

ФИЛОСОФСКИЕ НАУКИ**PHILOSOPHICAL STUDIES**

DOI: 10.12731/2077-1770-2018-2-4-14-27

УДК 614.253.83

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА В СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОТ ЭТИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ
К МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ***Пыжова О.В., Чальцева Т.А.*

Цель. В статье авторы ставят своей задачей проследить процесс трансформации информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство из этической теории в правовую практику в отечественной системе здравоохранения советского периода, поскольку гармония универсальных ценностей и правовых норм может одновременно регулировать не только поведение человека в рамках профессиональной этики, но и развитие медицинской науки.

Метод и методология. Для изучения данной проблемы применялись диалектический и сравнительно-исторический методы исследования.

Результаты. В ходе проведенного анализа внедрения в медицинскую практику теории информированного согласия на дискуссионной основе в общественных и медицинских кругах, а также на основе рассмотрения нормативно-правовых норм, регулировавших взаимоотношения врач-пациент в отечественной медицине XX века, авторы пришли к выводу что, получив первый опыт правового регулирования в СССР, практика согласия пациента на медицинское вмешательство в современной России приведена в соответствие с международными стандартами.

Область применения результатов. Результаты исследования могут найти применение не только в области биоэтики, медицинского права, истории медицины и права в медицинских и юриди-

ческих вузах в процессе обучения, но и стать основой отдельного исследования по изучению и совершенствованию нормативно-правовой базы информированного добровольного согласия пациента в условиях развития современной системы здравоохранения.

Ключевые слова: теория согласия; информированное согласие; пациент; врач; профессиональные обязанности; медицинское вмешательство; врачебная этика; уголовная ответственность; правовое регулирование.

THE INFORMED CONSENT OF THE PATIENT IN THE SOVIET SYSTEM OF HEALTH CARE: FROM ETHICAL THEORY TO MEDICAL PRACTICE

Pyzhova O.V., Chaltseva T.A.

Purpose. In article authors put the task to track process of transformation of the informed voluntary consent of the patient to medical intervention of the ethical theory in legal practice in a domestic health care system since the Soviet period to the present as the harmony of universal values and precepts of law can regulate at the same time not only behavior of the person within professional ethics, but also development of medical science.

Methodology. To studying of this problem it was applied dialectic and comparative-historical methods of a research.

Results. During the carried-out analysis of introduction in medical practice of the theory of the informed consent on a debatable basis in public and medical circles and also on the basis of consideration of the standard precepts of law regulating relationship the doctor patient in domestic medicine of the 20th century, authors have come to a conclusion about what, having got the first experience of legal regulation of the practitioner of consent of the patient to medical intervention only in modern Russia has been brought into accord with the international standards.

Practical implications. Results of a research can find application not only in the field of bioethics and the medical right in medical and

legal higher education institutions in the course of training, but also to become the basis for a separate study on the study and improvement of the legal framework of informed voluntary consent of the patient in the development of modern health care system.

Keywords: *theory of consent; the informed consent; patient; doctor; professional duties; medical intervention; medical ethics; criminal liability; legal regulation.*

Проблема этического осмысления практической деятельности врача в условиях развитого гражданского общества с широкими правами и обязанностями вызывает особый исследовательский интерес с точки зрения истории ее развития в отечественной медицине советского периода. Пациент сознательно участвует в процессе лечения и имеет право знать о целях предстоящей манипуляции, возможных последствия и рисках. Добровольное информированное согласие в современной системе здравоохранения – это обязательная этико-правовая норма, регулирующая процесс взаимодействия и защищающая врача и пациента на основании получения от больного добровольного разрешения на медицинские манипуляции после предоставленной врачом в максимально доступной и понятной форме информации о целях, характере, альтернативных вариантах вмешательства, развитии возможных осложнений.

Но как только этическое содержание необходимости согласия больного на медицинское вмешательство получило правовую форму, и для врача такая процедура стала обязательной, новый импульс к обсуждению получили проблемы, неизбежно сопровождающие практику добровольного информированного согласия с момента ее появления в медицинской деятельности: абсолютность права пациента на согласие на медицинские манипуляции; возможные исключения из этого правила, когда допускается, что врач не испрашивает такое согласие в определенных (каких именно?) ситуациях; превращение подписания информированного согласия в формальность, как со стороны врача, так и со стороны пациента, и, как результат, – многочисленные судебные разбирательства; определение степени

ответственности врачей за неблагоприятный исход медицинского вмешательства, осуществляемого на основании дачи пациентом добровольного информированного согласия и т.д.

Для решения сложившихся противоречий вокруг юридически обоснованной практики медицинского вмешательства после получения врачом от пациента согласия на него, возможно, будет полезным и важным проследить трансформацию добровольного информированного согласия в советской системе здравоохранения.

Процесс зарождения теории согласия пациента на медицинское вмешательство начался в России еще в начале XX века и развивался преимущественно в полемиках о пределах волеизъявления больных при оказании медицинской помощи во врачебных и юридических кругах, как правило, на страницах периодических изданий и различного рода отдельных публичных выступлениях.

В дореволюционный период в отечественном здравоохранении специальное законодательство, регулирующее эту сторону взаимоотношений врача и пациента, отсутствовало, поэтому врачебная деятельность квалифицировалась в общеправовых рамках, а согласие пациента приравнивалось к согласию потерпевшего, что создавало определенные трудности в судебных разбирательствах в условиях сословного характера суда. Особенно дискуссионными представлялись условия, на основании которых действия врачей трактовались правомерными, а сами врачи могли не опасаться уголовной ответственности и соответствующего наказания. Среди таких условий самыми распространенными выступали цели врачевания, профессиональные обязанности и их исполнение, а также наличие согласия пациента на медицинское вмешательство.

Так, наличие или отсутствие согласия на хирургические операции вызывало дискуссию, прежде всего, во врачебных кругах. Известный русский физиолог, заслуженный деятель науки УССР, заслуженный профессор Украины в одной из своих работ «Врач, его призвание и образование» в 1921 году описывал пример из врачебной практики: во время проведения операции человеку среднего возраста хирург при плановом удалении одного яичка обнаружил поражение другого яичка

и принял решение о его удалении при отсутствии согласия на то пациента. Этот и подобные ему случаи служат равнозначным соперничеством двух мотивов: со стороны врача – забота о состоянии здоровья пациента, а со стороны самого пациента – право распоряжаться качеством своей дальнейшей жизни [1, с. 382]. Очевидно, проблема равновесия правового регулирования и этических норм требовала конструктивного решения в системе взаимоотношений «врач – пациент».

И только в постреволюционный период в сфере отечественного здравоохранения пределы врачебного вмешательства в отношении пациента впервые получили правовое закрепление в законодательных актах. Образование СССР было ознаменовано созданием целого ряда основных законодательных документов, в том числе и в области защиты прав пациента на добровольное информированное согласие.

Стоит отметить, что до 1924 года в СССР не было попыток рассмотреть на законодательном уровне право пациента на медицинское вмешательство. Этому способствовал целый ряд объективных оснований: драматичные санитарно-гигиенические нормы в стране, погрязшей в первой мировой и гражданской войнах; многочисленные вспышки эпидемий; голод и многие другие. До 1924 года в условиях чрезвычайного времени у пациента практически не было возможности автономно принимать решение о медицинском вмешательстве.

Первого декабря 1924 года в целях установления контроля над медицинской деятельностью был издан Декрет ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников». Необходимо отметить неоспоримое значение данного документа, положившего начало созданию российской правовой базы в рамках формирования взаимоотношений в системе «врач–пациент» в новых социально-политических условиях. Однако нельзя не отметить и правовую однобокость Декрета 1924 года, так как в нем учитывалась только область хирургии и сложные методы диагностики. Так, в ст. 20 содержится указание на то, что хирургические операции и сложные методы диагностики применяются с согласия больных, а с шестнадцатилетнего возраста, и в отношении к психически больным – с согласия их родителей, опекунов или попечителей. В исключительных

случаях допускалось оказание медицинской помощи без согласия пациента, например, при промедлении в установлении диагноза или проведении операции, угрожающей жизни больного, когда получить согласие указанных лиц не представляется возможным [12, с. 12].

Но все же главное значение Декрета 1924 года заключалось в первом опыте утверждения на уровне высшего законодательного органа конституционной страны (СССР) права пациента на согласие при выполнении хирургических операций. На основании той же статьи неотложные операции для спасения жизни или важного органа врач мог произвести после консультации с другими врачами. В случае риска опоздания врач мог решить вопрос об операции один и без согласия больного, если тот находился в бессознательном состоянии, но о каждом таком случае врач должен был доложить отделу здравоохранения в срок не позднее двадцати четырех часов с момента медицинского вмешательства.

Отметим, вместе с радикальными изменениями в России меняется и медицина в целом, и стандарты оказания медицинской помощи населению в частности. Социальная революция породила и социальную медицину – отрасль медицинского знания, которая изучает болезни с точки зрения их массового проявления, исследуя законы массового распространения нозологических форм, и строит определенные методы массовой профилактики и терапии для своей практической деятельности [9, с. 19].

Ориентация на политику нового государства внесла свои значительные коррективы и в требования к выполнению профессиональных обязанностей врачей, которые содержались не только в соответствующих нормативно-правовых актах, но и впервые вошли в учебные пособия советских вузов. Так, в одном из учебно-методических изданий, предназначенном для изучения теории уголовного права будущими юристами, известный советский правовед, доктор юридических наук, теоретик права Андрей Андреевич Пионтковский в разделе «Обстоятельства, исключаящие противоправность» обосновал условия, на основании которых правомерность действий врача может быть обоснована с точки зрения

уголовной ответственности. Например, он подчеркивает, что выполнение некоторых социально полезных профессиональных функций может обретать формы, напоминающие составы преступления (удаляя зуб, стоматолог наносит легкое телесное повреждение, ампутация ноги или руки хирургом может квалифицироваться как тяжкое телесное повреждение и т.д.).

Так, доминирующим принципом медицинской деятельности стала социальная полезность при выполнении врачом профессиональных обязанностей. А в случае доказательства преступного умысла или халатности со стороны врача, медицинское вмешательство получало состав преступления. При этом советское общество выступало за применение мер принудительного лечения и вакцинарования в медицине как социальной защиты населения от эпидемий и социально опасных заболеваний, расширяя полномочия врачей действовать без согласия пациента. Как указывал, А.А. Пионтковский, принцип социальной полезности в медицине в дальнейшем должен был способствовать возрастанию случаев медицинского вмешательства без согласия пациента [7, с. 156–157].

13 июля 1925 года в Ленинграде состоялось совместное заседание членов Ленинградского Общества Работников Советского Права и слушателей Криминологического Кабинета при Ленинградском Губсуде с представителями Наркомздрава и врачами «О судебной ответственности врачей». На нем поднимались вопросы уголовной ответственности врача при выполнении профессиональных обязанностей. Эта встреча была вызвана резким увеличением количества судебных процессов, где главными обвиняемыми становились врачи, преимущественно оперирующие. В таком контексте снова встал вопрос о несовершенстве действующего в СССР законодательства, о границах правомерности врачебной деятельности, о квалификации действий врачей, поскольку последняя проблема решалась по-прежнему определениями общеправовой практики без учета специфики оказания медицинской помощи населению.

Для общества в целом назрела острая необходимость конкретизации и ясности в установлении тех норм, за пределами которых

врачебная деятельность становится общественно вредной и уголовно наказуемой [10, с. 61]. Однако одной из самых спорных задач являлась ответственность за совершение врачебных действий – лечение больного. В новых социальных условиях, в том числе и советского права, разрешение этого спора могло иметь только юридическую природу врачебной деятельности, которая в дальнейшем могла стать базой для утверждения и развития правовых основ добровольного информированного согласия. Стоит отметить, что наиболее доступной в обосновании наказуемости или ненаказуемости врачебного действия является сама теория согласия больного, сущность которой сводится к выражению *Volentia non fit iniuria* – по отношению к давшему согласие не может быть правонарушения [10, с. 63], т.е., если больной дал согласие на медицинское вмешательство, то уголовная ответственность исключается, кроме тех случаев, которые запрещены законом, например, аборты или действия, совершенные с определенным злым умыслом.

Впервые речь шла о том, что согласие больного должно быть установлено на законном уровне с учетом ряда условий. Главное из них, согласие должно быть добровольным и сознательным, что редко удовлетворяет этим требованиям, так как само нездоровое состояние больного уже исключает осознанное отношение к происходящему, при этом врач пытается многое скрыть от пациента, чтобы не потерять надежды на благополучный исход лечения. Что же касается лиц в бессознательном состоянии, то важно понять, насколько считать согласие окружающих достаточным для этой цели. Становится ясно, что данная теория согласия больного недостаточна, поэтому, по словам участника заседания 1925 года юриста профессора А.М. Розина, на смену теории согласия выдвигалась теория врачебной цели, которая оправдывала врачебные действия.

В СССР государство давало полномочия врачу на совершение определенных действий, которые признаны медицинской наукой. Теория авторитарного права врача, даже в условиях признания его со стороны государства, вскоре оказалась неприемлемой и требовала дополнительных разъяснений. Стоит упомянуть еще несколько из-

вестных теорий – «теория конечного результата врачебной деятельности» или сложную теорию «психофизического благо бытия (профессора Мокритского)» [10, с. 64], которые убедительно доказывали трудность подведения врачебных действий под юридические нормы.

В новых сложных политических и социально-экономических условиях советского государства диалог врачебной этики и медицинского права обнаружил новые грани обсуждения. Так, в 1926 году в статье «Уголовная ответственность врачей» известный врач, доктор медицины Юлий Германович Малис снова поднял тему согласия больного на операцию. Он был убежден, что врачи, и юристы – что простительно первым и совершенно непростительно вторым – смешивают две далеко несовпадающие области: этику и право.

Найти компромисс между профессиональной этикой врача и юридической практикой советского государства было крайне сложно, поскольку нравственно хирург не может позволить проведение операции без согласия пациента, а юридически больной и его родственники заинтересованы в защите своих прав на свободу выбора, не желая при этом неблагоприятных последствий для здоровья. Другими словами, медицинское вмешательство невозможно расценивать, например, как нанесение телесных повреждений в случае ожидания согласия пациента, что будет равносильно врачебному принципу *laissez mourir* (пусть он умрет – прим авт.), поскольку интересы больного будут лучше защищены, если он окажется в распоряжении квалифицированного врача, нежели врач может оказаться в распоряжении пациента со всеми вытекающими последствиями [5, с. 77–78].

Таким образом, первой по времени возникновения, но наиболее примитивной в обосновании наказуемости или ненаказуемости врачебного действия явилась теория согласия больного. Именно она нашла жизнь и развитие в рамках СССР и в современном мире.

В дальнейшем утверждение документа «Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» от 19 декабря 1969 года № 4589-VII предусматривало обязательность оформления согласия пациента при хирургических операциях и в то же время, предлагало открытый перечень ситуаций, разрешающий проведение

медицинского вмешательства без информированного согласия пациента. Так, в статье 35 данного закона указывалось, что «хирургические операции производятся и сложные методы диагностики применяются с согласия больных, а больным, не достигшим шестнадцатилетнего возраста, и психически больным – с согласия их родителей, опекунов или попечителей. Неотложные хирургические операции производятся и сложные методы диагностики применяются врачами без согласия самих больных либо их родителей, опекунов или попечителей только в тех исключительных случаях, когда промедление в установлении диагноза или проведении операции угрожает жизни больного, а получить согласие указанных лиц не представляется возможным» [6]. Вышеуказанные требования сохранили свою актуальность по отношению к Декрету 1924 года, за исключением пункта об обязательном сообщении в управляющие органы здравоохранения в положенные сроки сведений о медицинском вмешательстве без согласия пациента.

Таким образом, в системе советского здравоохранения согласие пациента как правовая норма обсуждалось преимущественно в контексте хирургических вмешательств, а описание ситуаций, которые допускали действия без согласия пациента или его представителя со стороны врача, предоставляли последним достаточно широкие полномочия при проведении медицинских манипуляций. При этом впервые именно в системе здравоохранения СССР этическая теория согласия пациента получила правовое закрепление.

С образованием Российской Федерации получение добровольно информированного согласия от пациента стало обязательным условием любого медицинского вмешательства, а с присоединением России к основным международным этико-правовым стандартам в области защиты прав и достоинств пациентов, в национальных нормативно-правовых актах и документах появились значительные изменения в формулировках. Так, условие осуществления медицинского вмешательства только после получения от пациента добровольного информированного согласия стало общемировой правовой нормой и показателем демократичности общества [8, с. 112]. В соответствии с частью II «Согласие» Конвенции о правах человека и

биомедицине [3], статьи 21 Конституции РФ [4], статей 35, 36, 38, 52 Кодекса профессиональной этики врача РФ [2] правовое регулирование практики испрошенного согласия пациента осуществляется в современной медицине на основании статьи 20 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», устанавливающей порядок дачи информированного добровольного согласия, право пациента на отказ от медицинского вмешательства, а также допустимость оказания врачами медицинской помощи без согласия пациента или его законного представителя [11]. Стоит отметить, что анализ исторических условий и опыта, полученного отечественными врачами и правоведами в ходе обсуждения этико-правовых условий внедрения и функционирования информированного согласия в советской системе здравоохранения, может оказаться полезным для изучения специфики современной практики информированного согласия пациента в России. Однако изучение таких противоречий и проблем в изменяющихся условиях XXI века, тенденция к росту судебных дел о врачебных ошибках, объективность медицинской и судебной статистики в области конфликта интересов между врачами и пациентами, способность и умение защищать свои права представляют отдельный исследовательский интерес.

Список литературы

1. Данилевский В.Я. Врач, его призвание и образование: Вступит. Чтения. Харьков: Всеукр. гос. изд., 1921. 416 с.
2. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации. URL:<http://li.i-docx.ru/28pedagogika/36372-1-kodeks-professionalnoy-etiki-vracha-rossiyskoy-federacii-kodeks-professionalnoy-etiki-vracha-rossiyskoy-federacii-pri.php> (дата обращения 11.06.2018).
3. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS N 164) (Овьедо, 4 апреля 1997 года). URL:<http://bioethics.imbp.ru/Principles/Convention.html> (дата обр-я 11.06.2018).
4. Конституция Российской Федерации. URL: <http://www.constitution.ru> (дата обращения 11.06.2018).

5. Малис Ю.Г. Уголовная ответственность врачей // Жизнь и право. 1926. Книга первая. С. 76–82.
6. Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении» от 19 декабря 1969 г. № 4589. URL:http://www.libussr.ru/doc_ussr/usr_7212.htm (дата обращения 07.06.2018).
7. Пионтковский А.А. Уголовное право Р.С.Ф.С.Р. Общая часть. М.: Гос. изд-во, 1924. 235 с.
8. Пищита А.Н., Климов А.Е. Информированное добровольное согласие в медицине (правовой аспект) // Вестник РУДН. Серия. Медицина. 2006. № 1(33). С. 112–118.
9. Раевский А.С. От изучения патологии индивида к изучению патологии масс // Вестник современной медицины. 1924. № 5. С. 17–19.
10. Судебная ответственность врачей: [статьи и материалы]. Л. М.: Изд-во Рабочий суд, 1926. 64 с.
11. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011. URL: http://www.consultant.ru/popular/zdorovia_grazhdan (дата обращения 11.06.2018).
12. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П., Филиппов А.Ю. История становления информированного добровольного согласия пациента в России // Медицинский альманах. 2013. № 1 (25). С. 11–13.

References

1. Danilevskij V.Ya. *Vrach, ego prizvanie i obrazovanie: Vstupit. Chteniya* [Danilevsky V.Ya. A doctor, his Calling and Education: Introduct. Readings.]. Kharkiv: Vseukr. state. prod., 1921. 416 p.
2. *Kodeks professional'noj ehtiki vracha Rossijskoj Federacii* [Code of Professional Ethics of the Doctor of the Russian Federation]. <http://li.i-docx.ru/28pedagogika/36372-1-kodeks-professionalnoy-etiki-vracha-rossiyskoj-federacii-kodeks-professionalnoy-etiki-vracha-rossiyskoy-federacii-pri.php>.
3. *Konvenciya o zashchite prav i dostoinstva cheloveka v svyazi s primenieniem dostizhenij biologii i mediciny: Konvenciya o pravah cheloveka i biomedicine (ETS N 164) (Ov'edo, 4 aprelya 1997 goda)* [The Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Conven-

- tion on Human Rights and Biomedicine (ETS N 164) (Oviedo, on April 4, 1997)]. <http://bioethics.imbp.ru/Principles/Convention.html>.
4. *Konstituciya Rossijskoj Federacii* [Constitution of the Russian Federation]. <http://www.constitution.ru>.
 5. Malis Yu.G. *Ugolovnaya otvetstvennost' vrachej* [Malis Yu.G. Criminal Liability of Doctors]. *Zhizn' i pravo* [Life and right]. 1926. First book, pp. 76–82.
 6. *Osnovy zakonodatel'stva soyuza SSSR i soyuznyh respublik o zdorovo-ohranenii» ot 19 dekabrya 1969 g. № 4589* [The Principles of the Legislation of the Union of the USSR and Federal Republics on the Health Care” of December 19, 1969 No. 4589]. http://www.libussr.ru/doc_ussr/usr_7212.htm.
 7. Piontkovskij A.A. *Ugolovnoe pravo R.S.F.S.R. Obshchaya chast'* [Piontkovsky A.A. Criminal law of R.S.F.S.R. General part]. M.: State publishing house, 1924. 235 p.
 8. Pishchita A.N., Klimov A.E. Informirovannoe dobrovol'noe soglasie v medicine (pravovoj aspekt) [Pishchita A.N., Klimov A.E. The Informed Voluntary Consent in Medicine (Legal Aspect)]. *Vestnik RUDN. Seriya. Medicina* [The RUDN Bulletin. Series. Medicine]. 2006. No. 1(33), pp. 112–118.
 9. Raevskij A.S. Ot izucheniya patologii individa k izucheniyu patologii mass [Rajevski A.S. From the Study of Pathology of the Individual to the Study of Pathology of Masses]. *Vestnik sovremennoj mediciny* [Journal of Modern Medicine]. 1924. No. 5, pp. 17–19.
 10. *Sudebnaya otvetstvennost' vrachej: [stat'i i materialy]* [Judicial Responsibility of Doctors: [Articles and Materials]. L.-M.: Working Court Publishing House, 1926. 64 p.
 11. *Federal'nyj zakon «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii» № 323-FZ ot 21.11.2011* [The federal law “About Bases of Protection of Public Health in the Russian Federation” No. 323-FZ from 21.11.2011]. http://www.consultant.ru/popular/zdorovia_grazhdan.
 12. Filippov Yu.N., Abaeva O.P., Filippov A.Yu. Istoriya stanovleniya informirovannogo dobrovol'nogo soglasiya pacienta v Rossii [Filippov Yu.N., Abayeva O.P., Filippov A.Yu. History of the Development of the Patient's Informed Voluntary Consent in Russia]. *Medicinskij al'manah* [The Medical Almanac]. 2013. No. 1 (25), pp. 11–13.

ДАнные ОБ АВТОРАХ

Пыжова Олеся Владимировна, доцент кафедры философии, кандидат философских наук
Курский государственный медицинский университет
ул. Карла Маркса, 3, г. Курск, Курская область, 305041, Российская Федерация
olvp@bk.ru

Чальцева Татьяна Александровна, старший преподаватель кафедры философии, кандидат исторических наук
Курский государственный медицинский университет
ул. Карла Маркса, 3, г. Курск, Курская область, 305041, Российская Федерация
t.a.c.2002@yandex.ru

DATA ABOUT THE AUTHORS

Pyzhova Olesya Vladimirovna, Associate Professor, Department of Philosophy, Ph.D. in Philosophy
Kursk State Medical University
3, Karl Marks Str., Kursk, Kursk Region, 305041, Russian Federation
olvp@bk.ru
SPIN-code: 3291-2440
ORCID: 0000-0002-3770-5835
ResearcherID: L-9538-2018

Chaltseva Tatyana Aleksandrovna, Senior Lecturer, Department of Philosophy, Ph.D. in History
Kursk State Medical University
3, Karl Marks Str., Kursk, Kursk Region, 305041, Russian Federation
t.a.c.2002@yandex.ru
SPIN-code: 9993-7477
ORCID: 0000-0001-7334-7177
ResearcherID: M-1228-2018