Воробьев: Я насквозь советский человек / Под ред. Б. С. Горобца, П. А. Воробьева. – Москва: НБЮДИАМЕД, 2010. – 948 с. [*Akademik Andrej Vorob'ev: YA naskvoz' sovetskij chelovek / Pod red. B. S. Gorobca, P. A. Vorob'eva. Academician Andrej Vorobyov: I am a Soviet man through and through / Ed. B. S. Gorobets, P. A. Vorobyov. – Moscow: NEWDIAMED, 2010. – 948 p. (in Russian)*]
2. Бернард Лоун. Утерянное искусство врачевания. – М.: Крон-Пресс, 1998. – 368с. [*Bernard Loun. Uteryannoe iskusstvo vrachevaniya. The lost art of healing. – Moscow: Kron-Press, 1998. – 368p. (in Russian)*].
3. Борохов А.И. Этюды врачевания. И не только. – Смоленск: Смол. гор. тип., 2005. – 547 с. [*Borohov A.I. Etyudy vrachevaniya. I ne tol'ko. Etudes of healing, and not only. – Smolensk: Smolny Mountain Type, 2005, 547 p. (in Russian)*]
4. Давыдова Н. С., Дьяченко Е. В., Самойленко Н. В., Серкина А.В. Навыки общения с пациентами: симуляционное обучение и оценка коммуникативных навыков в медицинском вузе: методическое руководство / Под ред. Н.С. Давыдовой, Е.В. Дьяченко. – Екатеринбург: Типография ООО «АТгрупп», 2019. – 128 с. [*Davydova N. S., D'yachenko E.V., Samojlenko N.V., Serkina A.V. Navyki obshcheniya s pacientami: simulyacionnoe obuchenie i ocenka kommunikativnyh navykov v medicinskom vuze: metodicheskoe rukovodstvo / Pod red. N.S. Davydovoj, E.V. D'yachenko. Communication skills with patients: simulation training and assessment of communication skills at a medical university: a methodological guide / Edited by N.S. Davydova, E.V. Dyachenko. – Yekaterinburg: Printing house of ATgroup LLC, 2019. 128 p. (in Russian)*]
5. Петров Б. Д. С. П. Боткин – жизнь и деятельность. – М.: Медицина, 1982. – 140с. [*Petrov B. D. S. P. Botkin – zhizn' i deyatel'nost'. S. P. Botkin – life and activity. – M.: Medicine, 1982. – 140 p. (in Russian)*]
6. Петросян Мариам. Дом, в котором... – М.: Livebook, 2023. – 960 с. [*Petrosyan Mariam. Dom, v kotorom... Mariam Petrosyan. The house in which... – M.: Livebook, 2023. – 960 p. (in Russian)*]
7. Солженицын А. И. Архипелаг ГУЛА / Под. ред. Н. Д. Солженицыной. – М.: АЛЬФА-КНИГА, 2011. – 1279 с. [*Solzhenitsyn A. I. Arhipelag GULA / Pod. red. N. D. Solzhenitsynoj. Solzhenitsyn A. I. The GULA Archipelago / Edited by N. D. Solzhenitsyna, – Moscow: ALPHA-BOOK, 2011. – 1279 p. (in Russian)*]

Информация об авторах

Коноплева Елена Леонидовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры философии, истории медицины, биоэтики и социальных наук ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: konopleva.alenushka@gmail.com

Соколова Марина Геннадьевна – кандидат философских наук, доцент, заведующая кафедрой философии, истории медицины, биоэтики и социальных наук ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: mar1164@yandex.ru

Атрощенко Анна Михайловна – кандидат экономических наук, доцент кафедры философии, истории медицины, биоэтики и социальных наук ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: annaatrohenko@yandex.ru

Поступила 17.03.2025

Принята к печати 06.06.2025