

Российское общество профилактики
неинфекционных заболеваний
Российское кардиологическое общество
Национальный медицинский исследовательский
центр терапии и профилактической медицины

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА Cardiovascular Therapy and Prevention (Russian) ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

SCOPUS 1,4

- Cardiovascular medicine
- Education



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО



Официальный сайт журнала

<https://cardiovascular.elpub.ru>

№ 2S, 2023

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

Российское кардиологическое общество
Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины

Научно-практический рецензируемый медицинский журнал

Журнал зарегистрирован Министерством РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций 30.11.2001г. (ПИ № 77-11335)

Журнал с открытым доступом

Журнал включен в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК

Журнал включен в Scopus, EBSCO, DOAJ
Российский индекс научного цитирования (ядро), RSCI (Russian Science Citation Index)

Полнотекстовые версии всех номеров размещены на сайте Научной Электронной Библиотеки: www.elibrary.ru

Правила публикации авторских материалов и архив номеров: <http://cardiovascular.elpub.ru>

Информация о подписке:
www.roscardio.ru/ru/subscription

Объединенный каталог "Пресса России":
42434 — для индивидуальных подписчиков
42524 — для предприятий и организаций

По вопросам лицензий и перепечатки опубликованных материалов просим обращаться в издательство

Ответственность за достоверность рекламных публикаций несет рекламодатель

Периодичность: 12 раз в год

Установочный тираж: 5 000 экз.

Отдел рекламы и распространения
Гусева А. Е.
e-mail: guseva.silicea@yandex.ru

Ответственный переводчик
Клешеногов А. С.

Компьютерная верстка
Звёздкина В. Ю., Морозова Е. Ю.

Отпечатано: типография "OneBook",
ООО "Сам Полиграфист",
129090, Москва, Протопоповский пер., д. 6
www.onebook.ru

Лицензия на шрифты № 180397 от 21.03.2018

Номер подписан в печать: 13.06.2023

Цена свободная

©КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Основан в 2002 г.

Том 22 2S'2023

Главный редактор

Драткина О. М. (Москва, Россия) доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430

Заместитель главного редактора

Астанина С. Ю. (Москва, Россия) кандидат педагогических наук, доцент, профессор кафедры общественного здоровья и методики профессионального образования ИПОА, руководитель Методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-1570-1814

Редакционная коллегия

Авдеева Е. А. (Красноярск, Россия) доктор философских наук, доцент, зав. кафедрой педагогики и психологии с курсом ПО, ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-4573-895X

Андреева Н. Д. (Санкт-Петербург, Россия) доктор педагогических наук, профессор, зав. кафедрой методик и обучения биологии и экологии, ФГБОУ ВО "Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена", Министерство просвещения Российской Федерации, РИНЦ SPIN-код: 5590-0558

Ванчакова Н. П. (Санкт-Петербург, Россия) доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой педагогики и психологии ФПО, ФГБОУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова" Минздрава России, ORCID: 0000-0003-1997-0202

Плугина М. И. (Ставрополь, Россия) доктор психологических наук, зав. кафедрой педагогики, психологии и специальных дисциплин, ФГБОУ ВО "Ставропольский государственный медицинский университет" Минздрава России, ORCID: 0000-0001-6874-6827

Теремов А. В. (Москва, Россия) доктор педагогических наук, профессор, кафедра естественнонаучного образования и коммуникативных технологий, ФГБОУ ВО "Московский педагогический государственный университет" Министерство просвещения Российской Федерации, РИНЦ, Autor ID: 449820, IRID: 11099403

Чумаков В. И. (Волгоград, Россия) кандидат педагогических наук, доцент, кафедра медико-социальных технологий с курсом педагогики и образовательных технологий дополнительного профессионального образования, ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет" Минздрава России, ORCID: 0000-0002-3119-9337

Выпускающие редакторы

Рыжов Е. А. (Москва, Россия)

Рыжова Е. В. (Москва, Россия)

Шеф-редактор

Родионова Ю. В. (Москва, Россия)

Адрес Редакции:

101990, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3
e-mail: cardiovasc.journal@yandex.ru
Тел. +7 (499) 553 67 78

Издательство:

ООО "Силицея-Полиграф"
e-mail: cardio.nauka@yandex.ru
Тел. +7 (985) 768 43 18 www.roscardio.ru

Russian Society for Prevention
of Noncommunicable Diseases

Russian Society of Cardiology

National Medical Research
Center for Therapy
and Preventive Medicine

**Scientific peer-reviewed
medical journal**

Mass media registration certificate
ПИ № 77-11335 dated 30.11.2001

Open Access

**The Journal is in the List of the leading
scientific journals and publications
of the Supreme Examination Board (VAK)**

**The Journal is included in Scopus, EBSCO, DOAJ,
Russian Science Citation Index (RSCI)**

Complete versions of all issues are published:
www.elibrary.ru

Instructions for authors:
<http://cardiovascular.elpub.ru>

Submit a manuscript:
<http://cardiovascular.elpub.ru>

Subscription:
www.roscardio.ru/ru/subscription

United catalogue "Pressa of Russia":
42434 — for individual subscribers
42524 — for enterprises and organizations

**For information on how to request permissions
to reproduce articles/information from this journal,
please contact with publisher**

**The mention of trade names, commercial products
or organizations, and the inclusion of advertisements
in the journal do not imply endorsement by editors,
editorial board or publisher**

Periodicity: 12 issues per year

Circulation: 5 000 copies

Advertising and Distribution department
Guseva Anna
e-mail: guseva.silicea@yandex.ru

Translator
Kleschenogov A. S.

Design, desktop publishing
Zvezdkina V. Yu., Morozova E. Yu.

Printed: OneBook, Sam Poligraphist, Ltd.
129090, Moscow, Protopopovskiy per., 6
www.onebook.ru

Font's license № 180397 от 21.03.2018

©CARDIOVASCULAR THERAPY AND PREVENTION

CARDIOVASCULAR THERAPY AND PREVENTION PROFESSIONAL EDUCATION

founded in 2002

Vol.22 2S'2023

Editor-In-Chief

Oxana M. Drapkina (Moscow, Russian Federation) — Professor, Doctor of Medical Sciences, Academician of the Russian Academy of Sciences, Chief Specialist in Therapy and General Medical Practice of the Ministry of Health of the Russian Federation, Director, National Research Center for Therapy and Preventive Medicine, ORCID: 0000-0002-4453-8430

Deputy Chief Editor

Svetlana Y. Astanina (Moscow, Russian Federation) — candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Public Health and Methods of Professional Education, Head of the Methodological Accreditation and Simulation Center, National Research Center for Therapy and Preventive Medicine, ORCID: 0000-0003-1570-1814

Editorial Board

Elena A. Avdeeva (Krasnoyarsk, Russian Federation) — Dr. Phil., Associate Professor, Head of the Department, Department of Pedagogy and Psychology with a PE-course, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, ORCID: 0000-0003-4573-895X

Natalia D. Andreeva (St. Petersburg, Russian Federation) — Doctor of Pedagogy, Professor, Head of the Department of Biology and Ecology Teaching Methods. A. I. Herzen Russian State Pedagogical University, Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation, RSCI SPIN-code: 5590-0558

Nina P. Vanchakova (St. Petersburg, Russian Federation) — Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Pedagogy and Psychology of FPO, Acad. I. P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, ORCID: 0000-0003-1997-0202

Maria I. Plugina (Stavropol, Russian Federation) — Doctor of Psychological Sciences, Head of the Department of Pedagogy, Psychology and Special Disciplines, Stavropol State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, ORCID: 0000-0001-6874-6827

Alexander V. Teremov (Moscow, Russian Federation) — Doctor of Pedagogic Sciences, Professor, Department of Science Education and Communication, Moscow State Pedagogical University, Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation, RSCI, Autor ID: 449820, IRID: 11099403

Vyacheslav I. Chumakov (Volgograd, Russian Federation) — candidate of pedagogics, Associate professor of the Department of medical and social technologies with a course of pedagogy and educational technologies of additional professional education, Volgograd State Medical University, ORCID: 0000-0002-3119-9337

Managing editors

Ryzhov E. A. (Moscow, Russia)
Ryzhova E. V. (Moscow, Russia)
Rodionova Yu. V. (Moscow, Russia)

Editorial office

Petroverigskiy per., 10, str. 3
Moscow 101990, Russia
e-mail: cardiovasc.journal@yandex.ru
+7 (499) 553 67 78

Publisher

Silicea-Poligraf
e-mail: cardio.nauka@yandex.ru
Tel. +7 (985) 768 43 18 www.roscardio.ru

Содержание

Вступительное слово

4

Оригинальные статьи

Астанина С. Ю., Калинина А. М., Шепель Р. Н., Драпкина О. М.

Методические особенности формирования коммуникативной компетенции врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования

7

Чумаков В. И., Фарманян Р. Р.

Социальная привлекательность российского высшего медицинского образования для иностранных студентов

18

Белашева И. В., Плугина М. И., Есаян М. Л., Осипова Н. В.

Эмоциональные компетенции как фактор поддержания эмоционального здоровья медицинских работников

29

Павлов Ч. С., Ковалевская В. И., Варганова Д. Л., Туранкова Т. А., Семенистая М. Ч., Теплюк Д. А., Литвинова Т. М., Волев Б. А.

Критическое мышление в медицинском образовании

38

Чумаков В. И.

Задачи гуманитарных дисциплин в подготовке студентов медицинского высшего учебного заведения (на примере исторических дисциплин)

49

Организация здравоохранения

Булавко Я. Э., Тимофеев Е. В., Исаков В. А., Кондратьев Г. В., Соусова Я. В., Абдалиева Ч. А., Алкак К. Д. Ю., Галенко А. С., Ибраева Г. А., Реева С. В.

Пути оптимизации профилактических мероприятий в районах, удаленных от регионального центра

57

Мнение по проблеме

Богданов Н. А., Анискина А. П.

О проблемах отечественного школьного естественно-научного образования, патриотического воспитания и их влиянии на подготовку специалистов медицинских профессий

66

Кидирбаева К., Сатиева Ш., Куанышбаева Ж., Исхакова А., Асанова Г., Поваляшко Г., Дуйсенбекова Ж.

Формирование навыков социальной коммуникации у студентов медицинского факультета в системе профессионального образования. Опыт Республики Казахстан

74

Родионова Ю. В.

В поисках современного образа врача: на каких примерах учиться у великих? Часть I

83

История научно-педагогических школ

Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В.

С. С. Зимницкий — создатель функционального направления в клинике внутренних болезней. Начало пути — исследования в гастроэнтерологии

98

Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В.

Вершина научного творчества С. С. Зимницкого — исследования в нефрологии

112

Contents

Address to the readers

Original articles

Astanina S. Yu., Kalinina A. M., Shepel R. N., Drapkina O. M.

Methodological features of the development of the communicative competence of local general practitioner in preventive counseling

Chumakov V. I., Farmanyany R. R.

Social attractiveness of Russian higher medical education for international students

Belasheva I. V., Plugina M. I., Esayan M. L., Osipova N. V.

Emotional competencies as a factor in maintaining the mental health of medical workers

Pavlov Ch. S., Kovalevskaya V. I., Varganova D. L., Turankova T. A., Semenistaya M. Ch., Tepluk D. A., Litvinova T. M., Volel B. A.

Critical thinking in medical education

Chumakov V. I.

The aims of humanities in the training of medical students on the example of history subjects

Healthcare management

Bulavko Ya. E., Timofeev E. V., Isakov V. A., Kondratiev G. V., Sousova Ya. V., Abdaliev Ch. A., Alkak K. D. Yu., Galenko A. S., Ibraeva G. A., Reeva S. V.

Ways to optimize preventive measures in areas remote from the regional center

Opinion on a problem

Bogdanov N. A., Aniskina A. P.

Problems of domestic school natural science education, patriotism promotion and their influence on the training of medical professionals

Kidirbayeva K., Satiyeva Sh., Kuanyshbayeva Zh., Iskakova A., Assanova G., Povalyashko G., Duisenbekova Zh.

Formation of social communication skills among students of the Faculty of Medicine in the system of professional education. Experience of the Republic of Kazakhstan

Rodionova Yu. V.

In search of a modern character of a doctor: what examples to learn from the greats? Part I

History of scientific and pedagogical schools

Osloпов V. N., Khazova E. V., Khasanov N. R., Osloповa Yu. V., Mishanina Yu. S., Osloповa D. V.

S. S. Zimnitsky — the creator of the functional direction in internal medicine. The outset — research in gastroenterology

Osloпов V. N., Khazova E. V., Khasanov N. R., Osloповa Yu. V., Mishanina Yu. S., Osloповa D. V.

The pinnacle of S. S. Zimnitsky scientific work — nephrology research

Глубокоуважаемые коллеги!

Вашему вниманию предлагается второй в этом году дополнительный выпуск журнала "Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Профессиональное образование", посвященный проблеме формирования современного врача, неотъемлемо связанной со становлением его как целостной, всесторонне развитой личности, а также его профессиональной подготовки, осуществляемой в системе медицинского образования.

В условиях повышения требований к качеству оказания медицинской помощи возникает необходимость коррекции подготовки врача, которая должна ориентироваться на принципы саморегуляции, взаимодействия и развития образовательных, научных и педагогических структур.

Перемены в подходах к подготовке врачей-терапевтов и врачей общей практики (семейных врачей), детерминированы следующими причинами:

- осознанием роли и значимости системы высшего медицинского образования для поступательно эволюционирующего общества;

- признанием научного потенциала, накопленного научно-педагогическими школами терапии и профилактической медицины на основе генерации передовых идей в рамках научного и технологического прогресса;

- обновлением профессорско-преподавательского состава ВУЗов, его "омоложением", повышением престижности профессии преподавателя и привлечением компетентных, высокопрофессиональных педагогических кадров к подготовке врачей;

- повышением интенсивности информационного обеспечения учебного процесса медицинского образования за счет увеличения наукоёмкости оказания медицинской помощи по профилю "Терапия".

Естественно, встает объемная проблема взаимоотношений между врачом и больным, проблема

Главный редактор,
д.м.н., профессор, академик РАН
Драпкина О. М.



врачебной деонтологии, в "орбиту" которой входят вопросы врачебной этики, чисто профессиональные вопросы, вопросы лечебной тактики, психотерапевтического воздействия личности врача на пациента, вопросы взаимодействия врача и пациента и т.д.

В быстро меняющихся условиях окружающей среды и практического здравоохранения особенно остро встают проблемы взаимопонимания, взаимоуважения, взаимодоверия между врачом и пациентом. Решение этих проблем требует подробного исследования.

Мы рады предоставить вам возможность познакомиться с результатами исследований авторов статей, опубликованных в этом выпуске нашего журнала.

Здравствуйте, уважаемые коллеги!

Вот и наступило время "выхода в свет" второго номера нашего журнала, посвященного формированию личности врача и его роли в практическом здравоохранении.

Любая проблема образования, так или иначе, связана с необходимостью обучения, воспитания и развития личности обучающегося.

В психологии и педагогике существует большое разнообразие определений понятия личности.

Личность в трактовке зарубежных психологов — сложная автономная система, отличающаяся направленностью, волей к положительной деятельности и сотрудничеству. Они рассматривают жизнь личности как процесс развертывания стремления к актуализации своих возможностей и способностей, генетически заложенных в человеке (А. Маслоу, Х. Хекхаузен).

В отечественной теории развития личности — "личность определяется своими отношениями к окружающему миру, к общественному окружению, к другим людям. Это отношение реализуется в деятельности людей" (С.Л. Рубинштейн). Для нас такой подход является наиболее близким: деятельность как реализация отношений человека к миру выступает главным признаком личности.

При подготовке медицинских кадров всегда большое внимание уделялось формированию не только профессиональных знаний и умений, но и их морально-нравственному развитию, исследованию проблемы формирования личности врача.

В статье Астаниной С. Ю., Калининой А. М., Шепеля Р. Н., Драпкиной О. М. "Методические особенности формирования коммуникативной компетенции врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования" показаны результаты экспериментального внедрения методики формирования коммуникативной компетенции врача. Авторы доказательно обосновали — высокий уровень развития умений в проведении всех этапов краткого профилактического консультирования зависит от убеждений врача в необходимости владения врачом коммуникативной компетенцией взаимодействия "врач-пациент".

В статье Чумакова В. И. "Задачи гуманитарных дисциплин в подготовке студентов медицинского высшего учебного заведения (на примере исторических дисциплин)" раскрыта роль исторических дисциплин в формировании общекультурных компетенций студентов медицинского высшего учебного заведения (ВУЗ), обучающихся на медицинских и гуманитарных специальностях. На основе многолетнего педагогического опыта представлены педагогические технологии, разработанные авторами, наиболее полно формирующие общекультурные и профессиональные компетенции в рамках исторических дисциплин.



Результаты исследования Плугиной М. И. нашли отражение в статье "Эмоциональные компетенции как фактор поддержания эмоционального здоровья медицинских исследований". Показаны достоверные двусторонние корреляционные связи между широким спектром отдельных симптомов эмоционального выгорания и невротических состояний, являющимися проявлениями эмоционального нездоровья, и характеристиками эмоционального интеллекта медицинских работников.

Технологические инновации в современном мире привели к смене парадигмы медицинского образования, обозначив новые задачи. В статье Павлова Ч. С., Ковалевской В. И., Варгановой Д. Л., Туранковой Т. А., Семенистой М. Ч., Теплюк Д. А., Литвиновой Т. М., Волель Б. А. "Критическое мышление в медицинском образовании" отражен опыт кафедры терапии Института профессионального образования Сеченовского Университета по внедрению практико-ориентированного исследовательского модуля, направленного на формирование критического мышления с использованием методов доказательной медицины у студентов и ординаторов.

В статье Чумакова В. И., Фарманяна Р. Р. "Социальная привлекательность российского высшего медицинского образования для иностранных студентов" показано исследование оценки потребителей образовательных услуг — иностранных студентов о критериях выбора ВУЗа для обучения.

Исследование проблемы организации и проведения медицинских профилактических осмотров, диспансеризации в местностях, удаленных от регионального центра, на примере Хвойнинского района Новгородской области, и поиск путей усовершенствования данных мероприятий нашли от-

ражение в статье Булавко Я. Э., Тимофеева Е. В., Исакова В. А., Кондратьева Г. В., Соусовой Я. В., Абдалиевой Ч. А., Алкак К. Д. Ю., Галенко А. С., Ибраевой Г. А., Реевой С. В. "Пути оптимизации профилактических мероприятий в районах, удаленных от регионального центра".

Под рубрикой "Мнение о проблеме" опубликованы статьи, акцентирующие внимание читателей на проблеме качества подготовки обучающихся.

В статье Богданова Н. А., Анискиной А. П. "О проблемах отечественного школьного естественно-научного образования, патриотического воспитания и их влиянии на подготовку специалистов медицинских профессий" представлен анализ основных проблем, имеющих в естественнонаучном образовании в настоящее время.

На необходимость формирования навыков социальной коммуникации обращают внимание авторы Кидирбаева К., Сатиева Ш., Куанышбаева Ж., Исакова А., Асанова Г., Поваляшко Г., Дуйсенбекова Ж. в статье "Формирование навыков социальной коммуникации у студентов медицинского факультета в системе профессионального образования. Опыт Республики Казахстан". По мнению авторов, в развитии навыков социальной коммуникации у будущих специалистов системы здравоохранения большое значение имеет опыт отечественной педагогики, направленный на повышение нрав-

ственного воспитания, необходимого для адекватного поведения и общения, не только в условиях местных и национальных реалий, но и включающих в себя уважение к культуре других народов.

В статье "В поисках современного образа врача: на каких примерах учиться у великих? Часть I" Родионова Ю. В. показывает преемственность между поколениями в формировании специалиста.

Под рубрикой "История научно-педагогических школ" опубликованы статьи, посвященные 150-летию со дня рождения С. С. Зимницкого.

В статьях Ослопова В. Н., Хазовой Е. В., Хасанова Н. Р., Ослоповой Ю. В., Мишаниной Ю. С., Ослоповой Д. В. "С. С. Зимницкий — создатель функционального направления в клинике внутренних болезней. Начало пути — исследования в гастроэнтерологии" и "Вершина научного творчества С. С. Зимницкого — исследования в нефрологии" показан удивительный талант и трудолюбие ученого, позволившие профессору С. С. Зимницкому создать новое физиологическое направление в функциональной диагностике заболеваний почек. Но главная идея публикации — авторам статей удалось показать пример незаурядной личности ученого.

Уважаемые коллеги, мы приглашаем вас познакомиться с работами авторов статей и желаем интересного чтения!

Астанина С. Ю.,
заместитель главного редактора

Методические особенности формирования коммуникативной компетенции врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования

Астанина С. Ю., Калинина А. М., Шепель Р. Н., Драпкина О. М.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России. Москва, Россия

Наблюдается противоречие между потребностью преподавателей терапевтических кафедр в методике формирования коммуникативной компетенции (КК) врачей-терапевтов в проведении краткого профилактического консультирования (ПК) и отсутствием научно обоснованной организации учебных занятий по формированию КК врачей-терапевтов в проведении краткого ПК.

Существующее противоречие позволило обозначить проблему исследования — необходимость разработки методики формирования КК врачей-терапевтов в проведении краткого ПК.

В контексте исследуемой проблемы определена цель исследования — определить методические особенности формирования КК врача-терапевта в проведении краткого ПК.

Для решения поставленной цели использовались следующие методы исследования: теоретические — теоретический анализ философской, педагогической, психологической и методической литературы; проектирование образовательного процесса; экспериментальные — прямое и косвенное педагогическое наблюдение, педагогический эксперимент, анкетирование, проведение контрольных срезов.

Методическими особенностями формирования КК врача-терапевта участкового в проведении краткого ПК являются одновременное развитие: интеллектуальной и эмоциональной сферы личности врача (формирование коммуникативных умений в проведении всех этапов краткого ПК); волевой сферы личности врача (формирование убеждений в необходимости владения врачом КК взаимодействия "врач-пациент").

Методика формирования КК врача основывается на технологии учебного тренинга. Содержание тренинга представляет собой систему из трех компонентов: когнитивный компонент — совокупность знаний нормативно-правовой основы проведения краткого ПК; знаний

о критериях его эффективности; особенностях организации и принципах реализации; эмоционально-мотивационный компонент — формирование лично значимых представлений о себе как субъекте профессионального общения в процессе проведения краткого ПК; поведенческий компонент — формирование убеждений врача в необходимости освоения коммуникативных умений, обеспечивающих формирование компетенции в проведении краткого ПК.

Результаты экспериментального внедрения методики формирования КК врача показали высокий уровень развития: умений в проведении всех этапов краткого ПК; убеждений в необходимости владения врачом КК взаимодействия "врач-пациент".

Ключевые слова: коммуникативная компетенция, профилактическое консультирование, методические особенности, методика формирования коммуникативных компетенций.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 15/06-2023

Рецензия получена 21/06-2023

Принята к публикации 23/06-2023



Для цитирования: Астанина С. Ю., Калинина А. М., Шепель Р. Н., Драпкина О. М. Методические особенности формирования коммуникативной компетенции врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3648. doi:10.15829/1728-8800-2023-3648. EDN ADLGI

Methodological features of the development of the communicative competence of local general practitioner in preventive counseling

Astanina S. Yu., Kalinina A. M., Shepel R. N., Drapkina O. M.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

There is a contradiction between the need of teachers of internal medicine departments in the methodology for communicative competence

(CC) of general practitioners in brief preventive counseling and the lack of evidence-based classes on CC formation in brief preventive counseling.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: umu.profmed@gmail.com

[Астанина С. Ю.* — к.пед.н., доцент, профессор кафедры общественного здоровья и методики профессионального образования Института профессионального образования и аккредитации, с.н.с. отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, руководитель Методического аккредитационно-симуляционного центра, ORCID: 0000-0003-1570-1814, Калинина А. М. — д.м.н., профессор, руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения, ORCID: 0000-0003-2458-3629, Шепель Р. Н. — к.м.н., зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, в.н.с., руководитель отдела научно-стратегического развития первичной медико-санитарной помощи, ORCID: 0000-0002-8984-9056, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

The existing contradiction made it possible to identify the research problem — the need to develop a methodology for the development of CC of general practitioners in brief preventive counseling.

In the context of the problem, the study aim was determined — to define the methodological features of CC formation in the general practitioner in brief preventive counseling.

To achieve this goal, the following research methods were used: theoretical: theoretical analysis of philosophical, pedagogical, psychological and methodological literature; designing the educational process; experimental: direct and indirect pedagogical observation, pedagogical experiment, questioning, control sections.

The methodological features of CC formation are the simultaneous development of the intellectual and emotional fields of the doctor's personality (communication skills in conducting all stages of brief preventive counseling) and the volitional field of the doctor's personality (belief in the need to master the CC of doctor-patient interaction).

The method of doctor's CC development is based on the technology of educational training. The content of the training is a system of three following components: cognitive component — knowledge of the regulatory framework for conducting brief preventive counseling; knowledge about the criteria for its effectiveness; features of the management and principles of implementation; emotional and motivational component — the formation of personally significant ideas about oneself as a subject of professional communication in the process of brief preventive counseling; the behavioral component is the formation of the doctor's beliefs in the need to master communicative

skills that ensure the formation of competence in brief preventive counseling.

The results of its experimental implementation for the formation of a doctor CC showed a high level of development: skills in conducting all stages of brief preventive counseling; beliefs in the need for the doctor to master the CC of doctor-patient interaction.

Keywords: communicative competence, preventive counseling, methodological features, methodology for the development of communicative competences.

Relationships and Activities: none.

Astanina S. Yu.* ORCID: 0000-0003-1570-1814, Kalinina A. M. ORCID: 0000-0003-2458-3629, Shepel R. N. ORCID: 0000-0002-8984-9056, Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author: umu.profmed@gmail.com

Received: 15/06-2023

Revision Received: 21/06-2023

Accepted: 23/06-2023

For citation: Astanina S. Yu., Kalinina A. M., Shepel R. N., Drapkina O. M. Methodological features of the development of the communicative competence of local general practitioner in preventive counseling. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3648. doi:10.15829/1728-8800-2023-3648. EDN ADLGF

КК — коммуникативная компетенция, ПК — профилактическое консультирование.

Введение

Во всем мире повышаются требования к качеству оказания медицинской помощи и ее доступности. В этой связи на заседании Совета по стратегическому развитию и национальным проектам Президент Российской Федерации В. В. Путин поставил задачу — всю систему медицинской помощи, включая ее первичное звено, необходимо сделать более устойчивой и гибкой, способной эффективно реагировать на любые вызовы¹. Качество медицинской помощи уже вышло за пределы ее традиционного понимания — сохранение жизни пациента и возвращение его трудоспособности [1]. В работе Антоновой Н. Л. обращается внимание на то, что в конце XX — начале XXI вв под влиянием глобализации и информационных технологий в медицине и здравоохранении произошли значительные трансформации, вызвавшие коренные изменения основ медицинской практики и системы организации оказания медицинской помощи. На фоне остро стоящих экономической, технологической и кадровой проблем именно проблема человеческих взаимоотношений и общения в медицине

остается такой же актуальной и требующей решения, как и вопрос об уровне качества медицинских услуг в целом [2].

Все больше внимания обращается на значимость коммуникативной компетентности (КК) специалистов, содействующей реализации пациент-ориентированного подхода [3].

КК по значимости для клинической практики ставится во всем мире на один уровень с такими компетенциями, как базовые научные знания, клиническое мышление и практические навыки [4].

В ряде работ ученых (Л. Л. Алексеева, 2002; Н. С. Зверева, 2016; Ю. С. Филатова с соавт., 2013; Ю. С. Филатова, М. М. Кашапов, 2015; P. Kinnersley and A. Edwards, 2008; L. L. Low, et al., 2011) КК врача рассматривается как определенный уровень сформированности личного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими, прежде всего пациентами.

В то же время многие авторы отмечают, что в современных реалиях отмечается снижение внимания к развитию эмпатии в процессе обучения врача [5]. Различные дефиниции понятия эмпатия² приводят к рассогласованности между участниками образовательного процесса.

¹ Указ "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года" URL: <http://kremlin.ru/events/president/news/57425> (Дата обращения: 21.06.2023г).

² Большой современный толковый словарь русского языка 2012г. <https://slovar.cc/rus/tolk/131969.html>.

Мы в своей работе придерживаемся мнения авторов — эмпатия определяется как преимущественно когнитивный атрибут общения (в отличие от аффективного или эмоционального), который предусматривает понимание, а не прочувствование боли и страдания пациента, комбинированного со способностью донести это понимание до сознания пациента и с намерением помочь [6].

В вышеуказанных работах проведенное исследование влияния эмпатии на результаты взаимодействия "врач-пациент" позволило выявить ряд закономерностей:

— врачи с более высоким уровнем эмпатии получали достоверно больше информации от пациента, эффективнее выстраивали диагностический поиск и быстрее диагностировали заболевание;

— у врачей с более высоким уровнем эмпатии достоверно большее число пациентов достигало стабилизации болезни, сокращалась частота и продолжительность госпитализаций;

— пациенты врачей с более высоким уровнем эмпатии достоверно чаще были удовлетворены оказываемой помощью и отмечали снижение тревожности, положительный эмоциональный настрой.

При этом К. Роджерс в своих работах неизменно подчеркивал, что все эмпатические реакции терапевта являются по сути пробными, подразумевающими обращение к клиенту "Правильно ли это?". Эмпатический отклик терапевта выступает в качестве способа настройки на переживания пациента. Реакция пациента на вмешательство позволяет терапевту осуществить "подгонку" собственного опыта и более точно настроиться на переживание пациента, создавая тем самым почву для точной эмпатии [7].

В работе авторов Саманты Батт-Роуден, Маргарет С. Чисолм, Блэра Антон, Табор Э. Фликингер отмечается, что КК врачей и эмпатия повышаются в процессе профессионального образования [8]. Для этого авторы рекомендуют проектировать учебный процесс в рамках проблемно-ориентированного обучения, использовать тренинги формирования навыков эффективного общения, чаще использовать ролевые игры и рефлексии своей деятельности.

Однако эмпатия, как и коммуникативные умения, выступает лишь средством взаимодействия врача и пациента, но не целью. Цель, как системообразующий фактор во взаимодействии врача и пациента, зависит от убежденности врача в необходимости поиска путей взаимопонимания и взаимопонимания между врачом и пациентом. Убеждения (уверенный взгляд на ситуацию, точка зрения³) выступают важным мотивом деятельности, стимулирующим внутреннюю активность врача [9].

КК — это способность и готовность врача выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности⁴. Как другие профессиональные компетентности, эта компетентность в реальных ситуациях направлена на решение профессиональных задач, с использованием знаний, умений, профессионального опыта. Формирование компетентности осуществляется в соответствии со следующими закономерностями:

- компетенции проявляются только в деятельности;
- содержание понятия "компетентность" шире не только знаний, умений или навыков, но и даже их суммы;
- компетентность имеет кумулятивный характер, т.е. усиление в развитии одного типа компетенции непременно вызывает совершенствование других типов;
- компетенции характеризуются принципиальной незавершенностью;
- системообразующим условием формирования компетенций выступает ценностно-мотивационная характеристика обучающегося, т.е. его потребность в непрерывном совершенствовании имеющихся компетенций [10].

Специальные исследования показывают, что в коммуникации предпочтение в выборе той или иной позиции обусловлено факторами, связанными с отношением к человеку, отношением к деятельности [11].

Сформированные у человека убеждения играют важную роль в процессе организации поведения и деятельности человека, входят в структуру его мировоззрения [12]. Именно убеждения становятся мотивами поведения человека и определяют его отношение к разным сферам действительности; выступают компонентами мировоззрения личности⁵.

В то же время исследование Чижковой М. Б. доказывает, что в учебном процессе студентов-медиков недостаточно весомое место занимает курс психологии, направленный на формирование КК. Учебная дисциплина, преподаваемая на ранних этапах (1-2 года обучения) не всегда содержательно отвечает запросам студентов в плане взаимодействия врача и пациента, разрешения конфликтных ситуаций, установления психологического контакта и т.п. [13].

Несмотря на приоритет профилактической деятельности медицинских работников, законода-

³ Толковый словарь Ожегова С. И. <https://slovarozhegova.ru/>.

⁴ Приказ Минобрнауки России от 9 января 2023г № 15 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования — подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.49 Терапия" (Зарегистрирован в Минюсте России 13 февраля 2023г, регистрационный № 72333).

⁵ Большой психологический словарь. Сост. и общ. ред.: Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. СПб.: ПраймЕВРОЗНАК, 2003. 672 с.

тельно закрепленный Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в статье 12, где среди других положений регламентируется проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации⁶, проблема формирования КК врача-терапевта участкового в проведении краткого профилактического консультирования (ПК) исследована недостаточно.

По результатам исследования ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России выявлено, что с целью повышения эффективности проведения краткого ПК врач-терапевт участковый должен владеть КК, представляющей собой способность и готовность к информированию пациента о результатах обследования, к разъяснению информации с учетом его индивидуальных особенностей, формированию приверженности пациента к рекомендациям и советам врача. Индикаторами (показателями) достижения планируемого результата, выраженного в сформированности КК, выступают коммуникативные умения, составляющие 3/4 от общего количества формируемых умений, и умения врача в лечебно-диагностической деятельности, составляющие 1/4 часть от общего количества необходимых умений [14].

Наблюдается противоречие между потребностью преподавателей терапевтических кафедр в методике формирования КК врачей-терапевтов в проведении краткого ПК и отсутствием научно обоснованной организации учебных занятий по формированию КК врачей-терапевтов в проведении краткого ПК.

Существующее противоречие позволило обозначить проблему исследования — необходимость разработки методики формирования КК врачей-терапевтов в проведении краткого ПК.

В контексте исследуемой проблемы определена **цель исследования** — определить методические особенности формирования КК врача-терапевта участкового в проведении краткого ПК.

Для решения поставленной цели использовались следующие **методы исследования**:

— теоретические: теоретический анализ философской, педагогической, психологической и методической литературы; проектирование образовательного процесса;

— экспериментальные: прямое и косвенное педагогическое наблюдение, педагогический эксперимент, анкетирование, проведение контрольных срезов.

При разработке методики формирования КК врачей в проведении краткого ПК были учтены результаты констатирующего эксперимента, в котором приняли участие 20 человек (врачи-ординаторы первого года обучения ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России). На этапе констатирующего эксперимента обучающимся предстояло ответить на вопросы анкеты, выявляющей знания и умения ординаторов в проведении краткого ПК.

При определении эффективности экспериментальной методики мы исходили из следующих показателей:

- уровень сформированных убеждений ординаторов в необходимости владения КК и проведении краткого ПК;
- уровень сформированных коммуникативных умений ординаторов в проведении всех этапов краткого ПК.

Для определения уровня сформированных убеждений использовалась модифицированная методика "Шкала базисных убеждений" (автор Ронни Янов-Бульман [15]).

Определение уровня сформированных коммуникативных умений осуществлялось в ходе педагогического эксперимента. Обучающий эксперимент осуществлялся с 2022-2023гг на базе ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России. В эксперименте приняло участие 39 обучающихся ординаторов первого и второго года обучения. Были определены контрольные (19 ординаторов второго года обучения) и экспериментальные (20 ординаторов первого года обучения) группы. В контрольных группах обучение велось по традиционной методике. По окончании обучения отслеживалась динамика развития установленных умений. В экспериментальной группе обучение основывалось на реализации рабочей программы учебной дисциплины (модуля) "Психолого-педагогические особенности взаимодействия врача и пациента. Профилактическое консультирование" (трудоемкость 36 академических часов). Ведущей деятельностью обучающихся выступал диалог между "врачом" и "пациентом", имитирующий процесс краткого ПК. В соответствии с установленной закономерностью — цели и содержание программы определяют выбор методов и форм учебного процесса — в экспериментальной методике организации учебных занятий использовалась технология учебного тренинга [16].

Результаты и обсуждение

По окончании проведения констатирующего эксперимента был проведен анализ результатов анкетирования: на вопрос анкеты "Считаете ли Вы необходимым обучение врача умениям взаимодействовать с пациентом в процессе краткого ПК?", большая часть (93,8%) ординаторов отрицательно ответили на этот вопрос, обосновывая тем, что во-

⁶ Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ. URL: <https://docs.cntd.ru/document/902312609> (Дата обращения: 21.06.2023г).

просы этики и деонтологии они изучали в ВУЗе. На вопрос "С какими трудностями они сталкивались в процессе работы в поликлинике (при наличии этого опыта)?" — ответы ординаторов распределились следующим образом: "очень многословные пациенты — отнимают много времени от работы врача" (78,3%); "недостаточно времени на заполнение документации" (69,5%); "недисциплинированные пациенты (входят в кабинет без разрешения, отвлекают врача уточняющими вопросами, не выполняют рекомендации врача)" (83,5%). На вопрос "Сколько времени составляет продолжительность краткого ПК?" — не было дано ни одного правильного ответа.

Анализ результатов констатирующего эксперимента показал низкий уровень знаний ординаторов о целях и задачах краткого ПК, отсутствие убежденности в необходимости совершенствования умений врачей во взаимодействии "врач-пациент". Вызывало беспокойство убеждение ординаторов в том, что причиной всех трудностей являются "недисциплинированные" пациенты. Лишь малая часть ординаторов (12,7%) критически оценивала уровень подготовки врачей к проведению краткого ПК.

Результаты анкетирования определили направления совершенствования учебного процесса: формирование у врачей убеждений в необходимости владения КК в проведении краткого ПК и формирование коммуникативных умений и навыков врачей, обеспечивающих продуктивное взаимодействие между врачом и пациентом.

С этой целью было разработано учебное пособие [9], включающее вопросы: "Теоретические основы профилактического консультирования", "Модель профилактического консультирования", "Методическое обеспечение учебного процесса по формированию умений врачей в проведении профилактического консультирования".

Подробное исследование целей и задач процесса краткого ПК позволило разработать паспорт станции "Профилактическое консультирование" с ситуационной задачей по проведению краткого ПК, сценарием для стандартизированного пациента и подробным оценочным листом (чек-листом), обеспечивающим контроль и оценку сформированных умений по выявленным индикаторам.

Однако ни наличие нормативных документов, регламентирующих процесс диспансеризации, ни наличие учебного пособия, раскрывающего главные идеи краткого ПК, ни наличие паспорта станции "Профилактическое консультирование" не раскрывают особенности организации учебного процесса по формированию убеждений и необходимых умений врачей в проведении краткого ПК.

Развитие личности обучающегося происходит только в процессе учебной деятельности, построенной на основе дидактических закономерностей и принципов.

Академик РАО Новиков А. М. [17] обращает внимание на особенности учебной деятельности, которые легли в основу методики формирования КК врачей:

1. Учебная деятельность направлена на освоение видов деятельности, не на овладение знаниями, как это традиционно считается, а именно на овладение деятельностью. Поэтому умения, являются конечной целью деятельности;

2. В отличие от подавляющего большинства других видов деятельности — учебная деятельность всегда направлена "на себя" — на освоение нового для обучающегося опыта в виде знаний, умений, ценностных отношений, убеждений;

3. Учебная деятельность всегда инновационна для конкретного обучающегося, несмотря на то, что цели и задачи задаются извне (нормативными документами, распоряжениями и др.).

Известно, личность обучающегося характеризуется тремя сферами: интеллектуальной, эмоциональной, волевой. Эти сферы равноценны. И упор на одну из них в процессе обучения (например, интеллектуальную) в ущерб другим ведет к диспропорциям. В процессе обучения все три компонента: интеллектуальный, эмоциональный, волевой должны выступать на равных и одновременно [18].

В этой связи целесообразно рассматривать не отдельные методы или формы обучения, а методические системы обучения, представляющие собой совокупность методов, средств, технологий, направленных на достижение конкретных целей.

При разработке методической системы подготовки врачей-терапевтов к проведению краткого ПК мы проектировали учебный процесс на основе интеграции методических систем контекстного обучения [19] и имитационного (моделирующего) обучения, основывающихся на методах анализа конкретной ситуации и решения ситуаций.

Наиболее эффективной в этой ситуации обучения выступает технология учебного тренинга [20], позволяющая создавать условия для интенсивного взаимодействия чувствами, мыслями и действиями, что имеет ряд неоспоримых преимуществ:

1) обучающиеся начинают легче принимать точку зрения своих партнеров и обнаруживают готовность к изменению собственных установок;

2) возрастает социальная активность и инициатива в поиске оригинальных решений;

3) создаются условия для формирования общепонятного психологического языка, что позволяет участникам тренинга описывать свои переживания, стремления, цели и ожидания;

4) данная форма работы позволяет выявлять структурно-функциональные взаимоотношения в группе при решении профессиональных задач. Наблюдения за взаимоотношениями в группе позволяют фиксировать особенности межличностно-

Последовательность формирования коммуникативных умений

№	Степень	Характеристика
1.	Первая	Ознакомление с алгоритмом деятельности врача-терапевта участкового в проведении краткого профилактического консультирования
2.	Вторая	Сознательное, но пока еще недостаточно умелое выполнение действия. По этой причине все внимание преподавателя лежит в области оценки правильности выполнения каждого учебного элемента, лежащего в основе формируемого умения
3.	Третья	Неумелое действие должно развиваться до уровня навыка (автоматизация действий)
4.	Четвертая	Модификация действий в зависимости от ситуаций. Только после полного освоения умений врача в проведении краткого профилактического консультирования возможны модификация и импровизация в решении профессиональных задач

го стиля поведения, специфику вербальной и невербальной самоподачи и т.д. Однако сверхзадачей активного социально-психологического обучения должна быть не столько концентрация участников тренинга на технике общения, сколько пробуждение интереса к пациенту как личности, к его потребностям.

Технология учебного тренинга включает в себя четыре этапа:

— *на первом этапе* осуществляется планирование коммуникативной структуры деятельности в проведении краткого ПК, планирование учебного процесса по освоению знаний о целях, задачах, видах ПК, функциях краткого и углубленного ПК. На этом же этапе определяются наиболее эффективные формы, методы, средства обучения в зависимости от состава обучающихся в группах: количество обучающихся, возраст, опыт деятельности и др.;

— *на втором этапе* происходит организация непосредственного взаимодействия с участниками учебного процесса, при этом начало общения во многом определяет успешность дальнейшего учебного процесса;

— *на третьем этапе* осуществляется управление педагогическим процессом. Этот этап требует использования разнообразных приемов и способов педагогического общения в процессе краткого ПК, в ситуации оценки знаний и умений обучающихся на зачете;

— *успешность четвертого этапа* определяется способностью педагога к рефлексии. Преподаватель анализирует использованную им систему общения, уточняет возможные варианты организации общения, анализирует содержание занятия и тем самым прогнозирует предстоящее общение с аудиторией.

Наблюдение за процессом формирования коммуникативных умений, с использованием технологии учебного тренинга, показывает, что в формирование умений осуществляется целенаправленно и последовательно (таблица 1).

Последовательность в формировании умений является условием, обеспечивающим снижение ошибок в формируемых умениях и повышающим продуктивность учебного процесса.

Методические рекомендации в проведении тренинга по формированию умений врача в проведении краткого ПК включают [16]:

- цель тренинга;
- содержание тренинга;
- описание субъектов образовательного процесса;
- необходимые условия проведения тренинга;
- примерный план проведения тренинга.

Содержание тренинга представляет собой систему из трех компонентов, включающих необходимые знания и умения врача, обеспечивающие выполнение формирования компетенции:

— *Когнитивный компонент* — совокупность знаний нормативно-правовой основы проведения краткого ПК; знаний о критериях его эффективности; особенностях организации и принципах реализации.

— *Эмоционально-мотивационный компонент* — формирование личностно значимых представлений о себе как субъекте профессионального общения в процессе проведения краткого ПК.

— *Поведенческий компонент* — формирование убеждений врача в необходимости освоения коммуникативных умений, обеспечивающих формирование компетенции в проведении краткого ПК.

Продолжительность учебного тренинга — 6 учебных занятий. Для каждого занятия определены цели, планируемые результаты, содержание, этапы проведения занятия, формы и методы работы.

Последовательность целей и задач учебных занятий показывает развитие учебного процесса по формированию КК врачей (таблица 2).

Стоит обратить внимание на последовательное развитие убеждений врача: от "КК основывается на взаимоуважении врача и пациента и предполагает коррекцию личностных и профессиональных характеристик врача" до "взаимодействие врача и пациента не ограничивается завершением консультирования — оно развивается и укрепляется в последующих формах коммуникации (профилактических медицинских осмотрах, организации обр-ратной связи, советах, вопросах)".

Особенностью экспериментальной методики обучения является организация учебного процесса

Таблица 2

Развитие целей и задач в ходе проведения тренинга по формированию КК

Номер занятия и его тема	Цели и задачи занятий		
Занятие 1 (Вводное)	Цель: введение в тренинговую ситуацию, создание рабочей психологической атмосферы в группе, содержательное определение целей тренинга		
	Формирование знаний	Формирование умений	Формирование убеждений
	Нормативных требований к осуществлению профилактической деятельности врача; характеристик видов профилактического консультирования; целей, задач, принципов реализации профилактического консультирования	Руководствоваться нормативными документами; определять по существенным характеристикам вид профилактического консультирования	Коммуникативная компетенция основывается на взаимоуважении врача и пациента и предполагает коррекцию личностных и профессиональных характеристик врача
Занятие 2 (Начало консультирования)	Цель: формирование лично значимых представлений о себе как субъекте общения во взаимодействии "врач-пациент"		
	Формирование знаний	Формирование умений	Формирование убеждений
	Сравнительных характеристик Калгари-Кембриджской модели медицинского консультирования и модели профилактического консультирования; психолого-педагогических особенностей взаимодействия врача и пациента	Проводить первый этап краткого профилактического консультирования пациентов; осуществлять психолого-педагогическое взаимодействие с пациентом с учетом теоретических основ коллегиальной модели "врач-пациент"	Врач играет ведущую роль во взаимодействии "врач-пациент", что предполагает: объективную оценку себя как субъекта взаимодействия "врач-пациент"
Занятие 3 (Информирование пациента)	Цель: формирование умений информирования пациента о результатах первого этапа диспансеризации		
	Формирование знаний	Формирование умений	Формирование убеждений
	Методического обеспечения формирования умений врачей в проведении профилактического консультирования на этапе информирования пациента	Сообщение пациенту о результатах обследования, обращение внимания пациента на возможность положительного решения существующей проблемы или одобрение состояния пациента при отсутствии проблем, уточнение у пациента, что ему известно о влиянии фактора риска на здоровье	Врач обязан осваивать специальные психодиагностические методики, направленные на освоение способов и приемов эффективного взаимодействия
Занятие 4 (Объяснение пациенту)	Цель: формирование умений объяснения влияния факторов риска на здоровье пациента		
	Формирование знаний	Формирование умений	Формирование убеждений
	Принципов научности и доступности при изложении информации	Анализа и применения невербальных средств коммуникации во взаимодействии "врача и пациента", взаимодействия с пациентами различных психологических типов; презентации информации для пациента	Мотивация пациента к следованию советам врача является приоритетной во взаимодействии "врач-пациент"
Занятие 5 (Контроль усвоения/ понимание советов и готовность к их выполнению)	Цель: формирование умений врача в осуществлении контроля усвоения советов и готовности пациента следовать им		
	Формирование знаний	Формирование умений	Формирование убеждений
	Приемов и способов разрешения затруднительных ситуаций во взаимодействии врача и пациента	Проверки усвоения и понимания пациентом советов и готовность к их выполнению	Содействие убеждению пациента в приверженности рекомендациям врача — залог успеха взаимодействия "врач-пациент"
Занятие 6 (Завершение консультирования)	Цель: формирование умений подведения итогов тренинга и представление программ личностного и профессионального развития участников тренинга		
	Формирование знаний	Формирование умений	Формирование убеждений
		Подведения итогов консультации и пояснение пациенту порядка записи на углубленное профилактическое консультирование (по показаниям)	Взаимодействие врача и пациента не ограничивается завершением консультирования — оно развивается и укрепляется в последующих формах коммуникации (профилактических медицинских осмотрах, организации обратной связи, советах, вопросах)

Таблица 3

Уровни сформированных умений ординаторов в проведении краткого ПК (в %)

Уровни	Показатели									
	Экспериментальная группа					Контрольная группа				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 уровень (низкий)	10,7	12,4	11,4	15,1	8,3	63,4	76,2	69,6	72,2	82,3
2 уровень (средний)	33,8	20,3	21,2	10,5	12,2	32,3	21,1	23,0	22,4	14,2
3 уровень (высокий)	55,5	67,3	67,4	74,4	79,5	4,3	2,7	7,4	5,4	5,5

в ходе реализации технологии учебного тренинга, использующая на каждом занятии следующие методы и формы обучения:

- ролевые игры, имитирующие конкретный этап краткого ПК и позволяющие обучающимся решать профессиональные задачи в учебной ситуации;

- специальные упражнения на отработку умения слушать, принимать, поддерживать и развивать точку зрения другого, умения донести свое мнение до другого, расширение сферы осознаваемого в понимании поступков другого;

- рефлексия своих переживаний и состояний в ходе работы, рефлексия со стороны участников диалога (насколько успешно в целом прошел этот этап ПК; что удалось сделать, что не удалось, как менялось эмоциональное состояние по мере продвижения диалога; какое впечатление "врач" произвел на пациента); оценка остальными участниками тренинга успешности проведения конкретного этапа ПК, описание своего впечатления от данного диалога; оценка достижений и убеждений в необходимости взаимодействия.

Описанная методика проведения учебных занятий использовалась в обучении ординаторов экспериментальной группы (20 человек).

Контрольная группа ординаторов обучалась по традиционной методике — за неделю до зачета всем обучающимся был дан описанный алгоритм проведения краткого ПК и сценарий диалога "врач-пациент", подробно описанный в методических рекомендациях для членов аккредитационных подкомиссий по специальности "Терапия" [16].

Через 5 дней у всех обучающихся проверили знание диалога в соответствии с оценочным листом (чек-листом). При выполнении всех требуемых умений обучающийся получал зачет. Через день после проведенного обучения осуществлялся контроль уровня обученности в соответствии с установленными критериями:

- уровень сформированных убеждений ординаторов в необходимости владения КК и проведении краткого ПК;

- уровень сформированных коммуникативных умений ординаторов в проведении всех этапов краткого ПК.

Определение уровня сформированных коммуникативных умений проводилось с помощью тестов успешности усвоения (по Беспалько В. П. [21]).

Поуровневое распределение результатов исследования сформированных коммуникативных умений представлено в таблице 3.

Уровень сформированности умений определялся по следующей шкале:

- *первый (низкий) уровень*: для этого уровня характерно репродуктивное воспроизведение умения, при изменении условий проверяемое умение не демонстрировалось;

- *второй (средний) уровень*: для этого уровня характерно доминирование репродуктивного воспроизведения умений с частичной демонстрацией умений, сформированных на продуктивном уровне;

- *третий (высокий) уровень*: для этого уровня характерна демонстрация умений, сформированных на продуктивном уровне, при изменении условий проверяемое умение демонстрировалось содержательно правильно.

Показатели представляют собой группы умений, распределенных по этапам краткого ПК (см. оценочный лист (чек-лист) сформированности умений).

Обучающиеся экспериментальной и контрольной групп имеют заметное расхождение в уровне сформированности коммуникативных умений, обеспечивающих проведение этапов краткого ПК. Анализ полученных результатов свидетельствует об увеличении доли обучающихся ординаторов с третьим уровнем сформированности умений.

В процессе взаимодействия обучающихся на этапе ролевых игр, выполнения упражнений, рефлексии ординаторы экспериментальной группы проявляли личную заинтересованность, творчески подходили к выполнению заданий, вводили новые условия и имитационные ситуации. При обсуждении хода выполнения заданий многие ординаторы делились своим опытом применения сформированных коммуникативных умений не только в проведении краткого ПК, но и в проблемных ситуациях на производственной клинической практике:

- широко использовались умения первой группы (начало консультации) во взаимодействии врача и пациента в приемном отделении;

Таблица 4

Шкала профессиональных убеждений врача
в необходимости продуктивного взаимодействия врача и пациента (фрагмент)

№	Признак	Степень выраженности признака					
		1	2	3	4	5	6
1.	Коммуникативная компетенция врача основывается на взаимоуважении врача и пациента						
2.	Коммуникативная компетенция предполагает коррекцию личностных и профессиональных характеристик врача						
3.	Убеждения в важности взаимодействия "врач-пациент" придают врачу уверенность в своих взглядах						
4.	Краткое профилактическое консультирование позволяет установить взаимопонимание с пациентом						
	и т.д.						
Общее количество баллов:							

— умения третьей группы (объяснение пациенту) многие ординаторы использовали при взаимодействии с пациентами в клиническом отделении;

— ординаторы высказывали благодарность преподавателям за сформированные умения по объяснению пациентам влияния фактора пагубного потребления алкоголя. Ординаторы с успехом использовали сформированные умения в новых проблемных ситуациях.

Однако ординаторы, обучающиеся по традиционной методике, не могли использовать умения в своей практической деятельности.

Для определения уровня сформированных убеждений использовалась модифицированная методика "Шкала базисных убеждений" (автор Ронни Янов-Бульман [15]).

Обучающимся предлагалось оценить свои убеждения. Для этого каждому обучающемуся нужно было оценить, насколько он согласен или не согласен с приведенными ниже утверждениями, и затем ему предлагалось отметить галочкой одну из граф напротив каждого утверждения в соответствии со шкалой (таблица 4):

1. Совершенно не согласен.
2. Не согласен.
3. Не совсем согласен.
4. В общем-то, согласен.
5. Согласен.
6. Полностью согласен.

Каждому обучающемуся было предложено оценить степень выраженности у него 20 признаков (убеждений). По содержанию все убеждения были распределены на четыре группы:

— первая группа (группа 1) убеждений включала в себя признаки, объединенные главной установкой "КК врача основывается на взаимоуважении врача и пациента";

— вторая группа (группа 2) убеждений включала в себя признаки, объединенные главной установкой "КК предполагает коррекцию личностных и профессиональных характеристик врача";



Рис. 1 Оценка уровня сформированности убеждений ординаторов в необходимости владения КК.

— третья группа (группа 3) убеждений включала в себя признаки, объединенные главной установкой "убеждения в важности взаимодействия "врач-пациент" придают врачу уверенность в своих взглядах";

— четвертая группа (группа 4) убеждений включала в себя признаки, объединенные главной установкой "краткое ПК, позволяет установить взаимопонимание с пациентом".

Результаты исследования распределились следующим образом (рисунок 1).

Ординаторы экспериментальной и контрольной групп имеют заметное расхождение в уровне сформированности убеждений в необходимости владения КК.

Заключение

1. Методическими особенностями формирования КК врача-терапевта в проведении краткого ПК являются одновременное развитие:

- интеллектуальной и эмоциональной сферы личности врача (формирование коммуникативных умений в проведении всех этапов краткого ПК);

- *волевой сферы личности врача* (формирование убеждений в необходимости владения врачом КК взаимодействия "врач-пациент").

2. Методика формирования КК врача основывается на технологии учебного тренинга.

3. Содержание тренинга представляет собой систему из трех компонентов:

- *когнитивный компонент* — совокупность знаний нормативно-правовой основы проведения краткого ПК; знаний о критериях его эффективности; особенностях организации и принципах реализации;

- *эмоционально-мотивационный компонент* — формирование личностно значимых представлений о себе как субъекте профессионального общения в процессе проведения краткого ПК;

- *поведенческий компонент* — формирование убеждений врача в необходимости освоения коммуникативных умений, обеспечивающих формирование компетенции в проведении краткого ПК.

4. Результаты экспериментального внедрения методики формирования КК врача показали высокий уровень развития: умений в проведении всех этапов краткого ПК; убеждений в необходимости владения врачом КК взаимодействия "врач-пациент".

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Selezneva NT, Landenok AV. Communicative abilities and their manifestation in doctors of surgical and therapeutic profile. The world of science. Pedagogy and psychology. 2021;9(2). (In Russ.) Селезнева Н. Т., Ланденок А. В. Коммуникативные способности и их проявление у врачей хирургического и терапевтического профиля. Мир науки. Педагогика и психология. 2021;9(2). EDN MEMUIF.
2. Antonova NL. Models of interaction between doctors and patients in the medical care system. ANI: pedagogy and psychology. 2016;5(2):272-4. (In Russ.) Антонова Н. Л. Модели взаимодействия врачей и пациентов в системе медицинского обслуживания. АНИ: педагогика и психология. 2016;5(2):272-4.
3. Kuragina MF, Zhirnova NG. Communicative competence of a doctor as the basis of patient orientation. Virtual technologies in medicine. 2022;1(1):20-5. (In Russ.) Курагина М. Ф., Жирнова Н. Г. Коммуникативная компетентность врача как основа пациентоориентированности. Виртуальные технологии в медицине. 2022;1(1):20-5. doi:10.46594/2687-0037_2022_1_1421.
4. Silverman J, Kertz S, Draper J. Communication skills with patients. Translated from English. M.: GARNET, 2018. 304 p. (In Russ.) Сильверман Дж., Кёрц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами. Пер. с англ. М.: ГРАНЕТ, 2018. 304 с.
5. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, et al. The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. Adv in Health Sci Educ. 2018;23(5):899-920. doi:10.1007/s10459-018-9839-9.
6. Gatsura SV, Gatsura OA, Deryushkin VG. The first Russian experience of using the Jefferson empathy scale to assess the communicative competence of graduates of a medical university. Infectious diseases: news, opinions, training. 2019;8(3):85-9. (In Russ.) Гацура С. В., Гацура О. А., Дерюшкин В. Г. Первый российский опыт использования шкалы эмпатии Джефферсона для оценки коммуникативной компетентности выпускников медицинского вуза. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2019;8(3):85-9. doi:10.24411/2305-3496-2019-13013.
7. Rogers KR. Counseling and psychotherapy. The latest approaches in the field of practical work: monograph. Translated from English. Kondrashova O, Kuchkareva R. Ed. Grishpun I, Bobko S, Reshina VM: Publishing house EKSMO-Press 2000. 464 p. (In Russ.) Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: монография. Пер. с англ. Кондрашовой О., Кучкаревой Р. Ред. Гришпун И., Бобко С., Ряшина В. М.: Изд-во ЭКМО-Пресс 2000. 464 с.
8. Butt-Rowden S, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching Empathy to Medical Students: An Updated Systematic Review. Academ Med. 2013;88(8):1171-7. doi:10.1097/ACM.0b013e318299f3e3.
9. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, et al. Psychological and pedagogical features of the preparation of a district therapist for preventive counseling. Textbook. M.: ROPNIZ, LLC "Silicea-Polygraph". 2023. 84 p. (In Russ.) Астанина С. Ю., Калинина А. М., Шепель Р. Н. и др. Психолого-педагогические особенности подготовки врача-терапевта участкового к проведению профилактического консультирования. Учебное пособие. М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф". 2023. ISBN: 978-5-6050061-4-5. doi:10.15829/ROPNIZ-a1-2023. EDN RLYASD.
10. Zair-Bek E, Tryapitsyna AP. Training of specialists in the field of education to participate and use international educational quality assessment programs. Edited by G. A. Bordovsky. Saint-Petersburg. Publishing house of A. I. Herzen RSPU. 2006. 63 p. (In Russ.) Заир-Бек Е., Тряпицына А. П. Подготовка специалистов в области образования к участию и использованию международных программ оценки качества образования. Под ред. Г. А. Бордовского. Санкт-Петербург. Издательство РГПУ им. А. И. Герцена. 2006. 63 с. ISBN: 5-8064-1011-0. EDN QVCRWL.
11. Maralov VG, Sitarov VA. The influence of irrational beliefs and sensitivity to a person on the tendency of students — future psychologists to coercion or nonviolence. Siberian Psychological Journal. 2021;(81):143-65. (In Russ.) Маралов В. Г., Ситаров В. А. Влияние иррациональных убеждений и чувствительности к человеку на склонность студентов — будущих психологов к принуждению или ненасилию. Сибирский психологический журнал. 2021;(81):143-65. doi:10.17223/17267081/817.
12. Merkuriev DV. The phenomenon of basic personality beliefs: a review of research. Bulletin of Chelyabinsk State University. Education and healthcare. 2022;(1):71-8. (In Russ.) Меркурьев Д. В. Феномен базисных убеждений личности: обзор исследований. Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. 2022;(1):71-8. doi:10.24411/2409-4102-2022-10111.
13. Chizhkova MB. Communicative competence of a doctor and its formation in the representations of residents: to the problem statement. Modern problems of science and education. 2020;(2).

- (In Russ.) Чижкова М. Б. Коммуникативная компетентность врача и её формирование в представлениях ординаторов: к постановке проблемы. Современные проблемы науки и образования. 2020;(2). <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29727> (дата обращения: 12.06.2023).
14. Astanina SYu, Kalinina AM, Shepel RN, et al. Communication skills of a local general practitioner in conducting preventive counseling (methodological aspect). *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(1S):3559. (In Russ.) Астанина С. Ю., Калинина А. М., Шепель Р. Н. и др. Коммуникативные умения врача-терапевта участкового в проведении профилактического консультирования (методологический аспект). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1S):3559. doi:10.15829/1728-8800-2023-3559. EDN OAYEL.
 15. Bogomaz SA, Gladkikh AG. Psychological security and its measurement using the scale of basic beliefs. *Bulletin of Tomsk State University. Psychology and pedagogy*. 2009;(318):191-4. (In Russ.) Богомаз С. А., Гладких А. Г. Психологическая безопасность и ее измерение с помощью шкалы базисных убеждений. *Вестник Томского государственного университета. Психология и педагогика*. 2009;(318):191-4.
 16. Astanina SYu, Shepel RN, Drapkina OM. Methodological recommendations for the preparation of doctors for short preventive counseling — textbook. М.: ROPNIZ, LLC "Silicea-Polygraph". 2023. (In Russ.) Астанина С. Ю., Шепель Р. Н., Драпкина О. М. Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования — учебное пособие. М.: РОПНИЗ, ООО "Силицея-Полиграф". 2023. ISBN: 978-5-6050061-5-2. doi:10.15829/ROPNIZ-a2-2023. EDN NBSIVZ.
 17. Novikov AM. Methodology of educational activity. М.: Publishing house "Egves", 2005. 176 p. (In Russ.) Новиков А. М. Методология учебной деятельности. М.: Издательство "Эгвес", 2005. 176 с.
 18. Zagvyazinsky VI. Theory of learning: modern interpretation: textbook for universities. Moscow: Publishing Center "Academy", 2008. 192 p. (In Russ.) Загвязинский В. И. Теория обучения: современная интерпретация: учебное пособие для вузов. М.: Издательский центр "Академия", 2008. 192 с.
 19. Verbitsky AA. Contextual learning: concept and content. *Experiment and innovation in school*. 2009;(4):8-11. (In Russ.) Вербицкий А. А. Контекстное обучение: понятие и содержание. *Эксперимент и инновации в школе*. 2009;(4):8-11.
 20. Modern educational technologies: a textbook. Collective of authors; edited by N.V. Bordovskaya. М.: KNORUS. 2011. 432 p. (In Russ.) Современные образовательные технологии: учебное пособие. Коллектив авторов; под ред. Н. В. Бордовской. М.: КНОРУС. 2011. 432 с.
 21. Bespalko VP. Education and training with the participation of computers (Pedagogy of the third millennium). Moscow-Voronezh. 2002. 349 p. (In Russ.) Беспалько В. П. Образование и обучение с участием компьютеров (Педагогика третьего тысячелетия). Москва-Воронеж. 2002. 349 с.

Социальная привлекательность российского высшего медицинского образования для иностранных студентов

Чумаков В. И., Фарманян Р. Р.

ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет" Минздрава России. Волгоград, Россия

Статья посвящена изучению факторов социальной привлекательности российского высшего медицинского образования для иностранных студентов. Освещена значимость продвижения образовательных услуг российских высших учебных заведений (ВУЗ) на мировом рынке. Реализовано исследование оценки потребителей образовательных услуг — иностранных студентов о критериях выбора ВУЗа для обучения. Определена важность современных и эффективных каналов коммуникации ВУЗа и абитуриентов из-за рубежа, современной инфраструктуры и технологий обучения. Работа содержит рекомендации по улучшению привлекательности медицинских университетов для иностранцев.

Ключевые слова: социальная привлекательность, высшее медицинское образование, кураторы, наставничество, иностранные студенты.

Отношения и деятельность: нет.

Благодарности. Авторы выражают признательность руководству Управления внешних связей Волгоградского государственного медицинского университета Минздрава России.

Поступила 29/05-2023

Рецензия получена 06/06-2023

Принята к публикации 16/06-2023



Для цитирования: Чумаков В. И., Фарманян Р. Р. Социальная привлекательность российского высшего медицинского образования для иностранных студентов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3609. doi:10.15829/1728-8800-2023-3609. EDN CVJARG

Social attractiveness of Russian higher medical education for international students

Chumakov V. I., Farmanyan R. R.

Volgograd State Medical University. Volgograd, Russia

The article is devoted to the study of social attractiveness of Russian higher medical education for foreign students. The importance of promotion of educational services of Russian universities is highlighted. Criteria for choosing a university by foreign students were assessed. The importance of modern and effective communication channels of the university and foreign applicants, modern infrastructure and learning technologies was determined. The work contains recommendations for improving the attractiveness of medical universities for foreigners.

Keywords: social attractiveness, higher medical education, curators, mentoring, foreign students.

Relationships and Activities: none.

Acknowledgments. The authors are grateful to the leadership of the External Communication Department of the Volgograd State Medical University.

Chumakov V. I.* ORCID: 0000-0002-3119-9337, Farmanyan R. R. ORCID: none.

*Corresponding author:
tchumakov.vi@gmail.com

Received: 29/05-2023

Revision Received: 06/06-2023

Accepted: 16/06-2023

For citation: Chumakov V. I., Farmanyan R. R. Social attractiveness of Russian higher medical education for international students. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3609. doi:10.15829/1728-8800-2023-3609. EDN CVJARG

ВУЗ — высшее учебное заведение.

Востребованность российского высшего медицинского образования со стороны иностранцев является одним из важнейших способов популяриза-

ции российской культуры и демонстрации мягкой силы России в международном сообществе. Очень важно не только не растерять престиж традиций

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
e-mail: tchumakov.vi@gmail.com

[Чумаков В. И.* — доцент кафедры медико-социальных технологий с курсом педагогики и образовательных технологий дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0002-3119-9337, Фарманян Р. Р. — студентка 3 курса, направление "Социальная работа", ORCID: нет].

отечественной высшей медицинской школы, но и нарастить ее авторитет в глазах граждан зарубежных стран. Оценка факторов привлекательности российского высшего образования является значимой научно-практической задачей в контексте продвижения образовательных услуг российских высших учебных заведений (ВУЗ) на мировом рынке образовательных услуг. Оценки, как правило, связываются с развитием национальных образовательных систем, особенностями культуры, с реализацией государственных программ модернизации образования. В настоящее время в стране утверждён паспорт приоритетного проекта "Развитие экспортного потенциала российской системы образования". Ключевая цель проекта — повысить привлекательность и конкурентоспособность российского образования на международном рынке образовательных услуг и таким образом нарастить сырьевой экспорт Российской Федерации. В результате реализации проекта количество иностранных студентов, обучающихся по очной форме в российских ВУЗах, должно вырасти к 2025г с 220 тыс. человек (2017г) до 710 тыс. Объем средств, полученных от экспорта российского образования, должен увеличиться к 2025г более чем в 5 раз — до более чем 373 млрд рублей¹.

Глобальные процессы, связанные с интернационализацией высшего образования, не могут не влиять на его оценку, т.к. создают дополнительные возможности для молодого поколения в профессиональном становлении, в карьерном росте, что, безусловно, влияет на привлекательность образования. Развитие новых образовательных технологий также вносит вклад в формирование позитивного имиджа российского высшего образования, раздвигая географические рамки его востребованности, создавая новые условия доступа к образованию для иностранцев. Ну и, конечно, значительный объём исследований посвящается оценке привлекательности отдельных образовательных областей [1].

В свете мировых событий направление академического сотрудничества претерпело значительные изменения. Это связано с обострением геополитической ситуации, усиления противоречий между отдельными странами, беспрецедентного санкционного давления на Россию. В условиях глобального противостояния утратили силу многие договоры и соглашения российских ВУЗов с зарубежными партнерами из стран Западной Европы и США; приостановлено участие отечественных университетов в международных науч-

но-образовательных программах и проектах, включая ЭРАЗМУС+; Российская Федерация вышла из Болонского процесса, не отказываясь при этом от системы бакалавриата и магистратуры. В связи с этим региональные университеты ориентируются в большей степени на сотрудничество с ВУЗами из дружественных государств Азии и Африки, несмотря на географическую удаленность и отсутствие традиций такого взаимодействия. Основным приоритетом интернационализации по-прежнему остается экспорт образовательных услуг и привлечение иностранных граждан к обучению в российских ВУЗах [1]. Для этого необходимо соответствие высшего медицинского образования в России международным стандартам. В этой сфере утвердился процесс рационализации — постепенная замена традиций, ценностей и эмоций объективными, просчитанными регламентами и стандартами поведения. В высшем образовании произошел переход от парадигмы, ориентированной на оценку, к философии, ориентированной на улучшение. А медицинское образование, возможно, под влиянием революционных изменений в высокотехнологичной медицине, опережает этот тренд [2].

Представление о высшем образовании как одной из важнейших социальных ценностей стало в России общепринятым. ВУЗовский диплом рассматривается, прежде всего, как формальное, но в большинстве случаев необходимое, даже обязательное условие для получения "хорошей работы". В условиях открытости информационного пространства всё большее значение приобретает доступность взаимодействия организации со всеми ключевыми участниками образовательной среды. Взаимодействие или выстраивание связей с целевыми группами общественности позволяет организации сонастраиваться с социумом и его требованиями со стороны: учредителей и органов власти, абитуриентов и студентов (обучающихся), родителей и органов управления, профессиональных сообществ и работодателей.

Привлекательность образования можно рассматривать, во-первых, на основе оценок людей, их мнений, предпочтений, ожиданий, т.е. на вербальном уровне; во-вторых, на основе данных о действительном поведении людей в сфере образования, о поступлении в образовательные учреждения, получении образования определённого уровня. При этом многочисленные исследования рассматриваются в различных аспектах, например, с точки зрения отдельных уровней образования, финансирования, различий систем образования отдельных стран, форм обучения и т.д. [2].

Усиление авторитета российского высшего образования, повышение привлекательности российских ВУЗов на мировом образовательном рынке повышает конкурентоспособность системы нацио-

¹ Паспорт приоритетного проекта "Развитие экспортного потенциала российской системы образования" [Электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/projects/selection/653/28013/> (дата обращения: 26.09.2022).

нального образования, усиливает позиции страны в мировом сообществе за счёт распространения достижений отечественной науки, национальной культуры. Для российской системы высшего образования обучение иностранных граждан является дополнительным источником финансовых ресурсов, т.к. почти 70% иностранцев в России учатся платно. Важна осмысленная урбанистическая политика — необходимо создавать удобную городскую инфраструктуру для приезжих иностранцев. Город должен создать для иностранцев благоприятную, безопасную среду обитания [3].

Учебная миграция в Россию в рамках государственной политики выступает перспективным направлением, а сфера образования — одним из ведущих источников доходов для российской экономики в будущем. Для укрепления позиций образовательных услуг в России необходимо улучшить качество образования до уровня мировых лидеров по ряду критериев, включая социальную адаптацию к культурным нормам и ценностям, которые приняты в России. Для этого существенным представляется узнать мнение потребителей образовательных услуг из-за рубежа о достоинствах и возможных недостатках высшего медицинского образования в России. Таким образом, цель исследования: изучить социальную привлекательность российского высшего медицинского образования для иностранных студентов на примере регионального медицинского ВУЗа (Волгоградский государственный медицинский университет).

Материал и методы

Объект исследования. Социальная привлекательность российского высшего образования для иностранных граждан.

Предмет исследования. Факторы социальной привлекательности российского высшего образования для иностранных студентов Азии, Африки и Ближнего Востока.

Гипотеза исследования: факторами социальной привлекательности российского высшего медицинского образования для иностранных студентов являются относительно мирового рынка образовательных услуг невысокая стоимость обучения, высокое качество подготовки, возможности для социальной и культурной адаптации, престиж российского высшего медицинского образования, наличие программ социокультурной и языковой адаптации.

Опрос в форме анкетирования "Социальная привлекательность российского образования", а также применение анализа статистических сведений по численности иностранных студентов в ФГБОУ ВО "ВолгГМУ" Минздрава России.

Был проведен вторичный анализ статистических сведений по поступлению иностранных сту-

дентов в ФГБОУ ВО "ВолгГМУ" Минздрава России, предоставляемых Управлением внешних связей ВолгГМУ. Автором разработана анкета, которая состоит из 26 вопросов, включающих в себя блоки, которые освещают различные аспекты исследуемой темы. Вопросы преимущественно закрытого типа. Структура опроса: анкетирование состоит из 26 вопросов и разделено на 2 блока (общая удовлетворенность работы ВУЗа иностранными студентами; оценка удобства коммуникации с представителями ВУЗа).

Первый блок направлен на выявление проблем, степени удовлетворенности предоставлением ВУЗа проживания, качеством образования, проведение работы по социокультурной адаптации и интеграции иностранных студентов в студенческую среду.

Второй блок вкачает в себя вопросы, связанные с выстраиванием процесса коммуникации между университетом и студентом, его качеством, способами и эффективностью.

Анализ анкет респондентов был осуществлен на основе балльной системы, подсчёт реализован в процентном отношении. Интервальная шкала, используемая в анкете, позволяет более адекватно подойти к выбору ответа, т.к. широта шкалы позволяет выбрать наиболее приемлемый ответ в случае сомнения. В процессе обработки анкет были использованы следующие методы: качественная и количественная обработка результатов, методы графического представления данных. В исследовании принимали участие 123 иностранных студента специалитета ФГБОУ ВО "ВолгГМУ" Минздрава России, возрастом от 18 до 35 лет. Сроки проведения исследования: с 1 апреля 2022г по 20 мая 2022г, и проходило при содействии Управления внешних связей Волгоградского государственного медицинского университета.

Социологическое измерение социальной привлекательности российского медицинского образования на примере ВолгГМУ. В 2022г общая численность иностранных студентов, обучающихся по программам бакалавриата, специалитета, магистратуры в Волгоградском государственном медицинском университете, составила 1634 человека.

Рассматривая результаты международной деятельности ВУЗа за прошлый год, можно проследить увеличение динамики на 13,7% удельного веса численности иностранных студентов, который составляет 24,95. Анализируя сведения по показателям мониторинга эффективности деятельности международной деятельности ВолгГМУ, удельный вес численности иностранных студентов (кроме стран Содружества независимых государств (СНГ)), обучающихся по программам бакалавриата, специалитета, магистратуры, в общей численности студентов составляет 23,33%. В свою же очередь, удель-

ный вес численности иностранных студентов из СНГ в общей численности студентов составляет 1,62%. В России в целом общее количество иностранных студентов, получающих высшее образование в России, выросло за последние 3 года более чем на 26 тыс. человек. Так, в 2019г в России училось 298 тыс. иностранных студентов, в 2020г — 315 тыс., в 2021г — 324 тыс.².

В 2020г ВолгГМУ занимал второе место среди медицинских университетов страны по количеству иностранных обучающихся и 16 место среди всех ВУЗов России³.

Результаты свидетельствуют о росте привлечения иностранных студентов в Волгоградский государственный медицинский университет. Однако для дальнейшего увеличения числа иностранных студентов необходимо обращать внимание на их удовлетворенность условиями обучения и проживания, а также предоставлять дополнительные возможности для социальной и культурной адаптации. Это поможет улучшить представление о ВолгГМУ среди иностранных студентов и привлечь еще больше молодых людей из разных стран мира.

Для измерения уровня социальной привлекательности ВУЗа была поставлена задача определить степень удовлетворенности иностранными студентами предоставлением образовательных услуг, вовлеченности в студенческую жизнь и доступности информации.

Рассмотрим результаты, полученные в ходе исследования. В анкетировании принимали участие 123 респондента, которые являются иностранными студентами Волгоградского государственного медицинского университета, 1-6 курсов лечебного, педиатрического факультетов, 1-5 стоматологического факультета.

Измеряя состав принявших участие в анкетировании, более трети иностранных студентов приехали из Индии (38%), за ними следуют Египет (26%), Иордания (23%), страны Африки (13%). Если рассматривать вопрос о сроке пребывания в стране, то в среднем иностранные студенты проживают в России уже 2-4 года, но есть и те, кто живет менее года (9%) или 6 лет и более (7%).

Многие студенты, прибывшие из указанных стран, — это мужчины (67%), а преобладающий возраст относится к 21-22 годам (рисунок 1).

Касательно владения русским языком, только 14% отметили, что они свободно владеют им, 37% знают его на бытовом уровне. При этом 39%

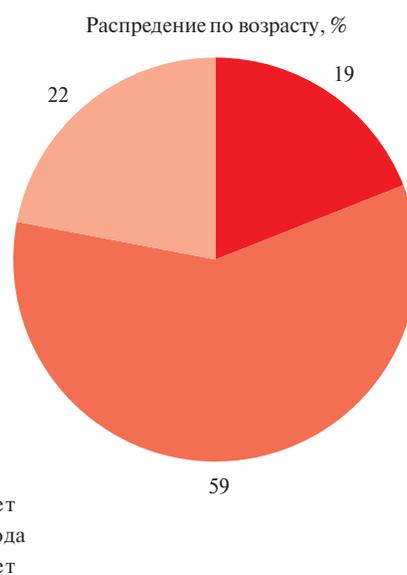


Рис. 1 Возрастное распределение иностранных студентов, % респондентов.

студентов признались, что они не говорят на достаточном уровне, а 9% вообще не знают языка. Предполагаем, что освоить базовые знания русского языка иностранным студентам помогает целостная система, разработанная в ВолгГМУ, которая включает в себя использование основ современной методики и инновационных технологий обучения языку. Относительно вопроса распределения учащихся по курсам, то 54% студентов обучаются на 1-3 курсе, а 39% опрошиваемых на 4-5 курсе. И только 7% студентов обучаются на 6-м курсе в университете. Наконец, 85% участников обучаются на лечебном факультете, а 15% — на стоматологическом факультете.

По данным результатам можно сделать вывод, что важно уделить внимание языковой подготовке студентов перед началом обучения. В большинстве случаев иностранные студенты приезжают из Индии, Египта и стран Ближнего Востока, что может быть использовано для разработки специализированных программ, характерных для данных стран. Кроме того, большинство студентов обучаются на лечебном факультете, что может быть использовано для разработки дополнительных подготовительных курсов к обучению по узкоспециализированному профилю. Что касается образовательного процесса, то уровень владения языком значительно влияет на академическую адаптацию и на успеваемость студентов-иностранцев [4]: из-за языкового барьера они могут стесняться проявлять активность на семинарах, даже хорошо подготовившись к занятию [5]. При владении материалом у учащихся могут возникать трудности с выполнением проверочных работ и диктантов, например, в случае сложной формулировки вопроса, ограни-

² Число иностранных студентов в России за три года выросло на 26 тысяч. URL: <https://minobrnauki.gov.ru/press-center/news/mezhdunarodnoe-sotrudnichestvo/46158/> (дата обращения: 20.09.2022).

³ Комитет экономической политики и развития Волгоградской области. URL: <https://economics.volgograd.ru/current-activity/cooperation/news/317113/> (дата обращения: 26.09.2022).



Рис. 2 Причины поступления в Россию, %.

чений по времени, отведённому на выполнение работы, быстрого темпа речи педагога [6].

Далее перейдем к изучению результатов анкетирования и начнем с первого блока, отвечающего за показатели степени удовлетворенности предоставлением ВУЗа проживания, качеством образования, проведение работы по социокультурной адаптации и интеграции иностранных студентов в студенческую среду.

Что касается причин приезда учиться в Россию, то наибольшее количество опрошенных (48%) были заинтересованы в условиях получения образования именно в России, а 19% получили совет от родителей или родственников. Также некоторые студенты (36%) выбрали Россию из-за того, что поступить в университет здесь легче, чем в других странах, а 21% считают, что, окончив ВУЗ в России, легче поступить на работу. Но все же есть и те, кто выбрал Россию случайно (16%) или получил совет и помощь агентств по образованию (23%). Мнение родственников, рекомендации от агентов формируют образ привлекательности обучения в России, что является результатом закрепления в позиции лучших поставщиков высококвалифицированных специалистов в мире (рисунок 2).

Что касается выбора ВолгГМУ, то 35% получили совет от родителей, родственников или друзей, а 14% получили совет от агента. Однако есть и те, кого привлекла известность учебного заведения (7%) или они посещали сайт ВолгГМУ (8%). Распространение информации о университете в иностранных министерствах связано с заинтересованностью ВолгГМУ в международном сотрудничестве, в частности, некоторые соглашения об обучении иностранных граждан являются бессрочными (рисунок 3).

На вопрос об адаптации студентов к новым условиям жизни, большинство из них (57%) отметили частичное соответствие к ожиданию процесса обу-

чения на факультете. Но также многие студенты (64%) отметили полное несоответствие предоставляемых условий проживания в общежитии. Что касается вопроса о степени преодоления языкового барьера студентами, то 35% признаются в недостаточном уровне владения им, и только 10% студентов преодолели языковой барьер. Большинство студентов (53%) отмечают комфортную среду внутри группы, но при этом 46% не могут привыкнуть к новому распределению свободного времени. Адаптация в узком смысле, т.е. социокультурная, подразумевает механизм приспособления человека или целой группы к новым для них социокультурным условиям, которые включают в себя традиции, ценности, нормы поведения, историю другого народа. Попадая в другую социокультурную и речевую среду, иностранный студент сталкивается с огромным количеством трудностей, к которым относятся следующие: 1. ценности, которые не соответствуют родному народу, но которыми следует овладеть; 2. правила и нормы поведения, отличающиеся от тех, к которым привык иностранец; 3. морально-этические установки личности. Данные критерии, как правило, различаются в различных культурах и языках, поэтому происходит непонимание между народами, что ведет к так называемому конфликту культур [7]. Для превенции этих негативных явлений в ВолгГМУ проводится большая организационная, методическая, воспитательная работа (рисунок 4).

Данные результаты показали, что для улучшения социальной привлекательности российского образования для иностранных студентов необходимо улучшить условия жизни в общежитиях и удобство расположения объектов учебной инфраструктуры.

Что касается инфраструктуры ВолгГМУ, то 36% студентов отметили частичное соответствие ожиданий по отношению к аудиториям и исследовательским лабораториям, что подтверждает необ-



Рис. 3 Влияние внешних факторов на выбор обучение в ВолгГМУ, %.

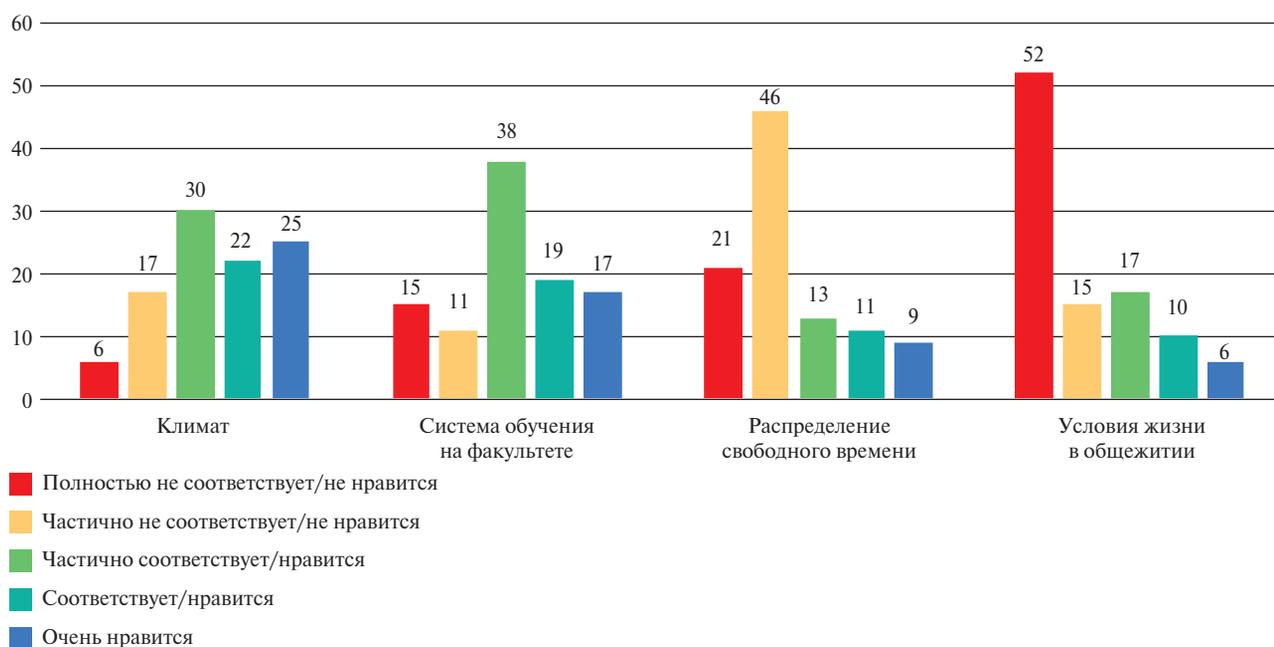


Рис. 4 Процесс адаптации иностранных студентов, %.

ходимость уделения особого внимания университета к развитию практических навыков студентов. С этой целью были приобретены фантомы, манекены и тренажёры, сформирован бюджет для закупки экспериментальных животных, операционного инструментария и расходных материалов по освоению практических навыков. Из-за разнообразного расположения 25% студентов реестр клиник и баз практик не нравятся, а 17% положительно оценили предоставляемые медицинские учреждения. Также студентам (46%) не нравится в целом расположение объектов учебной инфраструктуры, считают их неудобным (рисунок 5).

Ответы на вопросы об учебном процессе показали, что большинство студентов хотели бы больше практических занятий в медицинских учреждениях (75%). Также многие студенты (52%) заинтересованы в работе куратора (помощника), к которому можно обратиться по учебным вопросам, и возможности в прохождении дополнительных курсов русского языка для иностранных граждан (30%). Вопрос с привлечением кураторских практик может послужить одной из технологий, целью которой будет помощь студентам в различных сферах их жизни, в решении бытовых, социальных и психологических проблем в условиях новой среды. Так, с 2001г

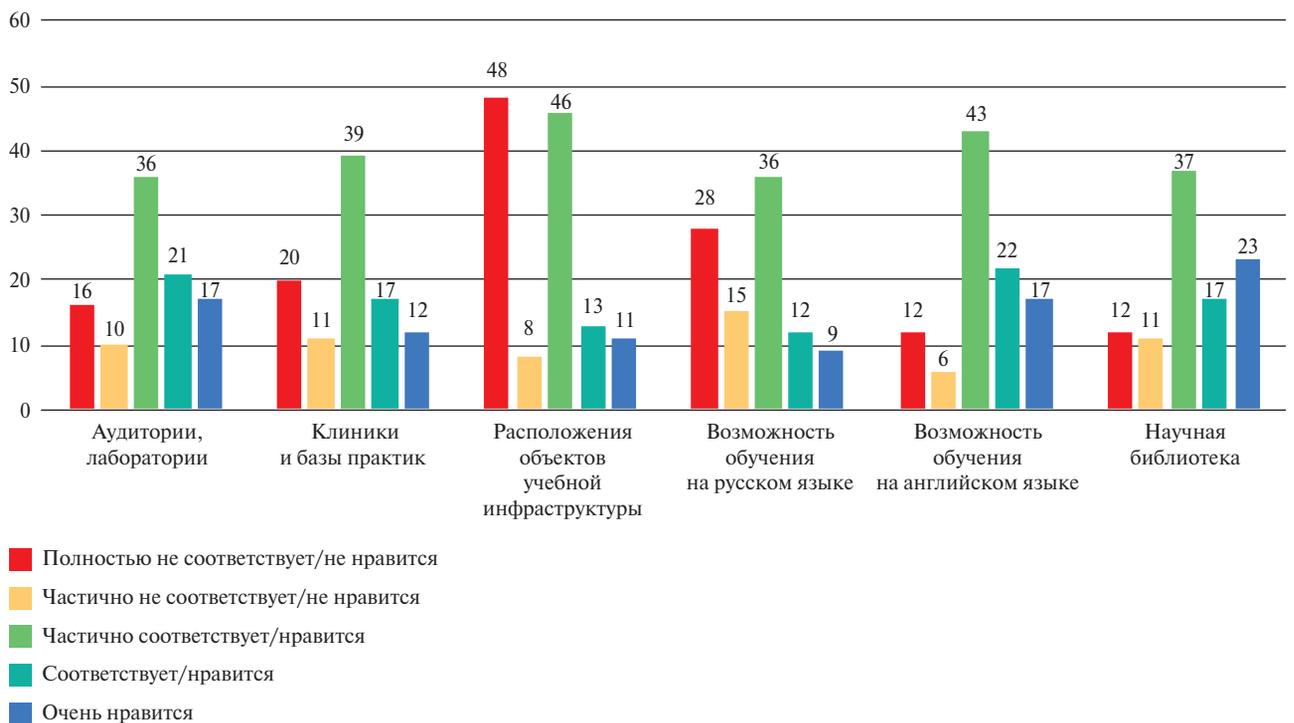


Рис. 5 Оценка инфраструктуры ВолгГМУ, %.

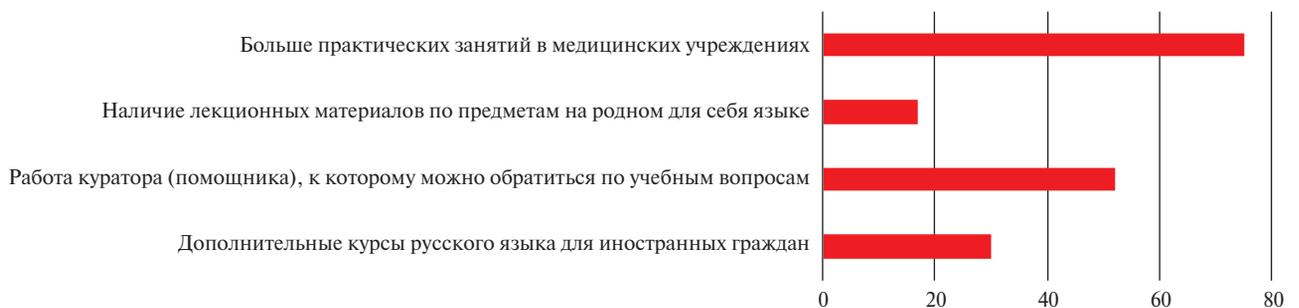


Рис. 6 Пожелания иностранных студентов по улучшению учебного процесса, %.

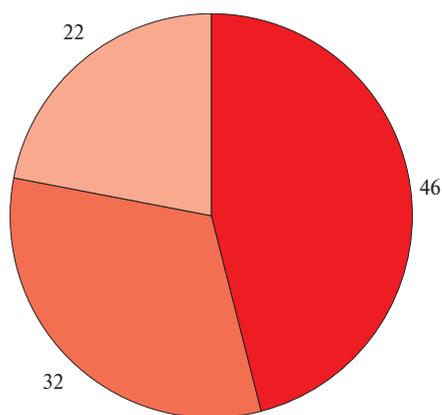
в ВУЗе на лечебном факультете успешно работает отделение с частичным использованием английского языка, как языка-посредника. При этом русский язык на данном отделении преподаётся с 1 до 6 курса включительно. Поэтому стоит обратить внимание на создание более эффективного механизма преподавания русского языка для иностранных студентов, т.к. он необходим для самостоятельной работы с больными на клинических кафедрах и для сдачи государственных экзаменов, которые проводятся на русском языке в соответствии с положением об итоговой государственной аттестации. Вместе с тем, согласно данным исследований, иностранные студенты отмечают существенные трудности в освоении русского языка (рисунок 6) [8].

Что касается проживания во время обучения, большинство студентов (54%) проживает в обще-

житии, предоставляемом университетом. Однако многие студенты (63%) полностью не удовлетворены условиями проживания в общежитии, включая условия в комнате, местом приготовления пищи и хранения продуктов, но взаимоотношения с работниками общежития 47% опрошиваемых вполне устраивают.

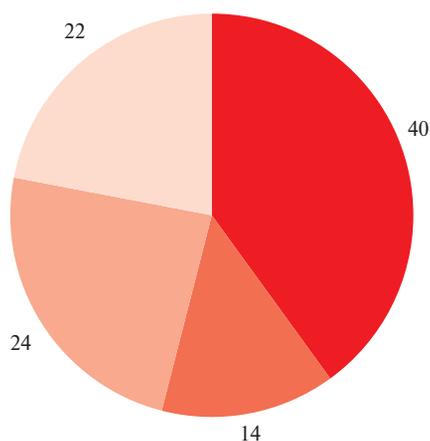
В среднем 41% студентов занимается спортом, используя возможности университета, но есть и те (28%), кто не осведомлен о них. Связано это с учебной нагрузкой на студентов, из-за которой далеко не у всех остается время на занятие спортом.

Что касается студенческих объединений ВолгГМУ, большинство студентов задействованы в Английском клубе студенческого совета (46%), ВОД "Волонтеры-медики" (42%) и Клубе интернациональной дружбы (34%). Некоторые студен-



- Очень комфортно, оперативно и вежливо
- Не очень комфортно, иногда возникают трудности
- Совсем не комфортно, долго и не вежливо

Рис. 7 Оценка взаимодействия с сотрудниками международной службы ВолгГМУ, %.



- Да, проводятся, и я участвую в них
- Да, проводятся, но я не посещаю их
- Нет, университет не проводит ничего
- Затрудняюсь ответить

Рис. 8 Мнение иностранных студентов о социокультурной адаптации, %.

ты также участвуют в научном обществе молодых учёных и студентов (27%), студенческом клубе "Визави" (23%) и студенческом спортивном клубе "Импульс" (18%). То есть можно проследить, что у иностранных студентов есть интерес к участию в студенческих объединениях, где они могут проявить свои творческие, научные способности.

Если рассматривать деятельность ВУЗа по оказанию юридической помощи, то 46% студентов получают помощь от международной службы университета при оформлении медицинского страхования, но не все считают эту помощь значительной (38%), а 16% вовсе отрицают помощь со стороны ВУЗа. Также больше половины студентов (54%) отметили, что нет содействия в получении гражданства Российской Федерации (рисунок 7).

Рассматривая деятельность по интеграции студентов, университет проводит мероприятия по социально-культурной адаптации для иностранных студентов, но не все студенты посещают их из-за личного желания (14%). 24% не знают об их проведении. Результаты, связанные с проведением адаптации студентов, в последнее время начинают только развиваться в стенах университета. Так, создаются отделы в студенческих объединениях для интеграции иностранных студентов в жизнь ВУЗа, проводятся встречи с представителями культуры, спорта, организуются международные фестивали (рисунок 8).

Исходя из вышеперечисленного, можно заключить, что для улучшения социальной привлекательности российского образования для иностранных студентов необходимо уделить внимание условиям проживания в общежитии и удобству расположения объектов учебной инфраструктуры. Также можно рассмотреть возможность улучшения язы-

ковых курсов для иностранных студентов и организации большего количества практических занятий в медицинских учреждениях.

Во второй блок были включены вопросы, связанные с выстраиванием коммуникаций между университетом и студентами, качеством предоставляемых данных и необходимой информации.

В отношении степени актуальности информации на официальном сайте и социальных сетях ВУЗа, только 16% участников были полностью удовлетворены актуальностью информации, в то время как 45% респондентов были частично согласны с данным высказыванием (рисунок 9).

На вопрос о полезности информации на официальном сайте ВолгГМУ 37% участников были частично удовлетворены, а 24% считают ее ниже среднего. Относительно доступности информации, 31% иностранных студентов были частично удовлетворены, 18% полностью не нравилась ситуация с сайтом, а 24% заявили, что информация не соответствует их потребностям. Тем не менее 13% отметили, что им все нравится. В отношении качества информации, 29% опрошиваемых студентов отметили, что им частично нравится материал, размещенный на сайте, 26% с этим не согласны, а 18% заявили, что информация не соответствует их потребностям. Однако 15% иностранных студентов отметили, что все им нравится, а 12% нравится, но хотели бы увидеть некоторые изменения в качестве текста. Можно предположить, что эти полученные результаты связаны с тем, что на официальном сайте ВолгГМУ опубликована в основном информация о данных представителей деканата, но не анонсы, образовательные стандарты и прочие документы, которые помогли бы иностранному студенту в учебное время.

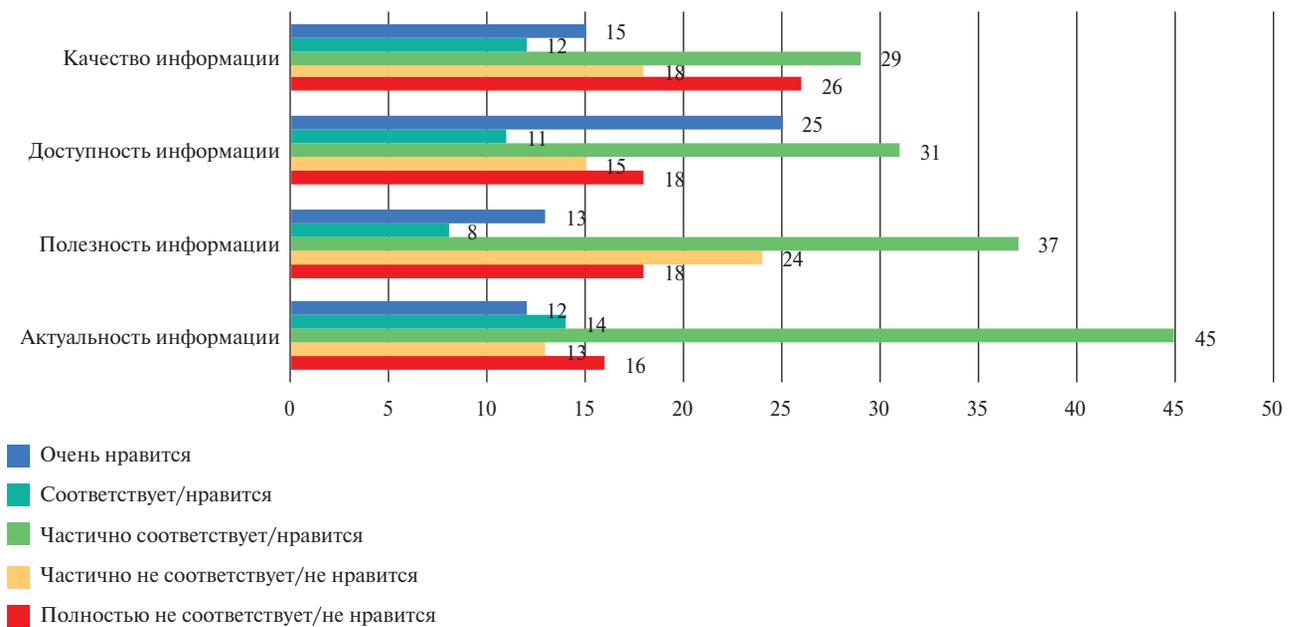


Рис. 9 Степень актуальности, доступности, качества и полезности информации на официальном сайте ВУЗа, %.

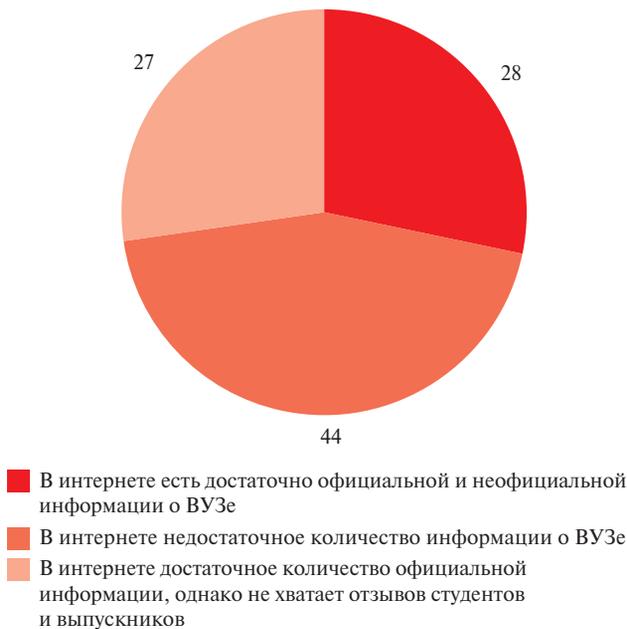


Рис. 10 Оценка информации о ВолгГМУ в интернете, %.

73% участников ответили, что изучали информацию о ВолгГМУ в группах на платформе VK, будучи абитуриентами. Данные ответы связаны с активным введением группы "Зарубежные студенты и выпускники ВолгГМУ", где студенты могут получить информацию о предстоящих мероприятиях, посмотреть новости и достижения иностранных студентов, а самое главное ближе познакомиться с деятельностью ВУЗа.

Касательно оценки информации о ВолгГМУ, представленной в сети, только 28% респондентов отметили, что в интернете есть достаточно количество официальной и неофициальной информации

о ВУЗе. В то время как 44% считают, что в интернете недостаточное количество информации о ВУЗе, а 27% заявили, что в интернете есть достаточное количество официальной информации, но не хватает отзывов студентов и выпускников (рисунок 10).

Относительно удовлетворенности качеством и скоростью обратной связи от представителей ВолгГМУ в социальных сетях и на официальном сайте, только 28% ответили, что они полностью удовлетворены. 17% иностранных студентов получили ответ быстро, но он не содержал необходимую информацию. Кроме того, 32% заявили, что им пришлось долго ждать ответа, но он был информативным. Однако некоторые участники (23%) считают, что качество и скорость предоставления ответа находятся на низком уровне. Связано это с тем, что во многом информация о студенческих мероприятиях им предоставляется через деканат, что является дополнительной нагрузкой на него (рисунок 11).

Исследование показало, что большинство иностранных студентов, изучающих информацию о ВолгГМУ, не удовлетворены ее доступностью, полезностью и качеством. Это может отразиться на привлекательности университета для иностранных абитуриентов. Для улучшения ситуации необходимо обеспечить более удобный и информативный сайт, а также создать специальные программы и услуги для иностранных студентов. Чтобы повысить привлекательность высшего учебного заведения для иностранцев, предстоит разработать и внедрить программу направлений деятельности ВУЗа по повышению социальной привлекательности ФГБОУ ВО ВолгГМУ и адаптации иностранных студентов в период обучения в России.

В рамках реализации программы предстоит развивать новые форматы. Например, онлайн-об-

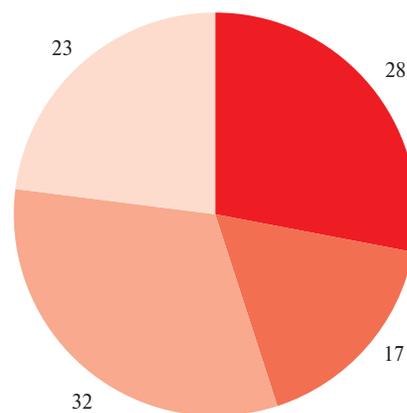
разование для иностранцев, программы обучения и отдыха, а также создать единый интернет-ресурс для предоставления информации внутри ВУЗа:

1. Создание онлайн-курсов от ФГБОУ ВО "ВолгГМУ" Минздрава России на международных платформах онлайн-образования для иностранных студентов. Данная технология поможет зарубежным студентам познакомиться с обучением в университете, освоить русский язык до поступления в университет и в студенческое время. Также данная технология поможет ВУЗу в экспорте образовательных услуг на международной площадке, с помощью которой можно повысить узнаваемость университета. Кафедра русского языка и социально-культурной адаптации ВолгГМУ уже ведёт преподавание следующих дисциплин: "Русский язык как иностранный", "Фонетический курс русского языка", "Грамматика русского языка", "Русский язык", "Русский язык и культура речи", "Русский язык и культура", "Читаем и говорим по-русски", "Научный стиль речи" иностранным студентам. А благодаря использованию информационных технологий, мы сможем распространить образовательные услуги на большое количество иностранных слушателей и повысить узнаваемость ВУЗа за рубежом.

2. Привлечение российских компаний, медицинских учреждений к принятию иностранных студентов на стажировку в Волгоградскую область. Это поспособствует расширению международных научно-образовательных, экономических, культурных связей региона с разными странами за счет взаимодействия с иностранными выпускниками местных ВУЗов и повышению инвестиционной привлекательности региона среди зарубежных инвесторов. Так как через иностранных студентов происходит распространение информации о ВУЗе, регионе, его экономике и возможностях развития, что потенциально влияет на привлечение иностранных инвесторов, торговых партнеров, развитие внешнеэкономических связей.

3. Технология интеграционного сопровождения иностранных студентов может выполнить запрос иностранных студентов о вовлечении в студенческую среду ВУЗа. Интеграционные мероприятия будут направлены на включение в пространство ВУЗа, знакомство с его структурой, учебным процессом, культурой и ценностями.

Примером реализации технологии интеграционного сопровождения является Межкультурный лагерь студентов "ИнтерМед" — это пример проекта, который не только является молодежным мероприятием в формате лагеря, но и образовательной площадкой. В ходе мероприятий иностранные студенты, желающие помогать иностранным первокурсникам в адаптации, получают необходимые знания в проектной деятельности, командообразовании, навыки самопрезентации, межкультурной коммуникации, а также поучаствуют в интерактивных играх и в мастер-классах от экспертов.



- Да, полностью удовлетворен
- Ответ получаю быстро, но он не содержит нужную информацию
- Ответ приходится ждать долго, но он информативный
- Качество и скорость предоставления ответа на низком уровне

Рис. 11 Удовлетворенность качеством обратной связи от ВолгГМУ, %.

4. Социальная технология наставничества в образовательной среде также может стать решением проблемы отсутствия кураторов, закрепленных за иностранными студентами. Создание школы наставничества поможет иностранным студентам в языковой, культурной и социально-психологической адаптации к новым условиям. А адаптация иностранных студентов к российским условиям невозможна без участия российских студентов, которые создали бы атмосферу межнационального сотрудничества. В ВолгГМУ уже действует Школа Кураторов, по выпуску которой студенты обучаются сопровождать, помогать и организовывать процесс внутри учебной группы и курса. Данный опыт можно применить на создание международного направления помощи студентов в действующей Школе Кураторов.

5. Одним из факторов в оценке деятельности образовательной среды учебных учреждений является открытость и доступность информации. Информационные технологии могут решить проблему низкой удовлетворенности официальным сайтом университета и его качеством, доступностью для зарубежных студентов. Создание интернет-портала для иностранных студентов ВолгГМУ послужит эффективным методом предоставления информации о студенческой жизни, учебном процессе, вспомогательных инструментах для решения юридических вопросов пребывания в России.

Заключение

Рассмотрение феномена "социальная привлекательность" позволило прийти к выводу о том, что привлекательность образования зависит от определенных факторов учебных учреждений, включающих в себя: открытость и доступность информации иностранным студентам, показатели оценки каче-

ства образовательных услуг потребителями и показатели соответствия предоставляемых образовательных услуг потребностям получателей.

В результате исследования социальной привлекательности российского образования, в частности на примере деятельности Волгоградского государственного медицинского университета, было выявлено, что большинство студентов оценивают процесс получения образования в России как достаточно привлекательный с точки зрения социальной жизни. Однако существует ряд проблем, которые могут препятствовать этому. Среди них можно выделить такие, как удовлетворенность условиями обучения и проживания, а также необходимость в дополнительных возможностях для социокультурной адаптации иностранных студентов. А для этого необходимо обеспечить комфортное проживание и обучение иностранных студентов, что может быть достигнуто через создание специальных программ и услуг для них. Немаловажным выступает информационная составляющая, необходимая для продвижения образа университета и информационного обеспечения иностранных студентов. Чтобы повысить привлекательность ВУЗа для иностранцев, предстоит разработать и внедрить программу направлений деятельности ВУЗа по экспорту образования и адаптации иностранных студентов в период обучения в России. В рамках реализации программы предстоит развивать новые форматы, как, к примеру, онлайн-образование для иностранцев, программы обучения и отдыха, а также создать единый интернет-ресурс для предоставления информации внутри ВУЗа.

Литература/References

1. Petrov VL, Pugach VF. The attractiveness of education in Russia: achievements and problems. Higher education in Russia. 2020;4(29):29-39. (In Russ.) Петров В. Л., Пугач В. Ф. Привлекательность образования в России: достижения и проблемы. Высшее образование в России. 2020;4(29):29-39. doi:10.31992/0869-3617-2020-29-4-29-39.
2. Mukharyamova LM, Zhidyayevsky AG, Tokranova KP. Quality of higher education in medical universities of Russia: representations and assessments of students. Integration of education. 2020;24(2):235-51. (In Russ.) Мухарьямова Л. М., Жидяевский А. Г., Токранова К. П. Качество высшего образования в медицинских вузах России: представления и оценки студентов. Интеграция образования. 2020;24(2):235-51. doi:10.15507/1991-9468.099.024.202002.235-251.
3. Ustavshchikova SV. Foreign students in Russia: educational migrants or potential permanent residents. Bulletin of the Saratov University. New episode. Earth Science Series. 2020;20(2):104-8. (In Russ.) Уставщикова С. В. Иностранцы в России: образовательные мигранты или потенциальные постоянные жители. Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Науки о Земле. 2020;20(2):104-8. doi:10.18500/1819-7663-2020-20-2-104-108.
4. Martirosyan NM, Bustamante RM, Saxon DP. Academic and social support services for international students: current practices. Journal of International Students. 2019;9(1):172-91. doi:10.32674/jis.v9i1.275.
5. Sokolova EV. Language communication and adaptation of foreign students in the conditions of a Russian university. Society: sociology, psychology, pedagogy. 2022;8(100):277-82. (In Russ.) Соколова Е. В. Языковая коммуникация и адаптация иностранных студентов в условиях российского вуза. Общество: социология, психология, педагогика. 2022;8(100):277-82. doi:10.24158/spp.2022.8.43.
6. Kaya J. Inside the international student world: challenges, opportunities, and imagined communities. Journal of International Students, 2020;10(1):124-44. doi:10.32674/jis.v10i1.1031.
7. Shapovalova AE. Sociocultural adaptation of foreign students: features, problems, types and forms of work. International research journal. 2022;12(126):239-43. (In Russ.) Шаповалова А. Э. Социокультурная адаптация иностранных студентов: особенности, проблемы, виды и формы работы. Международный научно-исследовательский журнал. 2022;12(126):239-43. doi:10.24412/1991-5497-2022-697-91-94.
8. Sentilruban OV, Drozdova YuV. Foreign students: learning difficulties Modern high technologies. 2021;3:188-92. (In Russ.) Сентилрубан О. В., Дроздова Ю. В. Иностранцы: трудности в обучении. Современные наукоемкие технологии. 2021;3:188-92. doi:10.17513/snt.38554.

Использование различных технологий и мер программы поможет ВолГМУ привлечь иностранных студентов, расширить международные связи и повысить узнаваемость университета. Создание онлайн-курсов, привлечение компаний и медицинских учреждений к принятию иностранных студентов на стажировку, интеграционное сопровождение и социальное наставничество помогут в адаптации иностранных студентов к новым условиям и созданию атмосферы межнационального сотрудничества. Информационные технологии также помогут распространить образовательные услуги на большее количество иностранных слушателей и повысить узнаваемость ВУЗа за рубежом.

В заключение можно сказать, что социальная привлекательность российского образования является одним из ключевых факторов, способствующих привлечению иностранных студентов в отечественные ВУЗы. В современном мире, где глобализация и международная интеграция играют все более важную роль, медицинские университеты должны активно работать над укреплением своей международной позиции и привлечением талантливых студентов со всего мира.

Благодарности. Авторы выражают признательность руководству Управления внешних связей Волгоградского государственного медицинского университета Минздрава России.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Эмоциональные компетенции как фактор поддержания эмоционального здоровья медицинских работников

Белашева И. В.¹, Плугина М. И.², Есаян М. Л.¹, Осипова Н. В.¹

¹ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет». Ставрополь; ²ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России. Ставрополь, Россия

Цель. Изучение протективной роли эмоциональных компетенций (ЭК) в поддержании эмоционального здоровья медицинских работников.

Материал и методы. Выборку составили 170 медицинских работников. Использованы методики диагностики уровня эмоционального выгорания личности и эмпатических способностей В. В. Бойко, эмоционального интеллекта Д. В. Люсина, стиля саморегуляции поведения В. И. Моросановой, дифференциального типа рефлексии Д. А. Леонтьева, невротических состояний К. К. Яхина, Д. М. Менделевича; статистические методы: корреляционный анализ (r-критерий Пирсона), иерархический факторный анализ.

Результаты. Определены достоверные двусторонние корреляционные связи между широким спектром отдельных симптомов эмоционального выгорания и невротических состояний, являющимися проявлениями эмоционального нездоровья, и характеристиками эмоционального интеллекта медицинских работников. По результатам факторного анализа показателей саморегуляции, эмпатии, рефлексии и эмоционального интеллекта, теоретически входящих в структуру ЭК, было выделено 4 ЭК: внутриличностная арефлексивная Эго-центрированная, внутриличностная инфантильная, регулятивная, внутриличностная рефлексивная. Определено, что у эмоционально здоровых медицинских работников, характеризующихся отсутствием или начальной стадией эмоционального выгорания и отсутствием невротических симптомов, наиболее выражена регулятивная ЭК. У сотрудников с первыми признаками эмоционального нездоровья одновременно представлены внутриличностные разнонаправленные по рефлексивности ЭК (аре-

флексивная Эго-центрированная и рефлексивная). У эмоционально нездоровых медицинских работников обнаружена несформированность всех ЭК.

Заключение. Определенные в исследовании позитивные связи регулятивно зрелых внутриличностных и межличностных ЭК с благополучным состоянием эмоционального здоровья медицинских работников позволяют говорить о необходимости разработки коррекционно-обучающих программ, апеллирующих к ЭК как фактору поддержания эмоционального здоровья медицинских работников.

Ключевые слова: эмоциональные компетенции, эмоциональное здоровье, эмоциональное выгорание, невротические состояния, саморегуляция, рефлексия.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 30/05-2023

Рецензия получена 07/06-2023

Принята к публикации 16/06-2023



Для цитирования: Белашева И. В., Плугина М. И., Есаян М. Л., Осипова Н. В. Эмоциональные компетенции как фактор поддержания эмоционального здоровья медицинских работников. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3610. doi:10.15829/1728-8800-2023-3610. EDN PDXKSL

Emotional competencies as a factor in maintaining the mental health of medical workers

Belasheva I. V.¹, Plugina M. I.², Esayan M. L.¹, Osipova N. V.¹

¹North-Caucasus Federal University. Stavropol; ²Stavropol State Medical University. Stavropol, Russia

Aim. To study the protective role of emotional competencies (ECs) in maintaining the mental health of medical workers.

Material and methods. The sample consisted of 170 medical workers. Methods for assessing the level of emotional burnout and empathic abilities by V. V. Boyko, emotional intelligence by D. V. Lyusin, the style of behavior self-regulation by V. I. Morosanova, the differential type of reflection by D. A. Leontiev, the neuroticism by K. K. Yakhin, D. M. Mendelevich. The following statistical methods were used: correlation analysis (Pearson r-test), hierarchical factor analysis.

Results. Reliable two-way correlations were determined between a wide range of individual symptoms of emotional burnout and

neuroticism, which are manifestations of mental illness, and the characteristics of the emotional intelligence of medical workers. Based on factor analysis of self-regulation parameters, empathy, reflection and emotional intelligence, 4 ECs were identified: intrapersonal areflexive Ego-centered, intrapersonal infantile, regulative, intrapersonal reflexive. We determined that in mentally healthy medical workers, the regulative ECs are most pronounced. Employees with the early stage mental illness simultaneously present intrapersonal ECs that are multidirectional in terms of reflexivity (areflexive Ego-centered and reflexive). Mentally unhealthy medical workers were found to be unformed in all ECs.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: mplugina@yandex.ru

[Белашева И. В. — к.п.н., доцент, зав. кафедрой общей психологии и психологии личности, ORCID: 0000-0002-1289-2224, Плугина М. И.* — д.п.н., профессор, зав. кафедрой педагогики, психологии и специальных дисциплин, ORCID: 0000-0001-6874-6827, Есаян М. Л. — к.п.н., доцент, доцент кафедры общей психологии и психологии личности психолого-педагогического факультета, ORCID: 0000-0002-6797-1587, Осипова Н. В. — к.п.н. доцент, доцент кафедры общей психологии и психологии личности, ORCID: 0000-0002-5736-4222].

Conclusion. The positive relationships identified in the study between regulative mature intrapersonal and interpersonal ECs and a favorable mental health of medical workers suggest the need to develop training programs for ECs as a factor in maintaining the mental health of medical workers.

Keywords: emotional competence, mental health, emotional burnout, neuroticism, self-regulation, reflection.

Relationships and Activities: none.

Belasheva I. V. ORCID: 0000-0002-1289-2224, Plugina M. I.* ORCID: 0000-0001-6874-6827, Esayan M. L. ORCID: 0000-0002-6797-1587, Osipova N. V. ORCID: 0000-0002-5736-4222.

Corresponding author:
mplugina@yandex.ru

Received: 30/05-2023

Revision Received: 07/06-2023

Accepted: 16/06-2023

For citation: Belasheva I. V., Plugina M. I., Esayan M. L., Osipova N. V. Emotional competencies as a factor in maintaining the mental health of medical workers. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3610. doi:10.15829/1728-8800-2023-3610. EDN PDXKSL

ЭК — эмоциональные компетенции.

Ключевые моменты

- Определена встречаемость проявлений эмоционального нездоровья (симптомов эмоционального выгорания и невротизации) и выявлены их взаимосвязи с показателями эмоционального интеллекта в группе медицинских работников.
- Эмпирически выделена и описана система эмоциональных компетенций на основе факторного анализа показателей саморегуляции, эмпатии, рефлексии и эмоционального интеллекта.
- Показана протективная роль внутриличностных и межличностных эмоциональных компетенций с зрелым регулятивным компонентом поведения и деятельности в поддержании эмоционального здоровья медицинских работников.

Key messages

- The occurrence of mental illness manifestations (symptoms of emotional burnout and neuroticism) was determined and their relationship with emotional intelligence in a group of medical workers was identified.
- The system of emotional competencies based on factor analysis of self-regulation, empathy, reflection and emotional intelligence was empirically identified and described.
- The protective role of intrapersonal and interpersonal emotional competencies with a mature regulatory component of behavior and activity in maintaining the mental health of medical workers is shown.

Введение

Экономические, геополитические, технологические (дигитализация) и социальные изменения, происходящие в настоящее время в мире и нашей стране, апеллируя к адаптационным механизмам и ресурсам человека, оказывают влияние на его здоровье, особенно его психоэмоциональную составляющую. По мнению А. Б. Холмогоровой и Н. Г. Гаранян, современный человек вынужден существовать под давлением двух противоречивых тенденций: с одной стороны, из-за перечисленных выше особенностей современной жизни возрастает интенсивность эмоциональных нагрузок, а с другой — имеет место культ негативного отношения к эмоциональным проявлениям, которым приписывается деструктивная, дезорганизующая роль, у человека возникают и накапливаются подавленные, неотрагированные эмоции [1], развиваются неврозы, эмоциональное выгорание, психосоматозы, дефициты социальной сети, неудовлетворенность жизнью, одиночество.

Сегодня, с позиций постнеклассической психологии, развивающей идеи культурно-исторической психологии, можно говорить об эмоциональном здоровье человека как феномене, являющемся ре-

зультатом эмоционального развития личности, ее рефлексивных, эмпатийных и регуляционных процессов и свойств, позволяющем сохранять целостное конструктивное эмоциональное отношение к себе и к миру, преобразовывать отрицательные эмоции и индуцировать положительно окрашенные переживания¹, жить осмысленной жизнью в осознанном контакте с собой и окружающими, в т.ч. в современных условиях повышенной социальной транзитивности. В связи с этим актуализируются проблемы исследования психологических факторов стабилизации и сохранения эмоционального здоровья в условиях транзитивного общества. Особенно это важно для людей помогающих профессий (врачи, педагоги, психологи, спасатели), статистически чаще эмоционально выгорающих и имеющих проблемы невротического и психосоматического характера.

Движение к эмоциональному здоровью человека возможно в условиях непрерывного обогащения социального опыта и стремления к эмоцио-

¹ Тарабакина Л. В. Эмоциональное здоровье школьника: теория и практика психологического сопровождения: дисс. д-а психол. наук. Нижний Новгород. 2000;303.

нальной зрелости¹, эмоциональной компетентности, через межличностные контакты¹ и саногенную рефлексию эмоциональных состояний. Эти идеи развивала Л. В. Тарабакина, которая предложила систему критериев эмоционального здоровья, среди них: развитая эмпатия, осмысленность эмоций, включенность во взаимодействие с окружающими, модальность эмоциональных образов других, переживание взаимности, чувство принадлежности к группе, интерес к собственной деятельности [2].

Вопрос о том, как преодолеть негативные последствия эмоциональных перегрузок и негативного отношения к эмоциональным проявлениям в отечественной и зарубежной литературе обозначался многократно. На наш взгляд, наиболее продуктивным путем является обращение к понятию эмоциональных компетенций (ЭК), операционально проявляющихся в способностях эмоционального интеллекта [3], которые мы рассматриваем как фактор сохранения эмоционального здоровья личности, влияющий на возможности человека справляться с давлением и вызовами внешней среды.

По мнению И. Н. Андреевой, компетентность в эмоциональной сфере предполагает владение стратегиями интеллектуальной деятельности, связанными с обработкой и преобразованием эмоциональной информации [3]. Д. Гюлман рассматривает эмоциональную компетентность как способность распознавать собственные и чужие чувства, мотивировать себя и других, а также использовать в положительном плане контроль над собственными чувствами в отношениях с другими людьми [4]. Г. В. Юсупова отмечает социально-психологическую природу эмоциональной компетентности, многокомпонентный конструкт которой представлен устойчивыми единицами — ЭК, измеряющимися в параметрах, связанных с саморегуляцией: эмоциональном самопонимании и самоуправлении, регуляции межличностных отношений через понимание эмоций окружающих².

Дополнительными к условиям современной жизни факторами эмоциональной напряженности могут стать неблагоприятные факторы профессиональной деятельности. Так, у врача работа в условиях постоянного дефицита времени, необходимость быстрого и четкого принятия решения относительно тактики дальнейшего лечения, постоянный контакт с пациентами и их родственниками, повышенная ответственность за исполняемые функции и результат труда и др., могут стать причинами формирования синдрома эмоционального выгорания как проявления выраженного состояния эмоционального нездоровья. Риск возник-

новения эмоционального выгорания в настоящее время установлен у представителей примерно 60 профессий и профессиональных групп типа "человек — человек", среди профессий, в которых синдром эмоционального выгорания встречается наиболее часто (от 30% до 90% от числа работающих), особо выделяются врачи, медсестры и другой медицинский персонал [5].

По мнению В. В. Бойко, развитие синдрома эмоционального выгорания зависит от комбинации различных факторов, среди них особое значение имеют внутриличностные: склонность к эмоциональной ригидности, интенсивное восприятие и переживание обстоятельств профессиональной деятельности, слабая мотивация эмоциональной отдачи в профессиональной деятельности, нравственные дефекты и дезориентация личности. Эмоциональное выгорание является выработанным личностью механизмом психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на индивидуально значимые психотравмирующие воздействия [6].

Таким образом, актуальность исследования ЭК как фактора сохранения эмоционального здоровья медицинских работников определяется большой вероятностью возникновения у них синдрома эмоционального выгорания под влиянием сложных условий профессиональной деятельности (с учетом текущей транзитивности современного социума) и, соответственно, необходимостью создания системы психологической поддержки, направленной на преодоления негативных эмоциональных перегрузок через развитие и коррекцию ЭК — личностных предикторов эмоционального здоровья.

Целью нашего исследования является изучение протективной роли ЭК в поддержании эмоционального здоровья медицинских работников через определение их взаимосвязей с признаками эмоционального выгорания и невротизации как проявлениями эмоционального нездоровья.

Задачи исследования:

1. Определение встречаемости проявлений эмоционального нездоровья (симптомов эмоционального выгорания и невротизации) в группе медицинских работников.

2. Анализ взаимосвязей проявлений эмоционального нездоровья с показателями эмоционального интеллекта как инструментального уровня реализации ЭК.

3. Эмпирическое выделение и описание системы ЭК на основе факторного анализа показателей саморегуляции, эмпатии, рефлексии и эмоционального интеллекта, теоретически входящих в структуру ЭК.

4. Сравнительный анализ различий по сформированности эмпирически выделенных ЭК между медицинскими работниками, распределенными по

² Юсупова Г. В. Состав и измерение эмоциональной компетентности. Автореф. дис. на соиск. уч. степ. канд. психол. наук. Казань. 2006; 166.

Таблица 1

Результаты частотного анализа показателей невротических состояний у медицинских работников

Шкала	Т	НД	А	ИР	ОФН	ВН
Уровень невротического состояния	20,80%	35,40%	27%	23,10%	24,60%	31,50%
Зона неопределенного диагноза	15,40%	6,90%	9,20%	10,80%	17,70%	9,30%
Уровень здоровья	63,60%	57,70%	63,80%	66,10%	57,70%	59,20%

Примечание: А — астения, ВН — вегетативные нарушения, ИР — истерическое реагирование, НД — невротическая депрессия, ОФН — обсессивно-фобические нарушения, Т — тревога.

Таблица 2

Результаты частотного анализа степени выраженности эмоционального выгорания у медицинских работников

Фаза	Напряжение	Резистенция	Истощение
Фаза не сформировалась	76,90%	36,90%	61,50%
Фаза в стадии формирования	16,20%	42,30%	29,30%
Сформировавшаяся фаза	6,90%	20,80%	9,20%

группам эмоционального здоровья в соответствии со степенью выраженности признаков эмоционального выгорания и невротических состояний.

Материал и методы

Для решения поставленных задач использовались следующие психодиагностические методики: методики диагностики уровня эмоционального выгорания личности (В. В. Бойко) [6] и уровня эмпатических способностей (В. В. Бойко) [7], тест эмоционального интеллекта "ЭМИн" (Д. В. Люсин) [8], методика "Стиль саморегуляции поведения ССПМ" (В. И. Моросанова) [9], клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К-78 (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич) [10]; опросник "Дифференциальный тип рефлексии (ДТР)" (Д. А. Леонтьев) [11]; статистические методы: первичный частотный анализ, корреляционный анализ (г-критерий Пирсона), иерархический факторный анализ, анализ описательных статистик факторов.

В исследовании приняли участие 170 медицинских сотрудников учреждений здравоохранения Ставропольского края в возрасте от 22 до 55 лет. Из них 102 женщины (60%) и 68 мужчин (40%). Стаж работы испытуемых — от 1 года до 27 лет.

Результаты

На первом этапе исследования для определения встречаемости проявлений эмоционального нездоровья в группе медицинских работников различных специальностей мы провели частотный анализ шкальных значений по методике диагностики уровня эмоционального выгорания личности (В. В. Бойко) и клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич), представленный в таблицах 1 и 2, который по-

казал достаточно высокую распространённость синдрома эмоционального выгорания и признаков невротического состояния среди респондентов. Полученные нами данные согласуются с исследованиями П. М. Григорьевой, Е. Е. Сапожниковой, Е. А. Сосульниковой, М. М. Проничевой, В. Г. Булыгиной, М. С. Московской и Л. Е. Nästasä³ [12-14].

На втором этапе мы провели анализ связей проявлений эмоционального нездоровья (показателей эмоционального выгорания и признаков невротических расстройств) с показателями эмоционального интеллекта, представляющими инструментальный уровень реализации ЭК. Анализ коэффициентов корреляции Пирсона (в расчет брались значения коэффициентов корреляции не <0,250 по модулю) между показателями эмоционального интеллекта и эмоционального выгорания (таблица 3) показал наличие достоверных обратных связей на уровне $p < 0,01$: между эмоционально-нравственной дезориентацией и пониманием эмоций других людей (-0,310); эмоциональным дефицитом и управлением эмоциями других людей (-0,327); на уровне $p < 0,05$: между неудовлетворенностью собой и управлением эмоциями других людей (-0,296); состоянием "загнанности в клетку" и внутриличностным эмоциональным интеллектом (-0,298), управлением эмоциями (-0,287), контролем эмоциональной экспрессии (-0,287); истощением и управлением эмоциями (-0,295).

Анализ коэффициентов корреляции между показателями эмоционального интеллекта и признаками невротических состояний, представленных в таблице 4, обнаружил достоверные обратные

³ Сосульникова Е.А. Особенности синдрома эмоционального выгорания детских врачей-стоматологов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2011;24.

Таблица 3

Результаты корреляционного анализа показателей эмоционального интеллекта и эмоционального выгорания

Показатели	МП	МУ	ВУ	ВЭ	МЭИ	ВЭИ	ПЭ	УЭ	ОЭИ
НС		-0,296*						-0,149*	
ЗК				-0,287*		-0,298*		-0,287*	-0,149*
ТиД		-0,165*							
Н		-0,149*							
НИЭР			-0,182*						
ЭНД	-0,310**				-0,295*		-0,165*		
РПО									
ЭД	–	-0,327**	-0,176*		-0,158*			-0,182*	-0,148*
ЭО		-0,148*							
Д				-0,145*				–	
ПиВН				-0,179*					
И		-0,152*	-0,181*			-0,172*		-0,295*	-0,148*

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$. ВЭ – контроль экспрессии, ВЭИ – внутриличностный эмоциональный интеллект, ВУ – управление своими эмоциями, Д – деперсонализация, ЗК – загнанность в клетку, И – истощение, МП – понимание эмоций другого, МУ – управление эмоциями другого, МЭИ – межличностный эмоциональный интеллект, Н – напряжение, НИЭР – неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, НС – неудовлетворённость собой, ОЭИ – общий эмоциональный интеллект, ПиВН – психосоматические и вегетативные нарушения, ПЭ – способность к пониманию своих и чужих эмоций, РПО – редукция профессиональных обязанностей, ТиД – тревога и депрессия, УЭ – способность к управлению своими и чужими эмоциями, ЭД – эмоциональный дефицит, ЭНД – эмоционально-нравственная дезориентация, ЭО – эмоциональная отстранённость.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа показателей эмоционального интеллекта и невротических состояний

Показатели	МП	МУ	ВП	ВУ	ВЭ	МЭИ	ВЭИ	ПЭ	УЭ	ОЭИ
Т	-0,345**			-0,177*	-0,189*	-0,315**	-0,299*	-0,328**	-0,330**	-0,367**
НД	-0,320**			-0,335**	-0,344**	-0,183*	-0,308**	-0,149*	-0,352**	-0,341**
А	-0,359**	-0,146*		-0,160*	-0,329**	-0,338**	-0,294*	-0,307**	-0,334**	-0,358**
ИР									-0,160*	-0,157*
ОФН	-0,330**			-0,292*		-0,310**	-0,167*	-0,174*	-0,297*	-0,317**
ВН	-0,317**		-0,152*		-0,180*	0,171*	-0,293*	-0,305**	-0,176*	-0,326**

Примечание: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$. А – астения, ВН – вегетативные нарушения, ВП – понимание эмоций, ВЭ – контроль экспрессии, ВЭИ – внутриличностный эмоциональный интеллект, ВУ – управление своими эмоциями, ИР – истерическое реагирование, МП – понимание эмоций другого, МУ – управление эмоциями другого, МЭИ – межличностный эмоциональный интеллект, НД – невротическая депрессия, ОФН – обсессивно-фобические нарушения, ОЭИ – общий эмоциональный интеллект, ПЭ – способность к пониманию своих и чужих эмоций, Т – тревога, УЭ – способность к управлению своими и чужими эмоциями.

связи на уровне $p < 0,01$ между симптомами тревоги, астении, невротической депрессии, обсессивно-фобических нарушений и вегетативных нарушений, с одной стороны, и практически всеми показателями эмоционального интеллекта, с другой стороны. Исключение составил симптом истерического реагирования, имевший слабую отрицательную корреляцию с управлением эмоций (-0,160) и общим показателем эмоционального интеллекта (-0,157) при уровне значимости $p < 0,05$.

Поскольку представления о ЭК не исчерпываются инструментальным уровнем их проявления и учитывают особенности функционирования процессов рефлексии, эмпатии и саморегуляции (согласно теоретическому конструкту ЭК, предложенному И. В. Белашевой с соавторами [15]), на *третьем этапе* нашего исследования с применением

иерархического факторного анализа соответствующих эмпирических данных мы определили встречающиеся в выборочной совокупности группы (факторы) взаимосвязанных свойств (компонентов), которые могут рассматриваться в качестве ЭК.

По результатам факторного анализа значений компонентов, теоретически входящих в структуру ЭК, было выделено 4 эмпирически репрезентируемых группы компонентов (факторов). Вклад каждого компонента в выделенные факторы представлен в таблице 5.

Анализ вклада переменных (психологических параметров конструкта ЭК) в структуру фактора позволил нам предложить следующие обозначения (номинации) ЭК и описание их индикаторов:

• **фактор 1 – внутриличностная арефлексивная Эго-центрированная ЭК**, характеризующаяся: вы-

Таблица 5

Структура факторов — ЭК с указанием факторных нагрузок параметров (компонентов)

Компонент	Факторы			
	Внутриличностная арефлексивная Эго-центрированная ЭК	Внутриличностная инфантильная ЭК	Регулятивная ЭК	Внутриличностная рефлексивная ЭК
Понимание эмоций другого			0,594	
Управление эмоциями другого			0,685	
Понимание своих эмоций	0,326	0,371	0,542	
Управление своими эмоциями	0,307	0,374	0,614	
Контроль экспрессии		0,372	0,345	
Общая эмпатия	-0,905			
Рациональный КЭ				-0,444
Эмоциональный КЭ				
Интуитивный КЭ	-0,630			-0,333
Установки на эмпатию	-0,564			
Проникающая способность	-0,470		0,381	
Идентификация	-0,679			
Общая саморегуляция		-0,454	0,647	
Планирование		-0,326	0,529	0,453
Моделирование		-0,367	0,309	
Программирование			0,448	
Оценка результатов		-0,377	0,372	
Гибкость		-0,375		-0,399
Самостоятельность			0,427	
Системная рефлексия				0,412
Интроспекция	-0,422			0,733
Квазирефлексия	-0,448			0,541

Примечание: КЭ — канал эмпатии, ЭК — эмоциональные компетенции.

сокой способностью к пониманию собственных эмоций ($r=0,326$) и управлению своими эмоциями ($r=0,307$) при отсутствии тенденций к децентрации своего Я ($r=-0,906$) и идентификации себя с партнером по взаимодействию ($r=-0,679$), не использовании интуитивного канала эмпатии ($r=-0,63$), отсутствии эмпатийных установок в целом ($r=-0,564$), неумении создавать атмосферу открытости, доверительности, за счёт проникающей способности в эмпатии ($r=-0,47$), низкой способности к самокопанию ($r=-0,422$), отсутствии квазирефлексивных тенденций ($r=0,448$), направленных на объекты, не имеющие отношения к актуальной жизненной ситуации;

• **фактор 2 — внутриличностная инфантильная ЭК**, характеризующаяся: высокой способностью к пониманию собственных эмоций ($r=0,371$) и управлению ими ($r=0,374$), а также к контролю эмоциональной экспрессии ($r=-0,372$), при затруднениях с саморегуляцией ($r=0,647$), связанных с низкой способностью к самостоятельному программированию своих действий и их низкой помехоустойчивостью ($r=0,448$), не умением моделировать ($r=0,309$), планировать ($r=0,529$) и адекватно оценивать результаты своей деятельности и поведения ($r=0,372$), не умением самостоятельно ставить

цели и контролировать их достижение, не развитой регуляторной автономностью ($r=0,427$);

• **фактор 3 — регулятивная ЭК**, характеризующаяся: высокими способностями к пониманию ($r=0,594$) и управлению чужими эмоциями ($r=0,685$), пониманию собственных эмоций ($r=0,542$) и управлению ими ($r=0,614$), высоким контролем эмоциональной экспрессии ($r=0,345$), при умении создавать атмосферу открытости, доверительности, за счёт проникающей способности в эмпатии ($r=0,381$), сформированных способностях к моделированию ($r=0,367$) и планированию ($r=0,326$) своего поведения и деятельности, склонности к адекватной оценке результатов деятельности и поведения ($r=0,377$), регуляторной гибкости ($r=0,375$) и сформированности общей способности к саморегуляции ($r=0,454$);

• **фактор 4 — внутриличностная рефлексивная ЭК**, характеризующаяся: высокой сосредоточенностью на собственных состояниях и переживаниях ($r=0,733$), способностью к самодистанцированию ($r=0,412$), высокой направленностью сознания на второстепенные, не существенные для текущей ситуации объекты ($r=0,541$), сформированной способностью к планированию собственной деятельности и поступков ($r=0,453$), при низкой регуля-

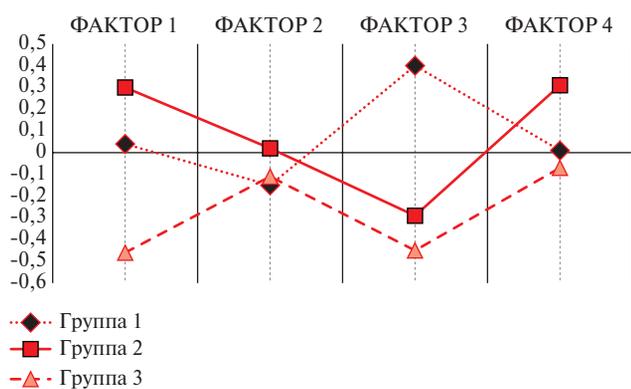


Рис. 1 Анализ средних значений ЭК (факторов) у медицинских работников, относящихся к разным группам эмоционального здоровья.

торной гибкости ($r=-0,399$), низкой способности определять состояние и видеть поведение партнеров по коммуникации ($r=-0,444$) и действовать в условиях дефицита информации ($r=-0,333$).

На четвертом этапе исследования на основе эмпирических данных мы провели градацию испытуемых на три группы эмоционального здоровья в соответствии со степенью выраженности признаков эмоционального выгорания и невротических состояний и сравнили средние значения статистически сгруппированных факторов — ЭК в выделенных группах респондентов.

В 1 группу (эмоционально здоровых) вошли медицинские работники с ведущей стадией напряжения по степени эмоционального выгорания и без признаков невротических состояний; во 2 группу (с признаками эмоционального нездоровья) — медицинские работники с ведущей стадией резистенции по степени эмоционального выгорания и с выраженностью симптомов невротических состояний в зоне неопределенного диагноза; в 3 группу (эмоционально нездоровых) — медицинские работники с ведущей стадией истощения по степени эмоционального выгорания и устойчивыми симптомами невротических состояний.

Анализ результатов эмпирического исследования позволил определить индивидуальную выраженность каждой компетенции (фактора) у испытуемых в группах эмоционального здоровья в зависимости от степени эмоционального выгорания. В результате, по каждому фактору и по каждой группе сотрудников нами были вычислены показатели средних значений компетенций (факторов) (рисунок 1).

Обсуждение

Обнаруженные двусторонние обратные связи между признаками эмоционального выгорания и инструментальными показателями ЭК (эмоционального интеллекта) показывают, что:

— при несформированных способностях распознавания и понимания своих эмоций и эмоций других людей у медицинских работников возникают и углубляются неадекватные реакции в отношении с пациентами и коллегами по работе, потребности в самооправдании и некритичность к собственному поведению, эмоции не пробуждают или недостаточно стимулируют нравственные чувства;

— при трудностях регуляции эмоционального поля контакта с другими людьми (пациентами, коллегами, близкими) медицинский работник испытывает недовольство собой, избранной профессией, занимаемой должностью, конкретными обязанностями, при этом запускается механизм "эмоционального переноса" — отрицательные эмоции направляются не только вовне (на других людей), но и на себя; создается хроническая стрессогенная атмосфера, нарастает психоэмоциональное напряжение, приводящее к исключению эмоций из сферы профессиональной деятельности и эмоциональной отстраненности, в дальнейшем может наступить заметное снижение эмоционального тонуса и истощение психических ресурсов;

— при трудностях управления своими эмоциями у медицинских работников возникают избирательно неадекватные эмоциональные реакции, тенденции неадекватно "экономить" эмоции, ограничивать эмоциональную отдачу, выборочно реагируя в профессиональных контактах по принципу "сочту нужным — уделю внимание другому, будет настроенное — откликнусь на его состояние и потребности", причем чаще "экономятся" положительные эмоции;

— при несформированных способностях контролировать внешние проявления своих эмоций у медицинских работников чаще возникают ощущения "загнанности" в клетку и безысходности, элементы деперсонализации, психосоматические и вегетативные нарушения, происходит полная или частичная утрата профессионального интереса к пациентам и коллегам.

Наши результаты согласуются с данными исследований М.А. Качаевой о низком уровне оценки собственных профессиональных достижений у врачей-психиатров и судебных психиатров с несформированными умениями управлять своими эмоциями [16], Л. Н. Молчановой и К. В. Блиновой о возможности эмоциональных срывов в эмоциогенных ситуациях у студентов-медиков с низким уровнем контроля и управления собственными эмоциями [17], П. М. Григорьевой и Е. Е. Сапожниковой о достоверных различиях в степени выраженности признаков эмоционального выгорания в группах врачей, сформированных по уровню развития внутриличностного и межличностного эмоционального интеллекта [12].

Двусторонние обратные корреляции параметров эмоционального интеллекта с симптомами невротических состояний свидетельствует о том, что:

— невротические проявления тревоги, астении (снижение работоспособности, быстрая утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость) и невротической депрессии (пониженный фон настроения, ограничения социальных контактов, сниженный фон основных эмоциональных переживаний) в большей степени связаны с несформированностью способностей к пониманию эмоций других людей и управлению собственными эмоциями;

— дополнительно проявления невротической депрессии и астении связаны с неспособностью контролировать внешние проявления (экспрессию) своих эмоций;

— обсессивно-фобические нарушения (навязчивые воспоминания, сомнения, опасения, страхи, неуверенность в принятии решений, чувство безрадостности, ослабление психического тонуса) в большей степени связаны с трудностями понимания и управления эмоциями других людей;

— только вегетативные нарушения связаны с трудностями распознавания, идентификации и вербального описания своих эмоций, понимания причин их возникновения;

— истерические проявления слабо коррелируют с показателями эмоционального интеллекта.

Статистически сгруппированы четыре ЭК, различающиеся по направленности (внутриличностные и межличностные), рефлексивности, зрелости механизмов саморегуляции. Было определено, что у эмоционально здоровых медицинских работников, характеризующихся отсутствием или начальной стадией эмоционального выгорания и отсутствием невротических симптомов, наиболее выражена регулятивная ЭК: они хорошо понимают эмоции других людей, управляют эмоциональным полем коммуникации, понимают, контролируют и регулируют собственные эмоции, способны к сопереживанию, могут создавать атмосферу открытости и доверительности, планируют и моделируют свою деятельность и поведение, адекватно оценивая их результаты и проявляя регуляторную гибкость. В то же время у них можно наблюдать низкую степень представленности внутриличностной инфантильной ЭК, что логично.

Литература/References

1. Holmogoroma AB, Garanyan NG. Principles and skills of mental hygiene of emotional life. *Psihologiya motivacii i emocij: uchebnoe posobie*. Eds. YUB. Gippenrejtter, MV. Falikman. M. "AST". 2009:575-83. (In Russ.) Холмогорома А. Б., Гаранян Н. Г. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни. Психология мотивации и эмоций: учебное пособие. М.: "АСТ". 2009:575-83.
2. Tarabakina LV. Emotional health as a subject of socio-psychological research. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*. 2015;8. (In Russ.) Тарабакина Л. В. Эмоциональное

У сотрудников с первыми признаками эмоционального нездоровья одновременно представлены разнонаправленные по рефлексивности внутриличностные ЭК: *арефлексивная Эго-центрированная* и *рефлексивная*. Такие сотрудники отличаются высокой сосредоточенностью на собственных состояниях и переживаниях; сформированной способностью к адекватному взгляду на себя со стороны при наличии квазирефлексивных тенденций, связанных с уходом от реальности; у них сформированы способности к планированию своей деятельности при низкой регуляторной гибкости и трудностях в понимании и управлении своими эмоциями; они нерационально эмпатичны и не способны действовать в стрессогенных условиях дефицита информации.

У эмоционально нездоровых медицинских работников ни одна из выделенных ЭК не сформирована на достаточном уровне.

Полученные результаты позволяют говорить о протективных функциях внутриличностных и межличностных ЭК с зрелым регулятивным компонентом поведения и деятельности в отношении эмоционального здоровья медицинских работников.

Заключение

Таким образом, проведенное нами исследование подтвердило позитивную роль ЭК как многокомпонентных системных образований личности био-психо-социальной природы, определяющих степень оптимальности координации эмоций, целенаправленного поведения и межличностных отношений, в поддержании и сохранении эмоционального здоровья медицинских работников в ходе осуществления их высокострессогенной профессиональной деятельности в условиях повышенной социальной транзитивности. Это позволяет очертить направления дальнейших исследований, связанных с разработкой технологий переучивающей и личностно-реконструктивной психологической интервенции, апеллирующей к эмоциональному здоровью сотрудников здравоохранения.

Отношения и деятельность: автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

- здоровье как предмет социально-психологического исследования. Теория и практика общественного развития. 2015;8.
3. Andreeva IN. Emotional Intelligence: Exploring the Phenomenon. *Voprosy psihologii*. 2006;3:78-86. (In Russ.) Андреева И. Н. Эмоциональный интеллект: исследование феномена. Вопросы психологии. 2006;3:78-86.
4. Goulman D. Emotional intelligence [transl. from English]. Moskva. AST. 2008;478. (In Russ.) Гоулман Д. Эмоциональный интеллект [пер. с англ.]. Москва. АСТ. 2008;478. ISBN: 978-5-17-039134-9.

5. Vodop'yanova NE. Syndrome of mental burnout in communicative professions. In: Health psychology. SPb., 2000:443-63. (In Russ.) Водопьянова Н. Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях. В кн.: Психология здоровья. СПб., 2000:443-63.
6. Bojko VV. Diagnostics of the level of emotional burnout. Practical psychodiagnosics. Methodology and tests. Samara: Bahrah. M, 2001. p. 161-9. (In Russ.) Бойко В. В. Диагностика уровня эмоционального выгорания. Практическая психодиагностика. Методика и тесты. Самара: Бахрах. М, 2001. с. 161-9.
7. Bojko VV. The energy of emotions in communication: a look at yourself and others. M: Informacionno-izdatel'skij dom "Filin", 1996. p. 472. (In Russ.) Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М: Информационно-издательский дом "Филин", 1996. с. 472.
8. Lyusin DV. A New Method for Measuring Emotional Intelligence: the EmIn Questionnaire. Psihologicheskaya diagnostika. 2006;4:20-2. (In Russ.) Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭМИн. Психологическая диагностика. 2006;4:20-2.
9. Morosanova VI, Konoz EM. Stylistic self-regulation of human behavior. Voprosy Psichologii. 2000;2:118-27. (In Russ.) Моросанова В. И., Коноз Е. М. Стилистая саморегуляция поведения человека. Вопросы психологии. 2000;2:118-27.
10. Mendeleevich VD. Psychology of deviant behavior. SPb.: Rech', 2005. p. 445. (In Russ.) Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. СПб.: Речь, 2005. с. 445.
11. Leont'ev DA, Osin EN. Reflection "good" and "bad": from an explanatory model to differential diagnosis. Psihologiya. Zhurnal vysshej shkoly ekonomiki. 2014;11:4:110-35. (In Russ.) Леонтьев Д. А., Осин Е. Н. Рефлексия "хорошая" и "дурная": от объяснительной модели к дифференциальной диагностике. Психология. Журнал высшей школы экономики. 2014;11:4:110-35.
12. Grigor'eva PM, Sapozhnikova EE. Burnout and Emotional Intelligence in Healthcare Workers: An Empirical Study. Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. 2021;7-2(109):133-7. (In Russ.) Григорьева П. М., Сапожникова Е. Е. Эмоциональное выгорание и эмоциональный интеллект у работников здравоохранения: эмпирическое исследование. Международный научно-исследовательский журнал. 2021;7-2(109):133-7. doi:10.23670/IRJ.2021.109.7.060.
13. Pronicheva MM, Bulygina VG, Moskovskaya MS. Modern studies of the syndrome of emotional burnout among specialists in the professions of the social sphere. Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. 2018;28:4:100-5. (In Russ.) Проничева М. М., Булыгина В. Г., Московская М. С. Современные исследования синдрома эмоционального выгорания у специалистов профессий социальной сферы. Социальная и клиническая психиатрия. 2018;28:4:100-5.
14. Năstasă LE, Fărcaș AD. The Effect of Emotional Intelligence on Burnout in Healthcare Professionals. Procedia. Social and Behavioral Sciences. 2015;187:78-82.
15. Belasheva I, Yesayan M, Polshakova I, et al. On the Role of the Brain Asymmetry Profile in the Implementation of Emotional Competence in Stroke Patients. Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. 2018;10:9:2134-41.
16. Kachaeva MA, Serdakova KG. Emotional burnout and emotional intelligence of psychiatrists and forensic psychiatrists: diagnosis and prevention. Vestnik Ekaterininskogo instituta. 2015;1(29):92-4. (In Russ.) Качаева М. А., Сердакова К. Г. Эмоциональное выгорание и эмоциональный интеллект врачей психиатров и судебных психиатров: диагностика и профилактика. Вестник Екатеринбургского института. 2015;1(29):92-4.
17. Molchanova LN, Blinova KV. Relationships between emotional intelligence and mental burnout of medical volunteers in the context of professionally oriented volunteer activities. Proceedings of the Southwestern State University. Series: Linguistics and Pedagogy. 2021;11:3:181-93. (In Russ.) Молчанова Л. Н., Блинова К. В. Взаимосвязи эмоционального интеллекта и психического выгорания волонтеров-медиков в условиях профессионально ориентированной волонтерской деятельности. Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. 2021;11:3:181-93.

Критическое мышление в медицинском образовании

Павлов Ч. С.^{1,4}, Ковалевская В. И.², Варганова Д. Л.³, Туранкова Т. А.¹,
Семенистая М. Ч.¹, Теплюк Д. А.^{1,4}, Литвинова Т. М.¹, Волель Б. А.¹

¹ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова" Минздрава России (Сеченовский Университет). Москва; ²РОО "По развитию научной практической деятельности в сфере комплексного изучения печени врачами различных специальностей". Москва; ³ГУЗ "Ульяновская областная клиническая больница. Ульяновск, Россия; ⁴ГБУЗ Городская клиническая больница им. С. П. Боткина ДЗМ. Москва, Россия

Технологические инновации в современном мире привели к смене парадигмы медицинского образования, обозначив новые задачи. Необходимость решения поставленных задач потребовала внедрения доказательной клинической практики, которая позволяет использовать имеющиеся доказательства наилучшего качества для обеспечения оптимальной помощи пациентам и повышения эффективности здравоохранения. Получение доказательств эффективности и безопасности лекарственных препаратов и медицинских технологий, диагностической точности вмешательств стало возможным благодаря внедрению методологии систематического обзора и метаанализа. Данная методология формирует клиническое мышление параллельно с развитием исследовательских и аналитических компетенций, что является одной из актуальных задач современного медицинского образования. В статье отражен опыт кафедры терапии Института профессионального образования Сеченовского Университета по внедрению практико-ориентированного исследовательского модуля, направленного на формирование критического мышления с использованием методов доказательной медицины у студентов и ординаторов. Включение исследовательских компетенций в образовательный процесс позволит качественно трансформировать медицинское образование и сформировать поколение

конкурентоспособных грамотных специалистов, востребованных в мире постоянно развивающихся технологий.

Ключевые слова: критическое мышление, методы доказательной медицины, медицинское образование, практико-ориентированный курс, исследовательские проекты, доказательная клиническая практика, метаанализ, систематический обзор.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 03/04-2023

Рецензия получена 07/06-2023

Принята к публикации 16/06-2023



Для цитирования: Павлов Ч. С., Ковалевская В. И., Варганова Д. Л., Туранкова Т. А., Семенистая М. Ч., Теплюк Д. А., Литвинова Т. М., Волель Б. А. Критическое мышление в медицинском образовании. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3566. doi:10.15829/1728-8800-2023-3566. EDN WFAPJR

Critical thinking in medical education

Pavlov Ch. S.^{1,4}, Kovalevskaya V. I.², Varganova D. L.³, Turankova T. A.¹, Semenistaya M. Ch.¹, Tepluk D. A.^{1,4}, Litvinova T. M.¹, Volel B. A.¹

¹I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. Moscow; ²ROO "On the development of science and practice activities in the field of complex study of the liver by doctors of various specialties". Moscow; ³Ulyanovsk Regional Clinical Hospital. Ulyanovsk; ⁴S. P. Botkin Hospital, DZM. Moscow, Russia

Technological advances in the modern world have led to a paradigm shift in medical education, identifying new challenges. The need to meet these challenges has required the implementation of evidence-based clinical practice, which allows the best quality evidence to be used to provide optimal patient care and improve healthcare efficiency. Obtaining evidence of the efficacy and safety of drugs and medical technologies, the diagnostic accuracy of interventions became possible due to the introduction of systematic reviews and meta-analyses. This methodology forms clinical thinking in parallel with the development of research and analytical competencies, which is one of the urgent tasks of modern medical education. The article reflects the experience of the Department of Internal Diseases of the Sechenov University in

implementing a practice-oriented research module aimed at developing critical thinking using evidence-based medicine methods among students and residents. The inclusion of research competencies in the educational process will make it possible to qualitatively transform medical education and form a generation of competitive competent specialists in demand in the world of constantly developing technologies.

Keywords: critical thinking, evidence-based medicine, medical education, practice-oriented course, research projects, evidence-based clinical practice, meta-analysis, systematic review.

Relationships and Activities: none.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: vi_kovalevskaya@mail.ru

[Павлов Ч. С. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии Института профессионального образования, зам. директора по научно-организационной работе Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ORCID: 0000-0001-5031-9798, Ковалевская В. И.* — кандидат культурологии, руководитель образовательных проектов, ORCID: 0000-0001-8676-1705, Варганова Д. Л. — к.м.н., врач-гастроэнтеролог, ORCID: 0000-0002-5445-7605, Туранкова Т. А. — ассистент кафедры терапии Института профессионального образования, ORCID: 0000-0001-8441-7396, Семенистая М. Ч. — ассистент кафедры терапии Института профессионального образования, ORCID: 0000-0002-1724-4760, Теплюк Д. А. — ассистент кафедры терапии Института профессионального образования, ORCID: 0000-0002-7628-8851, Литвинова Т. М. — к.ф.н., доцент, зав. кафедрой фармации Института фармации им. А.П. Нелюбина, проректор по учебной работе, ORCID: 0000-0003-0820-0755, Волель Б. А. — д.м.н., профессор, директор Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, ORCID: 0000-0003-1667-5355].

Pavlov Ch. S. ORCID: 0000-0001-5031-9798, Kovalevskaya V. I.* ORCID: 0000-0001-8676-1705, Varganova D. L. ORCID: 0000-0002-5445-7605, Turankova T. A. ORCID: 0000-0001-8441-7396, Semenistaya M. Ch. ORCID: 0000-0002-1724-4760, Tepluk D. A. ORCID: 0000-0002-7628-8851, Litvinova T. M. ORCID: 0000-0003-0820-0755, Volel B. A. ORCID: 0000-0003-1667-5355.

*Corresponding author:
vi_kovalevskaya@mail.ru

Received: 03/04-2023
Revision Received: 07/06-2023
Accepted: 16/06-2023

For citation: Pavlov Ch. S., Kovalevskaya V. I., Varganova D. L., Turankova T. A., Semenistaya M. Ch., Tepluk D. A., Litvinova T. M., Volel B. A. Critical thinking in medical education. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3566. doi:10.15829/1728-8800-2023-3566. EDN WFAPJR

КМ — критическое мышление.

На протяжении последнего столетия медицинское образование во всем мире неоднократно претерпело глобальные изменения, обусловленные экспоненциальным ростом научных знаний, технологическим прогрессом, демографическими и эпидемиологическими изменениями. Все реформы были направлены на повышение эффективности здравоохранения, всеобщего охвата населения высококачественными медицинскими услугами в рамках пациент-ориентированной модели здравоохранения [1-3].

В настоящее время задачей медицинского образования является подготовка специалистов, владеющих профессиональными компетенциями, необходимыми для адаптации достижений науки к реальной практике в соответствии с вызовами времени. Подготовка таких специалистов является достижимой целью при изменении подхода: сохранение классической отечественной медицинской школы, включение новейших научно-технологических разработок с соблюдением этических принципов и критических навыков мышления [1-4]. Сегодня интеллектуальные достижения и технологические прорывы являются результатом кропотливой работы крупных исследовательских команд с привлечением молодых ученых-исследователей — это вектор дальнейшего развития, призванный обеспечить технологический суверенитет государства, что является приоритетной задачей¹.

В предыдущие годы происходил большой отток российских научных и технологических мигрантов в сфере фундаментальных дисциплин и высоких технологий, так в США доля таких сотрудников составляла 30%, 20% в Германии, 40% в Израиле. Каждый год из МФТИ уезжали до 20% выпускников по системе грантов. По данным западных агентств, интеллектуальные мигранты из России обеспечивали 25% технологических новинок промышленности США, или 10% мирового рынка хай-

тека. В настоящее время национальные проекты в области науки и образования, государственный заказ, повышение востребованности отечественных научных разработок позволяют надеяться на решение данных проблем, а также нивелировать последствия санкций и достичь поставленных государственных задач² [3].

Создание национальной модели высшего образования России возможно только при условии отчетливого понимания ее ценностных смыслов и ожидаемых результатов образования для человека, общества и государства. Достижение технологического суверенитета возможно только при надлежащей подготовке научных кадров и создании условий для реализации их потенциала в своей стране³ [5]. Для подготовки конкурентоспособных научных кадров необходимо качественно изменить образование путем внедрения новых педагогических технологий и методов обучения.

Большинство актуальных образовательных технологий берут начало из 60-70-х годов XXв: междисциплинарные исследования в области антропологии и мышления поставили вопросы об обучении эффективному и инновационному мышлению⁴ [6]. Эффективное мышление включает в себя критичность и креативность: навык рационально анализировать достоверность информации и навык генерировать альтернативные варианты решения [6], что важно в эпоху развития искусственно-

¹ Паспорт национального проекта "Наука". (2019). <http://government.ru/info/35565/>; Петрова В. (2022). Научные руководители с оптимизмом смотрят на госзаказ. Коммерсант. Наука в России. <https://www.kommersant.ru/amp/5722234>.

² Лесков С. (2022). Пять бед российской науки. Росбалт. <https://www.rosbalt.ru/blogs/2022/06/28/1964003.html>; Unesco science report. (2021). The race against time for smarter development. Published in 2021 by the United Nations Educational. A closer look at countries and regions. 13: Russian Federation. Institute for Statistical Studies and the Economics of Knowledge of the Higher School of Economics in Moscow. Russian Federation, 347-65.

³ Губернатов Е., Ситюков А. (2022). Ректоры ведущих вузов предложили альтернативу Болонской системе. РБК. <https://www.rbc.ru/society/11/06/2022/62a071e89a79477a3ad5df6f>; Межуев Б. (2022). Эксперты прокомментировали создание национальной модели высшего образования. Ведомости. Public Opinion. <https://publico.ru/education/eksperty-prokomentirovali-sozdanie-nacionalnoj-modeli-vysshego-obrazovaniya/>.

⁴ Chomsky N. and Foucault M. Debate. (1971). Human Nature: Justice versus Power. <https://chomsky.info/1971xxxx>.

го интеллекта. Преимущество человеческого мозга перед искусственным интеллектом в способности мыслить эффективно, выходить за рамки шаблонов и типовых решений, находить неожиданные прорывные идеи, подвергать сомнению устоявшиеся суждения, формировать обоснованные выводы и оценки, принимать взвешенные решения. Иными словами, у человеческого мозга есть навык критического мышления (КМ), который является фундаментальной основой научных исследований. Науке требуется точный эксперимент на каждом этапе исследования и ясное, рациональное объяснение полученных результатов, построение теорий и их критическая оценка, поэтому развитие КМ — одна из базовых основ науко-ориентированного образования⁴ [7].

1. Понятие о критическом мышлении

В образовании понятие "критического мышления" явилось продолжением ранее введенного Джоном Дьюи понятия "рефлексивного мышления", определяемого им как активное, детальное и тщательное рассмотрение любой информации или убеждений в свете оснований и последствий, к которым они ведут, отождествив такую привычку с научным мышлением^{5,6}.

Существует много конкурирующих определений КМ, однако большинство авторов под КМ понимают общий мыслительный навык, необходимый в разного рода практиках для обсуждения достоверности эмпирических данных и построенных на их основе гипотез, для анализа ситуаций, выстраивания и оценки аргументов при принятии решений^{7,8,9} [6].

КМ требует контроля собственных мыслей и предусматривает понимание оснований рассуждений, поскольку интеллектуальные ошибки или заблуждения могут возникать в любом из базовых аспектов:

- постановка целей и задач;
- описание ситуации и построение рамок рассматриваемой проблемы;
- выбор источников информации;
- выбор методов сбора данных;
- выбор способов рассмотрения фактов и их качества;
- выбор концептуальных основ рассуждений;
- построение гипотез и допущений, и следующих за ними умозаключений;
- установление импликаций: причинно-следственных связей и зависимостей, которые возникают;
- формулировка заключительного вывода^{9,10}.

Исторически сложилось, что медицинское образование построено на большом количестве фундаментальных знаний и клиническом опыте. Внимание к мыслительным процессам привело к тому, что в медицинском образовании навыки КМ стали осознаваться как значимые^{11,12}. Клиническая медицина — прикладная наука, в которой врачи постоянно сталкиваются с необходимостью принимать обоснованные решения по лечению или применению диагностических тестов в отношении пациентов, оценивать достоверность приводимой в источниках медицинской информации, учитывать тот факт, что многие аспекты научных знаний пронизаны неопределенностью. КМ является медицинской этикой и инструментом исследований, находясь на стыке эпидемиологии, биостатистики, доказательной медицины и методологии клинического рассуждения¹¹.

2. История включения критического мышления в образование

История обучения критическому подходу к идеям и информации ведет свое начало от Сократа, который установил важность поиска доказательств, необходимость задавать вопросы и глубоко анализировать рассуждения и предположения^{5,8}. На рубеже Возрождения и Нового времени английский философ Френсис Бэкон (1561-1626) в работе "Новый органон" (новый научный инструмент) (1620) заложил основы современной эмпирико-экспериментальной науки выявлять закономерности через сбор и изучение эмпирических данных и критическое их осмысление. Он считал, что для исследовательской деятельности необходимо очистить ум от многочисленных заблуждений, источником которых является мышление, искажающее положение вещей. Бэкон первым обращает внимание на опасность ошибок, связанных с самим свой-

⁵ Hitchcock D. (2017). Critical Thinking as an Educational Ideal. Published Education. https://www.researchgate.net/publication/315852948_Critical_Thinking_as_an_Educational_Ideal.

⁶ Dewey J. (1910). *How We Think*. Boston, New York and Chicago: D.C. Heath.

⁷ Hitchcock D. (1983). *Critical thinking: a guide to evaluating information*. McMaster University. Toronto. Methuen; Hitchcock D. (2018). *Critical Thinking*. Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/entries/critical-thinking/>.

⁸ Hitchcock D. (2018). *Critical Thinking*. Stanford Encyclopedia of Philosophy. <https://plato.stanford.edu/entries/critical-thinking/>; Paul R., Elder L., Bartell T. (1997). *Critical Thinking Model. A Brief History of the Idea of Critical Thinking*. Sacramento. California.

⁹ Facione P. (1989). *Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction*. The California Academic Press, 217 La Cruz Ave., Millbrae, CA 94030; Facione P. (2015). *Critical Thinking: What It Is and Why It Counts*. https://www.researchgate.net/publication/251303244_Critical_Thinking_What_It_Is_and_Why_It_Counts.

¹⁰ Paul R., Elder L., Bartell T. (1997). *Critical Thinking Model. A Brief History of the Idea of Critical Thinking*. Sacramento. California.

¹¹ Jenicek M., Hitchcock D. (2005). *Evidence-based Practice: Logic and Critical Thinking in Medicine* (P. 302) AMA Press.

¹² Jenicek M. (2005). *Teaching Critical Thinking in Medicine. Critical Thinking and Clinical Reasoning in the Health Sciences*. California Academic Press 1.

ством человеческого мозга, которых исследователь не может исключить, но может, зная о них, избегать посредством навыка "опровержения доказательств и теории"^{5,8} [8]. Можно считать работы Бэкона одними из самых ранних текстов по КМ в науке [8].

Попытки однозначно и точно сформулировать понятие КМ, отвечающего требованиям образовательной практики, предпринимались неоднократно. Одна из самых известных — это положения "Дельфийского консенсуса" (1990), заключения которого были подготовлены международной группой экспертов по КМ под руководством Питера Фасиоуне. В документе КМ определяется как целенаправленное, саморегулирующееся (рас)суждение, которое приводит к интерпретации, анализу, оценке и умозаключениям, а также к объяснению доказательств, концептуальных, методологических, критериологических и контекстуальных соображений, на которых это (рас)суждение основано. КМ необходимо как инструмент исследования^{5,13}.

Отчет Дельфи описывает, как мыслитель, обдумывая проблему или вопрос, проходит через процесс сбора, интерпретации, анализа и оценки информации, делая выводы и генерируя объяснение или решение, основанное на этой информации. В отчете также перечисляется ряд аффективных диспозиций, которые, как предполагается, поддерживают КМ, к ним относятся: любознательность, стремление к хорошей информированности, доверие к процессу правильного рассуждения, уверенность в себе и умении рассуждать, непредубежденность, гибкость в рассмотрении альтернатив и мнений, понимание чужих мнений, справедливость, честность в оценке собственных предубеждений и предрассудков, осмотрительность в суждениях, готовность пересмотреть или переоценить свою точку зрения, ясно изложить суть дела, упорядоченность, усердие в поиске релевантной информации, рациональность в выборе критериев, нацеленность на исследование и настойчивость в поиске результатов, которые настолько точны, насколько этого требуют обстоятельства и предмет исследования^{5,14}.

Длительное время оставался дискуссионным вопрос специфичности и метакогнитивности навыков КМ в отношении предметных областей. Предложенная Робертом Эннисом концепция утверждала, что КМ является типом рационального или рефлексивного мышления, побуждающего человека принимать решения делать что-то или нет на основании анализа и интерпретации фактов без влияния социального контекста в соответствии со

своими собственными убеждениями, опираясь на общий набор когнитивных навыков, что позволяет использовать навык КМ к любому предмету [9, 10]. Однако массовое включение обучения навыкам общего КМ в учебные программы американских образовательных учреждений в 1980-1990гг не дало ожидаемого эффекта для дальнейшего использования КМ в профессиональных практиках разного рода, продемонстрировав неэффективность такого подхода¹⁵. Десятилетия когнитивных исследований дали неутешительный результат: мышление переплетается с содержанием и знанием предметной области, невозможно критически размышлять, не имея достаточных знаний¹⁶.

Таким образом, КМ следует рассматривать как предметно-ориентированную конструкцию, которая развивается по мере того, как человек приобретает предметно-ориентированные знания¹⁵ [11]. КМ может использоваться для достижения целей научно-ориентированного образования, являясь частью аналитических и логических навыков рассуждения, ведущих к максимально возможному объективированному предметному выводу¹⁴ [9, 10].

3. Критическое мышление в рамках медицинского образования

В западных медицинских школах термины "клиническое рассуждение" и КМ часто используют как синонимы, предполагая рациональное рефлексивное мышление, сосредоточенное на принятии решений — "во что верить", имея в виду понимание проблемы, и "что делать" для ее решения [2, 12-14]. Общепринятым сегодня в медицине является то, что КМ связывают с набором когнитивных навыков, которым можно научиться и использовать затем в рамках принятия клинических решений, диагностических и научных рассуждений¹² [3, 15, 16]. В настоящее время в большинстве медицинских школ ведется интенсивная работа по внедрению обучения КМ в клиническую работу врачей (Центр доказательной медицины Оксфорда, Образовательный и научно-исследовательский институт Шапиро Медицинского центра Бет Исраэль Диаконисс Гарвардской медицинской школы, Университетский колледж Лондона, Университет Макмастер, Центр исследований доказательной практики Университета Бонда Австралии) [12, 15, 16]. Несмотря на общепризнанную необходимость

¹³ Facione P. (1989). Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. The California Academic Press, 217 La Cruz Ave., Millbrae, CA 94030.

¹⁴ Facione P. (1989). Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction. The California Academic Press, 217 La Cruz Ave., Millbrae, CA 94030.

¹⁵ National Research Council (US) Committee on the Assessment of 21st Century Skills. (2011). Assessing 21st Century Skills: Summary of a Workshop. National Academies Press (US). Willingham D. (2007). Critical Thinking. Why Is It So Hard to Teach? American Federation of Teachers, 31, 8-19. https://www.aft.org/sites/default/files/periodicals/Crit_Thinking.pdf.

¹⁶ Willingham D. (2007). Critical Thinking. Why Is It So Hard to Teach? American Federation of Teachers, 31, 8-19. https://www.aft.org/sites/default/files/periodicals/Crit_Thinking.pdf.

владения навыком КМ для каждого врача, КМ как дисциплина в большинстве образовательных медицинских программ в мире не преподается и не оценивается в явном виде, а в результате поиска "critical thinking" в библиотеке PubMed установлено, что большинство статей, посвященных КМ, связаны с сестринским делом [15], что объясняется сложностью интеграции навыка КМ в образование, о чем подробно будет изложено ниже.

Способность мыслить критически не развивается у студентов естественным образом в результате общения и наблюдения за старшими коллегами [11, 15]. Многочисленные педагогические исследования подтвердили, что КМ можно научить только вместе с научным содержанием [13, 16-18]. Педагогические исследования в медицинском образовании были сосредоточены в двух направлениях: использование КМ в научных исследованиях и в клинической работе. Наблюдения за работой студентов в лабораториях позволили обнаружить, что умение работать с информацией и фундаментальными знаниями критически необходимы в естественных науках, поскольку влияют на то, какие научные гипотезы формируются, и то, как интерпретируются данные экспериментов¹⁷. Те из студентов, которые имеют в своей базе более глубокие знания, планируют более информативные эксперименты и знают как эффективнее использовать их результаты, способны распознать аномальные или неожиданные результаты эксперимента, которые не вписываются в существующую научную картину, определять их как новые, что направляет развитие их научной мысли к формированию и развитию инновационных гипотез^{17,18}.

Несомненно, что в основе технических инноваций и открытий в науке лежит умение независимо и самостоятельно мыслить, задавать вопросы, оценивать альтернативы, разрабатывать дальнейшие направления научного исследования, которые развиваются при формировании навыка КМ¹⁹. Именно на это ориентированы учебные программы Имперского колледжа Лондона, в которых для формирования указанного навыка используют иерархическую модель Бенджамина Блума (1913-1999). В рамках образовательного процесса каждому уровню модели Блума приписаны различные типы учебных заданий. По мнению преподавате-

лей колледжа, такой подход к обучению позволяет студентам на 2-3 курсе освоить самый простой уровень работы с информацией — запоминание и понимание, на 4-5 курсе — средний уровень — целевое применение полученной информации на практике, и на 6 курсе освоить высший уровень — умение анализировать информацию, оценивать ее качество, и на ее базе создавать новое¹⁹.

Со второй половины XXв количество накопленных знаний во всех отраслях науки, и прежде всего в медицине, поставило перед системой образования задачу — научить рациональным методам поиска, отбора, систематизации и критической оценки научной и клинической информации для ее использования в практической работе. Потребовалось внедрение новых образовательных технологий в медицине, способствующих развитию КМ на базе доказательной медицины.

Попытки решения проблем систематизации и критического переосмысления, обновляющихся научных данных медицинским сообществом предпринимались неоднократно. В 1993г Арчи Кокрейном (1909-1988) с союзом единомышленников был разработан новый практический инструмент. Обратив свое внимание на значимость рандомизированных клинических исследований для эффективности клинической практики, они стали научно обосновывать выбор разного рода медицинских вмешательств. Модель рассуждений по эффективности и безопасности медицинских вмешательств постепенно трансформировалась в методологию, а сам союз в международное Кокрейновское сотрудничество²⁰. Распространению методологии Кокрейновского сотрудничества способствовала высокая эффективность ее практического применения для принятия врачебных решений на основании фактических данных эпидемиологии, биостатистики, фундаментальной и клинической медицины.

Параллельно с Арчи Кокрейном на другом континенте Дэвид Сакетт (1934-2015) вместе с коллегами и учениками начиная с 1980-х годов публикует статьи о том, как читать и критически оценивать медицинскую литературу, чтобы идти в ногу с научными достижениями, давая первое определение "доказательной медицины" — "как практики, использующей совокупность современных лучших доказательств при принятии решений по оказанию помощи конкретному пациенту". Иными словами, это означает интеграцию данных высококачественных клинических исследований и систематических обзоров в принятие клинических решений по отдельному пациенту с учетом предпочтений пациента и на основании клинического мышления и опыта врача [19, 20]. В последующем Уильям

¹⁷ Klahr D. (2000). Exploring Science. The Cognition and Development of Discovery Processes. Cambridge, Mass.: MITpress; Baron J. (2000). Thinking and Deciding. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

¹⁸ Dreyfus S. (1980). A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. University of California, Berkeley.

¹⁹ Imperial College London. Critical thinking and critical ability. <https://www.imperial.ac.uk/students/success-guide/pgt/study-and-research-skills/critical-thinking-and-critical-ability/>.

²⁰ Cochrane Library. <https://www.cochranelibrary.com/>.

Розенберг, ученик и коллега Сакетта, описал доказательную медицину как "процесс поиска, оценки и использования результатов современных исследований в качестве основы для клинических решений" — методом, определяющим обоснованность доказательств, используемых в принятии решений для конкретного пациента [21]. Так, доказательная медицина при посредстве критических методов ее оценки стала инструментом интеграции клинических исследований в клиническую практику, а практико-ориентированный подход к обучению, где работа с пациентами начиналась практически после поступления в высшее учебное заведение (ВУЗ), получил название "модели МакМастера"^{11,21} [14, 16, 21-24].

Доказательная клиническая практика, основанная на интеграции клинического мышления и критического подхода, дает возможность принимать клинические решения, основанные на методологии ранжирования доказательств и оценке риска возможных когнитивных искажений, аффективных и системных предубеждений как собственных, так и других людей [1, 2, 12, 14, 22, 23].

Наблюдательные исследования за работой даже опытных врачей показывают, что наиболее частыми врачебными ошибками являются диагностические. При анализе первичных данных в процессе рассуждения принимаются преждевременные решения. И в дальнейшем зачастую недооцениваются вновь поступающие данные о состоянии пациента, не уточняется формулировка диагноза, что ведет к снижению качества оказываемой помощи [12, 14, 16, 23, 24].

Сложность решения проблем таких когнитивных ошибок связана с тем, что все, с чем мы встречаемся наиболее часто, автоматически интерпретируется в свете того, с чем мы уже встречались ранее и что вспоминается быстрее — это называется эвристикой доступности, или систематической ошибкой доступности: когнитивная система всегда делает ставку на уже знакомые ситуации. Преимущество такого способа работы мозга в том, что осознание проблемы происходит быстро, но более сложные и глубокие слои проблемы распознаются трудней. Часто опытные врачи, особенно в экстренных и неотложных ситуациях, полагаются не на аналитические рассуждения, а на интуитивные, на схватывание и распознавание целостных паттернов болезни, и это очень эффективный метод, однако, когда клинические и лабораторные данные пациента не складываются в единое целое, требуются навыки критического рассуждения при рассмотрении альтернатив¹⁶ [24, 25]. Знания об особенностях собственного мышления и о возможных

ошибках позволяют врачам принимать во внимание свои убеждения и предубеждения, влияющие на результаты диагностического рассуждения, и, таким образом, предоставляют возможность избежать предотвратимых диагностических ошибок, связанных с неверными или предвзятыми клиническими рассуждениями [24-27].

Педагогические исследования со студентами показали, что, столкнувшись в рамках образовательных ситуаций со случаями, аналогичными уже недавним знакомым им ситуациям, они допускали ошибки, но последующий критический анализ способствовал пониманию, где и как возникали когнитивные ошибки и предвзятость их клинического рассуждения. Довольно часто ошибки были связаны не с пробелами в знаниях, а с недостатками клинического рассуждения [25]. Студенты, которым не удалось интуитивно правильно диагностировать пациентов, приходили к правильному диагнозу после детального критического анализа того же случая, активировав свои знания и исправив с помощью рефлексивных рассуждений допущенные ранее ошибки [25, 26].

К сожалению, стратегии, направленные на выявление и устранение предубеждений, пока еще имеют ограниченную эффективность, связанную с дефицитом наших знаний о мыслительных процессах [25, 26]. Однако начиная с 1970-х годов интенсивные исследования физиологии и мыслительных процессов мозга дали множество новых данных о его работе. На основании этих исследований профессора Гарвардского университета Даниэль Канеман (1934) и Амос Тверски (1937-1996) в 1972г опубликовали революционное предположение, что при принятии решений мы не всегда мыслим рационально и рассудочно, наши когнитивные ошибки связаны с самим механизмом мышления. На работу мышления влияют процессы, заложенные в период эволюционного развития когнитивных способностей, а также социальный и культурный контексты. Авторы ввели в научный обиход понятие "когнитивной ошибки или искажения", которые возникают в одних и тех же обстоятельствах при работе мышления. Однако, как утверждают исследователи, их можно научиться распознавать и избегать. За исследование проблемы принятия решений в ситуациях неопределенности Канеман в 2002г получил Нобелевскую премию. Модель была принята как рабочая в тех профессиональных областях, где принятие неверных решений в ситуациях неопределенности имеет высокую цену, медицина в их числе, поскольку часто сталкивается с ситуациями неопределенности.

В модели описываются две условные системы мышления человека — 1 и 2. "Система 1" — интуитивный способ обработки информации, эволюционно сформировалась в ситуациях, когда размыш-

²¹ Jenicek M. (2004). Hitchcock D. Evidence-based Practice: Logic and Critical Thinking in Medicine. McMaster University.

лять было опасно, необходимо было очень быстро реагировать на ситуацию во внешней среде, поэтому для нее характерно сокращение мыслительных шагов, использование алгоритмов и паттернов, основанных на прошлом опыте, именно в ней часто возникают ошибки. "Система 2" отвечает за внимательный и медленный, аналитический и рефлексивный способ рассуждения, используемый в ситуациях, когда "Система 1" оказалась неэффективной²².

Но надо помнить, в медицине, даже при возникновении клинических ошибок из-за когнитивных искажений, их устранение требует применения клинических знаний. При этом такие знания могут лежать и в основе первоначальной ошибки. Именно этим обоснованы профессиональные дискуссии в отношении того, в какой степени такого рода ошибки могут быть предотвратимы. Неоднозначность является константой клинической практики. Некоторые ошибки возникают неизбежно в силу того, что информация для постановки окончательного диагноза может дополняться и трансформироваться в ходе проведения диагностики [25, 26].

Внедрение доказательной клинической практики в здравоохранение и образование представляет инструмент, позволяющий минимизировать риски ошибок [1-4]. После осознания необходимости соблюдения фундаментальных принципов соблюдения иерархии доказательств, в соответствии с которой принимаются клинические решения, стали внедряться клинические рекомендации, основанные на данных систематических обзоров и метаанализов с определением уровня достоверности доказательств и убедительности рекомендаций. Некоторые сложности, с которыми сталкиваются авторы клинических рекомендаций, в настоящее время решаются путем непрерывной эволюции методологических подходов [28].

4. Подходы к обучению навыкам критического мышления в медицинском образовании

4.1. Современные медицинские школы Канады, США, Великобритании, Австралии, Индии и Китая предлагают разнообразные учебные курсы по формированию КМ в медицинской практике, используя методологию доказательной медицины, что по данным метаанализов вырабатывает у студентов навык мыслить системно и самостоятельно (непредубежденно, стремиться к интеллектуальной честности и достоверности исследований) [12, 13, 21, 29].

Результаты проведенного группой канадских исследователей метаанализа эмпирических иссле-

дований стратегий обучения КМ говорят о сложности обучения. Для определения эффективности учебных вмешательств рассматривались разного типа образовательные ситуации:

- самостоятельная работа;
- работа в группах, обсуждение и взаимодействие со сверстниками (тематические исследования);
- аутентичные игровые ситуации (дискуссии, симуляционные игры, ролевые игры, например, пациент-врач);
- наставничество [13].

Работа в группах, аутентичные ситуации и наставничество показали наибольшую эффективность¹⁷ [13]. Однако данный метаанализ не учитывал методологические и содержательные особенности образовательных ситуаций, например, наличие или отсутствие инструкций для решения конкретных проблем, не учитывался также возраст и опыт учащихся.

Исследования подтверждают, что связь обучения с реальными жизненными ситуациями и учебные материалы, имеющие реальный контекст и личную заинтересованность студентов, наиболее эффективно формируют навык рассуждений при решении клинических задач [25, 30-32]. Например, обсуждение клинических случаев с использованием результатов клинических исследований, ответы на открытые вопросы, требующие от студентов ответов с рассуждением [25, 33]. Преподаватель, поддерживающий инициативу студентов к высказыванию своей позиции и к обсуждению в группе, помогает освоить навыки самостоятельного клинического мышления и оспаривание авторитетов [32, 33]. Чем разнообразнее реальные ситуации, используемые при разборе клинических случаев, тем ценнее опыт, позволяющий сформировать долговременные навыки критического отношения к научным знаниям и клиническому суждению. Объяснение студентам двух типов когнитивной обработки информации, интуитивного и аналитического, также важно для осознания возможных когнитивных паттернов в клинических рассуждениях [25, 31].

Особое место в обучении — коммуникация внутри группы, когда обучение происходит в зоне ближайшего развития. Возможность освоить более сложное по уровню новое при помощи наставников и старших коллег — важный элемент обучения, который интенсифицирует интеллектуальные процессы^{23,24}. Лев Выготский (1896-1934) считал, что внутри зоны ближайшего развития обучение

²² Канеман Д. (2014). *Думай медленно... решай быстро*. Москва.

²³ Sharon E., Sackett D. (2014). *Mentorship in Academic Medicine*. John Wiley & Sons, Ltd.

²⁴ Выготский Л. С. (1934). *Мышление и речь*. Психологические исследования. М.

может предшествовать развитию, и "сама мысль возникает в ходе коммуникации"²⁴.

Таким образом, основа обучения взрослых — анализ и критическое отношение к собственному опыту, и, что не менее важно, решение клинических задач, выходящих за рамки текущего уровня компетентности и "комфорта".

4.2. В рамках интеграции обучения и исследовательской деятельности в медицинском образовании на базе кафедры терапии ИПО Сеченовского Университета, разработан образовательный модуль, в который вошли три блока учебных курсов [7, 34].

"Критическое мышление в медицине" — для студентов 3-4 года обучения, направленный на формирование навыков работы с информацией и ее аналитику.

"Доказательная клиническая практика" — для 5-6 курса и ординаторов, курс, позволяющий получить навыки применения критического и доказательного рассуждения в диагностике и лечении пациентов, получить первичные навыки интеграции научных исследований в клиническую работу.

"Кокрейновская методология написания систематических обзоров и метаанализов" — предназначен для клинических ординаторов, аспирантов и врачей, повышающих квалификацию в рамках непрерывного медицинского образования. Позволяет освоить современные методы оценки диагностической точности инструментальных и лабораторных методов исследования, оценить безопасность и эффективность лечения, влияние на долгосрочный прогноз, выживаемость, качество жизни и частоту развития серьезных нежелательных и побочных эффектов, выстроить научные горизонты в клинике внутренних болезней.

В эксперименте участвовали две группы студентов 3-4 курса и 5-6 курса. Для каждой из двух групп на базе *одного* цикла видео-лекций были подготовлены разного типа исследовательские и практические задания.

Занятия включали просмотр видео-лекций по научным инструментам врача, принципам поиска научной информации в международных медицинских базах данных, основам понимания результатов клинических исследований, навыкам чтения, понимания и интерпретации метаанализов, формам профессиональной коммуникации (подготовка презентации, устный доклад, научная статья). Темы видео-лекций были разобраны на практических и семинарских занятиях. Для студентов был подготовлен ряд методических рекомендаций по чтению, анализу научной медицинской статьи, подготовке презентации и устного доклада для круглого стола, а также инструкция по написанию научной статьи²⁰ [3, 35-38].

В конце курса для каждой группы отдельно был проведен круглый стол с докладами по выбранной

теме семестра. Подготовку докладов и далее написание статей сопровождали преподаватели курса.

В задачи 3-4 курса входила подготовка небольшого теоретического исследования по выбранной теме с использованием данных клинических рандомизированных исследований, как имеющих наиболее высокий уровень доказательности, и метаанализов Кокрейновской библиотеки. Студенты должны были освоить навыки поиска и критической оценки информации в различных базах данных.

Также группе студентов 3-4 курса было предложено использовать свои теоретические исследования в научно-технологическом проекте российской IT-компании. В задачу входило создание биомедицинского IT-продукта для персонального подхода к здоровью и качеству жизни пациента: разработка мобильного приложения поддержки принятия клинических решений в области гастроэнтерологии уровня MVP (*minimum viable product* — минимально жизнеспособного продукта). В проектирование закладывалась возможность использования искусственного интеллекта, который будет строить алгоритмы, при которых машина сможет совершать процедуры, стоящие за мышлением и поведением врача, интегрировать необходимую информацию из различных источников — медицинских баз данных и данных о состоянии пациента — для сокращения времени оценки ситуации с множеством факторов и принятия клинического решения²⁵. Студенты получили первый опыт интеграции теоретических и научных исследований применительно к клинической практике и к технологическим решениям. Участники проекта: студенты, преподаватели и технические специалисты получили опыт работы в междисциплинарной и мультикультурной команде — аргументировать и отстаивать свою точку зрения, критически и конструктивно оценивать результаты работы, генерировать идеи и решать задачи в ситуациях неопределенности.

Старшим студентам (5-6-му курсу) был предложен клинический разбор сложного пациента. В задачу входило продемонстрировать умение вести дифференциальный диагностический поиск, обосновывать терапию, используя клинические рекомендации и метаанализы Кокрейновской библиотеки. Необходимо было применить методы КМ ко всему процессу клинического рассуждения и принятия решения: от постановки диагноза до предложений по тактике ведения пациента.

4.3. Видео-лекции и клинические разборы продемонстрировали студентам базовые элементы и последовательность клинического рассуждения, важность навыков аргументации и ранжирования

²⁵ Osheroff J., Teich J., Levick D., Sald L. E. (2012). Improving Outcomes with Clinical Decision Support: An Implementer's Guide, Second Edition. CRC Press.

доказательств при проведении дифференциально-диагностического поиска и назначении терапии.

Диагностическая гипотеза, сгенерированная на минимально имеющихся клинических данных, служила основой для целенаправленного сбора информации по пациенту, и диагноз формировался как развивающийся итеративный процесс, включающий многократную разработку, отказ и уточнение гипотез. Использовались как вероятностные, так и причинно-следственные методы клинического рассуждения для проверки обоснованности причинно-следственной связи между клиническими событиями пациента [14, 16, 25].

В результате проведения исследований студенты 5-6 курса получили базовые навыки использования иерархии доказательств при принятии клинических решений на материале работы с двумя типами метаанализов: по диагностической точности инструментальных методов исследования и параметрам безопасности (частота серьезных нежелательных явлений, побочных эффектов) и эффективности (смерти, качества жизни, динамики морфологической картины) лекарственных препаратов.

В ходе курса произошло самоопределение студентов по трем группам интересов: ориентированных на фундаментальные или клинические научные исследования, ориентированных на клиническую работу с пациентами и третьих, кто готов искать технологические решения клинических вопросов. Все три группы получили опыт интеграции научных знаний в работу врача.

Опыт работы на курсе дал студентам понимание, что включение в рутинную практику методологии систематического анализа и обзоров позволяет проводить в клинической работе поиск эффективных фармакотерапевтических подходов в ситуациях, когда согласованных и полностью научно обоснованных клинических рекомендаций по лечению заболеваний не существует и/или необходимо новое решение исходя из особенностей самого пациента. Студенты получили опыт постановки диагноза как с помощью интуитивных механизмов в "простых" случаях, распознавая "фреймы" болезни, так и в более "сложных" ситуациях, используя аналитическое и КМ. Студенты столкнулись с тем, что, если клиническая ситуация была первоначально распознана неверно, возможны когнитивные ошибки, которые исправить без использования критического подхода сложно.

Опыт работы с младшей и старшей группами студентов подтвердил, что студентам легче усваивать и сохранять в памяти клинические знания и когнитивную схему клинических рассуждений через активное участие и личный опыт разбора клинических случаев, групповое обсуждение с участием наставников с немедленной обратной связью от педагога.

Мы не включали в процесс обучения работу с формальными моделями — байесовским анализом, на котором основано понимание чувствительности и специфичности диагностических тестов, и построение, и анализ "дерева" принятия клинических решений, позволяющее визуализировать и предсказать преимущества и риски конкурирующих альтернатив: мониторинг пациента и/или назначения лечения, опираясь на пороговые значения в диагностике и учитывая ближайшие вызовы в состоянии пациента.

4.4. Проектирование эксперимента мы основывали на мировом опыте, который посчитали эффективным, современных образовательных теориях обучения взрослых, исследованиях КМ в медицине и прагматическом расчете своих возможностей и ограничений.

Предлагаемый нами подход — один из возможных и, несомненно, его можно сочетать с другими по мере необходимости.

На данный момент нет прецедентов двойных плацебо-контролируемых исследований обучению клиническим рассуждениям с навыками критического анализа. Оценка эффективности предлагаемого подхода имеет пока относительные научные возможности и зависит от множества факторов и до сих пор в значительной степени основана на мнениях экспертов [25]. Поэтому следующим важным шагом авторы для себя видят поиск методов квалиметрической оценки уровней освоения навыков. Пока это затруднено тем, что сама методология доказательной клинической практики находится в стадии становления, а в медицинских школах продолжается поиск путей ее включения в обучение и нет ни только специализированных валидированных тестов, измеряющих какие-либо параметры, но не определено, что измерять и надо ли это делать вообще. Мы говорим об апробации описанной методологии в обучении и наблюдаем увеличение количества публикаций таких же отдельных образовательных экспериментов [14, 16, 25, 39-41].

Несомненно, существует проблема тиражирования подобного опыта. Квалификация преподавателей, которые сопровождали работу студентов, объединяла как навыки интерактивных методов обучения, так и знание Кокрейновской методологии. Решая задачу подготовки преподавателей для современной системы медицинского образования в рамках дополнительного профессионального образования (ДПО), был проведен курс "Системный анализ научной литературы в медицине и биомедицине: систематический обзор и метаанализ" для научно-педагогических работников и аспирантов Сеченовского университета (340 человек).

В курсе "Критическое мышление в медицине" в 2022г приняли участие 320 студентов (3-6 курс) Сеченовского университета. Предварительный ана-

лиз с использованием анкетирования показал, что 96% студентов оценили новизну научных знаний, полученных на курсе, как высокую, 75% — оценили высоко практическую значимость знаний и навыков для клинической работы.

В рамках сетевого взаимодействия и трансфера образовательных технологий к курсам присоединились ВУЗы-партнеры — Ярославский медицинский университет (100 студентов (3-6 курс)), Сибирский государственный медицинский университет (60 студентов (2-6 курс)).

Заключение

Внедрение новых образовательных подходов позволяет включать в обучение студентов-медиков элементы исследовательской и проектной работы. Методология доказательной клинической практики, дополнив классическую модель отечественной школы клинического мышления, позволила простроить ряд последовательных обучающих шагов. На начальном этапе — обучение навыкам клинического рассуждения при диагностическом поиске, далее — оценка диагностической точности инструментальных методов исследования, на следующем этапе — оценка эффективности и безопасности медицинских вмешательств. И далее обучение навыкам критического анализа при формировании выводов и практическому применению их в клинической ситуации с учетом качества

доказательств, интересов и ценностей конкретного пациента.

Таким образом, в рамках модернизации подходов к обучению студентов российских медицинских ВУЗов использован подход, основанный на фундаментальных принципах иерархии доказательств при принятии клинических решений.

Кроме того, педагогический подход позволил на разных этапах отобрать наиболее талантливых студентов, ориентированных на научную работу, и им самим самоопределиваться с выбором областей исследования.

Для сохранения инновационного вектора развития в медицине необходим трансфер образовательных технологий, связанных с научной методологией, обеспечивающих интеграцию обучения и исследовательской деятельности в области клинических и фундаментальных дисциплин, необходимо научиться их тиражировать, создавать сетевые межуниверситетские научно-исследовательские проекты, и в силу этого перспективным является внедрение такого рода учебных программ в рамках национального проекта на всех уровнях медицинского образования — высшего, последипломного и непрерывного медицинского образования.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. 2nd ed. Chicago, IL: AMA Press. 2002.
- Haynes RB, Sackett DL, Gray JM, et al. Transferring evidence from research into practice: 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. ACP journal club. 1996;125(3):A14-A16.
- Lehane E, Leahy-Warren P, O'Riordan C, et al. Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. BMJ evidence-based medicine. 2019;24(3):103-8. doi:10.1136/bmjebm-2018-111019.
- Al-Ghimlas F. The philosophy of evidence-based clinical practice: Is evidence enough? Annals of thoracic medicine. 2013; 8(3):131-2. doi:10.4103/1817-1737.114282.
- Wagner CS, Zhang L, Leydesdorff L. A discussion of measuring the top-1% most-highly cited publications: quality and impact of Chinese papers. Scientometrics. 2022;127:1825-39. doi:10.1007/s11192-022-04291-z.
- Lau JYF. An Introduction to Critical Thinking and Creativity: Think More, Think Better. John Wiley&Sons, Inc. 2011. (In Russ.) Лай Дж. У.Ф. Введение в критическое мышление и теорию креативности. М.: Эксмо. 2017. с. 368.
- Pavlov CS, Kovalevskaya VI, Kireeva NV, et al. Educational priorities and programs for the development of research competencies in science-based medical education. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4S):3481. (In Russ.) Павлов Ч.С., Ковалевская В.И., Киреева Н.В. и др. Образовательные приоритеты и программы развития исследовательских компетенций в науко-ориентированном медицинском образовании. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4S):3481. doi:10.15829/1728-8800-2022-3481.
- Bacon F. On the dignity and multiplication of sciences. Bacon F. Essays: in 2 volumes. M.: Thought. 1977. (In Russ.) Бэкон Ф. О достоинстве и приумножении наук. Бэкон Ф. Сочинения: в 2-х т. М.: Мысль. 1977.
- Ennis RH. A concept of critical thinking: A proposed basis for research in the teaching and evaluation of critical thinking ability. Harvard Educational Review. 1962;32(1):81-111.
- Ennis RH. Critical Thinking and Subject Specificity: Clarification and Needed Research. Educational Researcher. 2016;18(3):4-10. doi:10.3102/0013189X01800300.
- Kaur S, Prakash S, Sharma R. Critical thinking in healthcare and education. BMJ. 2017;357. doi:10.1136/bmj.j2234. <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2234/rr-1>.
- Huang GC, Newman LR, Schwartzstein RM. Critical Thinking in Health Professions Education: Summary and Consensus Statements of the Millennium Conference 2011. Teaching and Learning in Medicine an International Journal. 2014;26(1):95-102. doi:10.1080/10401334.2013.857335.
- Abrami Ph, Bernard R, Borokhovski E. Strategies for Teaching Students to Think Critically: A Meta-Analysis. Review of Educational Research. 2015;85(2):275-314. doi:10.3102/0034654314551063.
- Richards JB, Schwartzstein RM. Promoting Critical Thinking in Your Intensive Care Unit Team. Critical care clinics. 2022; 38(1):113-27. doi:10.1016/j.ccc.2021.08.002.

15. Reale M, Riche D, Witt B., Baker W, Peeter M. Development of critical thinking in health professions education: A meta-analysis of longitudinal studies. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. 2018;10(7):826-833. doi:10.1016/j.cptl.2018.04.019.
16. Richards JB, Hayes MM, Schwartzstein RM. Teaching Clinical Reasoning and Critical Thinking: From Cognitive Theory to Practical Application. *Chest*. 2020;158(4):1617-28. doi:10.1016/j.chest.2020.05.525.
17. Papp KK, Huang GC, Lauzon Clabo LM, et al. Milestones of critical thinking: a developmental model for medicine and nursing. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2014;89(5):715-20. doi:10.1097/ACM.000000000000220.
18. Kahlke R, White J. Critical Thinking in Health Sciences Education: Considering "Three Waves". *Creative Education*. 2013;4:21-9. doi:10.4236/ce.2013.412A1004.
19. Sackett D. Bias in analytic research. *Journal of Chronic Diseases*. 1979;32(1-2):51-63. doi:10.1016/0021-9681(79)90012-2.
20. Sackett D. How to read clinical journals: I. why to read them and how to start reading them critically. *Canadian Medical Association journal*. 1981;124(5):555-8.
21. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ (Clinical research ed.)*. 1995; 310(6987):1122-6. doi:10.1136/bmj.310.6987.1122.
22. Jenicke M. Towards evidence-based critical thinking medicine? Uses of best evidence in flawless argumentations. *Med Sci Monit*. 2006;12(8).
23. Jenicke M, Croskerry P, Hitchcock DL. Evidence and its uses in health care and research: the role of critical thinking. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2011;17(1):RA12-RA17. doi:10.12659/msm.881321.
24. Royce CS, Hayes MM, Schwartzstein RM. Teaching Critical Thinking: A Case for Instruction in Cognitive Biases to Reduce Diagnostic Errors and Improve Patient Safety. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2019;94(2):187-94. doi:10.1097/ACM.0000000000002518.
25. Kassirer JP. Teaching clinical reasoning: case-based and coached. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2010;85(7):1118-24. doi:10.1097/acm.0b013e3181d5dd0d.
26. Norman GR, Monteiro SD, Sherbino J, et al. The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2017;92(1):23-30. doi:10.1097/ACM.0000000000001421.
27. Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2009;84(8):1022-8. doi:10.1097/ACM.0b013e3181ace703.
28. Roberts D, Leung J, Gluud C, et al. Comparison of recommendations from cirrhosis Clinical Practice Guidelines and from Cochrane systematic reviews. *Research Square*. 2023. doi:10.21203/rs.3.rs-2194398/v1.
29. Wang J, Wang D, Chen Y, et al. The effect of an evidence-based medicine course on medical student critical thinking. *Journal of evidence-based medicine*. 2017;10(4):287-92. doi:10.1111/jebm.12254.
30. Romero M. Digital Game Design as a Complex Learning Activity for Developing the 4Cs Skills: Communication, Collaboration, Creativity and Critical Thinking. *GalA Conference, Rome*. 2015. doi:10.1007/978-3-319-40216-1_10.
31. Fischer K, Sullivan AM, Krupat E, Schwartzstein RM. Assessing the Effectiveness of Using Mechanistic Concept Maps in Case-Based Collaborative Learning. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2019;94(2):208-12. doi:10.1097/ACM.0000000000002445.
32. Mamede S, van Gog T, van den Berge K, et al. Effect of availability bias and reflective reasoning on diagnostic accuracy among internal medicine residents. *JAMA*. 2010;304(11):1198-203. doi:10.1001/jama.2010.1276.
33. Krupat E, Richards JB, Sullivan AM, et al. Assessing the Effectiveness of Case-Based Collaborative Learning via Randomized Controlled Trial. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. 2016;91(5):723-9. doi:10.1097/ACM.0000000000001004.
34. Pavlov ChS, Kovalevskaja VI, Litvinova TM, Volel' BA. Models of medical education: historical aspects, current state, problems. *Medical ethics*. 2022;3:44-50. (In Russ.) Павлов Ч. С., Ковалевская В. И., Литвинова Т. М., Волель Б. А. (2022). Модели медицинского образования: исторические аспекты, современное состояние, проблемы. *Медицинская этика*. 2022;3:44-50. doi:10.24075/medet.2022.051.
35. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. B. What were the results and will they help me in caring for my patients? *Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA*. 1994;271(1):59-63. doi:10.1001/jama.271.1.59.
36. Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid? *Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA*. 1994;271(5):389-91. doi:10.1001/jama.271.5.389.
37. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ (Clinical research ed.)*. 1996;312(7023):71-2. doi:10.1136/bmj.312.7023.71.
38. Balsarkar G. Art of Reading an Article in the Journal. *J Obstet Gynecol India*. 2022;72:1-5. doi:10.1007/s13224-021-01613-8.
39. Kolars JC, Halvorsen AJ, McDonald FS. Internal Medicine Residency Directors Perspectives on Global Health Experiences. *Review. The American Journal of Medicine*. 2011;124(9):806-12. doi:10.1016/j.amjmed.2011.03.007.
40. Horwitz RI, Hayes-Conroy A, Caricchio R, Singer BH. Evidence Based Medicine to Medicine Based Evidence. *Review. The American Journal of Medicine*. 2017;130(11):1246-50. doi:10.1016/j.amjmed.2017.06.012.
41. Colbert-Getz JM, Bierer SB, Berry A, et al. What Is an Innovation Article? A Systematic Overview of Innovation in Health Professions Education Journals. *Academic Medicine*. 2021;96(11S):S39-S47. doi:10.1097/ACM.0000000000004293.

Задачи гуманитарных дисциплин в подготовке студентов медицинского высшего учебного заведения (на примере исторических дисциплин)

Чумаков В. И.

ФГБОУ ВО "Волгоградский государственный медицинский университет" Минздрава России. Волгоград, Россия

Статья посвящена изучению места исторических дисциплин в формировании общекультурных компетенций студентов медицинского высшего учебного заведения (ВУЗ), обучающихся на медицинских и гуманитарных специальностях. Осуществлен теоретический анализ темы в отечественной и зарубежной историко-педагогической науке. Обоснована необходимость наличия исторических дисциплин в системе высшего профессионального медицинского образования. На основе многолетнего педагогического опыта представлены педагогические технологии, разработанные авторами, наиболее полно формирующие общекультурные и профессиональные компетенции в рамках исторических дисциплин. Приведены данные педагогического исследования по заявленной теме, эксплицированы мнения обучающихся о содержании исторических дисциплин, о процессе формирования знаний, умений и навыков в общей подготовке студента медицинского ВУЗа. Отражена практическая значимость проведенного исследования для совершенствования педагогического процесса на занятиях в медицинском ВУЗе.

Ключевые слова: исторические дисциплины, педагогические технологии, гуманитаризация, медицинское образование, сократиче-

ский диалог, система ценностей обучающегося, общекультурные компетенции.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 31/05-2023

Рецензия получена 09/06-2023

Принята к публикации 16/06-2023



Для цитирования: Чумаков В. И. Задачи гуманитарных дисциплин в подготовке студентов медицинского высшего учебного заведения (на примере исторических дисциплин). *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3612. doi:10.15829/1728-8800-2023-3612. EDN RVLVTF

The aims of humanities in the training of medical students on the example of history subjects

Chumakov V. I.

Volgograd State Medical University. Volgograd, Russia

The article is devoted to the study of the place of history subjects in the formation of general cultural competencies of medical students. A theoretical analysis of the topic in domestic and foreign history and pedagogical science has been carried out. The necessity of history subjects in the system of higher professional medical education is substantiated. Based on many years of experience, pedagogical technologies developed by the authors are presented that most fully form general cultural and professional competencies within historical subjects. The data of pedagogical research on the topic are given, the opinions of students on the content of history subjects, on the process of forming knowledge, skills and abilities of medical students are explicated. The practical significance of the study for improving the pedagogical process in a medical university is reflected.

Keywords: history subjects, pedagogical technologies, humanitization, medical education, Socratic dialogue, student's value system, general cultural competencies.

Relationships and Activities: none.

Chumakov V. I. ORCID: 0000-0002-3119-9337.

Corresponding author:
tchumakov.vi@gmail.com

Received: 31/05-2023

Revision Received: 09/06-2023

Accepted: 16/06-2023

For citation: Chumakov V. I. The aims of humanities in the training of medical students on the example of history subjects. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3612. doi:10.15829/1728-8800-2023-3612. EDN RVLVTF

ВУЗ — высшее учебное заведение.

Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
e-mail: tchumakov.vi@gmail.com

[Чумаков В. И. — доцент кафедры медико-социальных технологий с курсом педагогики и образовательных технологий дополнительного профессионального образования, ORCID: 0000-0002-3119-9337].

Введение

Современные тенденции гуманизации и гуманитаризации высшего медицинского образования находят свое отражение в Федеральных государственных образовательных стандартах и научных исследованиях ученых в сфере высшего медицинского образования [1]. Значительные изменения произошли в программах подготовки студентов высших учебных заведений (ВУЗ) медицинского, медико-биологического и гуманитарного профилей (менеджеры в сфере здравоохранения, клинические психологи, специалисты по социальной работе в здравоохранении). В педагогическом дискурсе активно муссируется запрос на всестороннее осмысление вопроса качества высшего образования [2]. Ведутся дискуссии о том, не перегружены ли гуманитарные и социальные науки часами в подготовке студентов в высшей медицинской школе? Есть мнение, что необходимо значительно сократить объем нагрузки социально-гуманитарного блока дисциплин в пользу профильных предметов, медицинского и биологического направлений. Разумеется, обучающиеся тратят значительное количество времени и сил на подготовку к занятиям по гуманитарным предметам, а также проектирование и написание многочисленных самостоятельных работ по данным дисциплинам, что обуславливает перегрузку и невротизацию учащихся. В силу этого звучат призывы "разгрузить студентов от якобы "излишних" занятий по непрофильным дисциплинам. Основным минусом современного медицинского образования считается недостаточный акцент на гуманитарное воспитание будущего специалиста. По мнению Аквит В. С. и Никонорова А. А., "гуманитарным дисциплинам отводится особое место. Они призваны формировать гуманного человека, развивать навыки свободной, правильной и красивой речи, способствовать развитию мышления, знакомить с элементарными приемами научно-критического исследования" [3].

Гуманитарные науки выполняют инструментальную функцию, когда они напрямую применяются в ежедневной практике клинициста. Так, например, изучение изобразительного искусства по сюжетам картин не только позволит проследить эволюцию медицинского знания, но и положительным образом отразится на развитии способностей будущего врача визуально распознавать клинические признаки и симптомы того или иного заболевания у пациента. Применение интеллект-карт (методика графической систематизации учебной информации), активно используемых в преподавании гуманитарных дисциплин, позволяет также систематизировать медицинское знание при изучении анатомии, физиологии и др., а в дальнейшем позволит медицинскому работнику научиться перерабатывать большие объемы информации

в своей деятельности. Интеллект-карты позволяют графически представить учебную информацию, художественно обозначить изучаемую тему. Создание и использование интеллект-карт развивает логическое мышление, когнитивную визуализацию обучающихся. Представление ассоциативных моделей увеличивает эффективность запоминания информации, что в значительной степени улучшает результаты обучения [4]. Интеграция гуманитарной составляющей в клинические дисциплины медицинских ВУЗов позволит не только сформировать у студентов системные знания, но и решить задачу подготовки современного конкурентоспособного специалиста с устойчивой системой ценностей: гуманное и толерантное отношение к пациенту, независимо от его культурных, гендерных, возрастных и этнических особенностей, необходимым набором общекультурных и профессиональных компетенций (soft-skills), позволяющих качественно и ответственно выполнять профессиональные обязанности, что, в свою очередь, положительным образом скажется на сохранении престижа профессии врача, снизит рост недоверия к медицине, вызванного отчасти ее дегуманизацией.

Большое значение современные студенты уделяют практико-ориентированности тех знаний, которые они формируют в ВУЗе. Им не нравится роль пассивного слушателя, неохотно воспринимают позицию преподавателя ВУЗа как носителя безоговорочных истин, непогрешимого оракула, вещающего с высокой трибуны академическое знание. Современные студенты довольно прагматичны — четко дифференцируют изучаемые дисциплины на "нужные" и "ненужные". К первым относятся те, которые непосредственно связаны с выбранной профессией, а в разряд "ненужных", как правило, попадает блок гуманитарных и ряд теоретических дисциплин естественно-научного плана. В отношении к этим предметам у студентов одна мотивация: скорее избавиться как от балласта (сдать зачет и экзамен) и забыть навсегда. В основе такого подхода лежит устойчивое представление, когда медицина рассматривается лишь как ремесло, а врач — ремесленник, который, сформировав знания и усвоив определенные умения, может довести их до совершенства путем систематического повторения (навыки). Но медицина как вид духовно-практической деятельности, как важный компонент социальной сферы, как особая форма межличностной коммуникации — это явление культуры, что требует понимания ценностей, формирующих личность врача. В стремительно меняющемся обществе врачу важно не растерять свои человеческие качества (видеть в пациенте не только тело, требующее лечения, но и рассматривать больного человека как личность с определенным отношением к болезни и статусу пациента, потребностями в психологи-

ческой поддержке со стороны медицинского работника). Стремительно развивающиеся изменения в обществе и экономике требуют сегодня от человека умения быстро адаптироваться к новым условиям, находить оптимальные решения сложных вопросов, проявляя гибкость и творчество, не теряться в ситуации неопределенности, уметь налаживать эффективные коммуникации с разными людьми и при этом оставаться нравственным [5]. Перестройка структуры и содержания профессионального образования, на первый взгляд, должна быть нацелена на усиление профессионализации выпускников ВУЗов. Но опросы как молодых специалистов, так и работодателей свидетельствуют о сохраняющейся в течение уже многих лет неудовлетворенности уровнем подготовки вчерашних студентов (бакалавров и магистров). По разным оценкам, от 30 до 60% опрошенных российских работодателей недовольны уровнем подготовки выпускников ВУЗов. В связи с этим возникает вопрос: насколько оправданы решения о сокращении числа дисциплин общегуманитарного цикла (в частности, социологии) и количества учебных часов, отводимых на их освоение [6].

В целом в отечественной педагогике рассмотрение роли гуманитарного знания в высшем медицинском образовании освещено всесторонне, однако задачи этого знания выделены недостаточно кристаллизованно. Необходимо перечислить те задачи, которое гуманитарное знание выполняет в подготовке студента-медика, клинического ординатора, аспиранта в высшем медицинском образовании. Одной из задач гуманитарного знания в подготовке врача является формирование компетенции по достижению доверительного контакта в диадах врач-пациент, врач-родственник пациента, врач-врач. Навык проведения занятия клиническими ординаторами оттачивает коммуникативные компетенции обучающегося: аспиранты медицинского ВУЗа ведут занятия у студентов, поэтому им крайне важно освоить основы дидактики, проектирования и проведения занятий, сущности и методик формирования критического/клинического мышления у обучающихся, коммуникативные приемы педагогического общения. Задача общегуманитарной педагогической подготовки врача заключается в осознании своего призвания, воспитании общей культуры, получении большой суммы профессиональных знаний и навыков, которые должны найти свою реализацию в повседневной работе лечебно-профилактических учреждений. С этой точки зрения требования к педагогической и профессиональной культуре преподавателя медицинского ВУЗа, его человеческим качествам высоки.

По мнению зарубежных авторов, общественно-гуманитарные дисциплины играют важную роль в формировании гармонично развитой лич-

ности, проявляющей свои умения, навыки в профессиональной технической сфере повседневной деятельности. Важнейшим приоритетом общественных дисциплин является их комплексный характер: эти дисциплины охватывают исторические, социальные, антропологические, философские, этнографические, религиозные, художественные аспекты культуры. Изучение указанных предметов выдвигает на первый план общегуманитарные аспекты духовно-нравственного воспитания высококвалифицированного специалиста и гражданина, личности, способной ориентироваться в сложных явлениях современного мира в условиях глобализации. Одной из первоочередных задач обучения высококвалифицированных специалистов является развитие их гуманитарной культуры, интеллекта, способности к самореализации и творческой активности. Воспитание людей в духе высокой духовности, национальной идеи требует учёта особенностей развития всех сфер общественной жизни, разумного использования эффективных методов и средств образования, обучения и воспитания, пропаганды, просвещения и агитации [7]. В ВолгГМУ сложилась научная традиция рефлексии взаимосвязей медицины, человека и общества [8]. В сфере медицины и высшего медицинского образования появились новые нерешенные проблемы в аспекте гуманизации: медикализация, гипердиагностика, коммерциализация и коррупция, потеря внимания и поддержки к уважительному и бережному отношению к духовным корням медицины, истории медицинской этики. Данное положение преодолевается переходом от абсолютизации естественнонаучной парадигмы (биомедицинской) к гуманистической парадигме, переходом от патерналистской деонтологической модели отношения врач-пациент, к биоэтической партнерской модели¹ [9].

Особое место среди гуманитарных наук в высшем профессиональном образовании занимают исторические дисциплины. В общем плане, изучение исторических дисциплин обеспечивает важный компонент гуманитарной подготовки врача, которая должна включать достаточное место в воспитательном процессе нравственности, духовности, милосердия, отзывчивости, доброты и чувства сострадания — т.е. тех черт характера, без которых врач превратится в ремесленника. Уважение к личности другого человека, стремление к взаимодействию с Другим на межличностном уровне должны присутствовать в системе ценностей каждого медицинского работника, менеджера, психолога, биолога, специалиста по социальной работе в системе

¹ Чижова В. М. Антропологический смысл отечественного естествознания. Диссертация на соискание ученой степени доктора философских наук. Волгоградская медицинская академия. Волгоград, 2002.

здравоохранения. Конструктивная коммуникация студента с другими студентами и преподавателями возможна только в случае успешной адаптации обучающегося к системе подготовки университета, значительно отличающейся от школы, начиная с первого курса. Задача ВУЗа в этот сложный для молодого человека период помочь ему как можно быстрее и успешнее адаптироваться к новым условиям обучения, влиться в ряды студенчества [10]. Эту задачу также решают гуманитарные дисциплины путем формирования у студента навыков коммуникации и разрешения конфликтов, умений работы в команде, получения опыта участия в различных интерактивных методиках обучения, которыми изобилуют дисциплины немедицинского профиля: сократический диалог, peer-assessment (методика взаимного оценивания и вопрошания), риторика, деловые и ролевые игры, тренинги, драматизация и др.

Проблема исследования заключается в противоречии между необходимостью духовно-нравственного воспитания высококвалифицированного специалиста (врача) посредством изучения гуманитарных дисциплин (в частности истории) и тенденции к сокращению доли гуманитарных дисциплин в перечне изучаемых предметов и отношению к таким дисциплинам со стороны студентов-медиков как "полуобязательным".

Цель исследования: определить задачи гуманитарных дисциплин в подготовке студентов медицинского ВУЗа (на примере исторических дисциплин).

Материал и методы

Методом исследования для данного вида научной работы был выбран опрос в форме анкетирования. Опрос проходил в период сентябрь-декабрь 2021г, анонимно. В опросе приняли участие 239 человек — студентов и клинических ординаторов Волгоградского государственного медицинского университета, из них 79,5% женского пола и 20,5% мужского пола. Среди респондентов — студенты 1-5 курсов Волгоградского государственного медицинского университета, а также клинические ординаторы и аспиранты, большинство: 61,5% — студенты 1-го курса.

Результаты и обсуждение

Согласно результатам проведенного анкетирования, были получены следующие результаты. Респондентам было предложено ответить на вопросы относительно ряда исторических дисциплин: история социальной работы, которая преподаётся на первом курсе направления социальная работа: профиль медико-социальная работа с населением и история, которую изучают студенты первого курса практических всех специальностей медицинского ВУЗа.

Респондентам был задан вопрос открытого типа — что такое история? Многие ответили фразами (орфография авторов сохранена): "это гуманитарная наука, которая изучает прошлое человеческого общества, закономерности его развития", "история — наука, изучающая всевозможные источники о прошлом для того, чтобы установить последовательность событий, объективность описанных фактов и сделать выводы о причинах событий", "гуманитарная наука, занимающаяся изучением человека (его деятельности, состояния, мировоззрения, социальных связей, организаций и так далее) в прошлом", "важная область познаний о мире, позволяющая нам анализировать человека, его поведение, социальные взаимодействия и положение в обществе на протяжении многих лет", "то, что связывает нас с прошлым. Без неё никуда. Каждый человек должен знать историю своей семьи, историю своей страны и всего мира", "наука, рассказывающая нам о событиях, которые были в прошлом, об ошибках наших предков, которые впредь люди в настоящем не должны повторять", "наука, обеспечивающая нас необходимыми знаниями о прошлом, о развитии человека, о развитии государства и мира в целом, дабы понимать общую картину мира", "область знаний, а также гуманитарная наука, занимающаяся изучением человека (его деятельности, состояния, мировоззрения, социальных связей, организаций и так далее) в прошлом", "история — это не просто наука, а прежде всего, память о всех событиях, который претерпевал наш мир, период развития общества", "раздел науки, изучающий прошлое, настоящие и будущее нашей страны; это часть нашей жизни, это то, что мы сами "строим", "история является очень важной наукой, благодаря ей можно проследить четкую хронологию событий, изучить временные периоды нашего мира", "история это важная наука, которая рассказывает людям о событиях прошлых лет, о положительных и отрицательных последствиях тех или иных ситуаций".

Некоторые ответы были очень оригинальны: "история — это то, что помогает потомкам понять и узнать, как жили предки, откуда появились государства, народы и страны", "история — это и есть наша жизнь. Она включает в себя прошлое, настоящее и даже будущее. История помогает понять, что будет нас ожидать, потому что все циклично в мире", "история — циклический процесс существования".

Несколько ответов студентов сводилось к тому, что "история — это дисциплина, которая позволяет посмотреть и проанализировать ошибки наших предшественников" или "огромное пособие по человеческим ошибкам, которые нельзя повторять, и успехам, к которым нужно стремиться", "история — это знание о прошлом. Эти знания помога-

ют нам предугадать ход многих событий, учат нас вести в определённых ситуациях, чтобы не совершать ошибок", "наука о прошлом, не позволяющая совершать его ошибок".

Некоторые респонденты очень скептически относятся к истории: "для меня вопрос истории абстрактный. Из-за того, что она вся писаная, переписанная, я довольно скептически отношусь к ней", "череда событий, описанных победителями по их цензуре".

Следующий вопрос был задан студентам направления социальная работа — что дает им изучение истории социальной работы. 41,3% опрошенных считают, что изучение истории социальной работы помогает им осознать социальную значимость выбранной профессии. Это говорит о том, что предмет история социальной работы помогает сформировать профессиональную идентичность, 33,9% респондентов эта дисциплина мотивирует на самостоятельное изучение истории, наибольший процент ответили — способствует лучшему пониманию процессов, протекающих в современном обществе 55,4%.

Исходя из результатов, в преподавании истории социальной работы следует включить техники "сторителлинга" и "бенчмаркинга" — примеры известных ученых, нашедших свое призвание, примеры успешных стран, в т.ч по причине высокого уровня развития социальной работы. К примеру, студенты изучают деятельность наркома социального обеспечения А. Коллонтай и уникальные достижения советского периода в построении общества социальной справедливости. Студенты учатся видеть взаимосвязи между советским прошлым и современной Россией, активно используя исторические источники. Среди зарубежных деятелей особое внимание уделяется биографии основателя диагностической школы социальной работы США М. Э. Ричмонд, анализируется опыт построения welfare state в Соединенных Штатах Америки в период Нового курса Ф.Д. Рузвельта, сопоставляется социальный и профессиональный статус социального работника в зарубежных странах и в России.

Следующий вопрос касался мнения студентов о том, какие вопросы исторического процесса следует раскрыть наиболее глубоко (орфография авторов сохранена). Много вариантов касалось необходимости раскрытия истории медицины: "мне было бы интереснее изучать историю медицины, возникновения болезней, открытие лекарств и научные прорывы", "историю нашей страны, а также, если говорить и об истории медицины, то хотелось бы узнать более глубоко развитие русской медицины", "история создания медицинской этики", в тематическом плане истории социальной работы включены дидактические единицы, раскрывающие развитие медицины в античном мире, араб-

ском халифате, в эпоху европейского Ренессанса, Нового времени, подробно изучается советская модель здравоохранения. Прозвучали и такие мнения: "влияние событий на социальную сферу и их последствия в оценке нынешнего поколения, а также события затрагивающие несколько стран должны нести в себе последствия для всех затронутых стран", "вопросы, наиболее тесно касающиеся будущей профессиональной деятельности и дающие общее представление о событиях прошлого", "работа с источниками, изучение истории родного края, изучение главных исторических событий и их предпосылки", "необходимо устанавливать взаимосвязь всех процессов, учитывая хронологические рамки", "культурные, философские/идеологические аспекты, причинно-следственные связи в истории", "вопросы, которые связаны с историей развития человечества, а также те вопросы, которые связаны с войной. Люди должны иметь представления о ней, какой ужасной она может быть. Лишь так мы можем постараться предотвратить последующие военные конфликты". Студенты направления социальная работа находят исторические параллели между развитием медицины и социальной работы, учатся оценке медико-социальных явлений на основе ретроспективного анализа.

Есть мнения о том, что "в нашем ВУЗе историю и другие гуманитарные науки преподают на очень высоком уровне, весь необходимый материал нам излагают очень подробно и интересно". Были и такие: "я не верю многим событиям, которые написаны в учебниках истории. Поэтому затрудняюсь ответить". Следует отметить, что 9,1% скептиков считают, что изучение истории ничего им не дает.

Следующим был задан вопрос о способах повышения мотивации к изучению исторических дисциплин. 38,7% студентов считают, что обогатить учебный процесс смогут обучающие фильмы, и, что самое важное, 19% считают мотивирующими интерактивные методики преподавания, 18,1% основой повышения мотивации оценивают возможность применения полученного исторического знания на практике. 14,8% респондентов оценивают уровень учебной мотивации как достаточный. В средства обучения по дисциплине "История социальной работы" включены такие фильмы, как "Великая депрессия", "Мэри Ричмонд" и др.

Одним из ключевых вопросов исследования был: "какие формы лекций в преподавании исторических дисциплин Вам более интересны?". Были получены следующие ответы: большинство отдает предпочтение лекции-визуализации, что вполне ожидаемо, т.к. презентации удобно воспринимать визуально. По 11,8% студентов отдают предпочтение лекциям в форме сократического диалога и монологическим формам подачи учебного материала. 8,9% респондентов считают результативны-

ми лекции-пресс-конференции, 8% обучающихся симпатизируют бинарным лекциям.

Результаты опроса были учтены в педагогическом процессе в 2022-2023 учебном году. В ходе преподавания истории социальной работы практикуются лекции с элементами сократического диалога, лекции с проблемным изложением. Например, преподаватель задает студентам вопросы сократического характера: "что является движущими силами исторического процесса?", "какова роль личности в истории?", "насколько историческая наука определяется тем или иным политическим режимом?", "какие события разделяют различные этапы развития социальной работы в России?". Сократический диалог и лекция в форме проблемного изложения учат студентов концептуализации: т.е. формулированию понятий, классификации: например студенты первого курса учатся типологизировать формы, субъекты и объекты социальной помощи по эпохам и т.д. Студенты расширяют свой кругозор, получают системные знания и умения в сфере истории, истории медицины, этапов развития системы социальной защиты и социального обслуживания, что позволяет им получить фундаментальные социогуманитарные знания и расширить и углубить свои представления о богатом социокультурном опыте предшествующих поколений, что способствует формированию общекультурных компетенций.

Следующий вопрос был посвящен практическому применению исторического знания. 36,6% респондентов оценивают практико-ориентированность занятий по истории максимально на 5 баллов. Такой же процент — 33,6 на 4 балла. В целом можно сделать вывод о том, что студенты надеются применить знания по истории на практике. Изучение исторических источников и опыт анализа исторических текстов в студенческой группе обеспечивает условия для получения студентами компетентностного опыта анализа научного текста, а участие в различного вида дискуссиях, дебатах и работы в малых группах оттачивают коммуникативные навыки. Приобретение навыков общения, высокой культуры дискуссии, беседы, обоснованной критики является значимым и во многом основным компонентом занятий по историческим дисциплинам — что поможет в дальнейшем в учебе и контакте с пациентами. Основной целью изучения дисциплин социально-гуманитарного блока является дальнейшее применение полученных знаний на практике. 18,1% постоянно обращаются к накопленному за годы учебы опыту, 6,4%, к сожалению, не видят необходимости в изучении данных дисциплин, поскольку не находят применения полученным знаниям в своей практической деятельности. Результаты исследования показали, что большинство опрошенных не понимают, почему

студенты медицинских ВУЗов обязаны изучать те или иные гуманитарные дисциплины.

Ряд вопросов касался воспитательного потенциала исторических дисциплин. Очередной вопрос звучал следующим образом: "согласны ли Вы с утверждением, что главная задача дисциплины "История" — социализация студентов и подготовка выпускников к успешному включению не только в профессиональную деятельность, но и в общественную жизнь?". Студенты согласились с утверждением о том, что история имеет такую задачу, как социализация студентов. Студенты оценили утверждение о том, что "История" и "История социальной работы" являются дисциплинами, которые формируют универсальные ценности студента, такие как: ответственность, толерантность, патриотизм. Отчасти согласны с этим утверждением 54,8% опрошенных. Полностью согласны 27,8%. Это говорит об огромном воспитательном потенциале исторических дисциплин, но в то же время этот заряд возможно использовать более эффективно.

Студенты на вопрос об актуальном интересе к истории ответили следующим образом: 49,6% отметили, что интерес скорее эпизодический, 25,2% интересуются историей, но не понимают, как это поможет им в будущей профессии, 20,6% респондентов считают, что история имеет большое значение для формирования профессиональной компетентности специалиста по социальной работе. Очевидно, что историческое знание формирует общекультурные компетенции профессионала, системе его ценностей, культурных ориентаций.

Отвечая на вопрос о том, какие трудности встречаются студенты при изучении истории, респонденты отметили невысокий уровень преподавания в школах (27,3%) и сложности при изучении исторических источников (39,2%). 21,1% опрошенных отметили у себя недостаточно развитую письменную и устную речь, что доказывает необходимость развития таковых у обучающихся, о чем мы сказали выше.

56,5% отметили, что предметы исторического направления (история, история медицины, история социальной работы) взаимосвязаны и дополняют друг друга. 62,3% студентов считают, что история и исторические дисциплины конъюнктурны и политизированы (т.е. подвержены влиянию идеологии правящего режима). Это большая проблема, т.к. социально-гуманитарные дисциплины призваны сформировать доверие к государственным институтам и системе власти в целом. Здесь есть большой фронт для работы, более полной реализации воспитательной функции обучения в рамках исторических дисциплин. Радует, что согласно опросу, студенты активно читают книги на историческую тематику. 11 респондентов не читают такие книги (21,6%).

Согласно опросу, студенты смотрят видео-ролики, посвященные истории: "Различные описания устоев прошлого начиная от банальных элементов одежды, заканчивая масштабными событиями", "Великолепный Век", "Истории болезней и пандемий" (ютуб-канал "Loony"); "Популярная история России XX века" (ютуб-канал "Parfenon"), "История России для чайников, сериалы от Star Media", к примеру, документальный фильм про Василия Иосифовича Сталина, о биографии Михаила Науменко, "Про архитектуру в мире и как она развивалась", фильм "Иван Грозный" С. Эйзенштейна, видеоуроки по истории России, "Хронологические документальные фильмы ("Откровение пирамид"), несколько студентов указали сериал "Романовы" (исторический мини-сериал 2013г).

На вопрос о предложениях по содержанию и формам подачи учебного материала дисциплины "История социальной работы" и "История" студенты ответили следующее: максимально часто встречающимся был вариант: "внедрение исторических фильмов и вследствие их последующего обсуждения", "было бы интереснее, если бы в лекциях и/или семинарах присутствовал видео ряд (художественный или документальный), который связан с темой, которая освещается", "видеоматериалы, советы преподавателя (книги, статьи, видео на ютубе, фильмы)", "в принципе, мне все нравится, но было бы неплохо всем вместе на парах смотреть исторические фильмы".

Помимо этого были предложены экскурсии: "большее погружение в изучаемый материал: посещение музеев, выставок (в т.ч. онлайн); демонстрация археологических достижений; акцент на личности величайших деятелей своей эпохи; сократический диалог взамен стандартных лекций (либо вперемешку с ними); предоставление студентам различных научно обоснованных точек зрения на исторические события, а также доступа к источникам", "можно больше визуализации, а также общения с преподавателем", "более наглядное проведение занятий. Возможно, посещение музеев", "мне очень сложно было на слух воспринимать фильмы. Не могу слушать и понимать. Подобные вещи как-то учитывать можно. Уверена, я не одна такая. Больше разных форм взаимодействия с преподавателем и проверки знаний. Тесты, викторины, опросы разные. Хочется, чтобы все преподаватели были в это вовлечены", "больше интерактива".

Практическая значимость. Результаты исследования будут использованы на курсах повышения квалификации профессорско-преподавательского состава медицинских ВУЗов, для совершенствования педагогического процесса при обучении студентов и клинических ординаторов, а также на методологических семинарах по педагогике всероссийского уровня.

Заключение

Таким образом, проведенный анализ педагогической литературы по заявленной теме показал, что исторические дисциплины являются необходимым и неотъемлемым компонентом подготовки студентов медицинского ВУЗа с точки зрения формирования общекультурных компетенций. Выявлено существенное противоречие между уровнем преподавания истории в школе и спецификой подготовки по историческим дисциплинам в медицинском университете. Основной задачей гуманитарных дисциплин (истории) в подготовке студентов-медиков является обеспечение аксеологических оснований медицинской профессии. Изучение истории, наряду с биоэтикой, философией, социологией позволяет осознать социальную значимость профессии врача, научиться организовать коммуникацию с пациентом на основе доверительного контакта, оценивать социальный статус пациента, его возможности и потребности. Опрос обучающихся (студенты, клинические ординаторы, аспиранты) позволил выделить круг определенных проблем в проведении занятий по историческим дисциплинам — недостаток мотивированности к изучению таковых, вопрос об адекватности применяемых педагогических технологий, недостаточность визуализированного материала. Острым остается вопрос контекстуальности преподаваемого материала, т.е. взаимосвязи исторического знания и специальности, по которой обучается студент. Изучение гуманитарных дисциплин помогает студенту-первокурснику как можно быстрее и успешнее адаптироваться к новым условиям обучения, влиться в ряды студенчества. Автор считает в корне неверной тенденцию к сокращению доли гуманитарных дисциплин в перечне изучаемых предметов и отношению к таким дисциплинам со стороны студентов-медиков как "полуобязательным" — это обедняет те знания, которые студент формирует в ВУЗе, лишает подготовку обучающегося традиционной для высшего отечественного образования фундаментальности. Определены задачи исторических дисциплин в воспитании и социализации студентов, которые заключаются в способствовании формирования профессиональной идентичности и общему гармоничному развитию личности будущего специалиста, развитию социогуманитарной культуры молодого человека, толерантности, уважения к историческому наследию и широты кругозора. Вместе с тем выявлено, что необходима дальнейшая разработка форм подачи материала на лекциях по историческим дисциплинам, методик взаимодействия на семинарских занятиях.

Отношения и деятельность: автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Shkarin VV, Poroisky SV, Krekhov EV, et al. Best educational practices (cases) of the Volgograd State Medical University Collective monograph. Ed. VolgGMU. Volgograd, 2022. (In Russ.) Шкарин В. В., Поройский С. В., Крехов Е. В. и др. Лучшие образовательные практики (кейсы) волгоградского государственного медицинского университета Коллективная монография. Изд. ВолГМУ. Волгоград, 2022. ISBN: 978-5-9652-0776-3.
2. Mukharyamova LM, Zhidyayevsky AG, Tokranova KP. Quality of higher education in medical universities of Russia: representations and assessments of students. Integration of education. 2020;24(2):235-51. (In Russ.) Мухарьямова Л. М., Жидяевский А. Г., Токранова К. П. Качество высшего образования в медицинских вузах России: представления и оценки студентов. Интеграция образования. 2020;24(2):235-51. doi:10.15507/1991-9468.099.024.202002.235-251.
3. Akvit VS, Nikonorov AA. Problems of formation of independent thinking in the process of teaching humanitarian disciplines. Criminological journal. 2021;2:137-8. (In Russ.) Аквит В. С., Никоноров А. А. Проблемы формирования самостоятельного мышления в процессе преподавания гуманитарных дисциплин. Криминологический журнал. 2021;2:137-8. doi:10.24412/2687-0185-2021-2-137-138.
4. Kutepova LI, Kutepov MM, Zhidkov AA, Karпова MA. Creation and use of mind maps in the study of the humanities. Karelian scientific journal. 2021;10.3(36):18-21. (In Russ.) Кутепова Л. И., Кутепов М. М., Жидков А. А., Карпова М. А. Создание и использование интеллект-карт в изучении гуманитарных дисциплин. Карельский научный журнал. 2021;10.3(36):18-21. doi:10.26140/knz4-2021-1003-0004.
5. Mukhamedova GR, Goyibnazarova GN, Eshtemirova ShKh. Modern pedagogical technologies in teaching social, humanitarian and natural disciplines in higher educational institutions. Bulletin of science and practice. 2021;76:427-31. (In Russ.) Мухамедова Г. Р., Гойибназарова Г. Н., Эштемирова Ш. Х. Современные педагогические технологии при преподавании социально-гуманитарных и естественных дисциплин в высших учебных заведениях. Бюллетень науки и практики. 2021;76:427-31. doi:10.33619/2414-2948/67/52.
6. Beschasnaya AA, Beschasny AA. Performative Education: Is Sociology Necessary for Non-Humanitarian Specialties? Siberian Society. 2019.3.3(9):20-39. (In Russ.) Бесчасная А. А., Бесчасный А. А. Перформативное образование: нужна ли социология негуманитарным специальностям? Siberian Socium. 2019.3.3(9):20-39. doi:10.21684/2587-8484-2019-3-3-20-39.
7. Namazova ShA. The role of social sciences and humanities in the formation of a harmoniously developed generation. Humanitarian Scientific Bulletin. 2020;2:61-5. (In Russ.) Намазова Ш. А. Роль социально-гуманитарных наук в формировании гармонично-развитого поколения. Гуманитарный научный вестник. 2020;2:61-5. doi:10.5281/zenodo.3743833.
8. Petrov VI, Sedova NN, Tabatadze GS, et al. Reflections on a person. Collective monograph. Volgograd, Ed. VolgGMU. 2020. (In Russ.) Петров В. И., Седова Н. Н., Табатадзе Г. С. и др. Размышления о человеке. Коллективная монография. Волгоград, Изд. ВолГМУ. 2020. ISBN: 978-5-9652-0544-8.
9. Chizhova VM, Gavrilova IS, Tokina VA. Stages of the life situation of oncological patients: medical and sociological analysis. Social aspects of public health. 2018;3(61):2. (In Russ.) Чижова В. М., Гаврилова И. С., Токина В. А. Этапы жизненной ситуации онкологических пациентов: медико-социологический анализ. Социальные аспекты здоровья населения. 2018;3(61):2. doi:10.18821/1728-2810-2018-17-1-54-58.
10. Chumakov VI, Shishkina EV, Chumakov IV. Social and communicative adaptation of first-year students at a medical university. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(5S):3497. (In Russ.) Чумаков В. И., Шишкина Е. В., Чумаков И. В. Социально-коммуникативная адаптация студентов первого курса в медицинском ВУЗе. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(5S):3497. doi:10.15829/1728-8800-2022-3497.

Работы победителей IV Всероссийской олимпиады врачей-терапевтов, врачей общей практики (семейных врачей) и интернистов

Пути оптимизации профилактических мероприятий в районах, удаленных от регионального центра

Булавко Я. Э., Тимофеев Е. В., Исаков В. А., Кондратьев Г. В., Соусова Я. В., Абдалиева Ч. А., Алкак К. Д. Ю., Галенко А. С., Ибраева Г. А., Реева С. В.

ФГБОУ ВО "Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет" Минздрава России. Санкт-Петербург, Россия

Цель. Выявить проблемы в организации проведения медицинских профилактических осмотров и диспансеризации в местностях, удаленных от регионального центра, на примере Хвойнинского района Новгородской области, и поиск путей совершенствования данных мероприятий. В статье раскрываются проблемы организации проведения профилактических мероприятий в районах Российской Федерации, удаленных от регионального центра.

Материал и методы. Использовались наблюдения и опыт проведения сотрудниками СПбГПМУ профилактических мероприятий в указанном населенном пункте в рамках проекта "ВУЗ — регион", данные электронной медицинской документации пациентов, записавшихся на диспансеризацию — 178 медицинских карт.

Результаты. Отмечена высокая доля неявки предварительно записанных лиц — 99 из 278 (36%), из явившихся основную массу составляли пациенты старше 40 лет, которые по состоянию здоровья были отнесены к группе IIIa. Трудность проведения диспансеризации в малонаселенной местности связана с недостаточной информированностью населения в сочетании с низкой заинтересованностью, дефицитом специалистов, несвоевременным проведением исследований в количестве, необходимом для реализации программ диспансеризации, значительным количеством бюрократической работы, нестабильным интернет-соединением, недостаточной онкологической настороженностью у медицинских работников.

Заключение. Расширение пропаганды и информационного компонента профилактических мероприятий, повышение пациентоориентированности, объединение первого и второго этапов дис-

пансеризации в один с последующей удобной маршрутизацией пациентов, внедрение телемедицинских технологий и портативных диагностических комплексов, совершенствование профессиональных знаний и компетенций врачей первичного звена — все эти мероприятия направлены на максимальный охват населения диспансеризацией, повышение приверженности пациентов с последующей организацией эффективного диспансерного наблюдения.

Ключевые слова: профилактический медицинский осмотр, диспансеризация, удаленные районы, профилактические мероприятия, приверженность, телемедицинские технологии, онкологическая настороженность.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 02/06-2023

Рецензия получена 09/06-2023

Принята к публикации 16/06-2023



Для цитирования: Булавко Я. Э., Тимофеев Е. В., Исаков В. А., Кондратьев Г. В., Соусова Я. В., Абдалиева Ч. А., Алкак К. Д. Ю., Галенко А. С., Ибраева Г. А., Реева С. В. Пути оптимизации профилактических мероприятий в районах, удаленных от регионального центра. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3613. doi:10.15829/1728-8800-2023-3613. EDN YKRTUX

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
e-mail: yana.bulavko@mail.ru

[Булавко Я. Э.* — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ORCID: 0000-0003-0879-846X, Тимофеев Е. В. — д.м.н. доцент, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, ORCID: 0000-0001-9607-4028, Исаков В. А. — к.м.н. доцент, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, ORCID: 0000-0003-2014-0847, Кондратьев Г. В. — ассистент кафедры онкологии, детской онкологии и лучевой терапии, ORCID: 0000-0002-1462-6907, Соусова Я. В. — к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии им. проф. В. А. Вальдмана, ORCID: 0000-0002-3588-9669, Абдалиева Ч. А. — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ORCID: 0000-0001-8466-2770, Алкак К. Д. Ю. — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ORCID: 0000-0003-3652-6373, Галенко А. С. — к.м.н., доцент, доцент кафедры факультетской терапии им. проф. В. А. Вальдмана, ORCID: 0000-0002-2931-8413, Ибраева Г. А. — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ORCID: 0009-0008-6139-7829, Реева С. В. — к.м.н., доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, ORCID: 0000-0002-9183-2245].

Ways to optimize preventive measures in areas remote from the regional center

Bulavko Ya. E., Timofeev E. V., Isakov V. A., Kondratiev G. V., Sousova Ya. V., Abdalievа Ch. A., Alkak K. D. Yu., Galenko A. S., Ibraeva G. A., Reeva S. V.

Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. St. Petersburg, Russia

Aim. To identify problems in the management of preventive examinations in remote areas, using the example of the Khvoinsky district of the Novgorod Oblast and ways to improve it. The article reveals the problems of managing preventive measures in the regions of the Russian Federation, remote from the regional center.

Material and methods. Observations and experience of preventive measures carried out by the staff of St. Petersburg State Pediatric Medical University within the "University — Region" project, data from electronic medical records of 178 patients were used.

Results. A high proportion of loss to follow-up was noted — 99 out of 278 (36%). The bulk was patients over 40 years old, who were assigned to health group IIIa. The difficulty of conducting medical examinations in a sparsely populated area is associated with insufficient awareness of the population, combined with low interest, a shortage of specialists, untimely necessary studies, a significant bureaucratic work, unstable Internet connection, and insufficient cancer awareness among medical workers.

Conclusion. Expanding the promotion and information component of preventive measures, increasing patient focus, combining the first and second stages of clinical examination into one with subsequent convenient routing of patients, introducing telemedicine technologies and portable diagnostic complexes, improving the professional knowledge and competencies of primary care physicians — all these activities are aimed at improving coverage of population, increasing the adherence of patients with effective medical follow-up.

Keywords: preventive medical examination, clinical examination, remote areas, preventive measures, adherence, telemedicine technologies, cancer awareness.

Relationships and Activities: none.

Bulavko Ya. E.* ORCID: 0000-0003-0879-846X, Timofeev E. V. ORCID: 0000-0001-9607-4028, Isakov V. A. ORCID: 0000-0003-2014-0847, Kondratiev G. V. ORCID: 0000-0002-1462-6907, Sousova Ya. V. ORCID: 0000-0002-3588-9669, Abdalievа Ch. A. ORCID: 0000-0001-8466-2770, Alkak K. D. Yu. ORCID: 0000-0003-3652-6373, Galenko A. S. ORCID: 0000-0002-2931-8413, Ibraeva G. A. ORCID: 0009-0008-6139-7829, Reeva S. V. ORCID: 0000-0002-9183-2245.

*Corresponding author: yana.bulavko@mail.ru

Received: 02/06-2023

Revision Received: 09/06-2023

Accepted: 16/06-2023

For citation: Bulavko Ya. E., Timofeev E. V., Isakov V. A., Kondratiev G. V., Sousova Ya. V., Abdalievа Ch. A., Alkak K. D. Yu., Galenko A. S., Ibraeva G. A., Reeva S. V. Ways to optimize preventive measures in areas remote from the regional center. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3613. doi:10.15829/1728-8800-2023-3613. EDN YKRTUX

ПСА — простатаспецифический антиген, РФ — Российская Федерация, ФГДС — фиброгастродуоденоскопия, ФР — фактор риска, ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания, ЭКГ — электрокардиограмма/электрокардиография.

Введение

Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация являются основополагающими аспектами раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и факторов риска (ФР) их развития, повышения качества жизни граждан и формирования здорового общества. Скрининг патологических состояний и предрасполагающих к ним факторов, выявление пагубного потребления наркотических средств и психотропных веществ позволяют отнести пациента к конкретной группе здоровья и разработать прицельные рекомендации, направленные на формирование здорового образа жизни, предупреждение развития и прогрессирования ХНИЗ. Профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследования, проводимые в целях оценки состояния здоровья и осуществляемые в отношении определенных групп населения, составляют понятие диспансеризации. По результатам профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определяется группа здоровья, группа диспансерного наблюдения и используется разработанная терапевтическая тактика, направленная на профилактику ХНИЗ и своевременную оценку их прогрессирования.

Прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения в Российской Федерации (РФ) являются обязательными¹.

Согласно установленному порядку, диспансеризация проходит в два этапа. Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков ХНИЗ, ФР их развития, риска пагубного употребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, определения группы здоровья. Также этот этап подразумевает определение медицинских показаний для выполнения дополнительных диагностических мероприятий и осмотров врачами-специалистами с целью уточнения диагноза на втором этапе. По результатам первого этапа с пациентом проводится беседа в виде краткого профилактического консультирования. Второй этап диспансеризации включает дополнительное обследование и осмотр узкими специалистами. Также в рамках второго этапа осуществляется

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2023).



Рис. 1 Реализация алгоритма профилактических мероприятий в районах РФ, удаленных от регионального центра.

проведение индивидуального или группового углубленного профилактического консультирования для граждан с имеющимися ХНИЗ; с выявленным по результатам анкетирования риском хронических интоксикаций. Также углубленное профилактическое консультирование проводится для всех граждан в возрасте 65 лет и старше с целью коррекции выявленных ФР, профилактики старческой астении; при выявлении высокого относительного, высокого и очень высокого абсолютного сердечно-сосудистого риска, ожирения, гиперхолестеринемии с уровнем общего холестерина ≥ 8 ммоль/л².

Согласно отчету Федеральной службы государственной статистики (Росстат) ежегодно медицинские осмотры и диспансеризация обязательны для 38,1% работающего населения РФ. По данным исследования, проведенного в виде опроса населения, в 2021г медицинское обследование прошли 30,6% респондентов, для сравнения в 2020г эта цифра составила 31,7% опрошенных, в 2019г — 37,7%. Среди некоторых причин отказа от прохождения профилактического медицинского осмотра были выявлены следующие: 24,2% респондентов не видят смысла в профилактическом осмотре, 17,8%

не были направлены врачом или не располагают достаточным временем, 5,4% опрошенных не были уведомлены о возможности прохождения медицинского осмотра³.

Важно отметить, что в крупных городах и густонаселенных районах организация проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации находится на более высоком уровне, например, в Санкт-Петербурге охват профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией составил в 2022г ~80%. В то время как в сельских местностях и малонаселенных регионах страны профилактические мероприятия остаются на крайне низком уровне. Как правило, профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации в таких районах проводится мобильными медицинскими бригадами. Примерный алгоритм реализации профилактических мероприятий, основанный на законодательных актах и практическом опыте, представлен на рисунке 1².

Несмотря на то, что алгоритм основан на законодательных актах, его реализация имеет некоторые ограничения в отношении медицинской помощи в удаленных районах. В связи с этим можно выделить

² Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н (ред. от 02.12.2020) "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 24.04.2019 № 54495).

³ Данные Росстата о прохождении диспансеризации в течение последних двух лет населением Российской Федерации (<https://rosstat.gov.ru/opendata/7708234640-dispanse-2021>) (15 мая 2023).

ряд трудностей, с которыми приходится сталкиваться населению и медицинским работникам в рамках организации профилактических мероприятий:

1. Недостаточная информированность о сути профилактических мероприятий и низкая мотивация населения.

Ожидания пациентов не соответствуют целям и задачам диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. Пациенты не получают ответы на интересующие их вопросы, а перенаправляются к другому врачу (зачастую не по профилю жалоб пациента, а по алгоритму диспансеризации). Краткое консультирование и базовые рекомендации зачастую не создают для пациента должной мотивации к продолжению прохождения диспансеризации, в особенности если он имеет проблемы со здоровьем, не входящие в программу обследования в рамках диспансеризации [1, 2].

2. Низкая приверженность пациентов в отношении диспансерных мероприятий и рекомендаций врача.

Как в случае организации второго этапа диспансеризации, так и при направлении пациента на дополнительное обследование вне рамок диспансеризации отмечается низкая приверженность пациентов, связанная с трудностями с записью к врачу-специалисту и необходимостью преодолеть большое расстояние для получения медицинской консультации на базе профильной медицинской организации. В том случае, если пациент действительно замотивирован и, минуя все неудобства, самостоятельно обратился в медицинскую организацию для приема узкого специалиста, согласно существующему алгоритму, финалом является повторная консультация врача-терапевта, которая редко осуществима в тот же день, как и консультация профильного специалиста. Данный факт еще больше снижает мотивацию пациентов к завершению диспансеризации, получению и соблюдению рекомендаций. Большинство пациентов, проживающих в удаленных от регионального центра районах, не получает углубленного профилактического консультирования не только как компонента диспансеризации, но и вне диспансерных мероприятий (например, школы пациентов) по причине недоступности медицинской помощи (дополнительные финансовые и временные траты для транспортировки в медицинское учреждение, трудности с записью к врачу) [3].

3. Формирование у населения негативного отношения к медицинским работникам.

Ригидное следование алгоритму и отсутствие пациентоориентированности при проведении диспансеризации приводит к неудовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи и формированию у них ложного впечатления, что

диспансеризация нужна медицинским работникам больше, чем обследуемому населению⁴ [1, 3].

В 2021г сотрудники ФГОУ ВО СПбГПМУ приняли участие в проекте "ВУЗ — регион", в рамках которого помогли в проведении диспансеризации населения в нескольких субъектах Северо-Западного федерального округа и в Республике Чечня. На основе опыта выезда сотрудников СПбГПМУ предлагается проект, направленный на поиск путей и усовершенствование организации проведения профилактических мероприятий в районах РФ, удаленных от региональных центров, на примере работы междисциплинарной медицинской бригады в Хвойнинском районе Новгородской области.

Материал и методы

Данные электронной медицинской документации пациентов, записавшихся на диспансеризацию — 178 медицинских карт. В рамках проекта "ВУЗ — регион" сотрудниками СПбГПМУ были проведены профилактические медицинские осмотры и диспансеризация жителей Хвойнинского района Новгородской области. В установленный срок был организован приезд медицинской бригады на базе ОАУЗ "Хвойнинская ЦРБ" в Хвойнинское г.п., Анциферовское с.п., Боровское с.п., Дворищинское с.п., Кабожское с.п., Лесновское с.п., Миголощское с.п., Осташновское с.п., Песское с.п., Юбилейнинское с.п. В Хвойнинском г.п. Осмотр проводился в амбулаторном подразделении ОАУЗ "Хвойнинская ЦРБ", в сельских поселениях — в помещениях фельдшерско-акушерских пунктов.

Заблаговременно жители данных поселений были оповещены силами штатных медицинских работников поселений, с помощью объявлений, развешенных в общественных местах, информации на сайте медицинской организации о приезде междисциплинарной медицинской бригады из Санкт-Петербурга с целью проведения профилактических мероприятий. В состав бригады вошли: терапевты, кардиолог, онколог-дерматолог, акушер-гинеколог, невролог, офтальмолог и клинические ординаторы второго года обучения (всего 11 человек). В распоряжении имелась лаборатория для оценки показателей образцов крови и аппарат электрокардиографии (ЭКГ). Следует отметить, что проведение флюорографии в данных местностях проводится отдельно, вне выезда медицинской бригады, с помощью мобильной рентгенологической установки 2 раза в год в установленные сроки.

Организация работы была построена следующим образом. Первичный осмотр и анкетирование

⁴ Отчет "Оценка медицинскими работниками эффективности диспансеризации". Медицинские информационные решения. М. 2018.

Таблица 1

Группы здоровья		
Группа I	5 человек	3,2%
Группа II	37 человек	24,2%
Группа IIIa	107 человек	69,9%
Группа IIIб	4 человека	2,6%

проводились врачом-терапевтом (ординатором), по результатам которого определялся перечень исследований и консультаций для данного пациента в рамках диспансеризации.

План обследования соответствовал первому этапу диспансеризации, и при наличии показаний включались отдельные элементы второго этапа:

- тонометрия;
- антропометрия;
- пульсоксиметрия;
- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови с определением уровня общего холестерина, глюкозы, креатинина, трансаминаз;
- общий анализ мочи;
- ЭКГ;
- осмотр терапевта с анкетированием по основному ФР сердечно-сосудистой патологии;
- осмотр гинеколога со взятием цитологического мазка;
- измерение внутриглазного давления;
- осмотр офтальмолога (глазное дно);
- осмотр онколога с проведением дерматоскопии;
- осмотр невролога.

У всех пациентов проводился первый этап диспансеризации и онкоосмотр. По результатам первого этапа формировались рекомендации. Консультации узкопрофильных специалистов, входящие во второй этап диспансеризации, реализовывались в тот же день.

Результаты

Было записано 277 человек (1,8%) из ~15 тыс. человек, проживающих в указанных поселениях. Явилось 178 человек (64,3% от всех записанных). Прервали обследование по собственной инициативе 25 человек. Полностью завершили обследование 153 человека (86% от всех явившихся). Группа от 18 до 39 лет представлена 15 пациентами (8,6% от всех обследованных), среди них 80,0% составляли лица женского пола. В группе 40–60 лет (34,1% от всех обследованных) женщины составляли 76,3%. Основную массу пациентов, прошедших диспансеризацию, составляли люди старше 60 лет (57,3% от всех обследованных), превалирующее большинство также составляли женщины — 81,0%.

Основную массу составляли пациенты старше 40 лет, которые по состоянию здоровья были от-

несены к группе IIIa (таблица 1), т.е. страдающие ХНИЗ, которые требуют диспансерного наблюдения и высококвалифицированной медицинской помощи. Несколько пациентов были направлены в крупные многопрофильные медицинские организации (ГБУЗ "Боровичская ЦРБ", СПб ГБУЗ "Городская Мариинская больница") для дообследования и лечения.

Обсуждение

В результате проведения профилактических мероприятий в отношении жителей Хвойнинского района Новгородской области сотрудниками СПбГПМУ были сделаны следующие выводы:

1. Недостаточное информирование населения о целях и задачах диспансеризации. Пациенты представляют диспансеризацию в виде рутинного амбулаторного приема, а не профилактического медицинского осмотра и дополнительных методов обследования, проводимых в целях оценки общего состояния здоровья [1, 3].

2. Неудовлетворенность качеством оказания медицинских услуг. Перенаправление к другим специалистам в рамках диспансеризации и краткое медицинское консультирование не позволяют пациенту в полной мере получить ответы на вопросы о своем здоровье. Важно учитывать тот факт, что жители удаленных поселений зачастую не имеют возможности (по разным причинам) своевременно получить медицинскую помощь, в связи с чем при организации подобных медицинских выездов настроены на активное решение наибольшего числа проблем со здоровьем в кратчайший срок. Однако нередко жалобы пациентов по поводу других причин игнорируются или не находят должного отклика у врача. Согласно имеющимся нормативным актам в рамках первого этапа диспансеризации пациент направляется и подвергается лишь установленным процедурам. Таким образом, краткое консультирование в рамках диспансерного наблюдения и базовые рекомендации не соответствуют ожиданиям пациента [3, 4].

3. Незавершенность случая диспансеризации (14%). Отсутствие пациентоориентированности приводит к отказу пациентов как от продолжения обследования в рамках первого этапа, так и от диспансерного наблюдения в дальнейшем. Кроме того, нами было отмечено, что несколько женщин отказывались от осмотра гинеколога. Если осмотр гинеколога проводился в начале первого этапа диспансеризации, то женщины отказывались не только от осмотра врачом-гинекологом в частности, но и от продолжения диспансеризации в целом, что приводило к незавершенности мероприятий [1].

4. Низкая мотивация и приверженность пациентов в отношении следования рекомендациям врача. Перенаправление к врачам-специалистам

на второй этап диспансеризации или вне диспансерных мероприятий, сложности с записью к профильным специалистам и необходимость преодоления больших расстояний для получения медицинской консультации — все это значительно снижает заинтересованность пациентов в продолжении обследования и лечении [1, 3].

5. Несвоевременная оценка результатов анализов крови. Несмотря на проводимый забор образцов крови для исследования, отсутствие возможности быстрого получения результатов приводило к отсроченной (либо не проведенной вовсе) оценке врачом [5]. Следовательно, формирование представления о пациенте, маршрутизация и выданные пациенту рекомендации представлены не в полном объеме. Кроме того, стационарные лаборатории при не крупных поликлиниках или областных больницах зачастую неспособны к своевременному проведению исследований в количестве, необходимом для реализации программ диспансеризации — не хватает камер для хранения (холодильников), реактивов, человеческих и иных ресурсов⁵ [4].

6. Низкое качество интернет-связи. Нестабильность интернет-соединения создавала сложности в работе медицинских работников, поскольку не представлялось возможным оперативно вносить результаты обследования пациентов в общую базу. Данная задача была решена с помощью использования бумажных анкет и медицинских карт, информация с которых переносилась в необходимую программу после окончания рабочего дня на базе медицинской организации со стабильной работой интернет-сети. Указанная работа сопровождалась затратой дополнительно времени и ресурсов врачей, осуществляющих диспансеризацию [4].

7. Низкая онкологическая настороженность у врачей первичного звена и населения. Одной из задач диспансеризации является формирование здоровьесберегающего поведения и повышение ответственного отношения граждан к своему здоровью, в т.ч. активного участия в программах диспансеризации. В рамках диспансеризации может осуществляться и онкологический скрининг, ранняя диагностика злокачественных новообразований. По данным Всемирной организации здравоохранения следует различать понятия онкоскрининг и ранней диагностика рака. Ранняя диагностика рака — это выявление заболеваний у лиц, которые сами обратились за медицинской помощью после

появления у них жалоб и симптомов онкологического заболевания. Скрининговые программы проводятся для тех форм рака, которые являются лидирующими в популяции и становятся особенно значимой проблемой здравоохранения страны, ввиду высокой заболеваемости и смертности от них. Осуществляется скрининговая программа в рамках диспансеризации взрослого населения⁶.

Основные современные скрининговые методы в онкологии включают в себя врачебный осмотр (осмотр кожных покровов, слизистой полости рта, пальпация щитовидной железы, осмотр половых органов у мужчин и женщин) и опрос (анкетирование); цитологическое исследование мазка шейки матки у женщин; маммографию обеих молочных желез у женщин; анализ крови на простатаспецифический антиген (ПСА) у мужчин; исследование кала на скрытую кровь (иммунохимическим методом); эндоскопическое исследование желудка (ФГДС). В рамках проводимой диспансеризации часть исследований (ФГДС, ПСА) была недоступна, в связи с чем необходимо решать организационные вопросы маршрутизации граждан и повышать доступность медицинской помощи⁷.

Нами представлены возможные способы решения обозначенных проблем.

1. Повышение информированности граждан о структуре, целях и задачах профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

В отношении населения, проживающего в районах, удаленных от региональных центров, возможно использование социальной рекламы, информационных плакатов, мотивационных брошюр с простой и доступной информацией, формирующей положительные ассоциации с профилактическими мероприятиями⁵ [1, 2].

2. Объединение первого и второго этапов диспансеризации путем создания междисциплинарных медицинских бригад для обследования населения, проживающего в удаленных от региональных центров районах.

После проведения первичной консультации ответственным медицинским работником при наличии показаний пациент направляется к профильному специалисту для консультации в кратчайшие сроки (за время пребывания междисциплинарной медицинской бригады в данном населенном пункте). Организация выезда бригады, состоящей не только из врача-терапевта и/или фельдшера, но и узких специалистов, позволит сократить время

⁵ Драпкина О. М., Дроздова Л. Ю., Калинина А. М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации по практической реализации приказа Минздрава России от 13 марта 2019г № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения". М. 2019: 165 с.

⁶ Отчет о деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2018 году и задачах на 2019 год. Минздрав России. М. 2019.

⁷ World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254500> (15 May 2023).

проведения двух этапов диспансеризации, таким образом, увеличивая охват населения профилактическими мероприятиями, повышая приверженность пациентов к врачебным рекомендациям и снижая уровень неудовлетворенности и негативного отношения к медицинским работникам [4].

3. Активное привлечение ординаторов второго года обучения (фельдшеров, среднего медицинского персонала) для участия в первом этапе диспансеризации.

С учетом имеющейся тенденции к расширению функционала ординаторов второго года обучения, стимулировать их (а также фельдшеров и средний медицинский персонал) для активного участия в организации первого этапа диспансеризации в виде выполнения рутинных, но важных мероприятий, таких как оформление медицинской документации, тонометрия, антропометрия, пульсоксиметрия, анкетирование по основным ФР сердечно-сосудистой патологии и маршрутизация. При этом консультирование по завершению каждого из этапов диспансеризации возложить на опытных врачей-терапевтов⁵.

4. Повышение пациентоориентированности медицинского персонала.

Консультирование пациентов опытным врачом-терапевтом по завершению каждого из этапов диспансеризации освободит врача-терапевта от бюрократической и малоквалифицированной работы и позволит уделить больше времени сбору жалоб и анамнеза, консультированию и решению вопроса о направлении пациентов вне рамок диспансеризации на обследование и прием к профильным специалистам. В процессе выезда междисциплинарной медицинской бригады выделить несколько часов (дней) приема узких врачей-специалистов для консультации пациентов по другим медицинским проблемам, вне диспансерного наблюдения⁸ [1].

5. Использование и/или разработка офлайн программного обеспечения.

Использование портативных компьютеров с установленными аккредитованными программами, которые могут работать как в онлайн, так и в офлайн режиме во многом повысит скорость и удобство работы врачей, осуществляющих выездную диспансеризацию. При нестабильном интернет-соединении данные, заносимые в компьютер, сохраняются, при подключении к стабильной интернет-сети происходит автоматическое обновление информации в общей базе.

6. Использование портативных экспресс-анализаторов биологических жидкостей и рентгенологических установок для комплексной оценки состояния пациентов в кратчайшие сроки.

Подобные мероприятия позволят своевременно оценить результаты обследования специалистами — исключают утрату данных на этапе транспортировки образцов и/или заключений и "игнорирование" результатов, что связано с отсутствием прикрепления пациента к конкретному врачу, осуществляющему выездную диспансеризацию. Также экспресс-результаты необходимы для незамедлительного реагирования врача на выявленные отклонения, что улучшит качество оказания медицинской помощи и увеличит количество завершенных случаев диспансеризации [5, 6].

7. Внедрение телемедицинских технологий, в частности применение интернет-ЭКГ.

Это позволяет проводить регистрацию большого объема ЭКГ без использования расходных материалов (термобумаги для электрокардиографов) с передачей данных через Интернет и быстрой их оценки врачом специалистом функциональной диагностики, выезд которого в составе бригады не предусмотрен. При использовании традиционных систем регистрации ЭКГ формируется большой архив бумажных ЭКГ, расшифровка которых производится с опозданием в несколько дней или более, что делает невозможным использование ЭКГ для своевременного выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы [7, 8].

8. Реализация программы мероприятий для совершенствования профессиональных знаний и компетенций врачей первичного звена, необходимых для осуществления скрининга и ранней диагностики онкологических заболеваний⁹.

Силами профильных специалистов СПбГПМУ может быть проведен цикл лекций по онкологической настороженности в практике врачей амбулаторного звена, как в повседневной работе, так и при осуществлении диспансеризации. В рамках проводимой диспансеризации часть исследований была не доступна, в связи с чем необходимо решать организационные вопросы маршрутизации граждан и повышать доступность медицинской помощи. Отдельное внимание должно уделяться осмотру кожных покровов и ранней диагностики злокачественных новообразований кожи. При осмотре граждан, пришедших на диспансеризацию, обращало на себя внимание наличие у них меланоформных образований кожи, часть из которых располагались в зонах постоянной травматизации и были пограничными или подозрительными на меланому при дерматоскопии⁷ [9].

9. Расширить права руководителей медицинских организаций, расположенных в удаленных от регионального центра районах. Несмотря на

⁸ Rachel B, Jakubowski E, McKee M, et al. Organization and Financing of Public Health Services in Europe. WHO. 2018.

⁹ Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 "О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года".

то, что удаленные регионы в целом сталкиваются со схожими трудностями в процессе проведения профилактических мероприятий, отдельный населенный пункт имеет свои особенности и нюансы. Позволяя руководству каждой медицинской организации, обслуживающей малонаселенные местности, в рамках имеющихся законодательных актов самостоятельно принимать решения и предлагать нововведения в отношении организации проведения профилактических мероприятий, будет достигаться повышение удовлетворенности населения и качества оказываемых услуг, а также увеличиваться результативность проведения медицинских профилактических осмотров и диспансеризации.

Заключение

При проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в районах, удаленных от региональных центров, имеются сложности, связанные не только с недостаточно эффективной организацией профилактических мероприятий, но и с низкой заинтересованностью населения.

Полученные и проанализированные сотрудниками СПбГПМУ результаты подтвердились и в других районах, удаленных от региональных центров, в составе Северо-Западного федерального округа и Республики Чечня. Недостаточная информированность в сочетании с недостаточной заинтересованностью населения, низкие явка и приверженность, значительное количество бюрократической работы, нестабильное интернет-соединение, совмещение нескольких этапов диспансеризации в один — все эти аспекты были актуальны при каждом из выездов наших сотрудников в регионы РФ.

Предложенные нами способы решения обозначенных проблем имеют универсальный характер и поддаются экстраполяции на другие виды профилактических медицинских мероприятий (углубленная диспансеризация, детские медицинские осмотры), организуемых в населенных пунктах, находящихся на удалении от региональных центров.

Целью указанных мероприятий является создание эффективной стратегии проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации в условиях районов, удаленных от региональных центров. Это позволит достичь целевых значений в отношении жителей таких населенных пунктов: повышение заинтересованности и мотивации населения в прохождении профилактиче-

ских мероприятий; обеспечение максимального охвата диспансерным наблюдением (70% и более согласно плановым показателям) лиц с ХНИЗ и инфекционными заболеваниями и лиц с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском; увеличение охвата диспансерным наблюдением лиц старших возрастных групп (не <90%)⁵.

Одной из целей профилактических мероприятий является определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения с последующей организацией эффективного диспансерного наблюдения указанной категории граждан, что способствует сокращению числа обращений по поводу обострений хронических заболеваний среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением; снижению числа вызовов скорой медицинской помощи среди лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в связи с обострением или осложнением заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением; уменьшению числа случаев и количества дней временной нетрудоспособности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением; уменьшению числа госпитализаций, в т.ч. по экстренным медицинским показаниям, в связи с обострением или осложнениями заболеваний, по поводу которых лица находятся под диспансерным наблюдением; снижению показателей смертности, в т.ч. внебольничной смертности, лиц, находящихся под диспансерным наблюдением. Все вышеперечисленные аспекты является неотъемлемой частью формирования здоровья нации и повышения качества жизни населения.

Эффективно организованные профилактические мероприятия, а также своевременное выявление состояний, заболеваний и ФР их развития позволит стремительнее достичь Национальных целей в рамках Указа¹⁰, в частности повышения ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет; увеличения доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, до 70%; сохранения населения, здоровья и благополучия людей.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

¹⁰ Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 "О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года".

Литература/References

1. Sheiman IM, Shishkin SV, Shevsky VI, et al. Regular Medical Check-Ups in Russia: Expectations and Reality. Universe of Russia. 2021;30(4):6-29. (In Russ.) Шейман И. М., Шишкин С. В., Шевский В. И. и др. Диспансеризация населения: ожидания и реальность. Мир России. 2021;30(4):6-29. doi:10.17323/1811-038X-2021-30-4-6-29.
2. Gadzhiev RS, Agalarova LS, Omarova OA. Awareness of the working population about the methods of promotion of disease prevention used in health education. Public Health and Health Care. 2020;1(65):28-33. (In Russ.) Гаджиев Р. С., Агаларова Л. С., Омарова О. А. Информированность работающего населения о методах пропаганды профилактики

- заболеваний, используемых в санитарном просвещении. Общественное здоровье и здравоохранение. 2020;1(65): 28-33.
3. Semchenko LN, Gerasimova OYu, Denisov IS. Medical-social aspects and problems of the population dispensary organization in the polyclinic of the district hospital. Vestnik Chelyabinskoy oblastnoy klinicheskoy bol'nitsy. 2020;1:23-7. (In Russ.) Семченко Л. Н., Герасимова О. Ю., Денисов И. С. Медико-социальные аспекты и проблемы организации диспансеризации населения в поликлинике районной больницы. Вестник Челябинской областной клинической больницы. 2020;1:23-7.
 4. Averin AN, Ponedelkov AV, Ovchiov RM, et al. Reflection of health problems in the proposals of political parties in the elections of deputies of the state дума of the VIII convocation. Humanities, social-economic and social sciences. 2021;10:17-20. (In Russ.) Аверин А. Н., Понеделков А. В., Овчиев Р. М. и др. Отражение проблем здравоохранения в предложениях политических партий на выборах депутатов государственной думы VIII созыва. Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2021;10:17-20.
 5. Abdullabekov RN, Fedorchuk VE, Minnikova TV. Mobile medical complexes in Russia. Medical Technologies. Assessment and Choice. 2021;3(43):45-52. (In Russ.) Абдуллабеков Р. Н., Федорчук В. Е., Минникова Т. В. Передвижные медицинские комплексы в России. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2021;3(43):45-52. doi:10.17116/medtech20214303145.
 6. Byalov RR, Nurytdynov AV. Mobile diagnostic complex as a key technology for a prevention medicine. The journal of telemedicine and eHealth. 2017;2(4):100-3. (In Russ.) Биалов Р. Р., Нурытдинов А. В. Мобильный диагностический комплекс как технология обеспечения медицинской профилактики. Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2017;2(4): 100-3.
 7. Levanov VM, Pereslegina IA, Bezrukova VK, et al. Experience in using telemedicine technologies at paramedic and midwifery stations in rural areas with low population density. 2020;6(1):26-35. (In Russ.) Леванов В. М., Переслегина И. А., Безрукова В. К. и др. Опыт применения телемедицинских технологий на фельдшерско-акушерских пунктах сельского района с низкой плотностью населения. Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2020;6(1):26-35.
 8. Timofeev EV, Abdalievа ChA, Zemtsovsky EV. Internet ECG in the differential diagnosis of cardialgia at the prehospital stage. University therapeutic journal. 2020;2(2):18-24. (In Russ) Тимофеев Е. В., Абдалиева Ч. А., Земцовский Э. В. Интернет-ЭКГ в дифференциальной диагностике кардиалгий на догоспитальном этапе. Университетский терапевтический вестник. 2020;2(2):18-24.
 9. Barchuk AA, Raskina YuV, Smirnova OV, et al. Cancer screening at the level of state programs: review, recommendations and management. Public Health. 2021;1(1):19-31. (In Russ.) Барчук А. А., Раскина Ю. В., Смирнова О. В. и др. Скрининг онкологических заболеваний на уровне государственных программ: обзор, рекомендации и управление. Общественное здоровье. 2021;1(1):19-31. doi:10.21045/2782-1676-2021-1-1-19-31.

О проблемах отечественного школьного естественно-научного образования, патриотического воспитания и их влиянии на подготовку специалистов медицинских профессий

Богданов Н. А.¹, Аниськина А. П.²

¹ФГБОУ ВО "Московский педагогический государственный университет", Институт биологии и химии. Москва; ²ФГБОУ ВО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова". Москва, Россия

Цель. Выявление проблем, имеющих в отечественном естественнонаучном образовании и патриотическом воспитании (как мотивационной составляющей личности), негативно влияющих на профессиональную подготовку специалистов медицинских профессий.

Материал и методы. При работе над статьей нами использовались следующие методы:

теоретические: анализ современных нормативно-правовых документов среднего общего образования, анализ рекомендованной учебной литературы по предметам, и эмпирические: анализ опыта работы учителей биологии в современных условиях по рекомендованным программам дисциплин и стандартам; анализ результатов Единого государственного экзамена (ЕГЭ) за 2021-2022гг и научное обобщение.

Результаты. Представлен анализ основных проблем, имеющих в естественнонаучном образовании в настоящее время. Наиболее существенными из них авторы считают изменение содержания школьного образования, недопустимое сокращение часов на естественнонаучные дисциплины, игнорирование при составлении программ и написании новых учебников отечественной традиции и дидактических принципов научности и системности знаний, практического опыта, накопленного отечественными учителями и педагогами-методистами. Рассматриваются причины отсутствия специальных знаний и способности к предметному мышлению у большей части обучающихся, что подтверждается результатами ЕГЭ за период 2015-2022гг. Указывается на практическую невозможность осуществлять планомерное освоение содержания учебного предмета и развитие мыслительных навыков, опираясь на современные учебники. Совокупность этих проблем привела к сни-

жению развивающего и воспитательного потенциала естественнонаучных дисциплин и качества образования в целом.

Заключение. В статье предложены возможные способы преодоления этой нежелательной тенденции, обоснована необходимость переосмысления значения школьного естественнонаучного образования как ресурса развития науки, народного хозяйства, медицины и оборонной промышленности. Указывается на необходимость создания у учащейся молодежи "образа будущего" как системообразующего фактора социального и культурного развития российского общества.

Ключевые слова: естественнонаучное образование, школа, патриотическое воспитание, проблемы естественнонаучного образования, воспитание через учебный предмет.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 12/05-2023

Рецензия получена 14/06-2023

Принята к публикации 16/06-2023



Для цитирования: Богданов Н. А., Аниськина А. П. О проблемах отечественного школьного естественно-научного образования, патриотического воспитания и их влиянии на подготовку специалистов медицинских профессий. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3595. doi:10.15829/1728-8800-2023-3595. EDN ZAVZKS

Problems of domestic school natural science education, patriotism promotion and their influence on the training of medical professionals

Bogdanov N. A.¹, Aniskina A. P.²

¹Moscow State Pedagogical University, Institute of Biology and Chemistry. Moscow; ²A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. Moscow, Russia

Aim. To identify problems of domestic natural science education and patriotism promotion (as a motivational personality component), which negatively affect the professional training of health professionals.

Material and methods. When working on the article, we used the following methods: theoretical — analysis of modern legal documents

of secondary general education, analysis of recommended educational literature on subjects, and empirical — analysis of the experience of biology teachers in modern conditions according to the recommended programs of disciplines and standards; analysis of the results of the Unified State Exam (USE) for 2021-2022 and scientific generalization.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: na.bogdanov@m.mpgu.edu

[Богданов Н. А.* — к.пед.н., доцент, доцент кафедры естественнонаучного образования и коммуникативных технологий, ORCID: 0009-0002-4734-6685, Аниськина А. П. — к.пед.н., доцент кафедры биологии, ORCID: нет].

Results. An analysis of the main problems of natural science education at the present time is presented. The authors consider the most significant of them to be a change in the content of school education, an unacceptable reduction in hours for natural science disciplines, ignoring the domestic tradition and didactic principles of science and systematization, practical experience accumulated by domestic teachers and methodologists in the preparation of programs and textbooks. The reasons for the lack of special knowledge and objective thinking in a large part of students are considered, which is confirmed by the USE for the period 2015-2022. It is pointed out that it is practically impossible to carry out a systematic mastering of the content of an educational subject and the development of mental skills, based on modern textbooks. The combination of these problems has led to a decrease in the development and educational potential of the natural sciences and the quality of education in general.

Conclusion. The article suggests possible ways to overcome this undesirable trend, substantiates the need to rethink the importance of school science education as a resource for the development of science, the national economy, medicine and the defense industry. There is a need to create an "image of the future" among students as

a system-forming factor in the social and cultural development of Russian society.

Keywords: science education, school, patriotism promotion, problems of natural science education, education through a subject.

Relationships and Activities: none.

Bogdanov N.A.* ORCID: 0009-0002-4734-6685, Aniskina A.P. ORCID: none.

*Corresponding author: na.bogdanov@m.mpgu.edu

Received: 12/05-2023

Revision Received: 14/06-2023

Accepted: 16/06-2023

For citation: Bogdanov N.A., Aniskina A.P. Problems of domestic school natural science education, patriotism promotion and their influence on the training of medical professionals. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3595. doi:10.15829/1728-8800-2023-3595. EDN ZAVZKS

ВУЗ — высшее учебное заведение, ЕГЭ — Единый государственный экзамен.

Введение

В современном мире существует постоянное соперничество ведущих держав за мировое влияние и природные ресурсы. Проигравшие в этой борьбе страны оказываются под контролем победителей, а население этих стран обречено существовать в условиях хронической гуманитарной катастрофы.

В целях подавления своих противников, соперничающие державы активно используют методы информационной и психологической борьбы. Эти методы предполагают активное воздействие на общественное сознание, культуру, образование, что приводит к подрыву экономического и военного потенциала страны. Основу экономического и социально-политического благосостояния любого государства составляют люди, от самоотдачи и активной деятельности которых зависит будущее их стран. Воздействуя на систему основных ценностей (идеологических, образовательных, научных, культурно-исторических) путем их "обновления" (подмены и разрушения) у общества парализуется воля, желание учиться и работать на благо Родины, защищать ее интересы, считать судьбу Отечества неотделимой от своей собственной судьбы. Так из народа страны получается стремящееся эмигрировать население, а из страны в целом — территория, готовая к переделу жизненно важных энергетических, минеральных и пресноводных ресурсов.

В этой связи высшей ценностью, необходимой для сохранения целостности и независимости нашей Родины, является формирование у молодежи общественного сознания, в котором доминируют идеи патриотизма, развития и приумножения научного, экономического, военного потенциала

Отечества. Эти идеи для многих учащихся являются мотивирующим фактором для преодоления сложностей в освоении естественнонаучных дисциплин, получения медицинского образования и дальнейшей честной ежедневной работы в сфере медицины, науки, образования.

В последние 30 лет Россию активно пытались сделать "частью Западного мира". Для достижения этой ложной цели отвергались основополагающие для народов нашей страны традиционные ценности, перестраивалась под западные стандарты отечественная система общего и высшего образования (болонский процесс). Вместо идеи служения Отечеству и воспитания чувства долга перед Родиной внедрялись эгоистические идеи "личного благополучия" (в первую очередь материального), вместо нравственных и гуманистических традиций своего народа насаждались "общечеловеческая идентичность" и мультикультурализм, выражающийся в толерантности к девиациям, потребительское отношение к достижениям естественных наук и технологий. Вместо примеров поведения исторических личностей — народных героев, честных тружеников, отечественных инженеров и ученых средства массовой информации настойчиво навязывали молодому поколению образцы поведения скандально известных персон шоу-бизнеса, нестандартной ориентации и страдающих наркозависимостью, безудержного консьюмеризма. С целью атомизации российского общества принципы коллективизма, товарищества, взаимопомощи, солидарности заменялись на принципы индивидуализма, лидерства, жесткой конкуренции. Идеал человека-творца, созидателя-труженика, искателя, воина-за-

щитника Отечества стремились "модернизировать", превратив в потребителя. Существуют области деятельности человека, где невозможно качественно, добросовестно с полной самоотдачей выполнять свои профессиональные обязанности, если не опираться на твердые моральные устои и самоотверженность. Одна из таких областей — медицина. Если при выборе будущей профессии человек руководствуется только материальной выгодой, то он быстро обнаружит, что есть много сфер человеческой деятельности, где можно гораздо легче выучиться и зарабатывать гораздо больше материальных ценностей, чем в медицине. На наш взгляд, с идеологией потребителя практически невозможно получать медицинское образование. Получить медицинское образование и остаться в профессии может человек, качества которого охарактеризовал А. П. Чехов: "Профессия врача — это подвиг, она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически"¹.

На наш взгляд, в 90-е годы XXв произошло отклонение от магистральной линии отечественного естественнонаучного образования и воспитания. С этого момента и по настоящее время в российское общество настойчиво внедряются определенные, на наш взгляд, деструктивные идеи по организации естественнонаучного образования. Они активно продвигались в психолого-педагогической и родительской среде. Кратко их можно представить в следующих тезисах:

1) обучение должно всегда происходить легко, весело, беззаботно и обязательно в игровой форме ("обучение с увлечением", другими словами — вариант "эдьютеймент");

2) обучение должно осуществляться по индивидуальной образовательной траектории, т.е. ученик учит только те предметы, которые ему нравятся или нужны для поступления, а на остальные ни времени, ни сил тратить не стоит;

3) все омрачающие веселье вещи — оценки, домашнее задание, обязанность ученика работать на уроке — это пережиток тоталитаризма или следствия личного авторитаризма учителя;

4) знание основ естественных наук не представляет ценности, т.к. технический прогресс идет слишком быстро и эти знания мгновенно "устаревают";

5) сами понятия — "знания", "умения" и "навыки" являются анахронизмом, а современному человеку следует пользоваться термином "компетенции";

6) всю необходимую информацию можно легко и быстро найти в Интернете, поэтому учить и запоминать ничего не стоит.

С 2001г, согласно базисному учебному плану, было сокращено время на изучение естественнонаучных дисциплин (химии, биологии, географии, физики, астрономии) с 2 часов в неделю до 1 часа, а в дальнейшем предлагалось — заменить все эти предметы одним 3х часовым "интегрированным" курсом естествознания. Одновременно с этим ввести "профилизацию", т.е. изучать предметы естественнонаучного цикла только в профильных классах, а в непрофильных вообще не изучать. Освободившееся время было направлено на "изучение иностранных языков, развитие различных форм мышления, воображения, памяти, умения работать в группе, разработку и выполнение "проектов" и т.д. Развивать эти способности можно с помощью умственной гимнастики, на "нейтральном" материале, но только не на естественнонаучном, т.к. он слишком сложен, не всем понятен, да и "не нужен с развитием Интернета и поисковых систем".

Закономерно, что в результате реализации этих идей уровень знаний по естественнонаучным дисциплинам у школьников серьезно снизился. Об этом можно судить по разным критериям, один из наиболее показательных — это средний балл Единого государственного экзамена (ЕГЭ) по соответствующим предметам. По естественнонаучным предметам он оказался в среднем в интервале от 50 до 55 баллов (география — 54,6, химия — 54,3, физика — 54,1, биология — 50,24). И это предметы, которые обучающиеся сознательно выбирали как необходимые для поступления в высшее учебное заведение (ВУЗ). Полная информация о среднем балле ЕГЭ за 2021-2022гг представлена в таблице 1.

Анализируя данные, представленные в таблице 1, видно, что по всем без исключения естественнонаучным предметам результаты находятся строго внизу таблицы. По нормативам советской школы за 50% выполненного задания и менее ставится оценка 2 "неудовлетворительно"². И, повторимся — это результаты экзаменов у выпускников, которые осознанно выбрали данные предметы и к экзаменам готовились. Можно лишь предположить, какие знания остались после окончания школы у остальных почти 80% учащихся, не выбравших биологию в качестве экзамена (таблицы 2-4). Неудача ученики часто не имеют четкого представления, чем конкретно они будут заниматься в будущем, главное, чтобы это "приносило доход". К сожалению, последние три десятилетия именно материальные ценности пропагандировались как основные, определяющие, социально-значимые,

¹ Энциклопедия мысли. Книга вторая. СПб.: Респекс, 2000. с. 409.

² Никишов А.И. Теория и методика обучения биологии. М.: КолосС, 2007. с. 217; Всесвятский Б.В. Общая методика биологии. М.: Государственно-педагогическое издательство Министерства просвещения РСФСР 1960. с. 220.

Таблица 1

Средний балл ЕГЭ 2022г по предметам

Предмет	Средний балл (100 max)
Английский язык	73,3
Русский язык	68,3
Литература	60,8
Информатика	59,9
Обществознание	59,8
История	58,0
Математика	56,7
География	54,6
Химия	54,3
Физика	54,1
Биология	50,24

Таблица 2

Число участников ЕГЭ по биологии (2015-2022гг)

Год	Число экзаменуемых	% от общего числа сдававших ЕГЭ
2022	118970	17,24
2021	129905	18,69
2020	124931	18,3
2019	128584	19,8
2018	121401	17,5
2017	111748	17
2016	129851	18
2015	122900	17

Примечание: ЕГЭ — Единый государственный экзамен.

Таблица 3

Сравнительные результаты среднего тестового балла ЕГЭ по биологии (2015-2022гг)

Год	Средний балл	Диапазон тестовых баллов				
		0-20	21-40	41-60	61-80	81-100
2022	50,24	3,96	26,98	39,50	25,06	4,51
2021	51,35	3,46	25,84	39,75	25,90	5,05
2020	51,43	2,49	25,36	41,97	26,57	3,61
2019	52,15	3,14	24,01	39,01	27,05	5,61
2018	51,64	2,74	25,85	40,56	25,65	5,20
2017	52,57	3,21	25,03	37,30	27,91	6,54
2016	51,97	2,31	27,83	36,49	26,2	7,16
2015	53,63	2,25	23,49	37,92	28,6	7,74

Таблица 4

Количество стобальников ЕГЭ по биологии (2017-2022гг)

Год	Количество человек
2022	54
2021	62
2020	24
2019	69
2018	47
2017	78

мотивирующие деятельность человека, выбор его профессии, жизненных ориентиров и приоритетов в образовании.

В то же время следует подчеркнуть, что биологические знания лежат в основе научного мировоззрения и понимания научной картины мира как части общечеловеческой культуры. Биологические знания необходимы для понимания процессов жизнедеятельности биологических объектов, что объясняет выбор правильных методик и технологий при работе в различных областях народного хозяйства, пищевой промышленности, ветеринарии. Для обучающихся, которые выбирают дальнейшую траекторию своего образования, связанную с медициной, биологические знания являются профессионально значимыми. Важность глубокого изучения биологии для будущего медика определяется еще и тем, что биология — это теоретическая основа медицины. "Медицина, взятая в плане теории, — это, прежде всего общая биология", — писал один из крупнейших теоретиков медицины И. В. Давыдовский³. Биология также является теоретической основой биотехнологии, селекции и многих других направлений деятельности человека. Ключевыми биологическими понятиями, формируемыми и развиваемыми с 5 по 11 класс, являются: клетка, организм, экосистема, питание, дыхание и др. Для будущих медиков также важны знания о эволюции систем органов. Следовательно, наличие биологических знаний в целом влияет на здоровье населения, продолжительность жизни людей, уровень жизни и определяет темп и качество экономического роста.

Но с такими результатами в естественнонаучном школьном образовании об экономическом росте и повышении уровня благосостояния и продолжительности жизни в стране речи идти не может.

³ Давыдовский И. В. Общая патология человека. М.: Медицина, 1969. с. 611.

Обсуждение

Изменить сложившуюся ситуацию можно, но для этого надо учитывать ряд факторов.

Во-первых, необходимо изменить психологические установки в обществе и отношение к естественнонаучному образованию с помощью опоры на аксиологический (ценностный) подход. Активно продвигать через средства массовой информации тезис: учеба всегда тяжелый и долгий труд, приносящий полезные плоды. Рекомендуем для осмысления обучающимся слова великого отечественного педагога Константина Дмитриевича Ушинского: "Формальное развитие рассудка есть несуществу-

ющий призрак, рассудок развивается только действительно на реальных знаниях"⁴. Каждая естественная наука развивает учащегося своим содержанием, а не чем-либо другим, формирует систему научных знаний и дает огромный фактический наглядный материал как для тренировки мыслительных операций (сравнения, обобщения, абстрагирования, анализа и синтеза), так и для решения практических задач.

Во-вторых, перестать сокращать часы на изучение предметов естественнонаучного цикла и родного языка. Сокращение учебного времени привело к сокращению изучаемого материала по предметам. Так, предмет "Астрономия" исчезал на десятилетия из учебного плана российских школ. В биологии за 20 лет успели перейти с линейной программы на концентрическую и обратно. В результате, на десятилетия исключалось изучение раздела: "Растения, бактерии, грибы, лишайники". В этот же период большинство тем раздела "Животные" сократилось просто до ознакомительного формата! Многие темы объединялись вопреки логике, как биологической науки, так и методики преподавания предмета. Важнейшие системы органов животных не изучались, а в лучшем случае упоминались-перечислялись. На таком скудном фактическом материале чрезвычайно сложно организовать работу по решению развивающих задач обучения. Научно-методические исследования, проведенные в 80-90-е годы XXв, показали неэффективность одночасовых учебных предметов, в т.ч. биологии. При одном часе на предмет в неделю нет времени на осмысление, обсуждение изученного материала. На формирование у обучающихся умений решать сложные задания творческого уровня, обобщать полученную информацию и формулировать выводы. Зачастую осмысление полученных знаний, способы их применения в быту, в хозяйственной и производственной деятельности человека оставались за пределами программы.

В-третьих, необходимо создать по-настоящему единое полноценное образовательное пространство России. Еще совсем недавно в "едином образовательном пространстве" России только по биологии согласно Федеральному перечню учебников параллельно действовали 13 авторских линий и 68 учебников биологии! Такая постоянная смена программ и учебников по естественнонаучным дисциплинам в итоге привела к тому, что строго очерченный круг знаний, умений и навыков, подлежащих осознанному и прочному усвоению, размывался, сокращался, фрагментировался и изменялся до полной неузнаваемости. Соответственно и расположение учебного материала не отражало ни систе-

му и логику естественных наук, ни систему и логику их изложения, которую столетиями формировали ученые методисты. Нарушались основные правила дидактики — обучать от известного к неизвестному, от простого к сложному, от близкого к далекому, от легкого к трудному⁵. Невозможно из оставшихся фрагментов ранее стройной системы изложения учебного материала осуществить планомерное развитие основных биологических понятий. Это в конечном итоге приводит как к отсутствию знаний — сформированной системы понятий, так и к отсутствию способности к предметному мышлению. По определению Ф. Энгельса "Оперирование понятиями и есть мышление. Понятиями человек мыслит"⁶. Следовательно, нужно заново выстроить на основе отечественных методических разработок единый учебный комплект, логичный, доступный, соответствующий системе биологических наук и обеспечивающий решение воспитательных и развивающих задач⁷. Принятая в 2021-2022гг примерная рабочая программа учебного предмета "Биология" нормативно определила содержание и структуру современной школьной биологии. Основу для профильного образования в медико-биологических программах составляют раздел "Биология человека" и темы "Антропогенез", "Клетка: энергетический и пластический обмен", "Генетика человека".

В-четвертых, пересмотреть подход к подготовке педагогических кадров. В Российской Федерации была введена болонская система (без которой, кстати, вполне обошлись немецкие университеты), когда вместо специалистов, обучающихся 5 лет, университеты стали выпускать бакалавров-четырехлеток и магистров-двухгодичников. При этом в магистратуру принимались люди, не имеющие бакалаврского педагогического образования! На наш взгляд эта реформа была крайне непродуманна с самого начала и являлась самоцелью — "быть как на Западе". Не было даже определено и объяснено, зачем сделано такое разделение высшей школы. Смысл реформе могло придать четкое распределение профессиональных обязанностей между бакалаврами и магистрами. Например, бакалавр мог бы преподавать биологию до 9 класса включительно и получать за это определенную зарплату. А осуществлять преподавание в старших, а особенно в профильных классах ему законодательно бы запрещалось. Эти классы закреплялись бы за облада-

⁴ Ушинский К. Д. Собр. Соч. т. VIII. М.: изд-во АПН РСФСР. 1950. с. 661.

⁵ Данилов М. А., Есипов Б. П. "Дидактика". М.: Издательство Академии педагогических наук. 1957. с. 101.

⁶ Верзилин Н. М., Корсунская В. М. Общая методика преподавания биологии. Учебник для студентов биол. фак. пед. институтов. М.: "Просвещение". 1972. с. 85.

⁷ Теремов А. В., Петросова Р. А., Перелович Н. В. и др. Теория и методика обучения биологии. Учебные практики. М.: МГПУ. 2012. с. 159.

телями магистерских дипломов и оплачивались гораздо выше. Таким образом, был бы материальный и моральный стимул совершенствовать свое профессиональное мастерство и стремиться к повышению своей квалификации. Сейчас учителем биологии в Российской Федерации в любом классе может стать выпускник бакалавриата. Принципиальной разницы в оплате труда между преподаванием в профильном и непрофильном классе не наблюдается. А при определенных условиях, например, небольшой численности профильного класса по сравнению с обычным, может и вовсе быть меньше.

В-пятых, повысить зарплаты сельским учителям и учителям из регионов России. В сельских и районных школах России из-за низких зарплат наблюдается нехватка педагогов. Директорам школ сложно найти дипломированного учителя по данной дисциплине. Оставшиеся учителя ведут уроки по нескольким предметам, заменяя отсутствующих коллег. Основным методическим приемом на таких уроках является чтение учебника. Качество преподавания оставляет много вопросов, но это все же лучше, чем прочерк в аттестате по данному предмету.

В-шестых, повысить материально-техническое оснащение школ. В Российской Федерации, безусловно, имеются первоклассные образовательные центры в столице и крупных областных городах. Но многие школы испытывают материально-технические сложности. Часто учителя отмечают недостаток средств обучения, лабораторного оборудования и технического оснащения кабинетов биологии.

Замечено, что наибольшие успехи в обучении биологии достигают школьники, выбравшие профессии, связанные с биологией — будущие врачи, ветеринары, фармацевты. Они понимают ценность получаемых знаний, четко представляют свое значение в будущем социуме. У них имеется потребность в получении специальных биологических знаний по целому ряду причин. Во-первых, биология — это один из профильных (обязательных) предметов для поступления в ВУЗы медико-биологической направленности. Во-вторых, обучающиеся понимают, что для осуществления своей мечты им необходим более высокий уровень знаний по данным предметам.

Биологические знания являются базой для восприятия и осмысления специальной медико-биологической информации. Вчерашние школьники, придя на первый курс медицинского ВУЗа, сталкиваются с серьезными проблемами при изучении специализированных дисциплин. Преподаватели ВУЗов все чаще сталкиваются с тем, что уровень знаний первокурсников не соответствует требованиям, предъявляемым в высшей школе.

На протяжении последних лет мы наблюдаем тенденцию к постепенному снижению уровня знаний по биологии у первокурсников. Программа по

биологии для студентов лечебного и стоматологического факультетов имеет медицинскую специализацию и подразумевает, что студенты-первокурсники, вчерашние школьники, обладают необходимым уровнем знаний по предмету. Но в реальности мы сталкиваемся с недостаточными базовыми биологическими знаниями, что создает определенные проблемы как для студентов, так и для преподавателей. Студенты испытывают трудности в понимании и запоминании более сложной и обширной специальной информации, не имея твердых базовых знаний. Преподаватели вынуждены сначала объяснять фактически школьный материал, прежде чем приступить к изучению программы ВУЗа. В результате время, отведенное на освоение дисциплины, распределяется не эффективно, сложный ВУЗовский материал приходится "ужимать". Семинарские занятия становятся перенасыщенными информацией, что затрудняет и ее понимание, и запоминание. Как итог — снижается качество и уровень знаний студентов. Столкнувшись с такой ситуацией впервые, мы вынуждены были перестроить методику преподавания предмета на кафедре. Для выяснения базового уровня знаний мы проводили тестирование студентов перед началом обучения (так называемый "входящий контроль"). Следует заметить, что уровень подготовленности студентов в разных группах отличался. При составлении группы, учебная часть ВУЗа стремится к более равномерному распределению студентов согласно их среднему баллу ЕГЭ по трем обязательным для медицинского ВУЗа предметам (биология, химия, русский язык). Студенты с одинаковым средним баллом могут иметь различные баллы по одной дисциплине (например, биологии). Поэтому результаты "входящего контроля" в разных группах могли сильно отличаться. Но при этом прослеживалась некая общая тенденция — наиболее сложными (и, следовательно, с самыми низкими результатами) оказались темы "Генетика человека", "Самовоспроизведение на клеточном и организменном уровне", "Экология человека", "Паразитология". Для эффективного усвоения материала по этим темам необходимы базовые знания, полученные в школе, по генетике, онтогенезу, зоологии и экологии. Поэтому преподавателям приходилось восполнять недостающие знания и учитывать это при построении дальнейшей траектории работы с группой. В некоторых случаях даже приходилось делить студентов на подгруппы. Нашей задачей было вывести обучающихся на такой уровень, чтобы освоение дальнейшей программы укладывалось в нормативы.

Также проводилось анкетирование студентов с целью выяснения возможных причин сложившейся ситуации. Чаще других назывались следующие причины:

— малое количество часов (1-2 урока биологии в неделю), хотя иногда отмечалось, что учителя в школе пытаются это компенсировать, проводя дополнительные внеурочные мероприятия;

— очень краткое изложение материала в школьных учебниках;

— проведение уроков по биологии учителями других предметов (не биологами);

— недостаток практических работ с натуральными объектами;

— замена "виртуальными" практическими работами реальной работы с микроскопической техникой.

Все перечисленные причины в конечном итоге отражаются на уровне подготовленности школьников к дальнейшему обучению в ВУЗе.

Хотелось бы отметить, что вчерашние школьники, поступившие в ВУЗ, оказываются в иной образовательной среде. Здесь другие условия, требования, ритм, коллектив. Новая обстановка сама по себе является неким стрессом для молодых людей. Адаптация к этим новым условиям проходит по-разному, а иногда может быть достаточно непростой. И плохая успеваемость по предметам только усугубляет непростую ситуацию. В некоторых случаях сложности адаптации серьезно влияют на общую успеваемость студента и могут стать причиной отчисления.

Заключение

Для преодоления этой опасной тенденции назрела необходимость незамедлительно переосмыслить значение естественнонаучного образования.

На наш взгляд, нужно как можно раньше начинать знакомить школьников с проблемами, стоящими перед человечеством в целом, и нашей страной, тем самым стимулируя выбор учащимися социально значимой профессии и мотивируя их к получению знаний. Необходима такая организация учебно-воспитательного процесса по биологии, при которой учащиеся убеждались бы в ценности, истинности и жизненной силе получаемых знаний по биологии.

Нужно предложить учащейся молодежи привлекательный "образ будущего" — системообразующий фактор социального и культурного развития Российского общества. Этот образ должен определить развитие нескольких поколений соотечественников, определить их "смысл жизни". В нем каждый школьник, выпускник должен найти свое достойное место, свое дело, цель, к которой захочет стремиться, приносить пользу обществу. Это будет мотивировать обучающихся на принятие общественно значимых ценностей. Формирование у учащихся системы ценностей всегда рассматривалось как приоритетная задача методической науки и школьной практики.

Необходимо сообщить учащимся, что в развитых странах создались предпосылки для развертывания шестого технологического уклада⁸ и четвертой промышленной революции. В условиях становления цифрового, информационного общества повышается значение естественнонаучного образования. Ученые, производственники и экономисты связывают дальнейшее развитие цивилизации с NBIC-конвергенцией⁹, т.е. экономическое развитие будет осуществляться на пересечении: нано-, био-, информационных и когнитивных технологий.

Появление высокотехнологичного оборудования позволяет выйти на наноуровень организации материи, туда, где встречаются живая и неживая природа, где требуются специалисты, владеющие биологией, химией, физикой на высоком профессиональном уровне.

Атлас новых профессий 3.0¹⁰, разработанный специалистами Сколково при поддержке Агентства стратегических инноваций, предполагает появление в медицине следующих профессий: биоэтик, генетический консультант, клинический биоинформатик, R&D-менеджер здравоохранения, молекулярный диетолог, оператор медицинских роботов, ит-генетик, разработчик киберпротезов и имплантатов, тканевый инженер, проектировщик жизни медицинских учреждений, эксперт персонализированной медицины, консультант по здоровой старости, проектировщик нанотехнологических материалов, биомиметик, специалист по безопасности в nanoиндустрии, проектировщик умных материалов, глазир, рециклинг-технолог, системный инженер композитных материалов, трансляционный нанотехнолог, конструктор микро и наноэлектроники, проектировщик сенсоров, инженер диагностических систем, разработчик биосовместимых и биоразлагаемых материалов, системный биотехнолог, разработчик микротопливных элементов, биохимический инженер, инженер безопасности на биотехнологическом производстве, синтетический биолог, архитектор живых систем, биофармаколог. Все эти специалисты, квалификация которых напрямую зависит от естественнонаучной базы, в обилии потребуются в сельском хозяйстве, космической промышленности, авиации, робототехнике, электроэнергетике, металлургии, нейронете. Возникает практический вопрос: "Кто будет осуществлять массовую подготовку специалистов данных профессий? Как обеспечить высокий уровень мотивации и знаний у школьников к осво-

⁸ Гуриева Л. К. Концепция технологических укладов. Инновации: журнал. СПб. 2004;(10):70-5.

⁹ Ефременко Д. В., Гиряева В. Н., Евсеева Я. В. NBIC-конвергенция как проблема социально-гуманитарного знания. Эпистемология и философия науки. 2012;XXXIV(4):112-29.

¹⁰ Атлас новых профессий 3.0. Под ред. Д. Варламовой, Д. Судакова. М.: Интеллектуальная Литература. 2020. 456 с.

ению данных профессий? Соответствует ли сегодняшняя система школьного естественнонаучного образования требованиям, предъявляемым специалистам будущих профессий? На наш взгляд, возникает противоречие между высокими требованиями к уровню знаний и умений представителей данных профессий и низким уровнем естественнонаучных знаний и умений российских выпускников.

Все это обуславливает острую необходимость модернизации подходов к реформированию естественнонаучного образования.

В настоящий момент страны и корпорации, стремящиеся к доминированию, ориентируются на развитие нано- и биоиндустрии.

Если Россия намерена отстаивать свой суверенитет в мире, ей необходимо возвращать систему образования к традиционному укладу, укреплять базовую подготовку школьников по естественнонаучным дисциплинам, готовить высококвалифици-

рованных профессионалов приоритетных направлений экономики и производства, формировать у молодых граждан систему традиционных российских духовно-нравственных ценностей, развивать общество высокой культуры, воспитывать патриотизм, осуществлять у молодого поколения своих граждан планомерное формирование и развитие основ наук.

Без фундаментального, основательного школьного образования, без знания естественнонаучных дисциплин — физики, химии, биологии, географии невозможно развивать передовую науку, передовую промышленность и сельское хозяйство, медицину и фармакологию, создавать передовые системы вооружения и обеспечивать продовольственную безопасность страны.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Формирование навыков социальной коммуникации у студентов медицинского факультета в системе профессионального образования. Опыт Республики Казахстан

Кидирбаева К.¹, Сатиева Ш.², Куанышбаева Ж.¹, Исхакова А.³, Асанова Г.¹,
Поваляшко Г.⁴, Дуйсенбекова Ж.⁵

¹Южно-Казахстанский университет им. М. Ауезова. Шымкент, Республика Казахстан; ²Университет Шакарима. Семей, Республика Казахстан; ³Казахский национальный университет им. Аль-Фараби. Алматы, Республика Казахстан; ⁴Международный университет Астана, Астана. Республика Казахстан; ⁵Кыргызский государственный университет им. И. Арабаева. Бишкек, Кыргызстан

В статье рассмотрены вопросы формирования навыков социальной коммуникации (СК) у специалистов здравоохранения с целью определения ее места в профессиональной деятельности.

Был проведен теоретический анализ философской, педагогической, психологической и научно-методической литературы, связанной с изучаемой проблемой, проанализирован национальный педагогический опыт в развитии СК через призму культурно-нравственных образцов, заложенных в национальной литературе, использованы: беседы со студентами, медицинскими работниками, обсуждение, опрос.

По мнению авторов, невысокий интерес к национальной литературе и культуре является существенной причиной низкого уровня навыков СК у работников социально-медицинской службы и при профессиональном групповом общении. Опрос среди студентов показал низкий интерес к национально-культурным образцам СК, в том числе — выраженным в национальной литературе.

По мнению авторов, в развитии навыков СК у будущих специалистов системы здравоохранения большое значение имеет опыт отечественной педагогики, направленный на повышение нравственного воспитания, необходимого для адекватного поведения и общения, не только в условиях местных и национальных

реалий, но и включающих в себя уважение к культуре других народов.

Ключевые слова: социальная коммуникация, общение, общественное здоровье, коммуникативные навыки, вербальное и невербальное общение.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 08/06-2023

Рецензия получена 10/06-2023

Принята к публикации 27/06-2023



Для цитирования: Кидирбаева К., Сатиева Ш., Куанышбаева Ж., Исхакова А., Асанова Г., Поваляшко Г., Дуйсенбекова Ж. Формирование навыков социальной коммуникации у студентов медицинского факультета в системе профессионального образования. Опыт Республики Казахстан. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3616. doi:10.15829/1728-8800-2023-3616. EDN IXKTJ

Formation of social communication skills among students of the Faculty of Medicine in the system of professional education. Experience of the Republic of Kazakhstan

Kidirbayeva K.¹, Satiyeva Sh.², Kuanyshbayeva Zh.¹, Iskakova A.³, Assanova G.¹, Povalyashko G.⁴, Duisenbekova Zh.⁵

¹M. Auezov South Kazakhstan State University. Shymkent, Kazakh Republic; ²Shakarim University. Semey, Kazakh Republic; ³Al Farabi Kazakh State University. Almaty, Kazakh Republic; ⁴Astana International University. Astana, Kazakh Republic; ⁵I. Arabayev Kyrgyz State University. Bishkek, Kyrgyz Republic

The article describes the formation of social communication (SC) skills among healthcare professionals in order to determine its place in professional activities.

A theoretical analysis of the philosophical, pedagogical, psychological and scientific-methodical literature related to the problem under study was carried out. The national pedagogical experience in SC development was analyzed through the prism of cultural and moral patterns embedded in the national literature. The following methods

were used: conversations with students, medical workers, discussion, survey.

According to the authors, the low interest in national literature and culture is a significant reason for the low level of SC skills among workers in the social and medical service and in professional group communication. A survey among students showed a low interest in the national cultural samples, including those expressed in national literature.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: zhanat_2006@mail.ru

[Кидирбаева К. — ORCID: 0000-0001-6967-2006, Сатиева Ш. — кандидат психологических наук, профессор, ORCID: 0000-0002-1657-6026, Куанышбаева Ж.* — кандидат политических наук, ORCID: 0000-0002-5253-873X, Исхакова А. — ORCID: 0000-0002-3450-7243, Асанова Г. — к.м.н., руководитель отделения терапии и кардиологии, ORCID: 0000-0002-4919-2053, Поваляшко Г. — кандидат философских наук, ORCID: 0000-0001-9954-6019, Дуйсенбекова Ж. — аспирант, ORCID: 0009-0008-7483-4119].

According to the authors, in the development of SC skills in future healthcare professionals, the experience of domestic pedagogy is of great importance, aimed at improving the moral education necessary for adequate behavior and communication, not only in the context of local and national realities, but also including respect for other cultures. **Keywords:** social communication, public health, communication skills, verbal and non-verbal communication.

Relationships and Activities: none.

Kidirbayeva K. — ORCID: 0000-0001-6967-2006, Satiyeva Sh. — candidate of psychology sciences, professor, ORCID: 0000-0002-1657-6026, Kuanyshbayeva Zh.* — PhD in political science, ORCID: 0000-0002-5253-873X, Iskakova A. — ORCID: 0000-0002-3450-7243, Assanova G. — candidate of medical sciences, head of the therapy and cardiology department, ORCID: 0000-0002-4919-2053,

Povalyashko G. — candidate of philosophical sciences, ORCID: 0000-0001-9954-6019, Duisenbekova Zh. — post graduate student, ORCID: 0009-0008-7483-4119.

*Corresponding author: zhanat_2006@mail.ru

Received: 08/06-2023

Revision Received: 10/06-2023

Accepted: 27/06-2023

For citation: Kidirbayeva K., Satiyeva Sh., Kuanyshbayeva Zh., Iskakova A., Assanova G., Povalyashko G., Duisenbekova Zh. Formation of social communication skills among students of the Faculty of Medicine in the system of professional education. Experience of the Republic of Kazakhstan. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3616. doi:10.15829/1728-8800-2023-3616. EDN IXKTJJ

ВУЗ — высшее учебное заведение, СК — социальная коммуникация.

Что представляет собой социальная коммуникация?

Особое значение в профессиональной деятельности специалиста общественного здравоохранения, гигиены и эпидемиологии придается дополнительным знаниям и умениям в сфере социальной коммуникации (СК). В повседневной деятельности специалиста могут возникать конфликты, связанные с непониманием, нежеланием приятия чужого критического взгляда, сокрытием недостатков. В этом отношении необходимы не только принципиальность, умение организовать общение и наблюдение, но и наличие специфических навыков СК при осуществлении организационно-профилактических и противоэпидемических мероприятий. Эти мероприятия могут быть связаны с созданием и применением методологии комплексной системы оценки единой профилактической среды для укрепления здоровья и ведения здорового образа жизни на муниципальном уровне с использованием сочетания объективных методов исследования (GIS-технологий, инструментальных и лабораторных тестов) и субъективных методов оценки (персональный опрос) [1]; проведением опроса населения, разработкой и использованием опросников [2]; онлайн-опросов специалистов здравоохранения, оказывающих первичную медикосанитарную помощь [3].

Для осуществления СК также необходимо учитывать этнические, возрастные, культурные и социальные связи между людьми, традиционные гендерные различия, разный уровень образования, личностные предпочтения. Необходимо отметить, что организация здорового образа жизни, декларируемая среди населения на государственном уровне, оказывает эффективное влияние на качество жизни и непосредственно зависит в т.ч. от навыков СК у работника организации здравоохранения при проведении профилактического консультирования [4].

Проведение мероприятий по эффективному общественному здравоохранению в амбулаторных условиях также требует межличностного общения и профессионального индивидуального подхода, соответственно, каждый работник системы здравоохранения должен иметь навыки СК [5].

Согласно определению, взятому из учебного пособия для студентов высших учебных заведений (ВУЗ) [6]: "социальная коммуникация" понимается как "процесс передачи многопрофильной и многоканальной информации в определенной социальной среде и с помощью символов, принятых в этом обществе. СК относится к процессу взаимосвязи в осуществлении передачи социально значимой информации между сообществами, группами, слоями".

В коммуникации задействованы две стороны — коммуникатор и реципиент. А в социуме эти стороны могут быть два человека, группы, сообщества. При наличии обратной связи коммуникатор одновременно становится реципиентом, а реципиент — коммуникатором.

По мнению Ермекбаевой Г., под СК понимается коммуникативная деятельность людей, за которой в обществе закреплены "конкретные ситуации с социально значимыми ценностями, нормы общения с коммуникативными сферами" [7].

Еще один исследователь, Подгорецки Ю., рассматривает СК как разновидность коммуникативной деятельности людей, которая "обусловлена целым рядом социально значимых оценок, конкретных ситуаций, коммуникативных сфер и норм общения, принятых в данном обществе" [8]. В типологии СК ее виды классифицируются им по различным общественным сферам и в зависимости от профессиональной деятельности, а также с учетом особенностей экономики, политики, социальной сферы. В целом следует помнить, что СК играет важную роль в совершенствовании сознания человека, психологии его личности, мышления, регули-

ровании общественных отношений в современном обществе.

СК в процессе реализации выполняет следующие задачи, взаимосвязанные между собой [8]: 1) интеграцию отдельных индивидов в социальные группы и общности, которые, в свою очередь, объединяются в единую и целостную систему общества; 2) внутреннюю дифференциацию общества по группам, общностям, организациям и институтам; 3) самоопределение сообществ и различных групп; 4) создание предпосылок для осуществления групповой и индивидуальной деятельности.

В СК выделяют следующие функции: контактоустанавливающую (умение устанавливать и поддерживать контакт), функцию самопрезентации (умение представиться и рассказать о себе, представить другого человека), апеллятивную (умение выбирать дифференцированную форму обращения — к людям разного социального статуса), побудительную (умение стимулировать мотивацию к действию у собеседника), волеизъявительную (умение выражать желание или интенцию к определенному действию), регулирующую (умение разрешать конфликтную ситуацию, организовать деятельность), ритуальную (умение выполнять коммуникативные задачи по заданному ритуалу как официальная церемония, религиозные обряды и т.д.), перформативную (умение докладывать о происходящем или выполняемом действии) и др.¹

СК в медицинской организации

СК в области здравоохранения имеет различные формы. Врачи общаются с другими медицинскими работниками и поставщиками медицинских услуг, формально и неформально — между собой внутри и вне медицинского учреждения.

Внутренние коммуникации предполагают обмен информацией в пределах одной больницы или медицинского учреждения. Врач обеспечивает пациенту необходимый доступ к клиническим данным и другой важной информации, включая назначенные встречи (визиты), анализы, операции, а также — эффективно и беспрепятственно предоставляет его заинтересованным лицам в цепочке управления медицинской помощью.

С другой стороны, предполагается и налаженная *межведомственная коммуникация* с другими больницами, обеспечивающая перевод пациента на дальнейшее лечение — амбулаторное или стационарное².

На сегодняшний день у медицинских работников существует возможность по-разному уча-

ствовать в повседневной работе системы государственного здравоохранения, в которой наблюдается многообразие каналов коммуникации. В последнее время мы наблюдаем значительный рост использования цифровых инструментов и облачных коммуникационных платформ [1], обучение и привлечение новых специалистов и других медицинских работников для повышения эффективности и качества медицинской помощи. Медицинские работники должны знать, как правильно использовать средства коммуникации: ошибки в выборе метода связи могут нанести серьезный ущерб безопасности пациента.

Согласно результатам исследования профессионально важных качеств будущего врача в контексте цифровизации человеческой деятельности [9], будущим специалистам "недостает уверенности, знаний цифрового этикета и практического опыта работы в цифровом пространстве", "информационная компетентность студентов, являющаяся базовым компонентом для развития профессиональной компетентности, сформирована на недостаточном уровне".

В связи с этим организации здравоохранения и учебные учреждения должны уделять больше внимания обучению выбору различных каналов связи, которые используются для обмена информацией, и правильному обращению с информацией.

СК в профессиональном и межличностном общении

СК является неременным условием межличностного общения, она является элементом повседневной деятельности. Формирование и развитие необходимой СК у студентов помогает в дальнейшем совершенствовать профессиональную деятельность молодого специалиста. В настоящее время СК рассматривается как основа качественного развития личности [10, 11]. Формирование социальных знаний и их усвоение студентами предполагает развитие и определение уровня способностей. Основные признаки таких знаний — это умение эффективного социального взаимодействия (в общении, работе в коллективе), способность разрешать конфликты (выслушивать, убеждать, строить и искать конструктивное решение, качественно аргументировать); умение конструктивно критиковать и принимать критику, уметь организовывать (планировать и контролировать), умение личного общения, вербально и невербально, умение поддерживать рабочие отношения, выступления публично перед коллегами, отстаивать собственную точку зрения [12].

СК — это сочетание эффективного использования целевой технологии личности и методики тренировки личных качеств, развитие и формирование мыслительного процесса специалиста в отношении общепрофессиональной этики общения. Необходимо упомянуть и навыки управления

¹ Социологическая энциклопедия. Веб-сайт. Режим доступа: URL: <https://voluntary.ru/>. Дата обращения 23.06.2023г.

² Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 августа 2021г № ҚР ДСМ-90. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 августа 2021г № 24094. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100024094>.

внешними конфликтами и самоуправления внутрличностными конфликтами, которые являются частью СК. Проведенное Белашевой И. В. и др. исследование [13] позволило определить 5 компетенций (интра- и интерперсонально ориентированных) в структуре конфликтологических компетенций, отражающих мотивационные, когнитивные и поведенческие компоненты конфликтоустойчивости и конфликтологической готовности, обеспечивающие восприятие и анализ конфликтных ситуаций, организацию поведения и коммуникации в конфликтных ситуациях и готовность их решать.

Современная социально-экономическая ситуация предполагает формирование у студентов видения будущей профессиональной деятельности, а также знаний о грамотном структурированном процессе как личности, так и специалиста с потребностью в знаниях. Конструктивное профессиональное общение проявляется в способности понимать необходимость использования и реализации СК в области применения профессиональных правил в индивидуальных ситуациях, в умении работать в коллективе, для профессионально-личностного роста [14].

Профессиональное общение включает в себя и эффективное применение принципов биоэтики в бесконфликтном общении с коллегами, пациентами, их родственниками, медицинской этики, умение общаться (бизнес), умение организовать лечебно-профилактический и санитарно-эпидемиологический надзор, а также — снизить психологический риск профессии врача, эмоциональные нагрузки, анализ эмоционального выгорания [15].

Таким образом, медицинские работники должны обладать умением планирования, понимать вопросы медико-профилактической и санитарно-эпидемиологической помощи, системно применять свои управленческие способности в системе здравоохранения, государственного санитарно-эпидемиологического надзора, уметь эффективно общаться в командной работе, брать на себя управление, принимать решения, доверять и быть открытыми друг другу на нужном уровне.

Улучшение коммуникации между отдельными лицами, медицинскими работниками и органами здравоохранения помогает укрепить доверие к органам государственной власти и спасать жизни (например, хорошо развитая коммуникация в секторе здравоохранения во время кризисов общественного здравоохранения может способствовать соблюдению мер общественного здравоохранения).

Создание условий для равноправного общения и искреннего диалога между пациентами и медицинскими работниками является ключом к обеспечению того, чтобы как доступные варианты лечения, так и предоставляемый уход были понятны, актуальны и значимы для жизни пациентов.

Общение должно быть открытым и честным в том, что известно и неизвестно, и быть последовательным, простым и понятным, а также чутким [16].

Четкая и широкая коммуникация, основанная на участии (двусторонняя), позволяет людям (группам и сообществам) делать выбор. Для этого требуется общий язык, который включает в себя использование слов, концепций, возможности задавать уточняющие вопросы и получать ответы на одном уровне. Стиль общения медицинского работника связан с улучшением самоконтроля пациента и расширением его возможностей. Понимание пациентами того, что такое "уход", "забота", "милосердие", "участие", и его уверенность в собственной способности позаботиться о себе могут усилить воздействие позитивного контакта с медицинским работником [16].

Согласно опросу на платформе *SurveyMonkey*, в Европе в среднем 15% взрослых говорят о трудностях понимания того, что говорят врачи, 18% взрослых говорят о трудностях мышления и оценки того, связана ли информация, предоставляемая врачами, с их жизнью, и 28% взрослых просто говорят, что проблема коммуникации существует, не уточняя [17]. У людей имеются индивидуальные различия в способности к коммуникации с организациями-представителями медицинских услуг и органами здравоохранения. Врачи могут переоценивать свои коммуникативные навыки. Однако проблемы, связанные с возросшей рабочей нагрузкой на медицинских работников и нехваткой врачей, также могут повлиять на эффективность СК между отдельными лицами, поставщиками медицинских услуг и органами здравоохранения. Трудности в общении из-за социальных факторов являются препятствием для эффективного общения между пациентами и лечащими врачами.

Медицинские термины, указанные в печатных материалах для пациентов и используемые медицинскими работниками в профессиональной сфере, могут привести к неправильному пониманию информации. Кроме того, ограниченное время, отведенное на визит к врачу, может привести к тому, что не останется времени на обсуждение важных вопросов и диалог, которые являются неотъемлемой частью процесса оказания медицинской помощи. Медицинский работник должен обладать навыком анализа причины, которая оказывает отрицательное влияние на процесс коммуникации, и проявить умение к диалогу с пациентом на понятном ему уровне, т.е. проявить свои социальные знания или умения СК для выбора индивидуально подхода к пациенту [16, 17].

Развитие СК в медицинском образовании Республики Казахстан

Республика Казахстан является суверенным государством, и все меры, предпринимаемые в об-

ласти науки и культуры, способствуют поднятию уровня образования и воспитания молодежи на основе всеобщих и индивидуальных общегосударственных благ. Поэтому в условиях демократизации и гуманизации общественной жизни необходимость повышения уровня культуры общения, определяющей нашу национальную идентичность, становится актуальной задачей. Формирование государственного самосознания Республики Казахстан, укрепление суверенитета страны, восстановление национального самосознания и воспитания, выход в рейтинги развитых цивилизованных стран — одно из главных условий становления национального государства³.

Проблема формирования СК молодежи имеет общемировое значение. В контексте подготовки профессионально компетентного специалиста совершенствованию навыков СК может способствовать "развитие основных качеств личности, которыми должен обладать каждый медицинский работник среднего звена, при этом огромное значение имеет ориентация на другого человека как равноправного участника деятельностного процесса" [18].

В республике Казахстан навыки СК имеют большое значение в понимании сущности национальных и личностных ценностей, воспитании всесторонне развитой, нравственно и профессионально культурной личности [19].

В связи с этим одним из самых основных требований является знание коммуникативных привычек (особенностей), на основе которых мы формируем национальную СК. Уметь познать себя и показать себя другим, т.е. поднять свой общеобразовательный уровень за счет систематизации, обогащения, развития и распространения национальных особенностей и ценностей в соответствии с требованиями сегодняшнего дня — наша государственная задача. В связи с этим формирование СК в процессе подготовки будущих медицинских кадров в ВУЗах следует рассматривать как неотъемлемую часть профессионального образования на государственном уровне.

По нашему мнению, СК — это владение знаниями, навыками и умениями, поэтому может рассматриваться еще как культурная грамотность человека. Общение — составная часть образования и культуры, неотъемлемая ее часть, особый способ совершенствования мировоззрения и сознания человека. СК, основанная на национальных ценностях, включающих в себя уважение к культуре других народов, позволяет учащимся выстраивать

сознательное мироощущение, гуманное общение, формировать нравственные ценности, вести систематическую деятельность.

Влияние национальной педагогики на развитие СК

Великие мыслители аль-Фараби⁴, Ю. Баласагун⁵, К. А. Ясави⁶ и др. уделяли особое внимание проблеме человеческих отношений, культуры, значению воспитательной деятельности в ее формировании. Идеи, высказанные по этому вопросу в наследии средневековых ученых, получили продолжение во второй половине XIX в произведениях Ибрая⁷, Абая⁸, Шакарима⁹, в работах М. Жумабаева¹⁰, Ж. Аймаутова¹¹, М. Дулатова¹² и др.

Современные специалисты в Республике Казахстан обращают внимание на проблему развития навыков СК и проводят различные исследования. Например, в трудах М. Х. Балтабаева¹³,

⁴ Аль-Фараби (870-950) — философ, математик, теоретик музыки, учёный Востока, автор комментариев к сочинениям Аристотеля и Платона, чьи труды оказали влияние на Авиценну, Ибн Баджу, Ибн Туфайля, Аверроэса, а также на философию и науку средневековой Западной Европы. Ему приписывается создание Отрарской библиотеки.

⁵ Юсуф Баласагуни (1016-1077) — тюркский поэт и мыслитель, автор поэмы "Кутадгу Билиг" ("Благодатное знание").

⁶ Ходжа Ахмед Ясави (1103-1166) — среднеазиатский философ, исламский проповедник, суфийский поэт, автор цикла стихов "Дивани хикмат".

⁷ Ибрай Алтынсарин (1841-1889) — казахский педагог-просветитель, писатель, фольклорист, общественный деятель, учёный-этнограф. Автор казахских учебников: Казахская хрестоматия (1879; 2 изд., 1906) и "Начальное руководство к обучению казахов русскому языку" (1879), автор басен и рассказов, а также переводов Л. Н. Толстого, И. А. Крылова.

⁸ Абай (Ибрагим) Кунанбаев (1845-1904) — казахский поэт, философ, музыкант, народный просветитель, общественный деятель, основоположник казахской письменной литературы и её первый классик, реформатор культуры в духе сближения с европейской культурой на основе культуры просвещённого ислама.

⁹ Шакарим Кудайбердиев (1858-1931) — казахский поэт, писатель, переводчик, композитор, историк и философ. Племянник и ученик Абая, автор книги "Зеркало казахов", поэмы "Калкаман-Мамыр" и "Енлик-Кебек".

¹⁰ Магжан Жумабаев (1893-1938) — казахский поэт, публицист, педагог, один из основателей новой казахской литературы, автор сборника научных статей "Педагогика" (1922), стихов "Шолпан", "Стихи Магжана Жумабаева" и др.

¹¹ Джусупбек Аймаутов (1889-1930) — казахский и советский общественный деятель, многожанровый писатель, основоположник драмы и романа на казахском языке, учёный, просветитель, педагог и психолог, автор пьесы "Рабига", "Шернияз", спектакля "Биржан и Сара", романа "Карткожа".

¹² Мыржақып Дулатов (1885-1935) — казахский поэт, писатель, один из лидеров правительства "Алаш-Орды" и национально-освободительного движения Казахстана. Автор поэтического сборника "Оян, қазақ!" (Проснись, казах!), книги "Бақытсыз Жамал".

¹³ М. Х. Балтабаев. Педагогическая культурология [Текст]: учеб. пособие. М. Х. Балтабаев. Алматы: РИК, 2000. 268 с. ISBN: 5838019050.

³ In the law of the Republic of Kazakhstan dated July 27, 2007 № 319 "On education" "Egemen Kazakhstan" 2007. Access mode: URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P1400001051> [Date of access 01.06.2023].

Д. Кишибекова¹⁴ и др. рассматривалась философская основа общения, а психологические возможности общения — в работах К. Б. Жарыкбаева¹⁵, А. Алдамуратова¹⁶, С. Бабаева¹⁷, и др.

Таким образом, теоретический анализ научной, педагогической и учебно-методической литературы доказывает, что в процессе подготовки специалиста в ВУЗах проблема развития навыков СК до конца не изучена и требует исследования, как условие повышения квалификации, на родном языке. Поэтому необходимость развития СК у молодежи на этапе модернизации общественной культуры, в условиях отсутствия полноценного системного изучения этой проблемы в педагогической науке, предполагает нахождение разрешения противоречия между организацией обучения и программой обучения, усовершенствованной в соответствии с требованиями современности.

СК в восточной и западной культурах

Стоит отметить, что навыки СК представляют собой прекрасную основу для межкультурного общения, т.к. социальное общение может рассматриваться не только с позиции однообразного уникультурного общественного явления, но и с позиции мультикультурного обмена ценностями, уважения к культурно-нравственным эталонам поведения представителей другой общности, диаспоры как социальной группы, неотъемлемой от нашего нынешнего многомерного общественного образования "нация". Следовательно, воспитывать будущее поколение специалистов нужно не только на основе образцовых произведений литературы одного народа, но и других народов, делая анализ и отбор лучших лингвакультурных качеств каждого народа, близкого по духовным и нравственным идеям. К примеру, если опираться на гипотезу лингвистической относительности Сепира-Уорфа¹⁸, в восточной и западной культуре разные подходы в восприятии времени, жизненного течения, ценностей:

в восточной культуре всегда ценится коллективная форма жизни, которая поражает уважение к слову старшего человека, умение найти индивидуальный подход к разному возрасту собеседников (ласково с детьми, уважительно со стариками, поучительно с подростками, с приставкой к имени при обращении — в значении "брат" или "сестра", даже, если человек старше на пару лет и т.д.), а в западной культуре высоко ставится вопрос уважения индивидуальности и частной жизни — уважение к статусу человека (при обращении к мужчине, замужней или незамужней женщине), чужому времени (например: просьба "Не могли бы Вы уделить минуту Вашего времени?", хотя этого недостаточно во многих случаях), личному пространству (например, соблюдение очереди; фразы, такие как "Могу ли я к Вам обратиться/подойти/позвонить Вам?") и т.д.

Национальная педагогика через литературу казахского народа

По данным опроса, который был нами проведен среди студентов разных специальностей в КазНМУ им. Асфендиярова в 2021г, 70% старшекурсников не читают произведений национальной литературы, только 11-12% знают наизусть поговорки и пословицы; 65% не обращают внимания на сообщения о нашем национальном наследии по телевидению и радио; 37% не помнят об образовательных мероприятиях, 82% не считают нужным уделять вопросу культуры особого внимания в ВУЗах.

Теоретическая основа проблемы формирования СК студентов ВУЗов связана с определением сущности и содержания понятий "культура", "социальная коммуникация". Поэтому важно, чтобы эти понятия обсуждались в научно-педагогической, методической литературе.

Культура — это совокупность жизненного опыта, обучения и воспитания, образа жизни, накопленного на родной почве народа [20].

В восточной культуре большое значение имеет мироощущение Абая, не отождествляющего Запад и Восток. Он впервые изучил систему мышления казахского народа в отношении развития и изменения мира и диалектики. "Если сравнить человеческую культуру с течением, впадающим в Мировой океан, то преемственность традиций можно объединить в силовую силу". Поиск истока человеческой культуры продолжается через творчество Абая [21].

Шакарим Кудайбердиев также внес большой вклад в культуру казахского народа. Он указывал, что казахский народ был великим народом, проявляющимся в обычаях, традициях и устной письменности, богатстве. Поэтому его потомки могут достичь наивысшего уровня развития только в сочетании с культурой, путем познания и сохранения своих традиций, языка, религии, истории, унаследованных от предков.

¹⁴ Д. Кишибеков. Кочевое общество: генезис, развитие, упадок. Алма-Ата: Наука, 1984. 238 с.

¹⁵ К. Б. Жарыкбаев. Этнопсихология, А., 1998.

¹⁶ А. Алдамуратов. Жалпы психология ("Общая психология"), А., 1996.

¹⁷ С. Бабаев (Бап-Баба). Жалпы психология ("Общая психология"), А.: Nurpress, 2007.

¹⁸ Гипотеза лингвистической относительности предполагает, что структура языка влияет на мировосприятие и воззрения его носителей, а также на их когнитивные процессы. Лингвистическая относительность широко известна как **гипотеза Сепира-Уорфа**. Выделяют две формулировки этой гипотезы:

1. *Строгая версия*: язык определяет мышление, и, соответственно, лингвистические категории ограничивают и определяют когнитивные категории.

2. *Мягкая версия*: язык только влияет на мышление, и наряду с лингвистическими категориями мышление формируется также под влиянием традиций и некоторых видов неязыкового поведения.

Бесценным сокровищем является педагогическое наследие нашего ученого-энциклопедиста аль-Фараби, внесшего неоценимый вклад в "золотой фонд" мировой науки и культуры. Можно с уверенностью сказать, что особое место в поиске решения изучаемой проблемы занимают трактаты "Пути к счастью", "Взгляды людей благодетельного города". В основе педагогической системы аль-Фараби лежит его учение о человеке, его тяготение к гуманистическим взглядам, непосредственно связанное с анализируемой нами СК. Он отмечает: "человек должен сначала признать первотворца, познать законы небесного мира и явлений природы, понять свою и чужую душу, овладеть государственными и политическими науками" [22].

В основе морально-этической концепции аль-Фараби лежит достижение счастья на основе усвоенных человеком знаний и умений, культуры, всестороннего улучшения окружающего мира. В своем трактате "О достижении счастья" он писал: "Устойчивость (самообладание) есть главное условие счастья. Некоторые люди легко теряют свое счастье в руках и даже терпят несчастье" [22]. В этом высказывании подчеркивается важность культуры поведения. В то же время аль-Фараби отмечал, что СК необходимо закладывать с раннего возраста: "научить человека преодолевать негативное поведение его характера и сделать его способным к формированию положительных привычек, чего можно достичь путем этического воспитания человека с юных лет" [22].

Работа по воспитанию человека является основным принципом педагогики. Поэтому включение этнопедагогических знаний в образовательный процесс, на наш взгляд, следует считать актуальной проблемой на сегодняшний день. Необходимо научно рассмотреть пути применения этнопедагогического процесса нашего народа в системе образования. Эти принципы должны занять соответствующее место в учебниках, которые вскоре будут опубликованы.

Мы рассматриваем целью педагогики — воспитание высших нравственных качеств, таких как подготовка будущих поколений к труду, жизни, приобщение искусства к знаниям, проявление заботы о стране, на основе образовательного процесса, который длится уже несколько столетий. Таким образом, очень важна роль приобщения подрастающего поколения к глубоким педагогическим, психологическим мыслям, теориям, богатому опыту нашего народа.

Общение, являясь необходимой человеческой потребностью, становится самостоятельной ценностью. В процессе общения одного человека с другим проявляется сущность человека. Обще-

ние становится одним из важнейших факторов социализации, охватывая все стороны жизни общества. Жизнь человека проходит в общении с другими людьми. Под определением "навыки СК" нами также понимается качественная оценка поведения людей (в зависимости от культуры общения, набора правил поведения в разных ситуациях и т.д.).

Общение, основанное на идеях педагогики, на наш взгляд, представляет собой сложный тип человеческих отношений. Оно приносит смыслы в определения товарищества, дружбы, национального духа, сознательности, любви, нравственного успеха и т.д. В процессе СК с окружающими ее группами (семья, родственники, коллектив) отдельная личность усваивает сложившиеся формы выражения общественного и индивидуального сознания, эмоций, чувств, норм поведения посредством аналогий, примеров, обучения, "здорового смысла" и идентификации, культурные ценности, традиции и обычаи народов.

Таким образом, навыки молодых специалистов, получивших специальность "Общественное здравоохранение" в СК — это комплексный высокий уровень знаний стратегии и тактики взаимоотношений с обществом (умение использовать навыки и средства СК в различных ситуациях), необходимых для эффективного решения задач государственного санитарно-эпидемиологического надзора и управления здравоохранением.

Заключение

Считаем важной задачей изучать основы идей народной педагогики и ставить целью — воплощение их в жизнь. Для этого ВУЗам следует широко использовать программы, учебники, дополнительную литературу в соответствии со спецификой национальной истории и культуры, традициями, бытом, семейным воспитанием.

Использование идей педагогики, основанной на избранном народном опыте, общественных ценностях нации, включающих в себя уважение к культуре своего народа и культуре других народов в образовательном процессе, предполагает подготовку государственных документов и программ, учебно-методических указаний и их практическую реализацию в ВУЗах медицинского направления. В процесс профессиональной подготовки будущих медицинских работников в ВУЗах необходимо интегрировать развитие национального образования, национальной культуры и навыков СК.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Popovich MV, Kontsevaya AV, Zinovieva VA, et al. Development and approbation of a tool for assessing municipal infrastructure affecting behavioral risk factors for cardiovascular and other noncommunicable diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(6):3268. (In Russ.) Попович М. В., Концевая А. В., Зиновьева В. А. и др. Разработка и апробирование инструмента оценки муниципальной инфраструктуры, влияющей на поведенческие факторы риска сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(6):3268. doi:10.15829/1728-8800-2022-3268.
2. Evstifeeva SE, Kapustina AV, Nikonov EL, et al. Age and sex characteristics of behavioral risk factors and adherence to a healthy lifestyle in Muscovites. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(5):2670. (In Russ.) Евстифеева С. Е., Капустина А. В., Никонов Е. Л. и др. Возрастные и гендерные характеристики поведенческих факторов риска и приверженности здоровому образу жизни у москвичей. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(5):2670. doi:10.15829/1728-8800-2020-2670.
3. Drapkina OM, Shepel RN, Drozdova LYu, Orlov DO. Prevention continuum: an assessment of cardiovascular disease prevention based on the data from a survey of doctors. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(8):3090. (In Russ.) Драпкина О. М., Шепель Р. Н., Дроздова Л. Ю., Орлов Д. О. Профилактический континуум: оценка профилактических аспектов сердечно-сосудистых заболеваний по данным медико-социологического опроса врачей. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(8):3090. doi:10.15829/1728-8800-2021-3090.
4. Drapkina OM, Karamnova NS, Kontsevaya AV, et al. Russian Society for the Prevention of Noncommunicable Diseases (ROPNIZ). Alimentary-dependent risk factors for chronic non-communicable diseases and eating habits: dietary correction within the framework of preventive counseling. *Methodological Guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(5):2952. (In Russ.) Драпкина О. М., Карамнова Н. С., Концевая А. В. и др. Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ). Алиментарно-зависимые факторы риска хронических неинфекционных заболеваний и привычки питания: диетологическая коррекция в рамках профилактического консультирования. *Методические рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(5):2952. doi:10.15829/1728-8800-2021-2952.
5. Antsiferova AA, Kontsevaya AV, Khudyakov MB, et al. Experience in implementing workplace wellbeing programs in Russia: results of a survey of employers on the ATRIA platform. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(6):3266. (In Russ.) Анциферова А. А., Концевая А. В., Худяков М. Б. и др. Опыт внедрения корпоративных программ укрепления здоровья на рабочем месте в Российской Федерации: результаты опроса работодателей на платформе АТРИА. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(6):3266. doi:10.15829/1728-8800-2022-3266.
6. Adamyants TZ. Social communications: A textbook for universities. "Higher education" (vulture). Moscow: Drofa. 2009:204. (In Russ.) Адамьянц Т. З. Социальные коммуникации: Учебное пособие для вузов. "Высшее образование" (гриф). М.: Дрофа. 2009:204. ISBN 978-5-358-05970-2.
7. Yermekbaeva G. The concept of communication and the role of social communication in modern society. *Vestnik Kaznu. Series philological, [S.l.]*. 2015:138(4). (In Kaz.) Еремекбаева Г. Коммуникация түсінігі және әлеуметтік коммуникацияның қазіргі қоғамдағы рөлі. *Вестник КазНУ. Серия филологическая, [S.l.]*. 2015:138(4).
8. Podhoretzky Yu. Social communication — the science of the XXI century. *Historical and social educational idea's*. 2015;7(2):157-63. (In Russ.) Подгорецки Ю. Социальная коммуникация — наука XXI века. *Историческая и социально-образовательная мысль*. 2015;7(2):157-63.
9. Kornilova OA, Avdeeva EA. How is the demand for important professional qualities of a future doctor changing in the context of digitalization? *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(1S):3133. (In Russ.) Корнилова О. А., Авдеева Е. А. Как меняется востребованность профессионально-важных качеств будущего врача в условиях цифровизации? *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(1S):3133. doi:10.15829/1728-8800-2022-3133.
10. Zorina AA. Social communication in the system of public relations. *Humanitarian Bulletin*. 2018;(12):7. (In Russ.) Зорина А. А. Социальная коммуникация в системе общественных отношений. *Гуманитарный вестник*. 2018;(12):7. doi:10.18698/2306-8477-2018-12-577.
11. Khabibullina ZN. The role of communication in the socialization of personality. *Bulletin of Science and Practice*. 2018;4(11):537-41. (In Russ.) Хабибуллина З. Н. Роль коммуникации в социализации личности. *Бюллетень науки и практики*. 2018;4(11):537-41.
12. Alimov A. Application of interactive methods in higher educational institutions. *Almaty, 2009. 263 p.* (In Russ.) Алимов А. Применение интерактивных методов в высших учебных заведениях. Алматы, 2009. 263 с. ISBN: 9965-9805-7-8.
13. Belasheva IV, Plugina MI, Esayan ML. Conflict competence of students of the educational environment of a higher educational establishment: a study of the formation dynamics. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(4S):3486. (In Russ.) Белашева И. В., Плугина М. И., Есаян М. Л. Конфликтологическая компетентность студентов образовательной среды высшего учебного заведения: исследование динамики становления. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(4S):3486. doi:10.15829/1728-8800-2022-3486.
14. Galeeva II. Interculture is the third stage of intercultural interaction. *Actual problems of human communication. Moscow MGLU, 1999.* (In Russ.) Галеева И. И. Интеркультура — это третий этап межкультурного взаимодействия. *Актуальные проблемы человеческого общения. М. МГЛУ, 1999.* ISBN: 5-88022-224-1.
15. Neplyueva GA, Soloveva AE, Krovopolenova SD, et al. Prevalence of professional burnout among practicing cardiologists in the constituent entities of the Russian Federation. *Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(1S):5320. (In Russ.) Неплюева Г. А., Соловьева А. Е., Кривополенова С. Д. и др. Распространенность синдрома профессионального выгорания среди практикующих кардиологов в субъектах Российской Федерации. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(1S):5320. doi:10.15829/1560-4071-2023-5320.
16. Taratukhin EO, Miroshnichenko MD, Chasovskikh GA, Pavlova EK. *Fundamentals of doctor-patient relations. A course of lectures. Under the general editorship of E. O. Taratukhin. Moscow: LLC "Silicea-Polygraph", 2021. 174 p.* (In Russ.) Таратухин Е. О., Мирошниченко М. Д., Часовских Г. А., Павлова Е. К. Основы отношений врач-пациент. Курс лекций. Под общей редакцией Е. О. Таратухина. Москва: ООО "Силицея-Полиграф", 2021. 174 с. ISBN: 978-5-9907556-4-2. EDN QDJEZL.

17. Health literacy. The solid facts. World Health Organization (Regional office for Europe). Ed. Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros. Copenhagen, 2013. ISBN: 978-92-890-00154.
18. Vasilyeva LA. Features of the formation of professional competence of future mid-level medical workers. Bulletin of Orenburg State University. 2011;(5):19-22. (In Russ.) Васильева Л.А. Особенности формирования профессиональной компетентности будущих медицинских работников среднего звена. Вестник Оренбургского государственного университета. 2011;(5):19-22.
19. Bıymurzayeva FA, Buribayeva ZhK, Saparaliev AM, Tuktibaeva SA. Modern problems of training public health specialists in Kazakhstan. Bulletin of the Kazakh National Medical University. 2021;(1):329-34. (In Russ.) Бимурзаева Ф.А., Бурибаева Ж.К., Сапаралиева А.М., Туктибаева С.А. Современные проблемы подготовки специалистов общественного здравоохранения Казахстана. Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2021;(1):329-34. doi:10.53065/kaznmu.2021.79.51.069.
20. Imankulova L, Kurmanbay A, Bakirova L, et al. Enhancement of scientific research function of future teachers in modern education system. Cypriot Journal of Educational Sciences. 2022;17:741-51. doi:10.18844/cjes.v17i3.6936.
21. Ospanova Zh, Tolybayeva K, Nurkenova S, et al. Lingua and culture study research on indirect communication cognitive metaphor. XLinguae. 2020;13:157-65. doi:10.18355/XL.2020.13.02.13.
22. Ibrahim T. Al-Farabi's treatise "On Intellect" (Transl., foreword and comm. by T. Ibrahim). Orientalistica. 2020;(2):954-82. doi:10.31696/2618-7043-2019-2-4-954-982.

В поисках современного образа врача: на каких примерах учиться у великих? Часть I

Родионова Ю. В.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.
Москва, Россия

В настоящее время в программу обязательного постдипломного медицинского образования все чаще вводятся дополнительные курсы, в которых содержатся рассуждения на тему личностных качеств врача и о функциях медицинской профессии. Из биографий врачей "прошлого" выбираются некие морально-нравственные ориентиры, которые возносятся в идеал и повторяются в каждой биографической статье без должной профессиональной оценки. Происходит мифологизация образа врача среди профессионального сообщества, и причина этой тенденции, отчасти, кроется в ложном представлении о том, что история медицины может быть написанной без специализированных знаний и без инструментов, которыми пользуются историки при анализе информации биографического характера.

В статье дается общий обзор развития медицинского знания, на который влияли не только политические и экономические, но и религиозные факторы. Рассматривается специализированный подход, который используют историки при анализе биографической информации. Предлагается иной взгляд на возможности трактования образа врача, оценки деятельности врачей прошлого и форми-

рования примеров для врачей будущего, которые были бы востребованы в современном профессиональном образовании.

Ключевые слова: история медицины, образ врача, биографии врачей, профессиональное медицинское образование, морально-нравственные ориентиры.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 09/05-2023

Рецензия получена 17/05-2023

Принята к публикации 09/06-2023



Для цитирования: Родионова Ю. В. В поисках современного образа врача: на каких примерах учиться у великих? Часть I. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3600. doi:10.15829/1728-8800-2023-3600. EDN XQNFGJ

In search of a modern character of a doctor: what examples to learn from the greats? Part I

Rodionova Yu. V.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

At present, additional courses are increasingly being introduced into the postgraduate medical education program, which contain discussions on the personal qualities of a doctor and the functions of the medical profession. To that end, certain moral and ethical reference points are selected from the biographies of physicians of the "past", which are elevated to an ideal and repeated in every biographical article without proper professional evaluation. There is a mythologization of the image of a doctor among the professional community and the reason for this trend, in part, lies in the false idea that the history of medicine can be written without specialized knowledge and without the tools that historians use when analyzing biographical information.

The article provides a general overview of the development of medical knowledge, which was influenced not only by political and economic, but also by religious factors. A specialized approach used by historians in the analysis of biographical information is considered. A different view is offered on the potential of interpreting the image of a doctor, evaluating the activities of physicians of the past and forming examples for doctors of the future that would be in demand in modern professional education.

Keywords: history of medicine, image of a doctor, biographies of doctors, professional medical education, moral guidelines.

Relationships and Activities: none.

Rodionova Yu. V. ORCID: 0000-0002-6378-6317.

Corresponding author:
YRodionova@gnicpm.ru

Received: 09/05-2023

Revision Received: 17/05-2023

Accepted: 09/06-2023

For citation: Rodionova Yu. V. In search of a modern character of a doctor: what examples to learn from the greats? Part I. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3600. doi:10.15829/1728-8800-2023-3600. EDN XQNFGJ

Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: YRodionova@gnicpm.ru

[Родионова Ю. В. — к. м. н., руководитель отдела рецензирования, редактирования и издательской деятельности, руководитель секции, ORCID: 0000-0002-6378-6317].

Введение

Историю медицины пишут врачи и гуманитарии (конечно, выбирая разные темы и используя разные методы работы с источниками) — "пишут для врачей, историков и всех, кому еще интересна история медицины" [1]. Однако всякое знание основано на традициях школ, и, когда мы ищем "новизну", то должны эти достижения хорошо помнить: не однобоко, как в кем-то сделанном описательном обзоре, а системно, чтобы "раскрывалась внутренняя логика развития дисциплины".

К написанию статьи меня побудила деятельность рецензента рукописей, связанных с историей медицины и профессиональным образованием врачей, поступивших на рассмотрение редакции дополнительных выпусков журнала "Кардиоваскулярная терапия и профилактика" [2].

Исторические экскурсы на тему, что такое медицина — наука, ремесло или искусство, обычно перечисляют следующие важные темы: открытие кругов кровообращения Уильямом Гарвеем, вакцинацию, антисептики, генетику, трансплантологию. Фактически история медицины начинается в 1628г. Более того — ремесло и искусство на латыни и в истории — это одно и то же слово. Медицина называлась "искусством", а подразумевала понятие "ремесло". Путем компиляции информации из уже опубликованных статей выпускаются в свет новые, не проходящие должного рецензирования или экспертной оценки. Ценность истории дисциплины, изложенная в такой манере, вызывает сомнение.

"Ошибкам несть числа, и это неудивительно, учитывая, что историю медицины "для медиков" преимущественно создавали непрофессиональные историки, не имевшие навыков работы с источниками и питавшие необоснованное доверие к любой информации, которую не надо подтверждать результатами анализов и вскрытий" [3].

В статье, повествующей о разработках курса истории медицины [4], говорится, что "одним из главных воспитательных аспектов российского профессионального образования является привитие студентам нравственных качеств, необходимых для будущего успешного развития Российского государства".

"История медицины конкретизирует представление студентов-медиков о будущей специальности, повышает уровень как общей гуманизации, так и профессиональной культуры, а также формирует морально-этические принципы предстоящей врачебной деятельности. Таким образом, преподавание истории медицины является актуальным и неотъемлемым звеном образовательного процесса медицинского ВУЗа, основанного на современных методологических подходах и направленного на формирование мировоззрения бытия своей будущей профессии" [4].

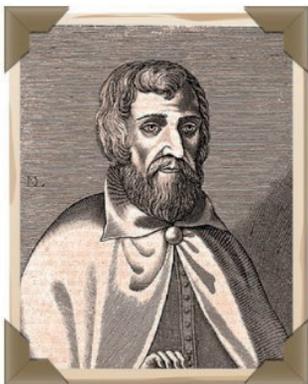
Рассказы о великих врачах традиционно составляют основную часть материала, посвященного истории медицины. Высказывания "выдающийся ученый, образованный, подающий большие надежды" — относятся к языку публицистической литературы, а не научному. Если эти эпитеты являются чьим-то мнением, то в тексте должна присутствовать ссылка на цитату того, кто это сказал (например, на мемуары или письма). Без знаний истории медицины и общего обзора состояния российской медицины на момент деятельности того или иного уважаемого врача-профессора — невозможно написать о том, что именно делало его научную деятельность исключительной.

В биографии Семена Семеновича Зимницкого есть такой факт, который можно интерпретировать по-разному, раскрывая психологический портрет известного врача. С.С. Зимницкий после получения должности профессора в Казанском медицинском университете разводится с женой и оставляет ее с двумя малолетними детьми в Санкт-Петербурге. При подготовке к печати биографической статьи о С.С. Зимницком [5] мы поспорили с авторами, стоит ли этот факт включать в статью: по мнению авторов, это яркий пример самоотречения ради науки, для историка — это переход в радикальную секулярную (светскую) парадигму (браки в это время скреплялись церковным актом, развод был невозможен), "вызов" социальному окружению, а для современного восприятия — неэтичное поведение отца семейства. Таким образом, любое личностное и биографическое действие может быть воспринято и интерпретировано по-разному в зависимости от тональности статьи и замысла автора.

Творением мифов часто занимаются сами врачи, начинающие, без необходимых знаний, обращаться к историческим примерам. Так, на любом плакате, посвященном истории медицины (рисунок 1), мы можем прочитать: Арнальд из Виллановы — врач, астролог и алхимик, "написал много трудов по медицинской алхимии", "использовал амулеты", "считал золото универсальным лекарством", "его самое крупное и важное произведение" — "Салернский кодекс здоровья".

Кроме определения "врач", больше ни один постулат не соответствует действительности. В русскоязычных публикациях об Арнальде из Виллановы мы видим многократное воспроизведение одних и тех же текстов, не подкрепленных необходимыми ссылками. Из этого нужно сделать вывод: чтобы что-то писать о средневековых врачах, историки медицины должны владеть латинским, испанским и каталонским языками (на которых опубликована большая часть критического анализа трактатов Арнальда), понимать принципы средневековой схоластической медицины и разбираться в развитии философско-богословских учений конца XIII — начала XIV вв.

АРНАЛЬДО ДИ ВИЛЛАНОВА (ок. 1235 – ок. 1311)



АРНАЛЬДО ДИ ВИЛЛАНОВА
(ок. 1235 – ок. 1311)

Арнальд из Виллановы был врачом и алхимиком, одним из основателей медицинской алхимии. Медицинскую практику проходил у итальянских и арабских врачей. Много путешествовал по Франции, Италии, Испании, был придворным лекарем князей и Римских пап. Преподавал медицину в Университете в Монпелье. Его обвиняли в связях с нечистой силой, и он попал под суд Инквизиции, но за него вступился папа Римский, которого он незадолго до этого вылечил.

Арнальдо из Виллановы написал много трудов по медицинской алхимии. Самое крупное и важное его произведение – «Требник с головы до ног». Наиболее известен его Салернский Кодекс Здоровья.

Он был по-настоящему прогрессивным врачом, возражал против применения сложных лекарств, утверждая, что «чем больше в рецепте снадобий, тем хуже действие сложного лекарства». Но при этом он признавал силу магических ритуалов, а также мощь дьявола и демонов.

В лечебной практике использовал амулеты, а золото считал универсальным лекарством.

Афоризмы Арнальдо актуальны и сейчас:

1. Не лавай волю страстям

Рис. 1 Пример современного информационного плаката об Арнальде из Виллановы.

Автором статьи "Арнальд из Виллановы и его идеологическое "клише" как медика, теолога и алхимика" [6] были собраны и проанализированы результаты современных исследований, посвященных личности и трудам врача. Исследована лечебная концепция с точки зрения философского и натуралистического подходов. Внесены корректировки в мифотворчество, посвященное восприятию образа Арнальда из Виллановы как алхимика, суммированы подлинные сочинения и приписываемые.

Современное знание о врачебном искусстве Арнальда из Виллановы может оказать влияние на исправление неточностей в его биографии и пересмотр концепции изучения истории медицины конца XIII – начала XIV вв.

Еще одно мощное мифотворческое направление, которое захлестнуло современное медицинское сознание — это врач-гуманист, врач-святой, образ, который до настоящего времени активно поддерживается обзорными статьями исследователей, пишущих на тему истории медицины, — биография Федора Петровича Гааза (рисунок 2).

В биографическом материале о Ф. П. Гаазе необходимо выделить несколько периодов оценки его деятельности [7]. Сначала Ф. П. Гааз предстает успешным врачом, получающим государственные награды, затем его врачебная деятельность нивелируется в глазах высшего общества, профессиональ-



Рис. 2 Федор Петрович Гааз.

ное прославление переходит к низшим слоям населения, а затем в том возрасте, когда его называют "стариком", его деятельность воспринимается как

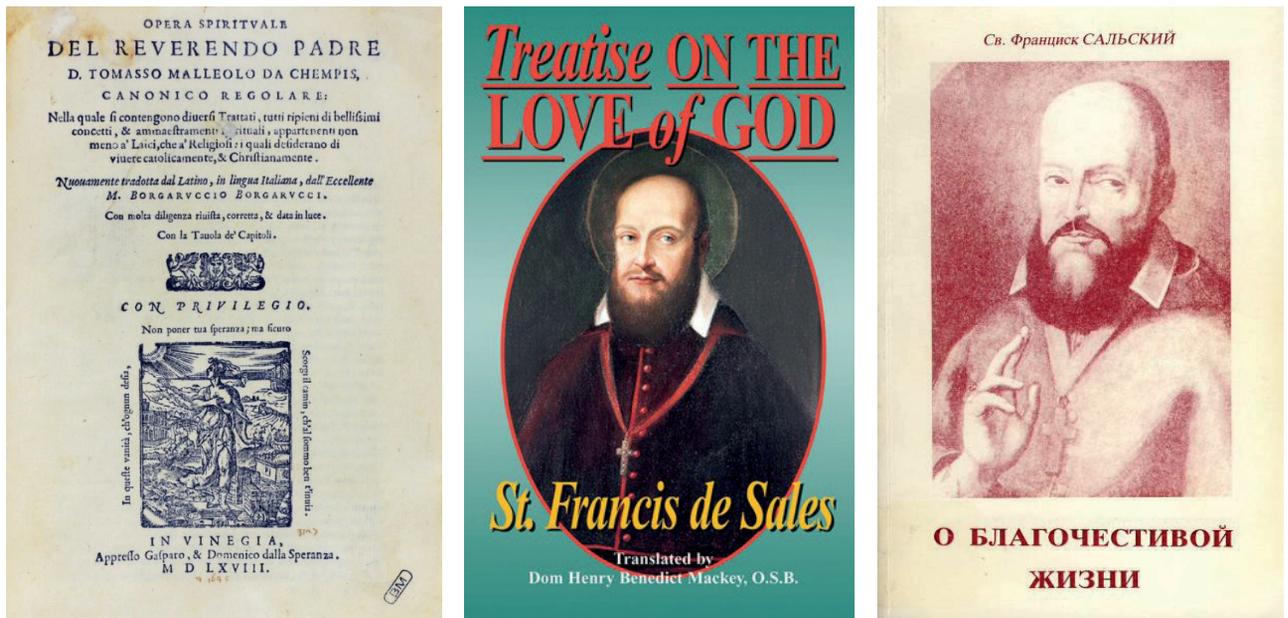


Рис. 3 Книги, упомянутые в биографии Ф. П. Гааза, которые составляли круг его чтения: Фома Кемпинский *Del reverendo padre* ("Подражание Христу") и Франциск Сальский "О любви Бога", "Руководство к благочестивой жизни".

"чуждость" или "тронутость умом". Ф. П. Гааз ведет себя в модели *совершенного бедняка*, стремящегося в более ранние годы оказать влияние на систему, а в более поздние — собственной деятельностью показать пример самоотречения ради ежедневных дел милосердия и благотворительности. Его деятельность проникнута глубоким религиозным чувством, не доступным для понимания большинства людей из его окружения. Можно увидеть два направления в деятельности Ф. П. Гааза, которые тот различал — самосовершенствование в делах милосердия и в изменении отношения врача к больному, т.е. вменение врачу помимо "дел ремесла", священнических функций (обязанностей духовного наставника), которые всегда были разделены в общественном сознании.

Неудобный факт, что Ф. П. Гааз являлся последовательным католиком в российском сегменте литературы либо не упоминается, либо интерпретируется: в русской медицине якобы произошла рецепция универсальных христианских идей и ценностей:

"Часть русского общества и русского православного уклада русская медицина не могла развиваться вне связи с христианскими ценностями, составлявшими основу европейской нравственности. В традициях русской медицины реализуется рецепция христианских идей и ценностей, отражаемых в жизни, творчестве и медицинской деятельности известных врачей-гуманистов... Для русской медицины *характерна* реализация прежде всего этических ценностей христианства: любви к ближнему, милосердия, сострадания, терпения, смирения, бескорыстия, прав-

дивости, справедливости и т.д. Идея милосердного служения больному как высшего смысла врачебной деятельности оставалась доминирующей в русской медицине" [8].

Или производится фантастическая и фактологическая перверсия:

"К умирающему приезжал проститься митрополит Филарет. Сохранились свидетельства, что он даже отслужил по нему посмертную панихиду, хотя и не имел на это формального права, так как Гааз был не православным, а **протестантом**. Но в глазах Московского митрополита Гааз был святым независимо от конфессиональной принадлежности" [9].

Современная интерпретация деятельности Ф. П. Гааза, "как моста" между католиками и православными, является искусственным продуктом, обслуживающим процесс канонизации (беатификации). При современной интерпретации навязывается образ Ф. П. Гааза как "истинно верный" и затмевающий всю деятельность церковных и светских организаций. Свойства *наставлять грешников, учить невежественных, давать правильные советы сомневающимся, утешать опечаленных, терпеливо переносить обиды, с радостью прощать тех, кто нас оскорбляет, молиться за живых и мертвых*, в современном понимании, являются признаками святости для организаторов процесса канонизации, но никак не могут быть соотношены с профессией врача.

Образ Ф. П. Гааза, как идеальный образ врача, трактуется "необходимостью обратить все познания и все средства на облегчение страданий, же-

вание такое большое, что граничит с готовностью пожертвовать собой для этой цели, — вот каковы должны быть качества настоящего врача" [8, 10]. В современную профессиональную биоэтику вводятся следующие принципы [11]: "вера в свою работу как в воплощение долга, ответственность за судьбу ближнего, осознание ценности каждой человеческой жизни; осознанное делание добра в духе милосердия и сострадания; развитие своей способности любить больного на реальном и частом проявлении этой любви", т.е. по сути христианские ценности, которые распространяются на всех людей, не только больных или не только врачей.

Ф. П. Гааз к концу своей жизни через глубокое самоосмысление, чтение духовной литературы (рисунок 3) и повседневные дела милосердия стремился к идеальным христианским ценностям в духе "vita apostolica" и "imitatio Christi", и этот путь проходили многие святые подвижники, однако его нельзя интерпретировать как путь, изобретенный лично Ф. П. Гаазом, создавая из него кумира для подражания, т.е. осуществляя поиск ценностей для современного врача в биографических данных, сохранившихся и интерпретированных в течение двухсотлетней истории. В этом случае врачу атрибутируются духовно-нравственные ценности и модели поведения, созданные не для врачей, а для индивидуумов, вставших на путь самосовершенствования в духе ценностей католических святых нового типа, когда появились различные братства и еретические группы, стремящиеся познать божественную любовь через самоотречение от мирского. И это уникальные случаи, поскольку Ф. П. Гааз сочетал в себе путь к Христу через дела милосердия и самоотречения от мирской собственности и профессию врача. Лечение больных для Ф. П. Гааза не разделялось с индивидуальным духовно-нравственным совершенством, а было одним из аспектов его деятельности. Если предлагать "модель Гааза" как пример для современных врачей, то это не предполагает занятость врача исключительно профессиональной деятельностью, а заставляет внедрить в свою жизнь весь перечень действий, который должен совершить человек, занятый духовными практиками.

Феномен биографии/автобиографии

Профессиональный историк в своей деятельности опирается на анализ источника — документа, свидетельства и пр. Эти источники разнообразны. И каждый из них изучается путем разматывания сложного клубка из многочисленных вопросов: с какой целью был написан текст? Что послужило мотивом для создания? Чего хотел добиться автор? Какому читателю текст предназначался? Какие поступки должен совершить читатель после прочтения?

Всегда существует предмет для критики: *есть ли различие между определением "реального человека" или*

описанием "своего собственного бытия"? Тщательное изучение литературного текста рождает новые вопросы: в чем различие между "автором", "писателем", "пишущим", "рассказчиком" и "главным героем". В процессе привлекаются другие свидетельства — подтверждающие или опровергающие те выводы, которые рождаются в процессе исследования.

Историк не может принять на веру без проверки ни одну ссылку, найденную в чужой работе, и может поставить под сомнение ценность выводов, если они не подкреплены надежными свидетельствами. В многочисленных статьях и других работах *мы почему-то принимаем на веру все сказанное*, поэтому масса публикаций растет в геометрической прогрессии, повторяясь и плодя мифы. Авторы, пишущие работы по истории медицины, в моей практике были такие случаи, *говорили, что они — специалисты по медицине, а не историки, поэтому много не понимают* и предпочитают компилировать свои статьи из сведений, почерпнутых в чужих ранних публикациях.

В основе любой биографии лежат некие факты о человеке, которые были кем-то засвидетельствованы или собраны из различных письменных и устных источников (которые тоже обладают биографическим свойством) и интерпретированы составителем биографии.

Биограф собирает определённые сведения (возможно, отсеивает ненужное — со своей точки зрения), которые подтверждают направление мысли, задачу, цель написания его труда. Биограф пишет не для себя, а для определенной аудитории. Характеристика читателей может иметь определенные параметры — узкое профессиональное сообщество, массовый читатель, просвещенное сообщество, умеющее читать и интересующееся проблемами, затронутыми в труде биографа. В соответствии со своими задачами биограф использует литературные приемы, выделяя тезисы, на которые он хочет обратить особое внимание, зачастую — выделениями шрифта в тексте.

Поэтому перед исследователем уже написанной биографии стоят следующие задачи: выявить автора (или авторов), определить мотивы и намерения, которые им руководили при написании данного труда; выявить какие-либо закономерности; установить, каким образом личность биографа влияет на содержание.

Подробно проанализировав обстоятельства, которые повлияли на биографа, определив его мотивы и намерения, можно выявить и облик читателя и, наконец, ответить на главный вопрос — зачем был создан данный труд? Таким образом, например, в составе житий, которые в большинстве случаев являются сочинениями, написанными биографами, выделяются несколько наслоений: различия индивидуальности и биографии; определение автора, писателя, главного героя и читателя [12].

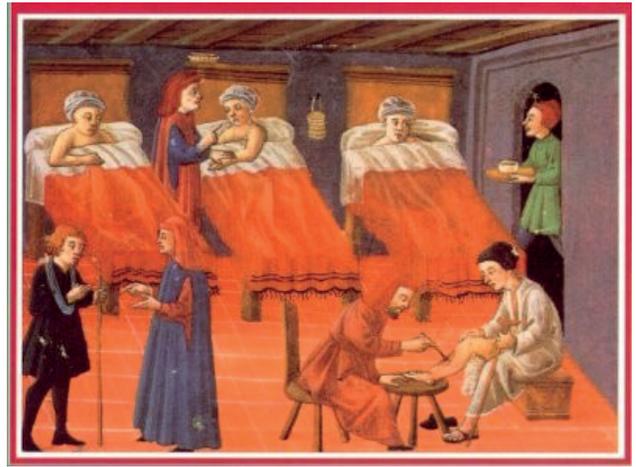


Рис. 4 Изображения, посвященные Салернской школе средневековой медицины.

Любой творческий порыв, реализуемый на бумаге, можно систематизировать, выделив в нем ряд черт. Между двумя конечными точками: писатель — читатель, располагается ряд обстоятельств, определить которые можно в процессе анализа текста или исторического окружения, в котором находятся автор и его читатель.

Исследователь получает целостное представление о произведении, получив ответы на следующие вопросы: С какой целью был написан текст? Что послужило мотивом для создания? Чего хотел добиться автор? Какому читателю текст предназначался? Какие поступки должен совершить читатель после прочтения? Однако всегда существует и предмет для критики: есть ли различие между определением "реального человека" или описанием "своего собственного бытия"? Поэтому тщательное изучение литературного текста рождает новые вопросы: в чем различие между "автором", "писателем", "пишущим", "рассказчиком" и "главным героем".

Болезнь, здоровье, пациент, лекарство

В современном обществе мы не совсем точно понимаем: *медицина — это ремесло или нечто большее?* "Пациентоориентированный" подход приводит к тому, что врач начинает брать на себя множество функций, которые не относятся к его специальности.

В первом тысячелетии нашей эры лечение болезней воспринималось исключительно как "магическое действие" [13]. Медицина была паллиативной, т.е. скорпомощной и полумерной — заболел зуб, сделаем настойку, подержим в области зуба, облегчим состояние. Если над отваром пропеть псалом или прочитать молитву, то лекарство станет более действенным. Медицинское знание было редкостью и очень дорого стоило, и дипломированным оно стало, когда начали образовываться школы и университеты под контролем светских и церковных властей или медицинских обществ.

Всем врачам известно название школы в Салерно (рисунок 4), городе на пересечении паломнических и торговых путей, которая собрала в единую географическую точку медицинские знания врачей Востока и Запада. В истории этой школы выделяют три периода: IX-Xвв, к которому относятся первые записи, XI-XIIIвв — период расцвета, XIVв и далее — период упадка.

Известно множество сочинений и переводов, составленных врачами того времени [14]. Первые врачи объединялись в гильдии, дав начало школе, а их высокопоставленные пациенты обеспечивали славу и известность. Соответственно, медицинское знание представляло собой "плавильный котел". Гиппократом было сформулировано учение, согласно которому в теле человека содержатся четыре основные жидкости (гуморы): кровь, флегма (слизь), желтая желчь и черная желчь. Эти жидкости в норме находятся в своеобразном балансе по качеству и количеству. Нарушение этого баланса вызывает болезнь. Авиценна (арабская медицина) разделял качества четырех элементов (состояний): сухое, влажное, теплое и холодное. Для Аристотеля природа — это только телесные субстанции. У бл. Августина Бог создал сначала материю, а уже из нее небо и землю, затем, в желании сотворить совершенную красоту, поместил все элементы форм и формы элементов в гармонию и придал им движение. Эстетическая ценность природы является для человека целебной силой: наполнение премудростью Божией является для человека высочайшим блаженством. Для Боэция природой могут называться тела и субстанции — телесные и бестелесные, которые существуют.

Силы природы изгоняют материю (*materia expulsa est vi naturae*). Материя может быть горячей и холодной, и она не статична, ее количество лишь изменяется в зависимости от времени года и возраста. Поэтому при анализе содержания трактата Салернской школы [15] можно сказать, что *фило-*

софия исцеления тела опирается на понимание природы как инструмента, сотворенного Богом, а не на воздействие божественной силы (воли), которая принимает решение об исцелении в каждом отдельном случае (индивидуально для каждого больного). Таким образом, происхождение болезни тела является следствием некоего воздействия на материю, ее переизбыток влияет на природу, которая сопротивляется и стремится к возвращению равновесия и к своей целостности.

В трактате ремесло врача называется "искусством" и вводятся особые признаки этического поведения врача. После осмотра и опроса врачу нужно было обрести уверенность в себе, "как в созида теле здоровья", и уверить больного, что он потратит все силы на врачевание. Необходимо было вести себя спокойно, с благодарностью принять угощение, похвалить месторасположение и убранство дома, подчеркнуть щедрость (великодушие) принимающей стороны.

"И как из плоти, дух умножается в тебе и в больном, которому очень нравится, что ты к нему пришел, так же и ты жадно думаешь о своей задаче, о различных трудностях твоих и больного, которые смутили [тебя] в распознании пульса. Данное, вследствие этого, спокойствие больному и прежде всего духа [его] влияет на урежение пульса, не обращай внимания на то, на каком боку он лежит, [главное] чтобы пальцы были вытянуты и не сжатыми в кулак, и когда ты поддерживаешь за левое предплечье, [необходимо] меньше касаться для ударного воздействия, чтобы изучить разные типы пульсации, и за долгое ожидание, слова твои порадуют страдающего".

"Чтобы потом наставлять (поучать), — продолжает учить трактат, — нельзя смотреть жадным взглядом ни на супругу, ни на дочь, ни на служанку; как врачи могут повлиять на душу больного, так и Бог может изменить свое решение, и врачи приносят больным благоговение, но не заботятся о собственном благополучии. Если хочешь затем поговорить о победе, жизненных ожиданиях, божественном внимании, ожидая, сначала помощи. Поэтому за обедом, как обычно это делается, когда семья приглашает, жадно не поглощай пищу, сначала выбери место, хотя врачу и священнику предлагают самое лучшее; напитком или пищей не пренебрегай и не брезгуй грубой простотой и деревенским хлебом, изнуряющим живот, контролируй себя".

После выздоровления в свой последний визит врач с веселым видом должен сказать:

"Так, как вы и сказали, нам с вами нечего лечить, избавляемся от вас с радостью и процветанием" и с легкостью покинуть его дом. А также — "запроси разрешение у родственников больного на консультации, для его же пользы, и что он тебе [даст], и ты ему дашь полное объяснение, насколько будет полезным (необходимым). Проси разрешение с осторожностью и осмотрительностью, на которую спо-

собен, и будь честным, насколько можешь, обещая мир (спокойствие) словами: "Господь с тобой!".

Из постановлений светских властей можно узнать и о "темной стороне" врачебной практики. В 1231г император Фридрих II (Гогенштауфен) выпустил свод законов, известный под названием *Constitutiones Melphitanae*¹. В статьях 44-46 закона указаны три основные проблемы, которые вели к многочисленным злоупотреблениям среди врачей и аптекарей: отсутствие фиксированной оплаты труда, занятие тайным лечением и изготовлением лекарственных средств, деятельность без магистерской степени. Запреты противодействовали также мошенническому сговору практикующих в городах врачей с изготовителями лекарств (аптекарями) с целью завышения стоимости лечебных снадобий и последующему получению процента за направление пациента в "нужную" лавку. Также врачам запрещалось иметь в собственности часть аптечного дела (лавку).

Для изучения средневекового представления о врачебном искусстве очень интересно замечание об обязательном изучении науки логики: "поскольку мы никогда не сможем узнать, может ли наука о медицине что-то логически предвещать, мы решили, чтобы никто не изучал медицину, прежде чем не изучит науку логику, по крайней мере, в течение трех лет".

Очень важно обращать внимание на тот факт, что 22-м постановлением IV Латеранского собора 1215г² врачам было запрещено посещать больного

¹ *Liber Constitutionum Regni Siciliae or Constitutiones Melphitanae*, III, 44-46. [https://www.dmgh.de/mgh_const_2_suppl/index.htm#page/\(IV\)/mode/1up](https://www.dmgh.de/mgh_const_2_suppl/index.htm#page/(IV)/mode/1up).

² См. Mansi, J. D. *Sanctorum consiliorum nova amlissima colectio*. Repr. Graz. 22, cols. 1010-11; <http://www.internetsv.info/Archive/CLateranense4.pdf>.

"Телесная болезнь чаще происходит из-за греха, поэтому говорит Господь напутственно тем, кто собирается выздороветь — не грешите и не делайте [себе] еще хуже, поэтому мы постановляем и строго предписываем врачам и тем, кто приходят исцелять больных, следующее: прежде чем что-либо предпринимать и назначать лекарства, *сначала защищать души*, чтобы больной получил сначала духовное спасение, а затем ему будет предоставлено исцеление тела медицинскими средствами, в качестве причины прекращения воздействия. Так, среди прочего, указываем, чтобы у постели больного никто не давал рекомендации о лечении, чтобы спасение душ происходило в ожидании грядущих событий — присутствия риска легко умереть. Если кто-либо из врачей нарушит наше предписание, после прохождения через утверждение местными прелатами и публикации, то с этого дня вход в церковь будет ему запрещен до тех пор, пока неверность [этот проступок] не будет компетентно удовлетворена. Более того, душа гораздо ценнее тела, поэтому запрещаем под угрозой анафемы любые медицинские действия, не являющиеся лечебными для тела и больного, которые подвергают опасности душу".

Гуморальная теория

Гиппократ: четыре основные жидкости (гуморы): кровь, флегма (слизь), желтая желчь и черная желчь.

Авиценна: качества четырех элементов (состояний): сухое, влажное, теплое и холодное.

Гален: *virtus vitalis*, или *spiritualis* — особые силы, которые генерирует человеческая душа (биение сердца, пульсация артерий). Эмоции (гнев, страх, удовольствие) влияют на гуморы.

Темпераменты: холерик, сангвиник, меланхолик, флегматик

+ Время года, возраст и питание (или воздух, огонь, земля, вода)

+ Равновесие энергий камней, заговоров, земных сфер, планет и их соединений

+ Связь здоровья человека с добродетелями, благородное и неблагородное происхождение

Элемент	Сок для тела	Первичное качество	Цвет	Вкус	Орган	Время года	Возраст	Температура	Пол
Воздух	Кровь	теплый и влажный	красный	сладкий	Сердце	Весна	Детство	Непрерывная	нет
Огонь	Желтая желчь	теплый и сухой	желтый	горький	Печень	Лето	Юность	Tertiana	мужской
Земля	Черная желчь	холодный и сухой	черный	острый и кислый	Селезенка	Осень	Зрелость	Quartana	нет
Вода	Белая слизь	холодный и влажный	белый	солёный	Мозг	Зима	Старость	Quotidiana	женский

Рис. 5 Описание гуморальной теории.

раньше, чем он поговорит со священником³. Таким образом, шло четкое разделение обязанностей врача и священника. Врач не имел права брать на себя функцию духовника, психолога и наставника.

В европейской медицине до начала XIII в полностью отсутствуют идеи о "гуморах". "Потусторонние силы" никуда не делись, а были встроены в новую концепцию натурфилософии, которая была поддержана церковными властями.

В начале XIV в был выпущен сначала светский, а затем, поддержанный Святым престолом, строгий запрет на лечение христиан "не-христианами". Срочно понадобились врачи-христиане, и это послужило толчком развития медицинского университетского образования.

Для понимания научного знания, которое оформилось к первой половине XIV в, необходим анализ представлений средневековых врачей о человеке и его жизнедеятельности в окружающем мире. Гиппократом было сформулировано учение о гуморах, Авиценной — об элементах, поэтому, на рубеже XIII-XIV вв из-за массового перевода арабского наследия, полученного после Реконквисты, произошел синтез обеих идей (рисунок 5).

На состояние равновесия жидкостей оказывали влияние: время года, возраст и питание (или

³ "Поэтому, когда придешь в дом его [больного], прежде всего, спроси, призвал ли он [ранее] к себе священника, или он этого не сделал или сделал, но умолчал об этом [о своей болезни]; поскольку, если ты определишь признаки болезни, появившиеся после разговора со священником, то от тебя [больной] будет ожидать исцеления, что и тебя введет в заблуждение".

воздух, огонь, земля, вода). Позднее развились теории влияния на это равновесие камней, заговоров, земных сфер, планет и их соединений (произошло развитие астрологии). Баланс определил разделение людей по темпераментам: холерик, сангвиник, меланхолик и флегматик. Работа врача заключалась в том, чтобы восстановить баланс гуморов с помощью различных средств — диеты, лекарств или хирургии.

Заново "открытые" учеными конца XIII — начала XIV вв трактаты Аристотеля, Гиппократа, Галена и др.) были приняты как базовая концепция жизнеобеспечения тела человека. Окончательно новое мировоззрение установилось, благодаря трудам Болонской школы медицины [16-18]. Представители этой школы и их труды хорошо описаны в историографии, однако необходимо обратить внимание на ряд важных моментов: лидеры движения были высокооплачиваемыми интеллектуалами и потомственными врачами; преподавание наук (концепция изучения, программа, врачебная тактика) оформляется в целостном виде; установилась система оценки знаний с присвоением ученой степени или выдачей лицензии на практику; все были вовлечены в профессиональную коммуникацию; врачи наблюдали только заболевания, которыми страдали их клиенты, но не обладали знаниями и опытом лечения заболеваний, распространенных среди представителей более низших классов.

В случае с Болоньей — городом, знаменитым своей школой права, — формированию медицинской школы способствовало сочетание несколь-

ких факторов: концентрация знаний по медицине; люди, которые могли бы организовать, и деньги. Школа медицины в Болонье как академический институт была организована одним человеком — Таддео Альдеротти из Флоренции в 1260-1316гг, и за эти годы группа его студентов и единомышленников приобрела признание коммуны в Болонье.

Выделение внутри идей группы Альдеротти и в сочинениях других мыслителей того времени понятий "магия" или "некромантия" произошло искусственно, благодаря трудам более поздних историков⁴. Учение о влиянии звезд на судьбу человека активно критикуется бл. Августином в вопросе 45 *Adversus mathematicos* (Против математиков) в сочинении *De diversis quaestionibus octoginta tribus*⁵. Бл. Августин приводит пример с близнецами, которые одновременно выходят из утробы матери, у которых гороскоп должен быть одним, а также подвергает сомнению предсказания по звездам. Однако эта проблема была решена в начале XIVв встраиванием предсказаний в теорию "гуморов": каждый человек по-разному воспринимает влияние звезд из-за разного сочетания гуморов в теле⁶. Преподавание астрологии становится академической дисциплиной в Болонском университете. Известны случаи преследования со стороны церковных властей за астрологию, но не за занятие, а за идеи. Ошибочными при занятии астрологией признавались только утверждения, что звезды и их соединения полностью влияют на поступки и волю человека. При этом концепция, что звезды влияют на тела, состоящие из элементов (земля, вода, воздух и огонь), горячее и сухое, холодное и влажное — считалась полностью правильной и правомочной. Это утверждение дает широкое поле для дальнейшей научной деятельности средневековых мыслителей, распределяющих планеты, созвездия и пр. по степеням их влияния. При этом болезнь может восприниматься результатом цепи событий, на которую человек, используя свой разум и волю, может повлиять: если он знает, что заболит, например, "горячей" болезнью, то может этому противостоять, приняв "охлаждающее" лекарство.

Важной здесь является и *связь здоровья человека с добродетелями*. Сын пекаря не может обладать

теми же достоинствами, что сын короля, даже если оба родились в один и тот же час, а значит — благородство рода качественно отличает наследственную предрасположенность к порокам и добродетелям: люди благородного рода, чье здоровье важно для общества, обладают иными качествами, чем люди неблагородные.

Управляющими силами в теле считались гуморы (баланс которых, конечно, в некотором смысле был одновременно проявлением, продуктом и комплекцией тела), дух и различные добродетели. Доктрина Галена предполагала существование *virtus vitalis*, или *spiritualis* — особой силы, которая проявляется в биении сердца и пульсации артерий, и эту силу генерирует человеческая душа. При этом испытываемые человеком эмоции (гнев, страх, удовольствие) влияют на гуморы. Врач, вызвавший доверие к себе, по мнению группы врачей из Болоньи, уже оказывает благоприятное влияние на развитие и исход болезни.

Гуморальная теория просуществовала до начала XIXв, и именно ей руководствовались врачи, когда подходили к постели больного.

Рождение клинической медицины

В практике врача заложена стройная система *болезнь-больной-лекарство-излечение*: когда врач встречается с больным, то, что он наблюдает: — развитие болезни; — историю жизни своего пациента; — историю воздействия лекарственного средства на болезнь и больного. И это происходит в том моменте времени, когда врач и пациент встречаются.

Что такое профилактика? Мы предполагаем воздействие неких условных факторов риска, которые являются фактами в истории жизни человека. Их частота и постоянство присутствия влияют на переход из "здоровья" в "болезнь". При этом непосредственная встреча врача и пациента не нужна, чтобы удостовериться, что факторы риска воздействуют. Эта история, которая ложится в основу истории болезни пациента, которого потом наблюдает врач.

Клиника (больница), особенно специализированная, появилась только в начале XIXв. До этого медицина была *частной*: врач приходил в дом своего пациента, практиковалось лечение на дому и индивидуально. А врач приобретал личный опыт, который потом передавал своим потомкам или ученикам. Отсюда произошли династии врачей и аптекарей, охраняющие "тайное знание" и делящиеся им только в узком кругу профессионалов, которому они доверяют или с которым связаны.

Еще одной формой был договор между врачом и городом: врачу за его деятельность платили городские власти. Однако города не могли содержать много врачей. Считалось счастьем, если в городе была своя медицинская школа. Например,

⁴ Thorndike L. A. History of Magic and Experimental Science. 6 vol. New York: COLUMBIA UNIVERSITY PRESS, Macmillan. (1923). Например, в статье о Петре Абанском (глава LXX) автор приводит отрывки из сочинений разных писателей с информацией об этом человеке и делает вывод, что они опирались на неизвестные источники, в то время как городская хроника не содержит таких сведений. Магия в контексте Петра Абанского предполагает учение о влиянии звезд на тело, разум и судьбу человека.

⁵ http://www.augustinus.it/latino/ottantatre_questioni/index2.htm.

⁶ См. Fabian S. B. Cecco vs. Dante: Correcting the Comedy with Applied Astrology. COLUMBIA UNIVERSITY. 2014. <https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/D84B2ZFW>.

в Бургосе в 1561г было семь дипломированных врачей, пять хирургов, пятнадцать цирюльников и шесть аптекарей. В Толедо в 1599г на население в 9 тыс. домохозяйств приходилось пять врачей. В Вальядолиде имела медицинская школа, в конце июня 1599г городской совет решил запросить у медицинского факультета врача и хирурга, желающих помочь в больнице Сан Лазаро. В обычных обстоятельствах врачи получали от города плату в 40-50 тыс. мараведи в год⁷, во время чумы ставки возросли — 1500 мараведи в день или 1200 мараведи за одного больного.

Госпитали организовывались по государственной необходимости — на поле боя или во время эпидемий. Они не выполняли функции места накопления знаний или наблюдений. Память о катастрофах на самом деле очень краткая — не более тридцати лет (одно поколение). Яркий пример — Великая Кастильская чума 1596-1602гг. Люди и врачи пребывали в растерянности, хотя в середине XVIв эпидемия чумы уже была на этих землях, и были написаны специальные врачебные руководства. Этот опыт был найден и повторен только через несколько лет после начала эпидемии [19]. Однако стоит отметить слаженность предпринятых противоэпидемических мер, которые представляются актуальными и в современности.

Такое отношение к эпидемиям может быть объяснено тем, что в сознании людей того времени *у каждой болезни была индивидуальная причина*, влияющая отдельно на каждого больного. Если случалась эпидемия, болезнь, которая достигала одновременно большое количество людей в одном и том же месте без различий возраста, пола и темперамента, тогда на всех них должна была влиять общая причина. Поскольку эпидемия начинается и угасает во времени, значит и причина может рассматриваться как чисто случайная [20]. Болезнь обнаруживается у всех одними и теми же симптомами, и для врача она являлась *неповторяемой*, в отличии от тех заболеваний, с которыми он обычно сталкивался. Возможность *заражения*, как мы понимаем его в современности, исключалась — воздействие происходило в форме "миазма", "дурной пищи" или воды, заносилась ветром, провоцировалась спертым воздухом и пр. Наблюдение за такой болезнью требовало длительного времени или массовости случаев.

Скучное описание эпидемий прошлого ("бысть мор силен") можно объяснить именно уникальностью симптомов, кратким периодом манифестации болезни, высокой смертностью, которые не

позволяли определить причину⁸. Такие скоротечные эпидемии объяснялись "наказанием за грехи" не только в православии [21], но и в католичестве. Труднее было объяснить оспу, коклюш, корь, туберкулез и пр.

По этой же причине возникли *санитарно-гигиенические предписания*, когда врачи обязывались наблюдать за чистотой, качеством пищи, состоянием кладбищ и скотобоен, контроль со стороны государства и перечень карантинных мер.

Часто рассказывая о врачах прошлого, практиковавших в XVIII-XIXвв, авторы обязательно вставляют фразу "он вел практическую деятельность у постели больного" или "преподавал у постели больного", однако современное представление о месте ("постели больного") — это совсем не то по смыслу, что означала постель больного в прошлом.

Постель больного — это койко-место, куда попадал человек с интересной и подходящей для изучения болезнью. Начиная с XVIIIв в медицине отмечается тенденция излагать структуру приобретенных медицинских знаний, а заодно — собственную историю, как будто постель больного является местом приобретения постоянного и стабильного опыта в противоположность теориям и системам, создаваемым отдельными личностями внутри медицинских школ и университетов.

Поэтому история медицины в конце XVIIIв и начале XIXв накапливала мифические рассказы. Клиника изменила цели медицины — до этого *медицина существовала в непосредственной связи со страданиями, которые она облегчала*. Когда заканчивалось страдание, воспринимаемое субъективно, заканчивалась и медицинская помощь. При этом окончание лечения (исцеление) удостоверяется выздоровевшим человеком не посредством специализированного знания или наблюдения, а субъективными ощущениями. Врач наблюдал за своим пациентом как бы в слепоте, ведомый тайным голосом, призывающим "наблюдать природу". Знания передавались по цепочке, от опытного учителя к уже подготовленному ученику или от отца к сыну. Опыт в медицинских школах систематизировался в знания и формировал целостное представление о природе человека, о происхождении болезней и способах облегчения страданий — философию медицинского знания.

Установление этого знания привело к систематизации, а потом и классификации болезней и способов врачебных манипуляций. Необходимо также иметь в виду, что медицина прошлого — *это ремесло, причем, оплачиваемое, что всегда разделя-*

⁷ В то время — мелкая медная монета. Стоимость в 1600г: 2 яйца — мараведи, 18 яиц — 9 мараведи, курица — 20 мараведи, цыпленок, кролик — 10 мараведи, тарелка пикадильо (фарш с овощами) в трактире — 32 мараведи, хлеб, 2 фунта — 26 мараведи, оплата чернорабочего — 5500 в год.

⁸ "...хракаху людие кровью, а инии железю боляху и не долго боляху, но два дни или три, а инии единь день поболее умираху"; "болезнь же бе сица: преже яко рогатиною ударить за лопатку или под груди, или меж крыь...".

ло понятия: — медицина для богатых и медицина для бедных; — болезни и состояния, которыми страдали разные слои общества; — дипломированные врачи и шарлатаны. Поэтому, когда мы говорим о медицине прошлого, то нужно обязательно уточнять источник получения информации.

В 1658г Франсуа де Ля Боз открывает клиническую школу при Лейденской больнице: он публикует наблюдения под названием *Collegium Nosocomium*. Наиболее известным из его преемников станет Бюххав. Именно с них и их учеников с XVIIIв начинается движение по созданию по всей Европе клинических кафедр или институтов. В 1720г реформируется Эдинбургский университет, где создается клиника по модели Лейденской; схожие клиники открываются в Лондоне в Оксфорде, Кембридже, Дублине, Вене, Геттингене, Падуе. Отметим, что под понятием "клиники" имеются в виду несколько больничных коек, у которых преподают медицину — практическими занятиями или чтением лекций. Подобные инициативы встречали сопротивление со стороны медицинских факультетов и корпораций, поскольку они были заинтересованы в сохранении старого порядка — образование давалось вне дома, индивидуально, за плату, наиболее видными профессорами. Клиническое обучение было более упорядочено организовано только в военных госпиталях.

Медицинское знание составлялось из сборников тщательно запротоколированных клинических случаев. Начинающие врачи часто посещали больницы, где они иногда жили. Количество больничных коек обычно не превышало тридцати. Таким образом, отбор больных для показательных случаев искажал способы выявления болезни и ее связь с больным. В больнице имели дело с индивидами, но обезличенными, главным делом для врачей — было распознавание болезни. Расследование каждого случая поручалось двум студентам, которые проводили опрос и наблюдали в течение всего периода лечения. Суть в том, что конечная цель — определить болезнь и ее классифицировать. Педагогическая деятельность профессора сводилась к тому, чтобы подсказать, в каком направлении вести поиск. Результат может быть двояким: болезнь можно угадать и не угадать, и точный диагноз определяется только на вскрытии, а не после выздоровления. В философии XVIIIв можно отметить два взгляда на концепцию поиска названия заболевания: "иностранец наблюдатель в незнакомой стране и слепой от рождения, обретший зрение" [20].

В противоположность профессиональным медикам существовали "народные целители".

"Народ стал жертвой мало обученных субъектов, которые, будучи возведенными по своему авторитету

в мэтры, назначают снадобья случайно и подвергают опасности существование тысяч граждан" [20].

Народная медицина существовала всегда, но, например, после Французской революции проведенные реформы на время упразднили само понятие лечебных учреждений и факультетов медицины. После этого уже высшие слои населения начали страдать от некомпетентности доморощенных врачей и "знахарей" и забили тревогу.

"Сколько невежественных убийц наводило бы Францию, если бы вы разрешили врачам, хирургам и фармацевтам второго и третьего класса... практиковать в соответствующих профессиях без нового экзамена... особенно в этом обществе человекоубийц, где всегда можно найти наиболее известных, наиболее опасных шарлатанов, тех, за кем закон должен надзирать" [20].

Государственное вмешательство в воспитание специализированных медицинских кадров и создание системы здравоохранения явились способами защиты от опасности. Особым вопросом была подготовка военных врачей для нужд армии. В Париже, например, вновь открылся медицинский факультет и была организована открытая для публики Школа Здоровья. Этические требования к будущим врачам были следующие:

"В каждом районе будут выбраны ученики, отличающиеся хорошим поведением, чистыми нравами, любовью к Республике и ненавистью к тиранам, достаточно развитой культурой и знанием некоторых наук, которые послужат предварительным условием искусства врачевания, их соберут в центральной Школе медицины, чтобы через три года они стали офицерами здравоохранения" [20].

Трехлетнее обучение предполагало изучение анатомии, физиологии, медицинской химии, ботаники, физики и пр., из медицинских предметов — фармации, оперативной медицины, внутренней и внешней патологии. Клиника включала две части:

"у постели каждого больного профессор будет оставаться на время, необходимое, чтобы его хорошо расспросить, надлежащим образом осмотреть. Он обратит внимание учеников на диагностические знаки и важные симптомы болезни", затем в аудитории профессор напомним общую историю болезней, увиденных в больничных палатах, укажет на их причины, "известные, возможные и скрытые", сформулирует прогноз, определит "витальные", "лечебные" или "паллиативные" назначения" [20].

Медицина в это первое время не называла себя клиникой без определения себя одновременно как множественного знания о природе и познании человека в обществе. Однако именно страх за здоровье и благополучие граждан государства во все

времена делает медицину закрытой профессией: со сложной системой обучения, экзаменами и сертификатами.

Коммерциализация клинической медицины

В те времена, когда медицина была ремеслом, ценностью считалось избавление от страдания, но существуют такие объекты, чья ценность мало зависит от индивидуальной и коллективной оценки, например, человеческая жизнь, добропорядочность и компетенция врача, объем и добровольность врачебной помощи. Здоровье, как объект предпринимательства, имеет непосредственно невидимую истинную ценность, и она зависит и от ошибки, и от обмана, следовательно, ее нужно измерять [20].

1. Наиболее важная этическая проблема, которую порождает идея клиники, следующая: на каком основании можно превратить в объект клинического изучения больного, принужденного бедностью или по иной причине просить помощи в больнице? Он просит помощи, а его просят стать объектом осмотра, причем относительным, поскольку его изучение предназначено для того, чтобы лучше узнать других. Более того, процессы наблюдения и изучения связаны с новизной и риском. Врач в частной практике должен заботиться о своей репутации, при назначении лечения руководствуется уверенностью в безопасности.

2. Обучение будущих врачей "у постели больного" связано еще с двумя этическими вопросами: студент "смотрит манипуляции над больным, чтобы знать", а профессор "показывает, чтобы учить". Но может ли быть страдание публичным спектаклем и демонстрируемое тело объектом публичного, пусть и профессионального осмотра [20]?

Исторически подобные вопросы не поднимались с начала "рождения" клиники до наших дней, когда вопросы врачебной этики начали активно научно разрабатываться.

3. На этапе накопления медицинского опыта не был разрешен еще один этический вопрос: в клинике единичный опыт излечения трансформируется в общественное знание, посредством которого происходит излечение других. История страданий отдельных людей, история успешного/неуспешного исцеления, необходима для облегчения страданий других [20].

Таким образом, каждый пациент, приходящий в больницу или согласный на включение в экспериментальную группу наблюдения, становится соучастным накоплению положительного медицинского опыта, который становится общественным, а не частным общественным достоянием.

Больница как организация становится прибыльной, начиная с того момента, когда страдание приходящих в нее обращается в предмет для изучения или объект для демонстрации. Со стороны

пациента — он получает квалифицированную помощь (например, по полису ОМС, гарантированную государством) и одновременно становится объектом научного знания, которое может быть использовано тем же государством для обучения и разработки новых методов обследования и лечения.

Совершенствование "врачебного подхода"

В XIXв изменяется врачебный подход к систематизации болезни. Если раньше врачи стремились составлять классификации патологии, то теперь они на основании отмеченных мельчайших изменений начинают оценивать шансы своего пациента, риск и пользу лечения. Концепция болезни видоизменяется, как и способ ее познания. Таким образом, описание признаков модифицируется, теория, отделенная от опыта, сливается с ним воедино.

Классификация болезней основана на наблюдении симптомов и признаков (знаков). Симптом — объективно улавливаемая (фиксируемая) форма проявления заболевания. Она основана и на субъективной оценке своего состояния больным, его жалобах (например, кашель, повышение температуры, насморк, боль в теле, трудности дыхания, угнетение функций организма). Симптомы не являются сущностью болезни, а только позволяют предположить врачу, в каком направлении нужно продолжить исследования. Признак — это опять объективно оцениваемое состояние: что происходит с больным в настоящее время, что с ним происходило ранее, что с ним будет потом. Это опять же — не констатация болезни, не ее название, а основа для предсказания исхода, который не может стать "неизменной истиной". Накопление знания о случаях одних и тех же знаков и симптомов позволяет предвосхищать исход и на него влиять. Медицина XIXв переходит от индивидуального выявления сущности болезни к прогнозированию исходов сочетания схожих признаков [20].

Идентификация болезни происходит на первом этапе — в определении сочетания симптомов, на втором — в поиске аналогий, что позволяет идентифицировать одну болезнь от другой, на третьем этапе происходит поиск данных о схожих случаях, консультации с другими специалистами, на четвертом — утверждение достоверности полученной информации. Возникает метод оценки вероятности исходов, например, при оперативном вмешательстве или приеме лекарства. И этот метод опять же возникает на основе оценки множества случаев положительных и отрицательных исходов.

Новый врачебный подход оформляется путем слияния педагогического опыта и клинического, его основными инструментами становятся расспрос и наблюдение, осмотр и выслушивание жалоб больного, логическое размышление и поиск

аналогий. Целью врача не является установление истинного названия болезни, а установление взаимосвязей между отмеченными патологическими процессами в двух плоскостях — времени и пространстве [20].

Болезнь перестает быть частью природы, некоей сущностью, которая изменяет человека и ведет его к смерти, а получает свойство видимого невидимого процесса, поддающегося лечению и исцелению.

Образ врача древности для врачей Нового времени

Нельзя обойти вниманием уникальное качественное исследование, цель которого заключалась в фиксации образа врача "прошлого" для врача "новой формации", знакомого с клиникой, — начала и середины XIXв [22].

Был проанализирован *Инфернальный словарь* (Dictionnaire infernal) Коллена де Планси, переизданный несколько раз (1818, 1825, 1844, 1845, 1853, 1863), который, по замыслу своего составителя, являлся компендиумом суеверий, но суеверий "современных" и "наших". Цель исследования — локализовать устойчивые сочетания элементов повествования и атрибутов, соотносимых с фигурой врача, и сформулировать возможные темы и дисциплинарные рамки для дальнейшего исследования проблематики, которая в настоящий момент в русскоязычной науке не описана⁹.

Были выбраны трое врачей — Петр Абанский, Арнальд из Виллановы (середина XIIIв — первая

⁹ В рабочей гипотезе автором закладывалось следующее: 1) историческая фигура врача в словарной статье содержит несколько слоев смысла, который ей приписывается: первый слой — фрагменты, содержащие свидетельства современников или близкие ко времени жизни описываемых персон (например, сведения из протокола обвинительного заключения); второй — интерпретация этих фрагментов источников в контексте раннего Нового времени (например, демонологии Пьера Деланкра 12, XVIIв); третий — контекстуализация разновременных нарративов составителем *Инфернального словаря*; 2) приписывания одних и тех же характеристик повторяются в ряде биографий врачей (например: "ручной демон, который его всему научил") настолько очевидно, что можно говорить о своего рода каноне жанра; 3) артефакты описания, точнее приписывания фигуре врача определенных признаков ("врач, астролог и колдун/еретик") и их корреляции, позволяют частично реконструировать внутреннюю логику их создателей. Но для этого (см. п. 1) необходимо дифференцировать, кто пишет, с какой позиции и с какими практическими целями; 4) по-разному работающая логика приписывания характеристик фигуре врача позволяет провести различие между этими разными историческими дискурсами; 5) встраивание фигуры врача путем манипуляции и адаптации доступных составителю словаря сведений в определенную систему ценностей коррелирует с эволюцией Коллена де Планси от манифестируемого верующего вольнодумца в верного сына Католической церкви [22].

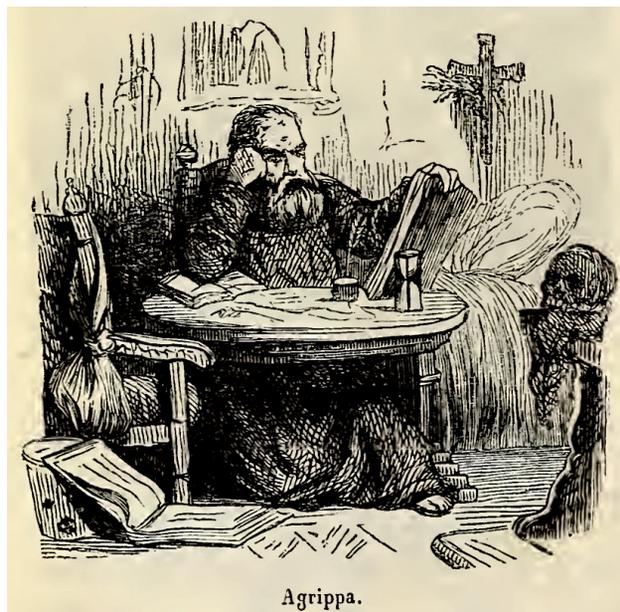
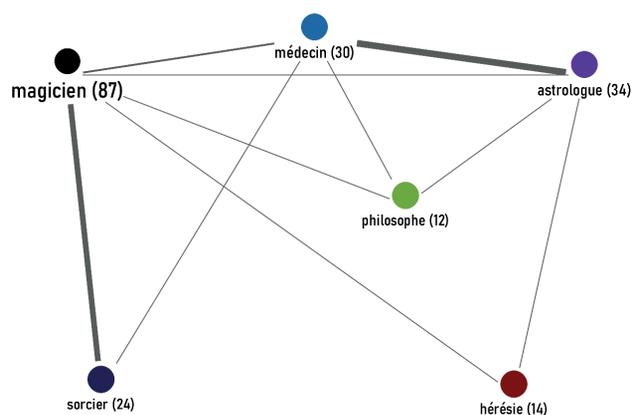


Рис. 6 Результаты исследования образа врача по *Инфернальному словарю* [22].

треть XIVв) и Корнелий Агриппа (XV-XVIвв), которые разделяют общий набор характеристик, на которых строятся их жизнеописания. Проанализированы ключевые слова и их производные.

Полученные данные (согласно *Инфернальному словарю*) показывают, что врачи совмещают разные виды деятельности, причем медицине во всем этом разнообразии отведена самая скромная роль. Всем трем в комплексе с указанием на профессию врача (médecin) приписывается качество астролога (astrologue) или занятия астрологией и качество волшебника (magicien). Деятельность врачей, весьма разносторонняя: врачи занимаются дипломатией на высшем уровне, пишут книги о вопросах, на взгляд сегодняшнего врача, не имеющих ни малейшего отношения к медицине, и в качестве ответной реакции на их суждения и действия подвергаются преследованиям с разных сторон, по разным статьям обвинения и с разными перспективами исхода конфликта. Однако практической медициной никто из них не занимается: ни разу не встречаются

слова "лечить" (*guérir*), "лекарство" (*remède*), равно как названия болезней и подобное. Эти слова также исключительно редки во всем массиве статей о врачах в *Инфернальном словаре*. Темы, которые, напротив, связываются с фигурой врача, — это власть (близость к правителям и прелатам), тайное знание (магия), власть над будущим (астрология) и сказочное богатство (алхимия) (рисунок 6).

Врач, которого мы видим в лице Петра Абанского, Арнальда из Виллановы и Корнелия Агриппы, — это ученый, публичная персона, чье мнение имеет вес (в т.ч. когда это мнение касается вопросов веры) и в более широком смысле также знаменитость, окруженная поклонниками и последователями.

Образ врача меняется в зависимости от издания: в случае Арнальда из Виллановы с 1844г из текста исчезает эпитет "еретик" и приписываемое высказывание "все монахи будут прокляты". В последней редакции 1863г сообщение о книге

"Троих обманщиков", ошибочно приписываемой Арнальду, дополняет эпитет "глупая и кощунственная". Биография Корнелия Агриппы тоже претерпевает трансформацию от одного из "величайших людей своего века, из древней и благородной семьи, страдавшего от невежества века, в который ему довелось жить, жертвы предрассудков — в том числе хронистов, которые "не краснели писать про него небывлицы", во врача и философа, овеянного легендами, затем гуманиста и современника Эразма, которого очерняли завистники, но в особенности — демонологи. Хотя эти изменения можно объяснить и с точки зрения внутренней трансформации Коллена де Планси, которая постепенно отходит от антиклерикализма и сближается по духу с ценностями Римско-католической церкви.

Отношения и деятельность: автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Borodulin VI, Banzelyuk EN, Berger EE. XXI century: who should write the history of medicine — doctors for doctors or historians for historians? OPERA MEDICA HISTORICA. PROCEEDINGS ON THE HISTORY OF MEDICINE: almanac of ROIM. K. A. Pashkov (ed.). M.: LLC "Lacuer Print", 2019;4:42-9. (In Russ.) Бородулин В. И., Банзелюк Е. Н., Бергер Е. Е. XXI век: кому писать историю медицины — врачам для врачей или историкам для историков? OPERA MEDICA HISTORICA. ТРУДЫ ПО ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ: альманах РОИМ. К. А. Пашков (отв. ред.). М.: ООО "Лакуэр Принт", 2019;4:42-9. doi:10.34774/ROIM.2019.56.15.002.
- Rodionova YuV. Articles on the history of medicine in a scientific peer-reviewed journal. Editor's opinion. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4S):3495. (In Russ.) Родионова Ю. В. Статьи по истории медицины в научном рецензируемом журнале. Мнение редактора. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4S):3495. doi:10.15829/1728-8800-2022-3495. EDN OJQYPS.
- Berger EE, Tutorskaya MS. [The fighting for history of medicine]. Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii Istor Med. 2021;29(4):998-1004. (In Russ.) Бергер Е. Е., Турская М. С. Бои за историю медицины. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(4):998-1004. doi:10.32687/0869-866X-2021-29-4-998-1004. EDN LFIIPB.
- Pilshchikova VV, Veselova DV, Vasiliev YuA. The role of the history of medicine in the formation of the personality culture of medical university students. International Journal of Applied and Fundamental Research. 2017;(4-1):211-2. (In Russ.) Пильщикова В. В., Веселова Д. В., Васильев Ю. А. Роль истории медицины в формировании культуры личности студентов медицинского вуза. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017;(4-1):211-2. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11352> (дата обращения: 07.05.2023).
- Oslopov VN, Khasanov NR, Oslopova YuV, et al. Clinical and pedagogical school of Semen Semenovich Zimnitsky. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(5S):3493. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В. и др. Клинико-педагогическая школа Семёна Семеновича Зимницкого. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(5S):3493. doi:10.15829/1728-8800-2022-3493. EDN DCMIZA.
- Rodionova YuV. Arnaldus de Villa Nova and his ideological "cliché" as a physician, theologian and alchemist. On the question of the image in Russian-language biographies and the history of medicine. Russian Journal of Church History. 2022;3(1):37-60. (In Russ.) Родионова Ю. В. Арнальд из Виллановы и его идеологическое "клише" как медика, теолога и алхимика. Российский журнал истории Церкви. 2022;3(1):37-60. doi:10.15829/2686-973X-2022-79. EDN: AGEPHX.
- Rodionova YuV. An Example of a Modern Secular Spiritual and Moral Guideline for the Physician: Shaping the Biography of a New Type of "Saint". Russian Journal of Church History. 2023;4(1):20-53. (In Russ.) Родионова Ю. В. Пример современного секулярного духовно-нравственного ориентира для врача: формирование биографии нового типа "святого". Российский журнал истории Церкви. 2023;4(1):20-53. doi:10.15829/2686-973X-2023-124. EDN LIORIS.
- Volnina NN, Starodubtseva KA. The reception of Christian values in the life and activity of humanist doctors of the XIX–XX centuries. Society: Philosophy, History, Culture. 2021;(12):56-62. (In Russ.) Волнина Н. Н., Стародубцева К. А. Рецепция христианских ценностей в жизни и творчестве врачей-гуманистов XIX–XX вв. Общество: философия, история, культура. 2021;(12):56-62. doi:10.24158/fik.2021.12.7. EDN LTMMYX.
- Zasukhina VN. Russian humanist doctors (on the question of the origins of the Russian type of bioethics). Scientific notes of the N. G. Chernyshevsky Trans-Baikal State Humanitarian Pedagogical University. 2011;(4):16-24. (In Russ.) Засухина В. Н. Русские врачи-гуманисты (к вопросу об истоках российско-го типа биоэтики). Ученые записки Забайкальского государственного гуманитарно-педагогического университета им. Н. Г. Чернышевского. 2011;(4):16-24. EDN OEYLSN.
- Blokhina NN. Professional and ethical views of the humanist doctor F. P. Haaz. Clinical medicine. 2012;(4):73-7. (In Russ.) Блохина Н. Н. Профессионально-этические воззрения вра-

- ча-гуманиста Ф. П. Гааза. Клиническая медицина. 2012;(4): 73-7.
11. Siluyanova IV. Dr. Haas: "Hurry to do good". The importance of the ethical beliefs of a doctor in difficult conditions of medical practice. *Meditsinskaya Etika [Medical Ethics]*. 2020;(2):23-6. (In Russ.) Силуянова И. В. Доктор Гааз: "Спешите делать добро". Значение этических убеждений врача в трудных условиях медицинской практики. *Медицинская этика*. 2020;(2):23-6. EDN KYREFY.
 12. Rodionova YuV. The life of Humiliana de Cerchi — biography of a new type saint. *Russian Journal of Church History*. 2020;1(1):57-68. (In Russ.) Родионова Ю. В. Житие Гумилианы де Черки — биография святой нового типа. *Российский журнал истории Церкви*. 2020;1(1):57-68. doi:10.15829/2686-973X-2020-1-5.
 13. Moiseeva AA. Features of the Old English medical practice on the example of the herbalist Leechbook III. *Russian Journal of Church History*. 2022;3(1):18-36. (In Russ.) Моисеева А. А. Особенности древнеанглийской медицинской практики на примере травника Leechbook III. *Российский журнал истории Церкви*. 2022;3(1):18-36. doi:10.15829/2686-973X-2022-94. EDN ACZXBL.
 14. Kristeller PO. The school of Salerno: Its Development and its Contribution to the History of Learning. *Bulletin of the History of Medicine*. 1945;17(2):138-94. <http://www.jstor.org/stable/44443265>.
 15. Rodionova YuV. Treatise *De adventu Medici ad aegrotum* — the attitude of doctors to the disease and its treatment, an example of the Salerno Medical School. *Russian Journal of Church History*. 2022;3(1):126-34. (In Russ.) Родионова Ю. В. Трактат *De adventu Medici ad aegrotum* — отношение врачей к болезни и ее лечению, пример Салернской медицинской школы. *Российский журнал истории Церкви*. 2022;3(1):126-34. doi:10.15829/2686-973X-2022-80. EDN CGECTE
 16. Duranti T. The Origins of Studium of Medicine of Bologna: a Status Questionis. *CIAN-Revista de Historia de las Universidades*. 2018;21(1):121-49. doi:10.20318/cian.2018.4193.
 17. Tabarroni A. Medicina est philosophia corporis. Un sermo in principio studii di Bartolomeo da Vargnana. In *Summa doctrina et certa experiential. Studi su medicina e filosofia per Chiara Crispiani*. Ed. Zuccolin, G. Firenze: Sismel, Edizione del Galluzzo. Micrologus Library. 2017;79:49-77.
 18. Siraisi N. Taddeo Alderotti and His Pupils: two generations of Italian medical Learning, Princeton NJ. 1981.
 19. Rodionova YuV. Ruth Mackay (2019) *Life in a Time of Pestilence. The Great Castilian Plague of 1596-1601*. University Printing House, Cambridge, United Kingdom. P. 276. ISBN: 978-1-108-49820-3. doi:10.1017/9781108632720. *Russian Journal of Church History*. 2020;1(3):110-23. (In Russ.) Родионова Ю. В. Ruth Mackay (2019) *Life in a Time of Pestilence. The Great Castilian Plague of 1596-1601*. University Printing House, Cambridge, United Kingdom. P. 276. ISBN: 978-1-108-49820-3. doi:10.1017/9781108632720. *Российский журнал истории Церкви*. 2020;1(3):110-23. doi:10.15829/2686-973X-2020-3-38.
 20. Foucault M. *The birth of the clinic*. Per. with fr. A. Sh. Thostov. M.: Academic Project, 2010. 252 p. (Psychological technologies). (In Russ.) Фуко М. *Рождение клиники*. Пер. с фр. А. Ш. Тхостова. М.: Академический Проект, 2010. 252 с. (Психологические технологии). ISBN: 978-5-8291-1247-9.
 21. Penskoj VV, Lipich VV, Reutov NN, Artyuh AV. "The pestilence vicious was...": "The Black Death" of XIV century in Rus. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhraneniia i Istor Med*. 2021;29(4):1017-24. (In Russ.) Пенской В. В., Липич В. В., Реутов Н. Н., Артюх А. В. "Бысть мор зол...": "Черная смерть" XIV века на Руси. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(4):1017-24. doi:10.32687/0869-866X-2021-29-4-1017-1024. EDN LVAIAX.
 22. Perst M. A doctor, an astrologer, a heretic, an alchemist and a sorcerer, and a tame demon who taught him everything: traces of the mythologization and rehabilitation of the figure of a doctor in Collin de Plancy's *Infernal Dictionary*. *Russian Journal of Church History*. 2022;3(1):61-80. (In Russ.) Перст М. Врач, астролог, еретик, алхимик и колдун, и ручной демон, который его всему научил: следы мифологизации и реабилитации фигуры врача в *"Инфернальном словаре"* Коллена де Планси. *Российский журнал истории Церкви*. 2022;3(1):61-80. doi:10.15829/2686-973X-2022-96. EDN: AHCCTB.

Посвящается 150-летию со дня рождения С. С. Зимницкого

С. С. Зимницкий — создатель функционального направления в клинике внутренних болезней. Начало пути — исследования в гастроэнтерологии

Ослопов В. Н.¹, Хазова Е. В.¹, Хасанов Н. Р.¹, Ослопова Ю. В.², Мишанина Ю. С.¹, Ослопова Д. В.¹

¹ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России. Казань; ²ФГАУ ВО "Казанский (Приволжский) федеральный университет". Казань, Россия

Семен Семенович Зимницкий — выдающийся русский терапевт начала XXв. Он создал функциональное направление в клинике внутренних болезней, внес существенный вклад во многие разделы терапии, клинику инфекционных болезней, иммунологию и микробиологию, но основополагающими являются его работы в гастроэнтерологии. Интересны работы ученого по гепатологии, исследованиям поджелудочной железы, бальнеологии. С. С. Зимницкий открыл 5 типов желудочной секреции, которые оказались обратимыми, предложил "двойной завтрак". Вершиной творчества С. С. Зимницкого является его проба — "проба Зимницкого", которая позволяет определить функциональное состояние почек, не прибегая ни к каким инвазивным процедурам и ни в какой мере не обременяя пациента. Начало создания этой пробы было заложено С. С. Зимницким в докторской диссертации, посвященной исследованиям в гастроэнтерологии.

Ключевые слова: С. С. Зимницкий, функция клетки, функция органа, типы желудочной секреции, двойной завтрак, желтуха, моча,

поджелудочная железа, бальнеология, борьба за приоритет русской науки.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 22/11-2022

Рецензия получена 21/04-2023

Принята к публикации 16/05-2023



Для цитирования: Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В. С. С. Зимницкий — создатель функционального направления в клинике внутренних болезней. Начало пути — исследования в гастроэнтерологии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3601. doi:10.15829/1728-8800-2023-3601. EDN UPVITK

S. S. Zimnitsky — the creator of the functional direction in internal medicine. The outset — research in gastroenterology

Osloпов V. N.¹, Khazova E. V.¹, Khasanov N. R.¹, Osloпова Yu. V.², Mishanina Yu. S.¹, Osloпова D. V.¹

¹Kazan State Medical University. Kazan; ²Kazan Federal University. Kazan, Russia

Semen Semenovich Zimnitsky is an outstanding Russian internist of the early XX century. He created a functional direction and made a significant contribution to internal medicine, infectiology, immunology and microbiology, but his studies of gastroenterology are fundamental. The Zimnitsky's works on hepatology, pancreatic diseases, and balneology are interesting. S. S. Zimnitsky discovered 5 types of gastric secretion, which turned out to be reversible, and proposed a repeated breakfast. The pinnacle of his work is Zimnitsky's test, which makes it possible to determine the renal function without resorting to any invasive procedures and in no way burdening the patient. The onset

of test creation was laid by S. S. Zimnitsky in his doctoral dissertation devoted to gastroenterology.

Keywords: S. S. Zimnitsky, cell function, organ function, types of gastric secretion, repeated breakfast, jaundice, urine, pancreas, balneology, struggle for the priority of Russian science.

Relationships and Activities: none.

Osloпов V. N. ORCID: 0000-0003-2901-0694, Khazova E. V.* ORCID: 0000-0001-8050-2892, Khasanov N. R. ORCID: 0000-0002-7760-0763,

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: hazova_elena@mail.ru

[Ослопов В. Н. — д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней им. профессора С. С. Зимницкого, ORCID: 0000-0003-2901-0694, Хазова Е. В.* — к.м.н., доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней им. профессора С. С. Зимницкого, ORCID: 0000-0001-8050-2892, Хасанов Н. Р. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней им. профессора С. С. Зимницкого, ORCID: 0000-0002-7760-0763, Ослопова Ю. В. — к.м.н., доцент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Института фундаментальной медицины и биологии, ORCID: 0000-0002-9752-8703, Мишанина Ю. С. — студентка педиатрического факультета, ORCID: 0000-0002-5659-8721, Ослопова Д. В. — студентка, ORCID: 0000-0002-1361-5982].

Osloпова Yu. V. ORCID: 0000-0002-9752-8703, Mishanina Yu. S. ORCID: 0000-0002-5659-8721, Osloпова D. V. ORCID: 0000-0002-1361-5982.

*Corresponding author: hazova_elena@mail.ru

Received: 22/11-2022

Revision Received: 21/04-2023

Accepted: 16/05-2023

For citation: Oslopov V. N., Khazova E. V., Khasanov N. R., Osloпова Yu. V., Mishanina Yu. S., Osloпова D. V. S. S. Zimnitsky — the creator of the functional direction in internal medicine. The outset — research in gastroenterology. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3601. doi:10.15829/1728-8800-2023-3601. EDN UPVITK

Статья продолжает серию публикаций о профессиональном пути и достижениях в области медицины Семёна Семёновича Зимницкого, подготовленную к 150-летию со дня его рождения.

Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Хазова Е. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В. Клинико-педагогическая школа Семёна Семёновича Зимницкого. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(5S):3493. doi:10.15829/1728-8800-2022-3493.

Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Хазова Е. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В. Научная школа Семёна Семёновича Зимницкого: пульмонология и кардиология. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1S):3490. doi:10.15829/1728-8800-2023-3490.

Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Халиуллина С. В., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В. Вклад Семёна Семёновича Зимницкого в описание клиники инфекционных заболеваний, микробиологию и иммунологию. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1S):3491. doi:10.15829/1728-8800-2023-3491.

*"Non fingendum, aut excogitandum,
sed inveniendum, quod natura faciat et ferat"*
Р. Бэкон

Эпиграфом к нашей статье о С. С. Зимницком мы поставили высказывание философа Р. Бэкона¹ "Не надо выдумывать и измышлять, но исследовать то, что природа делает и приносит", так как вся научная жизнь С. С. Зимницкого (рисунок 1) проходила под этим девизом [1, 2].

Создание функционального направления в клинике внутренних болезней

Обоснование необходимости разработки функционального направления в терапии С. С. Зимницкий подробно представляет в своих монографиях "Болезни почек (Брайтова болезнь)" (1924г) и "Лечение Брайтовой болезни" (1926г) (рисунки 2 и 3).

Хорошо запоминающуюся, интересную манеру изложения материала С. С. Зимницкого, его образный стиль нельзя спутать с публикациями каких-либо других ученых. Будучи весьма образованным человеком, говорящим на трех языках, С. С. Зимницкий щедро использовал в своих статьях латынь, немецкий и особенно французский языки [3].

С. С. Зимницкий писал: "*Qui bene diagnoscit, bene medebitur* — эта общая фраза, положенная в основу рациональной терапии, в настоящее время должна быть расшифрована и понимаема не с точки зрения анатомической диагностики (*sedes et substratum morbi*), а функциональной (*functio laesa*) [4].

Известно, что со времени расцвета целлюлярной патологии, начиная с Virchow, патологическая анатомия стала царить над клиникой и давала патолого-анатомические рамки, для коих клиника должна была подбирать клинические образы. Потрачено было много совместного труда и усилий со стороны патологоанатомов и клиницистов и, если труды обеих сторон во многих направлениях не пропали даром, то все же остались неразрешенными немало вопросов. Так, например, клиницист, потеряв больного бронхиальной астмой, получил от Willis² (патологоанатома) ответ: при вскрытии

² W. Willis, англ. патологоанатом, создатель теории, согласно которой злокачественная опухоль возникает не из одной клетки, а из множества рядом расположенных клеток, подвергшихся воздействию онкогенного агента.



Рис. 1 Зимницкий Семен Семёнович (1873-1927гг).

¹ Роджер Бэкон (1214-1292) — английский философ и естествоиспытатель.



Рис. 2 Монография С.С. Зимницкого "Болезнь почек (Брайтова болезнь)" (1924г).

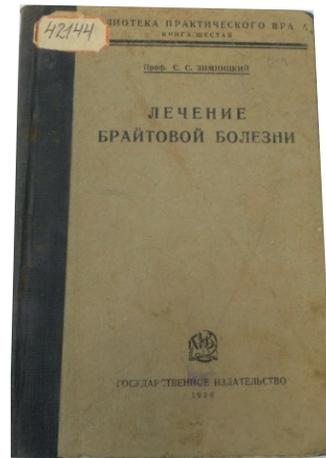


Рис. 3 Монография С.С. Зимницкого "Лечение Брайтовой болезни" (1926г).

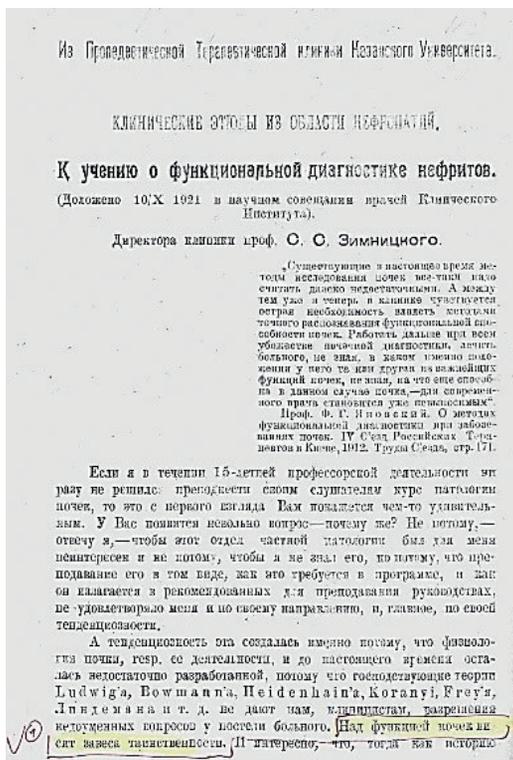


Рис. 4 Статья С.С. Зимницкого "К учению о функциональной диагностике нефритов" (1921г).

трупа оказались все органы в порядке, и в особенности легкие: "*cadaver apertum exhibuit viscera sana, praesertim pulmones*" (Прим. авторов — Брайтова болезнь) [4].

В статье "К учению о функциональной диагностике нефритов" (1921г) (рисунок 4) С.С. Зимницкий пишет:

"Патологическая анатомия овладела и умом, и духом клиницистов, поработила их своими открытиями

и настойчиво, доктринерски и менторски, заставляла признавать свои заключения непреложными. И надо отдать справедливость, она быстро завладела существом клиники, и получилось так, что мертвое стало царить над живым. Вот это странное подчинение, это народившееся стремление ввести насильственно в мертвые рамки патолого-анатомического контроля жизненные, живые, но измененные болезнью, процессы, хотя и дало, — чего нельзя отрицать, — много определенных представлений о сущности *morbi*, но поставило дело изучения клинической картины болезни почек в зависимость от двух элементов: мочи и патолого-анатомической картины — этих двух критериев, которые по существу суть готовые и уже конечные продукты болезни, мертвые и безжизненные. Клиницисты видели перед собою результат *materiae laesae*, но не могли учитывать *functionis laesae*" [5].

"Ясно, что функциональная диагностика не могла следовать по патолого-анатомической колее, а нуждалась в новых путях, в новых дорогах", часто независимых от патологических корреляций".

"Перипетии жизни — болезни — должны учитываться с точки зрения патологической физиологии не как нечто мертвое (*substratum mortuum morbi*), а как нарушение нормальных функций органов в частности и организма в целом. Точная оценка этих моментов и функциональных расстройств и есть основа рациональной терапии".

"Для меня, как клинициста, — продолжает свою мысль С.С. Зимницкий, — важен и *substratum morbi*, но важнее функциональное состояние клетки. Ведь мы знаем, что пораженный анатомический орган может нести свое задание правильно и как бы нормально, равно как убеждаемся, что при невидимых, даже сильно вооруженным глазом, изменениях в клетках, т.е. когда анатом находит все в порядке, функция их нарушается и нередко колоссально".

"Функциональная диагностика стала религией нашей клиники, а мы — ее жрецами".



Рис. 5 С. С. Зимницкий.

Жизненное кредо С. С. Зимницкого (рисунок 5) изложено в одной из его работ следующим образом:

"...мы пробовали уместиться на отведенной нам патологической анатомией площади, но не смогли... Мы не отбрасываем патологоанатомических корреляций, но не ставим их во главу угла клиники, ибо здесь **функция царит над субстратом**".

Основа клиничко-педагогической работы постулируется С. С. Зимницким так:

"Я всемерно старался не уходить от постели больного в область сложных исследований и стремился быть со своими слушателями возле него, достигая разрешения диагностических и терапевтических проблем с помощью простых, всякому доступных методов, беря за компас для наших медицинских исканий главным образом логику и опыт клинического мышления".

С. С. Зимницкий предполагал, что в далеком будущем медицинские технологии вытеснят врача от постели больного и физические приемы станут ненужными:

"Мы видим, что настанет день, когда и стетоскоп, и ухо наше будут заменены различными аппаратами, и надо быть только грамотными — уметь читать, что пишут аппараты, чтобы понимать сущность явлений и их сокровенные особенности. Тогда индивидуальность перцепции³ сгладится, все упростится, но все же, я полагаю, у постели больного мы останемся с тем же инструментарием, как и теперь, и я не хотел бы отодвинуть на задний план свою индивидуальность и мыслить под указку непогрешимых инструментов. Тогда жизнь потеряет прелесть этого вечно-го стремления заглядывать за завесу таинственности и манящей неизвестности!" [3].

³ Перцепция — лат. "perceptio" — восприятие.

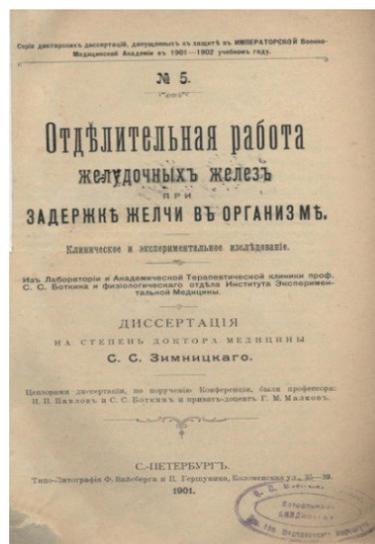


Рис. 6 Диссертация С. С. Зимницкого на степень доктора медицины "Отделительная работа желудочных желез при задержке желчи в организме" (1901г).

Исследования в гастроэнтерологии

В 1901г С. С. Зимницкий (на 3-м году ординатуры!) успешно защитил диссертацию на степень доктора наук "Отделительная работа желудочных желез при задержке желчи в организме, клиническое и экспериментальное исследование" (рисунок 6) [6]. Диссертация была сделана на кафедре Санкт-Петербургской Императорской Военно-медицинской академии (заведующий — профессор С. С. Боткин⁴) и небольшая ее часть — в Институте экспериментальной медицины (руководитель — академик И. П. Павлов⁵, впоследствии Нобелевский лауреат), соответственно, она заключала в себе две части — клиничко-лабораторную и экспериментальную. Интересно описать, как произошло выполнение экспериментальной части.

Полагая, что собранный материал достаточен для диссертации, С. С. Зимницкий решил просить профессора И. П. Павлова стать оппонентом по диссертации. Вот как он описывает в своих воспоминаниях "Две встречи" дальнейший этап работы над диссертацией [1]:

"В красивый солнечный октябрьский день (1900), утром часов около 10, я подъехал на конке к Институту экспериментальной медицины [рисунок 7],

⁴ Боткин Сергей Сергеевич (1859-1910) — русский врач и коллекционер, старший сын Сергея Петровича Боткина, лейб-медик Императора Александра III, Миротворца.

⁵ Павлов Иван Петрович (1849-1936) — русский и советский учёный, физиолог, создатель науки о высшей нервной деятельности, физиологической школы; лауреат Нобелевской премии 1904г "за работу по физиологии пищеварения". Академик Императорской Санкт-Петербургской академии наук (1907), действительный статский советник. Председатель Общества русских врачей памяти С. П. Боткина (1906-1913).

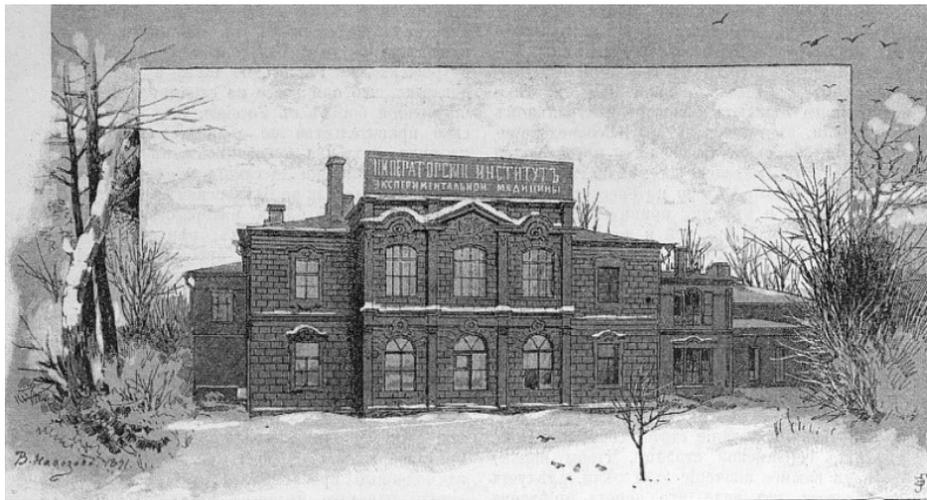


Рис. 7 Институт экспериментальной медицины (Санкт-Петербург).



Рис. 8 Подопытные собаки с фистулами.

везя в портфеле добытые мной в клинике и лаборатории моего незабвенного учителя С. С. Боткина материалы о влиянии задержки желчи в организме на желудочную секрецию.

Войдя во двор, я увидел старого смотрителя, водившего на веревках двух собак с фистулами из лаборатории И. П. Павлова [рисунок 8]. Этот служитель указал мне путь к И. П. Павлову.

Я с трепетом переступил порог лаборатории. Здесь близ столика, на котором помещался водяной термостат для изучения действия ферментов поджелудочного сока, стоял и разговаривал с доктором И. И. Лимтваревым проф. И. П. Павлов [рисунок 9].

— Ну, что скажете? — обратился И. П. ко мне.

— Я вот пришел к Вам с просьбой, не будете ли Вы у меня на диссертации оппонентом? — сказал я и затем рассказал ему про свои опыты на больных людях и на гастроэзофаготомированных собаках.

— Хорошо, очень хорошо, но Вы ведь институтский врач, и мой совет, — проверьте эти данные у меня



Рис. 9 И. П. Павлов со слушателями Военно-медицинской академии.

в лаборатории, расширьте свои опыты, — это сделает Вашу диссертацию обстоятельной и будет для Вас полезно, если Вы будете конкурировать на поездку за границу.

В словах Ивана Петровича было так много доброты, глаза его так приветливо смотрели на меня, что я не могу и до сих пор без чувства особой восторженности вспомнить об этой встрече.

Я стал работать, протекли 3 скучных месяца, потребовавшихся для установления нормы секреции. Наконец, Иван Петрович произвел у "Волчка" перевязку *ductus choledochi*.

На 4-й день, когда у собаки ясно обнаружилась желтуха, результаты опыта дали подтверждение данным, добытым мной в клинике и лаборатории проф. С. С. Боткина.

Когда я показал И. П. Павлову, зашедшему ко мне, результаты, он ничего не сказал, но завтра я увидел, придя в институт, что собака уже стоит на опыте, и за ней наблюдает сам Иван Петрович [рисунок 10].

На мой поклон он подошел ко мне, пожал мою руку и сказал:

— Поздравляю, Вы правы.

Не буду описывать дальнейшего. Все, как и с первого момента моего вступления в институт, так и в дальнейшем, протекало под флагом отеческих заботливых отношений нашего шефа к своим работникам, но ко всему этому присоединялась еще благосклонность, которая яркой звездочкой освещала путь научному труженику".

Проанализировав более 220 литературных источников, С. С. Зимницкий констатировал, что вопрос о влиянии "отравления" желчью на функцию желудочных клеток еще не изучен. Тогда он приступает к исследованию желудочной секреции у больных желтухой.

Избрана методика: пробный завтрак Боаса-Эвальда⁶, переваривающую силу изучали методом Метта-Самойлова⁷, всасывательная способность изучалась йодистым калием по методу Penzold-Faber.

Всего исследовано 12 больных (катаральная желтуха — 4; гастродуоденальная желтуха — 3; инфекционная желтуха Вейля — 1; рак головки поджелудочной железы — 1; гипертрофический цирроз печени с хронической желтухой — 3). **Одновременно у больных исследовалась и моча. Здесь впервые С. С. Зимницкий начал собирать мочу каждые 3 часа, что явилось прообразом будущей функциональной пробы почек, получившей его имя.**

Динамические наблюдения за больными позволили сделать заключение о повышении секреторной функции желудка при желтухах.

В экспериментальной части своей работы С. С. Зимницкий применил практиковавшееся тогда в лаборатории профессора И. П. Павлова по-



Рис. 10 И. П. Павлов с собакой "Волчок" после перевязки *ductus choledochi*.

вторное подкармливание, которое позволило ему сделать вывод, что "в наших опытах мы встретились с весьма характерным изменением в отделении, выразившемся в том, что постоянно приходилось видеть резкое превалирование отделения 1-го часа над остальными и сильное падение отделительной работы ко 2-му часу" [7].

В выводах на 163 странице диссертации такой тип секреции он называет "астеническим состоянием желудочной клетки". Заключительные положения докторской диссертации (пункт 2) как бы определяют все дальнейшее направление гастроэнтерологии:

"Для правильной оценки желудочных заболеваний и рациональной терапии их необходимо знать не только характер секреции, но и состояние самой железистой клетки, что должно составлять существенную задачу клинической методики исследования".

Путь ученика профессора С. С. Боткина и профессора И. П. Павлова всю жизнь проходил под девизом Р. Бекона, поставленным в качестве эпиграфа к диссертации и к нашей статье. Позднее он с горечью вспоминает:

"Я лично с 1901г работал в направлении, которое мне дала школа моих учителей — С. С. Боткина и И. П. Павлова, но за время моего многолетнего профессорства (с 1906г) у меня не было не только благоприятной, но даже и возможной обстановки для плодотворной работы, и только со времени революции я получил клинику, где мог самостоятельно и без помехи заняться своими исследованиями" [8].

В 1901г отдельным изданием опубликован фрагмент диссертации С. С. Зимницкого в монографии "О некоторых методах исследования химизма желудочного содержимого" (1901г) (рисунк 11) [9]. Он представлял собой подробный обзор существовавшей многочисленной литературы

⁶ Боаса-Эвальда завтрак (истор.; I. I. Voas, 1858-1938, нем. врач; С. А. Ewald, 1845-1915, нем. врач) — пробный завтрак, состоящий из 35 г черствого белого хлеба и 400 мл теплой воды; применялся для стимуляции желудочной секреции при ее исследовании.

⁷ Метта метод (по имени нем. врача 19 в. Э. Л. П. Метта, E. L. P. Mett) — метод определения активности пепсина в желудочном соке. Осн. на определении кол-ва переваренного белка в смеси из желудочного содержимого и р-ра соляной к-ты. Фильтрат яичного белка насыщают в тонкостенные стеклянные трубочки диам. 1-2 мм и дл. 10-12 мм. Один конец трубочек заклеивают воском и горизонтально погружают в воду, нагретую до t 85° С. После охлаждения воды трубочки вынимают и закрывают их воском с другого конца. Затем трубочки разрезают на 5-6 частей. В две пробирки со смесью, состоящей из 1 мл желудочного сока и 15 мл 0,1 н. р-ра соляной к-ты, опускают по 2 части разрезанных трубочек с белком и ставят их на 24 ч в термостат. Далее миллиметровой линейкой с обеих сторон отрезка каждой трубки измеряют длину переваренной части белкового столбика. Полученные данные суммируют, берут ср. результат из 8 измерений и возводят его в квадрат. Если, напр., в среднем было переварено 2-3 мм белкового столбика, то пептич. сила смеси равна 5,29. Для определения пептич. силы неразведённого желудочного сока эту цифру умножают на коэфф. 16.

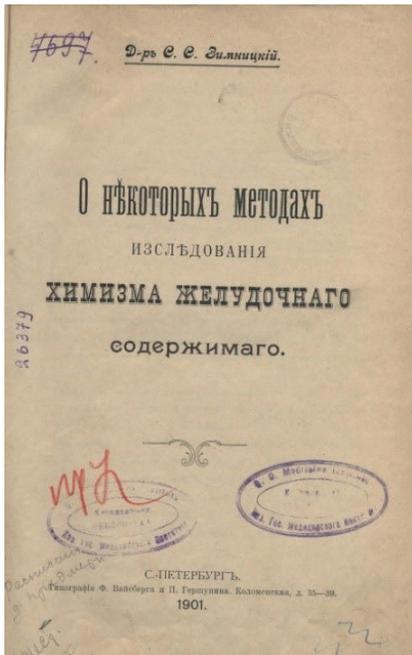


Рис. 11 Монография С.С. Зимницкого "О некоторых методах исследования химизма желудочного содержимого" (1901г).

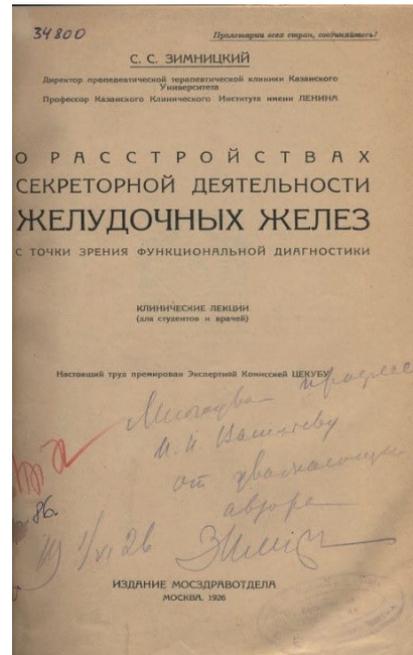


Рис. 12 Монография С.С. Зимницкого "О расстройствах секреторной деятельности желез желудка при различных патологических состояниях с точки зрения функциональной диагностики" (1926г).

по исследованию химизма желудочного содержимого. Наряду с критическим разбором этих работ, С.С. Зимницкий проанализировал возможные ошибки, возникающие при разных методиках.

По материалам диссертации С.С. Зимницкий опубликовал несколько работ [10-14]. В них он подчеркивал, что дробное подкармливание животных выявило переутомление желудочных клеток при желтухе, астенизацию типа секреции.

С.С. Зимницкий поддержал своего педагога профессора Л.В. Попова⁸ в его позиции по взаимосвязи между обструкцией желчного протока и образованием дуоденальной язвы. С.С. Зимницкий по этому поводу пишет:

"При задержке желчи в организме могут быть созданы все условия для возникновения язвы, так как имеется: 1) повышение отделительной работы желудка (гиперсекреция); 2) появление местных расстройств циркуляции в двенадцатиперстной кишке в зависимости от заболевания сосудов; 3) застойные явления от изменений в печени; 4) анемия, гидремия и уменьшение щелочности крови" [10].

Гистологически он нашел эндартериит и перифлебит в сосудах желудка.

Двадцать лет продолжалось накопление интересных клинических наблюдений, затем шесть лет занял анализ полученных материалов. Результаты этого труда — 24 гастроэнтерологических публика-

ции, главная из которых монография "О расстройствах секреторной деятельности желез желудка при различных патологических состояниях с точки зрения функциональной диагностики" (1926г) (рисунки 12). Именно в этой серии работ физиологические идеи Нобелевского лауреата, профессора И.П. Павлова получили свое клиническое воплощение. На одной из работ С.С. Зимницкий написал: "Посвящается моему учителю, профессору И.П. Павлову".

В этой работе профессор С.С. Зимницкий сообщает о способе изучения секреторной функции и желудка посредством "двойного завтрака". Автор подметил важное свойство динамичности функции желудка:

"Клетки желудка могут раздражаться, становиться инертными, переходить в состояние торпора, а затем при наступлении благоприятных условий вновь возвратиться к нормальной своей деятельности" [15].

"Доскональное изучение пациентов по методике двойного завтрака имеет практическое значение и дает возможность "назначать соответствующую рациональную, а не эмпирическую терапию" [16].

Кредо С.С. Зимницкого как "функционалиста" представлено в статье "О целях функциональной диагностики вообще и по отношению желудочных клеток в частности" [17]. Указывая, что клиника "...сама по себе есть огромная экспериментальная природная лаборатория", он пишет:

⁸ Попов Лев Васильевич (1845-1906) — патолог и терапевт, профессор Военно-медицинской академии, тайный советник.

"Наша клиника стала давно на путь функциональных исканий. Она сделала это потому, что понятие о здоровье и болезни прежде всего создается из сопоставления и сравнения нормального, координированного функционирования в полной гармонии между собой всех органов и — расстроенного, беспорядочного, патологического. Болезненное состояние характеризуется прежде всего соответственным функциональным расстройством и отступлением от норм, иногда и без наличия какого-либо патологического субстрата".

С. С. Зимницкий дает реалистичную трактовку понятию "болезнь":

"Вся жизнь организма и его составных ингредиентов (тканей, органов и клеток) есть реакция и ответ на влияние различных возбудителей. Эта реакция может протекать нормально, целесообразно и ненормально, патологически".

С. С. Зимницкий сформулировал 2 закона в отношении функции желудка: 1) закон стабильного содержания соляной кислоты; 2) закон "саморегуляции" типов секреции. Подтверждением существования закона "саморегуляции" желудочной секреции служит то, что лекарственные средства способны корригировать тип секреции: "...опыты со стрихнином (0,005 подкожно) позволили нам убедиться, что клетки из астенического состояния могут переходить в нормальное".

В мае 1925г на VIII съезде терапевтов СССР он делает сообщение "Об обратимости типов желудочной секреции", который моментально публикуется во "Врачебном деле" и за рубежом — в Германии и Австрии [18-22]. Докладчик нотировал внимание слушателей на том, что обратимость типов желудочной секреции свидетельствует о ширине приспособляемости, аккомодации желудочных клеток. Им даны четкие формулировки различных типов секреции, вкратце звучащие так:

I — "нормальный тип секреции" — превалирует сумма кислотностей за второй час над суммой кислотностей за первый час;

II — "астенический тип секреции" — суммарное выражение работы за первый час больше такового за второй;

III — "инертный тип секреции" — второй час работы количественно резко превалирует над первым (на 50%);

IV — "изосекреторный тип секреции" — переходный к нормальному — одинаковая количественная реакция со стороны желудочных клеток в ответ на первый и второй раздражитель;

V — "торпор" — на оба раздражителя не получается выделения соляной кислоты (анабиоз клеток).

Доклад профессора С. С. Зимницкого на VIII Всесоюзном съезде терапевтов "Об обратимости

типов желудочной секреции" вызвал оживленные прения. Высококвалифицированная аудитория достойно оценила открытие С. С. Зимницкого.

Так, профессор В. В. Виноградов⁹ (Киев) в своем выступлении сказал:

"С моей точки зрения, учение профессора С. С. Зимницкого оказалось после тщательной проверки вполне правильным. Это истина".

Профессор П. И. Зарницын¹⁰ (Омск):

"Данные профессора С. С. Зимницкого позволяют нам разобраться в том хаосе различных состояний, какими богата желудочная патология, и к его выводам приходится присоединиться".

Профессор К. А. Егоров (Харьков):

"...Мои наблюдения вполне подтверждают существование типов профессора С. С. Зимницкого, так что, по-видимому, можно говорить о них уже не только с точки зрения постановки вопроса. Еще я хочу подчеркнуть, что типы секреции оказались весьма устойчивыми".

Н. И. Шварц (Ленинград):

"Работа профессора С. С. Зимницкого о типах желудочной секреции была проверена в клинике профессора Ловцкого и почти полностью привела к таким же результатам, как у автора".

Заслуживает внимания также выступление профессора М. В. Черноуцкого¹¹, отметившего известную корреляцию типов секреции с типами конституции больных.

Однако есть и критические высказывания в отношении С. С. Зимницкого. Так, историк медицины В. И. Бородулин¹² (1988) отмечает [23]:

"Исследования С. С. Зимницкого по вопросам желудочной секреции, функциональной патологии желудка, патогенеза и лечения язвенной болезни, ставшие воплощением павловского физиологического подхода к клинике внутренних болезней, не легли тем не менее в фундамент современных нам представлений".

⁹ Виноградов Василий Васильевич (1876-1927) — русский врач, профессор, доктор медицины.

¹⁰ Зарницын П. И. — д.м.н., профессор, первый заведующий кафедрой факультетской терапии Омского медицинского института (1922-1931).

¹¹ Черноуцкий Михаил Васильевич (1884-1957) — российский и советский терапевт, академик Академии медицинских наук СССР (1945), заслуженный деятель науки РСФСР, профессор Петроградского медицинского института, Председатель правления ленинградского Терапевтического общества имени С. П. Боткина и Ревматологического общества, член президиума Всесоюзного комитета по изучению ревматизма, член Ученого Медицинского Совета Министерства здравоохранения РСФСР.

¹² Бородулин Владимир Иосифович (1932-) — д.м.н., профессор, автор более 200 работ по истории медицины.

На IX съезде терапевтов СССР профессор С. С. Зимницкий выступил с докладом "Новое в патогенезе язвы желудка". Исходя из отмеченных выше воззрений, он выдвинул рабочую гипотезу — схему патогенеза язвы желудка (представляющую в настоящее время исторический интерес): I этап — "закисание" среды; II этап — вторичное раздражение блуждающего нерва; III этап — повышение секреции в желудке, спазм мускулатуры, расстройства циркуляции в желудочной стенке — возникновение пептической язвы [24–26].

Доклады маститого терапевта "Результаты функциональных исканий в патологии желудка" (VII съезд) и "Новое в патогенезе язвы желудка" (IX съезд, 1926г) были приняты участниками всесоюзных терапевтических съездов с оговорками и возражениями.

В частности, сотрудники Д. Д. Плетнев¹³, Б. А. Черногубов¹⁴ подвергли критике предложенные С. С. Зимницким для функциональной диагностики типы желудочной секреции и охарактеризовали методику автора как "дефективную" [27]. Это подлило масла в огонь полемики. Возмущенный С. С. Зимницкий выступил с отповедью:

"Известно, что тон делает музыку и что за тон ответствен дирижер. С академической точки зрения, можно и должно допустить критику, но всегда она должна быть учтива и выдержана, а не оскорбительна: об этом забыли и музыканты и оркестрмейстер, к моему удивлению".

Свое выступление он закончил следующим утверждением:

"Что "типы" существуют, — это факт; что вы не хотите их видеть, — это другое дело и особая статья. Из критики и обмена мыслей родится истина, но... главное не быть тенденциозным".

Следующим выступил Д. Д. Плетнев. Он принес извинения за неудачное слово, попавшее в тезисы его сотрудника, подчеркнул, что ценит "проф. Зимницкого... как отечественного выдающегося научного деятеля", но взял на себя ответственность за правильность примененной сотрудником методики и достоверность полученных им результатов и заключил:

"Полагаю вместе с тем, что тому выяснению истины при столкновении противоположных мнений, о котором говорит в своей реплике проф. Зимницкий, больше поможет спокойный тон, чем взаимные раздражения".

¹³ Плетнев Дмитрий Дмитриевич (1871-1941) — российский и советский врач-терапевт, "маяк советской кардиологии". Обвинен в том, что он укусил пациентку за грудь и отравил М. Горького. Расстрелян "по списку" в 1941г (г. Орел).

¹⁴ Черногубов Борис Александрович (1879-1957) — советский терапевт.

Семен Семенович дал "ревизионистам" исчерпывающее пояснение:

"Наш диагностический метод позволяет диагностировать лабильность и мобильность функции больных клеток; говорить о стабильности... — это неправильное представление и понимание хода реакции"¹⁵.

Некоторые клиницисты вначале неодобрительно приняли пробу с двойным завтраком по С. С. Зимницкому. Так, профессор А. Н. Николаев возражал против применявшегося С. С. Зимницким метода титрования желудочного сока с индикатором диметиламиноазобензолом [28]. Профессор А. И. Яроцкий¹⁶ отстаивал устаревший метод исследования желудочной секреции по Боасу-Эвальду и в качестве его модификации предлагал "громоздкий пробный обед" [29]. Профессор С. С. Зимницкий весьма остроумно возразил против "обеда" по А. И. Яроцкому, поставив вопрос: "как справиться, с "обедом" больной с отсутствием зубов или атонией желудка, если ему предстоит прожевать и переварить 150-200 г бифштекса?".

Заинтересованная предыдущими исследованиями медицинская общественность СССР с нетерпением ожидала появления новых трудов казанского гастроэнтеролога. Поэтому большим событием, можно сказать этапом в отечественной гастроэнтерологии, явилось издание в Москве Мосздраотделом клинических лекции профессора С. С. Зимницкого для студентов и врачей "О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез с точки зрения функциональной диагностики" (1926г). Верный ученик и последователь идеи И. П. Павлова, С. С. Зимницкий пишет на титульном листе своей монографии: "Глубокоуважаемому учителю академику Ивану Петровичу Павлову посвящает этот труд благодарный ученик".

С. С. Зимницкий следующим образом формирует важность функциональных исследований в терапии:

"Анатомическая диагностика, как известно, констатирует характер и свойства изменений клеток и органа, функциональная же — состояние работы и аккомодации. Первое может быть учтено с материальной, анатомической точки зрения, второе — с биологической и физиологической".

Лишь школа И. П. Павлова внесла ясность в вопросы: "1) о деятельности желудочных желез при раздражителях (мясо, молоко, хлеб и т.д.); 2) о наличии латентного периода, о психической и химиче-

¹⁵ Труды IX съезда терапевтов СССР, М. — Л., 1926, с. 445.

¹⁶ Яроцкий Александр Иванович (1866-1944) — советский учёный, терапевт, доктор медицины (1898), профессор, один из пионеров, определивших научные исследования открытия инсулина.

ской фазе пищеварения; 3) о постоянстве кислотной концентрации желудочного отделяемого".

Профессор С. С. Зимницкий указывает, что существовавшие до последнего времени способы исследования деятельности желудка недостаточно точны. Например, при завтраке Боаса-Эвальда максимум пищеварения наступает только в 33% случаев через 45 минут после его приема. В связи с этим он заключает:

"При посредстве толстого зонда можно иметь только простой моментальный фотографический снимок с работы желудка, при помощи же тонкого зонда — кинематографический фильм".

Еще И. П. Павлов критиковал одно- и двухмоментные способы исследования желудка, "но, как это обычно бывает, слова... (И. П. П.) ...были забыты — *horribile dictu* даже учениками, сделавшимися известными клиницистами. Клиническая жизнь шла по-прежнему в ориентации на "заграницу", и свое собственное недооценивалось и проходило мимо".

Далее в клинических публикациях С. С. Зимницкий разъясняет методику исследования желудочного содержимого с позиции физиологии:

"Наша методика исследования секреторной функции желудочных клеток основана на системе повторного физиологического раздражения желудка; в качестве раздражителя мы употребляем обычный мясной бульон. Процедура исследования состоит в том, что утром натощак вводится испытуемому в желудок тонкий зонд и извлекается путем выкачивания шприцем содержимое желудка если оно есть, начисто — до отказа.

Затем испытуемый выпивает в течение 5 минут 200 куб. см (мл) теплого бульона, и у него через каждые 15 минут берется "проба" — 5-10 куб. см (мл) желудочного содержимого, где определяется титрованием 1/10 норм. раствором NaOH при показателе диметиламидаозобензоле свободная HCl и при показателе фенолфталеине — общая кислотность (титрование можно производить последовательно с одним и тем же количеством желудочного сока, что представляет и практическое удобство, и экономию времени).

Затем, по прошествии 60 минут, откачивается через зонд все содержимое желудка, и исследуемый принимает повторно тоже 200 куб. см (мл) того же бульона. В дальнейшем все исследования повторяются так же, как и после дачи 1-го пробного завтрака".

Оценка полученных данных проста. Автор суммирует по отдельности цифры свободной соляной кислоты и общей кислотности после обоих раздражителей. Затем сравнивает показатели после первого и второго завтрака.

Многочисленные исследования здоровых людей позволили заключить, что "самым характерным

Таблица 1

Исследование желудочного сока.
Астенический тип секреции

Время взятия пробы	1-й завтрак		2-й завтрак	
	Своб. HCl	OK	Своб. HCl	OK
15 мин	32	64	20	44
30 мин	88	112	56	80
45 мин	112	124	64	84
60 мин	100	116	100	116
Сумма	332	416	240	324

свойством нормальной функции желудочных клеток является превалирование суммарной кислотности от 2-го пробного завтрака над таковой от 1-го. Но превалирование это не бывает и не должно быть чрезмерным: оно колеблется в пределах 20-30 единиц кислотности...".

Анализируется секреция у пациентов с заболеваниями желудка. Например, у больного с язвой пилорической части желудка констатирован астенический тип секреции на гиперацидном фоне.

Перед слушателями и читателями проходит галерея больных с хроническими гастритами, дилатацией желудка, неврозами желудка.

Приводим пример "астенического типа секреции" (невроз желудка) из работы С. С. Зимницкого [15]. Говоря словами профессора С. С. Зимницкого [8], можно заключить после анализа приведенной таблички, что тип секреции астенический "лабильный" — "секторная функция желудочных клеток на первое раздражение резко превалирует над вторым, так что сумма кислотностей за 1-й час всегда больше таковой за 2-й час. Это значит, что клетки функционально быстро реагируют на раздражение, иногда даже повышенной работой, а затем работа их резко падает" (таблица 1).

Вторая часть книги профессора С. С. Зимницкого посвящена изучению влияния лекарственных средств на деятельность желудка. Принципиально и методологически важно отметить, что Семен Семенович подходил к патологии желудка не просто с точки зрения функции желудочных клеток, а с позиций нервизма (баланса симпатической и парасимпатической нервной системы).

Вполне современно звучат заключительные выводы лекций:

1. Атропин переводит нормальный тип секреции в астенический (у здоровых).
2. Пилокарпин переводит нормальный тип секреции в инертный (у здоровых).
3. Адреналин переводит нормальный тип секреции в астенический (у здоровых).
4. Имеется обратимость типов желудочной секреции в зависимости от клинического состояния больного и его выздоровления.

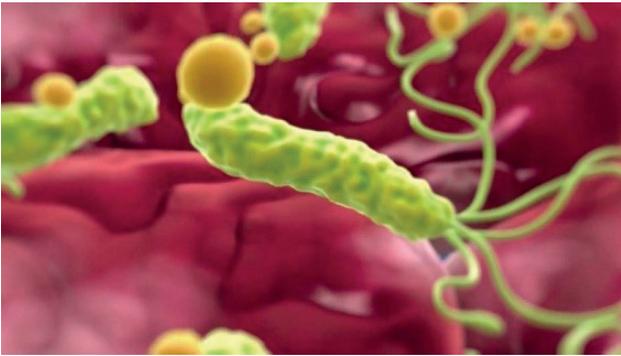


Рис. 13 *Helicobacter pylori*.

5. Ахилия часто может носить функциональный характер и тогда, в частности, под влиянием адреналина, стрихнина, может произойти "растормаживание" желудочной клетки.

6. Промывания желудка могут оказать большое лечебное влияние при нарушениях желудочной деятельности (особенно при астенических типах секреции), при расширении, опущении желудка, застое в нем.

Книга вызвала многочисленные отклики читателей. Профессор К. Георгиевский¹⁷ отметил, что в 11 лекциях систематизируются все достижения клиники в области изучения секреторной функции желудочных желез по выработанной С. С. Зимницким методике, и, что самое главное, указываются новые пути к рациональной терапии [30].

"Мы с удовольствием и интересом останавливаемся на этой книге о секреторных заболеваниях желудочных желез, блестяще демонстрирующей правильность его подхода", — писал профессор К. Викторов¹⁸ в "Казанском медицинском журнале" [31]. И далее: "Талантливо разработанный материал в живом и ясном изложении настоятельно рекомендует книгу вниманию врачей в особенности".

Мнение профессора А. Н. Рубеля¹⁹:

"Книга ценна тем, что будит мысль врача-читателя, направляя ее от отживающего свой век анатомического в сторону биологического мышления в клинике" [32].

Экспертная комиссия ЦЕКУБУ²⁰ премировала клинические лекции "О расстройствах секретор-

¹⁷ Георгиевский Константин Николаевич — терапевт (родился в 1867г). Окончил курс военно-медицинской академии. Состоит профессором госпитальной терапевтической клиники в Харьковском университете.

¹⁸ Викторов Константин Рафаилович (1878-1958) — физиолог. Заслуженный деятель науки РСФСР (1948г). Основатель казанской школы физиологии сельскохозяйственных животных.

¹⁹ Рубель Аркадий Николаевич (1867-1938) — российский и советский учёный, терапевт, фтизиатр, профессор Государственного института медицинских знаний (1920-1938).

²⁰ Центральная комиссия по улучшению быта учёных.

ной деятельности желудочных желез с точки зрения функциональной диагностики".

Несколько работ С. С. Зимницкого касается вопросов патогенеза и лечения язвы желудка. С. С. Зимницкий высказывает необычную, новую точку зрения в отношении гиперсекреции при развитии язвы. Повышение тонуса *n. vagus* возникает во время развития ацидоза в организме. С. С. Зимницкий рассматривал гиперсекрецию как способ регуляции pH среды ("из организма выводятся кислоты") [33-35].

Оригинальным стало лечение язвенной болезни желудка (с гиперсекрецией и гиперацидностью) небольшими дозами инсулина (ваготропные действия). Новый способ лечения язвенной болезни был обнаружен на Съезде терапевтов в г. Одессе [36, 37].

В этих работах обращает внимание оригинальный подход профессора С. С. Зимницкого к патогенезу желудочных заболеваний. Во главу угла ставится влияние на организм внешней среды, равновесие между которыми обеспечивает состояние здоровья. В частности, казанский клиницист большое внимание уделял диететике больного и здорового человека. Так, на I Всеукраинском съезде терапевтов он провел оригинальную аналогию, обратив внимание слушателей на то, что для выполнения различных видов работы животные нуждаются в определенном кормлении — "диететика своего рода", "полагаю, — продолжил С. С. Зимницкий, — что следует подумать и о соответственной профессиональной диететике..." [38]. Его идея в настоящее время активно разрабатывается гигиенистами-патологами.

С. С. Зимницкий высказывал пионерское оригинальное предположение о том, что причиной язвенной болезни желудка может быть инфекция. Спустя 80 лет первооткрывателям медицинского значения бактерии *H. pylori* (рисунок 13) Робину Уоррену и Барри Маршаллу была присуждена Нобелевская премия по медицине (2005г), и затем была кардинально изменена стратегия лечения этого заболевания.

Исследования в области гепатологии

Известный вклад внес профессор С. С. Зимницкий в гепатологию. В 1916г была опубликована обзорная работа "Распознавание и лечение циррозов печени (циррозы печени)" [39] — интересный опыт дифференциальной диагностики заболеваний печени. В этиопатогенезе циррозов автор упоминает основные три причины: инфекция, интоксикация (включая аутоинтоксикации) и желчный застой.

Примером глубокого анализа механизмов патогенеза дискинезий внешних желчевыводящих путей служат две работы профессора С. С. Зимницкого [40, 41]. Он описывает свою методику диа-

гностирования механизма нарушений желчевыведения. На первом этапе исследования вводится индигокармин (по методике Хатцигана и Халитца), на втором вызывается рефлекс Лайон-Мельцера, на третьем этапе применяется комбинированное введение атропина, питуитрина или пилокарпина. При атонии желчного пузыря его опорожнение стимулируется питуитрином; при спазме Люткенсовского сфинктера расслабление его вызывается атропином.

Исследования поджелудочной железы

Основываясь на совместных с И. П. Павловым работах и на собственных клинических наблюдениях, С. С. Зимницкий избрал в качестве раздражителя поджелудочной железы кислую молочную сыворотку. Вкратце методика заключается в следующем: вначале проглатывается дуоденальный зонд и после введения 30 мл 33% раствора магнезии исследователь добывает желчь А и В, затем вводится 60 мл теплой (37°) сыворотки. Через 45-50 минут через зонд начинает вытекать прозрачная бесцветная жидкость — "сок поджелудочной железы". С. С. Зимницкий скоропостижно умер в 1927г в возрасте 54 лет [42]. Его сын Владимир зачитал рукопись отца на X Всесоюзном съезде терапевтов "Наша методика получения панкреатического отделения у человека". "Как для верующего евангелие, так для меня, — писал незадолго до смерти профессор С. С. Зимницкий, — откровением служат лекции о пищеварительных железах моего учителя Ивана Петровича Павлова" [43].

Исследования в бальнеологии

Четыре работы профессора С. С. Зимницкого посвящены бальнеологии — изучению Ижевского минерального источника и некоторых Кавказских курортов.

Первое клиническое исследование Ижевских минеральных вод принадлежит перу профессора С. С. Зимницкого совместно с его учениками С. Черкасовым и В. Ивановым. Было изучено влияние газированной воды Ижевского источника на азотистый обмен у здоровых людей [44]. По свидетельству профессора З. М. Блюмштеина (г. Казань), эти работы и отзыв о минеральной воде "Ижевский источник" [45] поставили лечение на курорте на научную основу.

В 1925г профессор С. С. Зимницкий публикует работы "К вопросу о лечении на Кавказских минеральных водах" и "К методике исследования влияния минеральных вод на секреторную функцию желудка". Опираясь данными, полученными с помощью

двойного бульонного завтрака, он приходит к выводу, что больным с гиперсекрецией и гиперацидностью противопоказаны воды, богатые хлоридом натрия. С. С. Зимницкий считает необходимым проводить обоснованное бальнеолечение с главной целью — перевести патологический тип секреции в нормальный.

Автор категорически возражает против трафаретности в назначении способа лечения и его срока. Перед молодой советской бальнеологией он ставит пять основных задач:

1 — индивидуализировать лечение, т.к. срок пребывания, узаконенный в Эссентуках (6 недель), может быть либо слишком большим, либо недостаточным;

2 — расширить на курортах применение лабораторных исследований и проводить их в динамике лечения;

3 — излишнее бальнеолечение способно "утопить" желудочную клетку, привести к возникновению инертного типа секреции, в связи с чем еще раз подчеркивается необходимость индивидуализации сроков лечения;

4 — при ахилии на курорт следует посылать больных только с функциональной ахилией;

5 — "омегой" лечения должна быть тщательно разработанная диететика с ресторанным типом питания [46].

Заключение

Итак, исследования в гастроэнтерологии представлены 24 публикациями. Наиболее важными из них являются: докторская диссертация "Отделительная работа желудочных желез при задержке желчи в организме, клиническое и экспериментальное исследование" (1901г); монография "О некоторых методах исследования химизма желудочного содержимого" (1901г); монография "О расстройствах секреторной деятельности желез желудка при различных патологических состояниях с точки зрения функциональной диагностики" (1926г).

Исследования в гастроэнтерологии, начатые С. С. Зимницким в самом начале своего творческого пути в стенах Санкт-Петербургской Императорской Военно-медицинской академии, явились отправной точкой (репером) функционального направления, охватившего все разделы терапии [47], и которое дало свои роскошные и великолепные плоды при работе С. С. Зимницкого в Казани, в Казанском государственном университете.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Bogoyavlensky VF. Professor Semen Semenovich Zimnitsky — doctor, scientist, patriot: monograph. Kazan: Tatar book publishing house, 1970. p. 99. (In Russ.) Богоявленский В. Ф. Профессор Семен Семенович Зимницкий — врач, ученый, патриот: монография. Казань: Татарское книжное издательство, 1970. p. 99.
2. Osloпов VN, Mishanina YuS. Professor Semen Semenovich Zimnitsky: monograph. Lambert, 2020. p. 92. (In Russ.) Ослопов В. Н., Мишанина Ю. С. Профессор Семен Семенович Зимницкий: монография. Lambert, 2020. p. 92. ISBN 978-620-2-92288-3.
3. Osloпов VN, Khasanov NR, Osloпова YuV, et al. Clinical and pedagogical school of Semen Semenovich Zimnitsky. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(5S):3493. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В. и др. Клинико-педагогическая школа Семёна Семеновича Зимницкого. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(5S):3493. doi:10.15829/1728-8800-2022-3493. EDN DCMIZA.
4. Osloпов VN, Khazova EV, Bogoyavlenskaya OV, et al. Professor Semen Semenovich Zimnitsky is an outstanding Russian therapist, scientist, and patriot. Practical medicine. 2018;16(9):11-28. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Богоявленская О. В. и др. Профессор Семен Семенович Зимницкий — выдающийся русский терапевт, ученый, патриот. Практическая медицина. 2018;16(9):11-28.
5. Zimnitsky SS. To the doctrine of the functional diagnosis of nephritis. Kazan Medical Journal. 1921;3:310-33. (In Russ.) Зимницкий С. С. К учению о функциональной диагностике нефритов. Казанский медицинский журнал. 1921;3:310-33.
6. Osloпов VN, Khazova EV, Khaliullina SV, et al. Semen Semenovich Zimnitsky's contribution to the description of the clinic of infectious diseases, microbiology and immunology. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(1S):3491. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Халиуллина С. В. и др. Вклад Семёна Семёновича Зимницкого в описание клиники инфекционных заболеваний, микробиологию и иммунологию. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(1S):3491. doi:10.15829/1728-8800-2023-3491. EDN АВАНТО.
7. Zimnitsky SS. Separative work of the gastric glands with bile retention in the body. Clinical and experimental research. Diss. Doctoral. St. Petersburg, 1901. p. 176. (In Russ.) Зимницкий С. С. Отделительная работа желудочных желез при задержке желчи в организме. Клиническое и экспериментальное исследование. Дисс. Докторская. Спб., 1901. p. 176.
8. Zimnitsky SS. On disorders of the secretory activity of the gastric glands from the point of view of functional diagnostics. M., ed. Moscow Health Department, 1926. p. 134. (In Russ.) Зимницкий С. С. О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез с точки зрения функциональной диагностики. М., Изд. Мосздраводела, 1926. p. 134.
9. Zimnitsky SS. On some methods of studying the chemistry of gastric contents. SPb., 1901. p. 31. (In Russ.) Зимницкий С. С. О некоторых методах исследования химизма желудочного содержимого. Спб., 1901. p. 31.
10. Zimnitsky SS. On the work of the gastric glands during retention of bile in the body (preliminary report). Hospital newspaper Botkin. 1901;12(29):1216-26. (In Russ.) Зимницкий С. С. О работе желудочных желез при задержке желчи в организме (предварительное сообщение). Больничная газета Боткина. 1901;12(29):1216-26.
11. Zimnitsky SS. Ueber den Einfluss der Gallenretention auf die secretorische Thatigkeit der Magendrusen. Berl. klin. Wchschr. 1901;38(43):1077-81.
12. Zimnitsky SS. Zur Frage uber die antifermentativen Eigenschaften des Blutsersums. Prager med. Wchschr. 1902;27(37):1-9.
13. Zimnitsky SS. On the issue of gastric digestion in jaundice. Russian doctor. 1903;2(1):5-8. (In Russ.) Зимницкий С. С. К вопросу о желудочном пищеварении при желтухах. Русский врач. 1903;2(1):5-8.
14. Zimnitsky SS. Note on the issue of gastric secretion in jaundice. Russian doctor. 1906;5(34):1045-8. (In Russ.) Зимницкий С. С. Заметка к вопросу о желудочной секреции при желтухах. Русский врач. 1906;5(34):1045-8.
15. Zimnitsky SS. Our method for studying the functional capacity of gastric cells and its results. Medical newspaper. 1922;26(7/8):166-9. (In Russ.) Зимницкий С. С. Наша методика исследования функциональной способности желудочных клеток и результаты ее. Врачебная газета. 1922;26(7/8):166-9.
16. Zimnitsky SS. The results of functional searches in pathology of the stomach. Clinical medicine. 1924;2(4):129-31. (In Russ.) Зимницкий С. С. Результаты функциональных исканий в патологии желудка. Клиническая медицина. 1924;2(4):129-31.
17. Zimnitsky SS. On the goals of functional diagnostics in general and in relation to gastric cells in particular. Kazan Medical Journal. 1924;20(7):232-45. (In Russ.) Зимницкий С. С. О целях функциональной диагностики вообще и по отношению желудочных клеток в частности. Казанский медицинский журнал. 1924;20(7):232-45.
18. Zimnitsky SS. To the question of the clinical study of the secretory function of the stomach. Medical business. 1924;20-23:1225-8. (In Russ.) Зимницкий С. С. К вопросу о клиническом исследовании секреторной функции желудка. Врачебное дело. 1924;20-23:1225-8.
19. Zimnitsky SS. The results of functional searches in the pathology of the stomach. Proceedings of the VI I Congress of Russians, therapists. 1924, M.-L., 1925. p. 276-9. (In Russ.) Зимницкий С. С. Результаты функциональных исканий в патологии желудка. Труды VI I съезда росс, терапевтов. 1924, М.-Л., 1925. p. 276-9.
20. Zimnitsky SS. Ober die neue Methode der funktionellen Magenuntersuchungen und ihre Resultate. Zentrbl. f. inn. Med. 1924; 45(40):816-20.
21. Zimnitsky SS. Ober die neue Methode der funktionellen Magenuntersuchungen und ihre Resultate. Zeitschr. Ges. Exper. Med. 1924;44(1/2):181-5.
22. Zimnitsky SS. On the reversibility of types of gastric secretion. Medical business. 1925;15-17:1083-8. (In Russ.) Зимницкий С. С. Об обратимости типов желудочной секреции. Врачебное дело. 1925;15-17:1083-8.
23. Borodulin VI. Essays on the history of domestic cardiology. M.: Medicine, 1988. p. 204. (In Russ.) Бородулин В. И. Очерки истории отечественной кардиологии. М.: Медицина, 1988. p. 204.
24. Zimnitsky SS. New in the pathogenesis of gastric ulcers. Proceedings of the IX Congress of Physicians of the USSR, M.-L., 1926. p. 189-95. (In Russ.) Зимницкий С. С. Новое в патогенезе язвы желудка. Труды IX съезда терапевтов СССР, М.-Л., 1926. p. 189-95.
25. Zimnitsky SS. Neues in der Pathogenese der peptischen Geschwure. Klinische Wchschr. 1926;5(34):1545-9.
26. Zimnitsky SS. New in the pathogenesis of peptic ulcers. Medical business. 1926;9(17):1361-4. (In Russ.) Зимницкий С. С. Новое в патогенезе пептических язв. Врачебное дело. 1926; 9(17):1361-4.

27. Chernogubov BA, Lurie SI. Clinical and experimental observations on the method for determining the secretory work of the stomach according to the method of Professor S. S. Zimnitsky. Proceedings of the IX Congress of Physicians of the USSR, M., 1920. p. 31-2. (In Russ.) Черногубов Б. А., Лурье С. И. Клинические и экспериментальные наблюдения к методике определения секреторной работы желудка по методу профессора С. С. Зимницкого. Труды IX съезда терапевтов СССР, М., 1920. p. 31-2.
28. Zimnitsky SS. A few notes to the article by Dr. A. N. Nikolaev "On the treatment of functional gastric diseases." (Clinical Medicine, 1925, 10, 295). Clinical medicine. 1926;4(1):33. (In Russ.) Зимницкий С. С. Несколько примечаний к статье доктора А. Н. Николаева "К терапии функциональных желудочных заболеваний". (Клиническая медицина, 1925, 10, 295). Клиническая медицина. 1926;4(1):33.
29. Yarotsky AI. To the criticism of clinical methods for studying anomalies of secretion of gastric juice (regarding the article by Professor S. S. Zimnitsky "On the method of studying the effect of mineral waters on the secretory function of the stomach". Clinical medicine. 1926;4:9-10. (In Russ.) Яроцкий А. И. К критике клинических методов изучения аномалий секреции желудочного сока (по поводу статьи профессора С. С. Зимницкого "К методике исследования влияния минеральных вод на секреторную функцию желудка". Клиническая медицина. 1926;4:9-10.
30. Georgievsky K. Rets. on the book Professor S. S. Zimnitsky "On disorders of the secretory activity of the gastric glands from the point of view of functional diagnostics". Clinical lectures. M. 1926. Medical business. 1926;9(23):1934. (In Russ.) Георгиевский К. Рец. на кн. профессора С. С. Зимницкого "О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез с точки зрения функциональной диагностики". Клинические лекции. М. 1926. Врачебное дело. 1926;9(23):1934.
31. Viktorov K. Rets. on the book S. S. Zimnitsky On disorders of the secretory activity of the gastric glands from the point of view of functional diagnostics Kazan Medical Journal. 1926;12:1396. (In Russ.) Викторов К. Рец. на кн. С. С. Зимницкого "О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез с точки зрения функциональной диагностики". Казанский медицинский журнал. 1926;12:1396.
32. Rubel AN. Rets. on the book S. S. Zimnitsky "On disorders of the secretory activity of the gastric glands", M. 1926. Medical newspaper. 1926;24:1222-4. (In Russ.) Рубель А. Н. Рец. на кн. С. С. Зимницкого "О расстройствах секреторной деятельности желудочных желез", М. 1926. Врачебная газета. 1926;24:1222-4.
33. Zimnitsky SS. Further observations on the importance of the environment in the pathogenesis of peptic ulcers. Medical business. 1926;9(23):1861-5. (In Russ.) Зимницкий С. С. Дальнейшие наблюдения в вопросе о значении среды в патогенезе пептических язв. Врачебное дело. 1926;9(23):1861-5.
34. Zimnitsky SS. Ulteriori osservazioni sull'importanza dell'ambiente sulla patogenesi delle ulcere peptiche. Terapia Contemporanea. 1926;2:2-6.
35. Zimnitsky SS. Weitere Beobachtungen zur Frage über die Bedeutung des Milieus in der Pathogenese der peptischen Geschwüre. Klinische Wchschr. 1927;6(21):1-10.
36. Zimnitsky SS. Insulin in the treatment of peptic ulcers of the stomach. Medical business. 1927;19:1375-7. (In Russ.) Зимницкий С. С. Инсулин в терапии пептических язв желудка. Врачебное дело. 1927;19:1375-7.
37. Zimnitsky SS. Das Insulin in der Therapie der peptischen Magengeschwüre. Wlen. klin. Wchschr. 1927;40(52):1635-6.
38. Zimnitsky SS. Speech in the debate at the I All-Ukrainian Congress of Therapists. Proceedings of the I All-Ukr. Congress of Therapists, Kharkov, "Scientific Thought", 1926. p. 153-4. (In Russ.) Зимницкий С. С. Выступление в прениях на I Всеукраинском съезде терапевтов. Труды I Всеукр. съезда терапевтов, Харьков, "Научная мысль", 1926. p. 153-4.
39. Zimnitsky SS. Recognition and treatment of cirrhosis of the liver (cirrhosis of the liver). Modern clinic and therapy. 1916;1/2:22-48. (In Russ.) Зимницкий С. С. Распознавание и лечение циррозов печени (Циррозы печени). Современная клиника и терапия. 1916;1/2:22-48.
40. Zimnitsky SS. On dyskinesias of the external biliary tract. Medical business. 1927;9:637-41. (In Russ.) Зимницкий С. С. О дискинезах внешних желчных путей. Врачебное дело. 1927;9:637-41.
41. Zimnitsky SS. Über die Dyskinesen der extrahepatischen Gallenwege (Cholezysto- und Cholelektodyskynesen). Arch. f. Verdaangskr. 1927;41(3/4):247-54.
42. Oslopov VN, Mishanina YuS, Oslopova YuV, et al. Semyon Semenovich Zimnitsky — life and death. Practical medicine. 2022;20(7):71-8. (In Russ.) Ослопов В. Н., Мишанина Ю. С., Ослопова Ю. В. и др. Семен Семенович Зимницкий — жизнь и смерть. Практическая медицина. 2022;20(7):71-8.
43. Zimnitsky SS. Our technique for obtaining pancreatic compartment in humans. Proceedings of the X Congress of therapists. USSR (1928), L., ed. "Practical medicine", 1929. p. 228-34. (In Russ.) Зимницкий С. С. Наша методика получения панкреатического отделения у человека. Труды X съезда терапев. СССР (1928), Л., изд. "Практич. медицина", 1929. p. 228-34.
44. Zimnitsky SS. On the effect of carbonated water from the Izhevsk spring on nitrogen metabolism in healthy people. Journal Russ, Society for the Protection of People's Health. 1910;6/7:43-59. (In Russ.) Зимницкий С. С. О влиянии газированной воды Ижевского источника на азотистый обмен у здоровых людей. Журнал Русс, общества охранения народного здравия. 1910;6/7:43-59.
45. Zimnitsky SS. Review of the water "Izhevsk source". "Izhevsk source", Pg, ed. share about. Spiridon. min. water, 1915. p. 5-7. (In Russ.) Зимницкий С. С. Отзыв о воде "Ижевский источник". "Ижевский источник", Пг, изд. акц. об. Спиридон. мин. воды, 1915. p. 5-7.
46. Zimnitsky SS. On the question of treatment at the Caucasian resorts. Medical business. 1925;19-20:1515-8. (In Russ.) Зимницкий С. С. К вопросу о лечении на Кавказских курортах. Врачебное дело. 1925;19-20:1515-8.
47. Oslopov VN, Khasanov NR, Oslopova YuV, et al. Semen Semenovich Zimnitsky Scientific School: Pulmonology and Cardiology. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2023;22(1S):3490. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В. и др. Научная школа Семёна Семёновича Зимницкого: пульмонология и кардиология. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2023;22(1S):3490. doi:10.15829/1728-8800-2023-3490. EDN AZVZHJ.

Посвящается 150-летию со дня рождения С. С. Зимницкого

Вершина научного творчества С. С. Зимницкого — исследования в нефрологии

Ослопов В. Н.¹, Хазова Е. В.¹, Хасанов Н. Р.¹, Ослопова Ю. В.², Мишанина Ю. С.¹,
Ослопова Д. В.¹

¹ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Минздрава России. Казань; ²ФГАУ ВО "Казанский (Приволжский) федеральный университет". Казань, Россия

Вершиной научного наследия С. С. Зимницкого является его проба — "проба Зимницкого", которая позволяет определить функциональное состояние почек, не прибегая ни к каким инвазивным процедурам и ни в какой мере не обременяя пациента. Предложенная сто лет назад, проба Зимницкого показывает свою эффективность и в настоящее время. С. С. Зимницкий предложил оригинальную классификацию гидронефроз, описал особую форму нефрита — так называемую "форму Зимницкого" и отверг фильтрационную теорию мочеобразования, настаивая на том, что она должна быть секреторной. В своих сугубо научных нефрологических статьях С. С. Зимницкий выступает как искренний и пламенный патриот своей великой родины.

Ключевые слова: функция клетки, функция органа, проба Зимницкого, "форма Зимницкого", бюллетень состояния больных почек, моча, эклектизм, патриотизм.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 22/11-2022

Рецензия получена 21/04-2023

Принята к публикации 16/05-2023



Для цитирования: Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В. Вершина научного творчества С. С. Зимницкого — исследования в нефрологии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(2S):3492. doi:10.15829/1728-8800-2023-3492. EDN UYEHSO

The pinnacle of S. S. Zimnitsky scientific work — nephrology research

Osloпов V. N.¹, Khazova E. V.¹, Khasanov N. R.¹, Osloпова Yu. V.², Mishanina Yu. S.¹, Osloпова D. V.¹

¹Kazan State Medical University. Kazan; ²Kazan Federal University. Kazan, Russia

The pinnacle of S. S. Zimnitsky scientific heritage is the Zimnitsky, which makes it possible to assess the renal function without invasive procedures and burdening the patient. Proposed a hundred years ago, the Zimnitsky test shows its effectiveness at the present time. S. S. Zimnitsky proposed an original classification of hydronephrosis, described a special form of nephritis and rejected the filtration theory of urine formation, promoting the secretory one. In his purely scientific nephrological articles, S. S. Zimnitsky acts as a sincere and ardent patriot of his great homeland.

Keywords: cell function, organ function, Zimnitsky test, Zimnitsky form, bulletin of the state of kidney, urine, eclecticism, patriotism.

Relationships and Activities: none.

Osloпов V. N. ORCID: 0000-0003-2901-0694, Khazova E. V.* ORCID: 0000-0001-8050-2892, Khasanov N. R. ORCID: 0000-0002-7760-0763,

Osloпова Yu. V. ORCID: 0000-0002-9752-8703, Mishanina Yu. S. ORCID: 0000-0002-5659-8721, Osloпова D. V. ORCID: 0000-0002-1361-5982.

*Corresponding author:
hazova_elena@mail.ru

Received: 22/11-2022

Revision Received: 21/04-2023

Accepted: 16/05-2023

For citation: Osloпов V. N., Khazova E. V., Khasanov N. R., Osloпова Yu. V., Mishanina Yu. S., Osloпова D. V. The pinnacle of S. S. Zimnitsky scientific work — nephrology research. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(2S):3492. doi:10.15829/1728-8800-2023-3492. EDN UYEHSO

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
e-mail: hazova_elena@mail.ru

[Ослопов В. Н. — д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней им. профессора С. С. Зимницкого, ORCID: 0000-0003-2901-0694, Хазова Е. В.* — к.м.н., доцент, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней им. профессора С. С. Зимницкого, ORCID: 0000-0001-8050-2892, Хасанов Н. Р. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней им. профессора С. С. Зимницкого, ORCID: 0000-0002-7760-0763, Ослопова Ю. В. — к.м.н., доцент кафедры фундаментальных основ клинической медицины Института фундаментальной медицины и биологии, ORCID: 0000-0002-9752-8703, Мишанина Ю. С. — студентка педиатрического факультета, ORCID: 0000-0002-5659-8721, Ослопова Д. В. — студентка, ORCID: 0000-0002-1361-5982].

Статья продолжает серию публикаций о профессиональном пути и достижениях в области медицины Семёна Семёновича Зимницкого, подготовленную к 150-летию со дня его рождения.

Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Хазова Е. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В. Клинико-педагогическая школа Семёна Семёновича Зимницкого. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(5S):3493. doi:10.15829/1728-8800-2022-3493.

Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Хазова Е. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В. Научная школа Семёна Семёновича Зимницкого: пульмонология и кардиология. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1S):3490. doi:10.15829/1728-8800-2023-3490.

Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Халиуллина С. В., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В., Мишанина Ю. С., Ослопова Д. В. Вклад Семёна Семёновича Зимницкого в описание клиники инфекционных заболеваний, микробиологию и иммунологию. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1S):3491. doi:10.15829/1728-8800-2023-3491.

Всемирную славу профессору С. С. Зимницкому (рисунок 1) принесли исследования функции почек, что оказалось крупнейшим вкладом в российскую науку.

Несомненно, нефрология была делом всей творческой научной жизни ученого, однако большинство нефрологических работ (12 из 15) были выполнены после 1920г. На ритмичность колебания диуреза в течение суток каждые 3 ч С. С. Зимницкий обратил внимание еще в 1901г, когда работал над диссертацией на степень доктора медицины [1]. Диссертация на степень доктора наук называлась "Отделительная работа желудочных желез при задержке желчи в организме, клиническое и экспериментальное исследование". Эпиграфом к дис-

сертации был девиз Р. Бэкона¹ "*Non fingendum, aut excogitandum, sed inveniendum, quod natura faciat et ferat*", под которым проходила вся творческая жизнь С. С. Зимницкого.

В диссертации С. С. Зимницкий описывает взаимосвязь функций работы печени и почек. В работе "К урологии желтухи" [2, 3] он сообщал, что количество хлоридов мочи при желтухе значительно понижено, окислительные процессы идут ниже нормы.

"При желтухе (катаральной) и гипертрофическом циррозе печени выделяется достаточное количество

¹ Роджер Бэкон (1214-1292гг) — английский философ и естествоиспытатель.

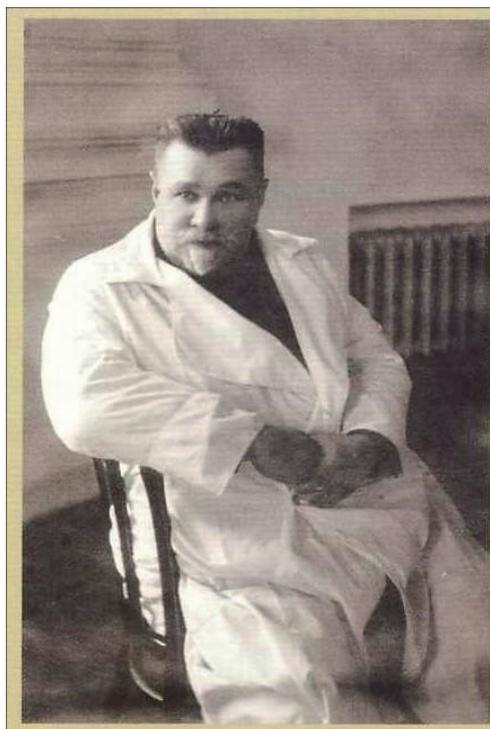


Рис. 1 С. С. Зимницкий (1927г).

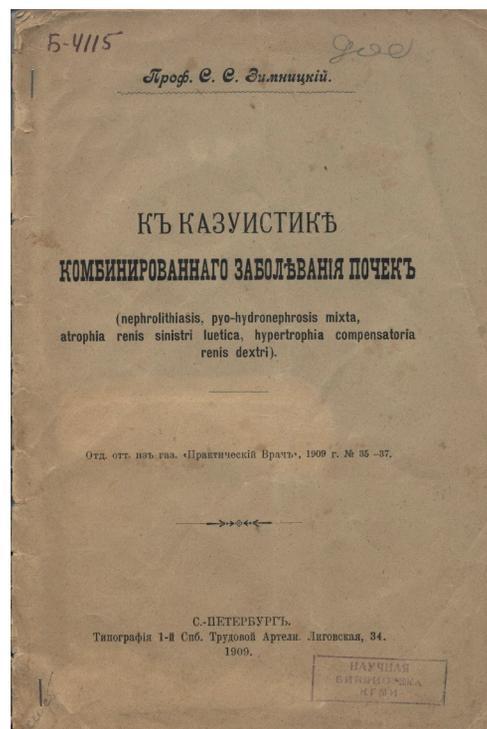


Рис. 2 Лекция С. С. Зимницкого "К казуистике комбинированных заболеваний почек".

мочевины и фосфатов; иногда оно несколько превышает норму" [2].

В 1909г появляется в печатном виде лекция С. С. Зимницкого "К казуистике комбинированных заболеваний почек" (рисунок 2), где предлагается оригинальная классификация гидронефрозоз [4].

После Октябрьской революции С. С. Зимницкий получает хорошую клиническую базу и получает возможность в полной мере создавать свое уникальное, новаторское функциональное направление:

"Я полагаю, что обработка клинического материала нашей клиники, произведенная совместными трудами моих помощников А. М. Предтеченского, В. Н. Коробкиной, Г. И. Перекропова, Ф. В. Пшеничнова и Е. И. Адо, коим я свидетельствую свою благодарность, позволяет нам повторить несколько преждевременно изреченные Клеппером слова "Моча является тем секретом, в котором, как зеркале, отражается анатомическое и функциональное состояние почек. Исследование мочи дает часто настолько точные данные относительно изменений в почках, что диагностика болезней почек должна быть отнесена и наиболее точно разработанным" [5, 6].

Справедливости ради, отметим, что в этой же статье "К учению о функциональной диагностике нефритов" (1921г) С. С. Зимницкий дает иную характеристику "моче":

"Патологическая анатомия овладела и умом, и духом клиницистов, поработила их своими открытиями и настойчиво, доктринерски и менторски, заставляла признавать свои заключения непреложными. И надо отдать справедливость, она быстро завладела существом клиники, и получилось так, что мертвое стало царить над живым. Вот это странное подчинение, это народившееся стремление ввести насильственно в мертвые рамки патолого-анатомического контроля жизненные, живые, но измененные болезнью, процессы, хотя и дало, — чего нельзя отрицать, — много определенных представлений о сущности *morbi*, но поставило дело изучения клинической картины болезни почек в зависимость от двух элементов: **мочи** и патолого-анатомической картины — этих двух **критериев**, которые по существу суть готовые и уже конечные продукты болезни, **мертвые** и **безжизненные**. Клиницисты видели перед собою результат *materiae laesae*, но не могли учитывать *functionis laesae*" [5].

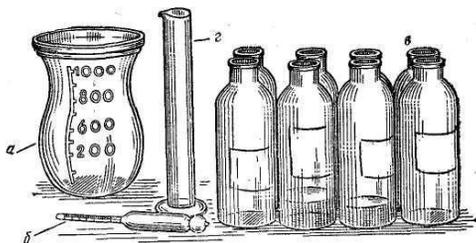


Рис. 3 Несложное оборудование для выполнения пробы Зимницкого ("8 банок").

Считается, что все гениальное просто. Проба Зимницкого соответствует этому постулату: над функцией почек висела "завеса таинственности", и эту завесу убрал С. С. Зимницкий, констатировавший, что:

"...днем обычно человек пьет и ест, следовательно, днем нормальная почка получает больше раздражений и запросов на работу, и это сказывается общим правилом — дневная полигидрурия и дневная же полихлорурия при наличии значительных колебаний удельного веса и процентного содержания хлоридов" [5].

В классической работе "Введение в функциональную диагностику почек" (1927г), подводя итоги предыдущим десяти опубликованным нефрологическим статьям и трем монографиям по диагностике и лечению почечных заболеваний, профессор С. С. Зимницкий пишет:

"Я нашел более рациональным, практически простым и безопасным изучать без всяких насилий функциональную работу почек" [7].

Последовательность проведения пробы Зимницкого такова:

"...мы отмечаем количество выпиваемой жидкости в сутки. Больной мочится в течение каждых 3 часов в особую банку, так что получаются порции от 6 до 9, от 9 до 12, от 12 до 15, от 15 до 18, 18 до 21, от 21 до 24, от 24 до 3, от 3 до 6 часов. В каждой этой порции мы определяем удельный вес и, смотря по надобности, хлориды и мочевины" [7].

"У здорового человека общий диурез — 65-75% выпитой жидкости...; у здорового днем выделяется 2/3 или 3/4 всей мочи за сутки (т.е. дневной диурез больше ночного диуреза)".

"Определяя процент выделения хлоридов в отдельных порциях, мы можем составить себе представление о хлорокинезе, а изучая мочевиновыделение — об азотокинезе" [7].

В норме удельный вес разных порций должен иметь большие колебания (рисунок 3).

С. С. Зимницкий выступал против использования грубых нагрузочных проб преимущественно немецких ученых (рисунок 4):

Часы	Колич. мочи	Уд. вес.	0/о ClNa	Часы	Колич. мочи	Уд. вес.	0/о ClNa
6—9 ч. ут.	125	1,010	0,8	6—8 ч. веч.	225	1,010	0,7
9—12 дня	175	1,010		9—12 ночи	270	1,011	
12—3 "	150	1,009		12—3 "	255	1,009	
3—6 "	150	1,011		3—6 "	240	1,010	
ДД	600 к. с.			НД	1000 к. с.		

Рис. 4 "Бюллетень о состоянии здоровья больных почек".

"Я стремлюсь изучать больной орган не в состоянии покоя, а в его движении, в его живой работе, в его функции" [5], только тогда, "стоя у постели больного, не насилуя без нужды его почек никакими опытами, вы изо дня в день по таблицам нашей схемы будете читать бюллетени о состоянии здоровья больных почек" [7].

Но как поступать в тех случаях, когда необходимо дополнительно изучить раздражимость и чувствительность почек, их утомляемость, а также широту приспособляемости (аккомодацию)? На это дается ответ в серии работ С. С. Зимницкого "Клинические этюды из области нефропатий":

"Должны быть отвергнуты вредоносные пробы с метиленовой синью, йодистым калием и т.д., а следует использовать пищевую нагрузку — "большую нагрузку" почек".

Когда знакомишься с пробной диетой С. С. Зимницкого, то убеждаешься, что она состоит не из чужих, а "родственных организму раздражителей", поступающих не в виде одномоментной колоссальной перегрузки, а в течение всего дня, фракционно. Вот состав этой диеты: на завтрак 133 г (1/3 фунта) белого хлеба, 1 вареное яйцо и 400 мл кофе с молоком; на обед 200 г (1/2 фунта) мяса в виде котлет, 2 яйца, 133-200 г белого хлеба и 400 мл кофе с молоком; на ужин 133 г белого хлеба, 1 яйцо и 400 мл кофе с молоком. По надобности при требовании больного на руки дается 5 г поваренной соли для улучшения вкусовых качеств пищи и определения хлорокинеза. Профессор С. С. Зимницкий подчеркивал, что *Mehrbelastung* нужно проводить в динамике, чтобы при пищевой нагрузке иметь исходные данные ("предварительный период"), а после нагрузки — заключительные "точки сопоставления".

Функциональные пробы, внедренные С. С. Зимницким в практику терапевта, вначале отвергались и назывались даже "дефективными", и С. С. Зимницкий сокрушался и боролся [8] по этому поводу:

"Быть может, мое трактование не всеми разделяется, быть может, оно даже некоторыми и не признается, но я иду самостоятельной дорогой в этом вопросе, — я знаю, что мы, русские, часто скептически и даже недружелюбно относимся только к своим изысканиям, но зато уж очень поклоняемся перед иноземными достижениями" [7].

Итак, что позволяет уяснить проба С. С. Зимницкого? Вот его собственные выводы из руководства для врачей "Болезни почек (Брайтова болезнь)" (рисунок 5):

"Прежде всего надо особенно подчеркнуть, что мы в нашем способе не применяем по отношению работы почек никаких отягощающих моментов, мы просто на фоне обычной жизни больного, создав постоянный уровень питания и питья, производим

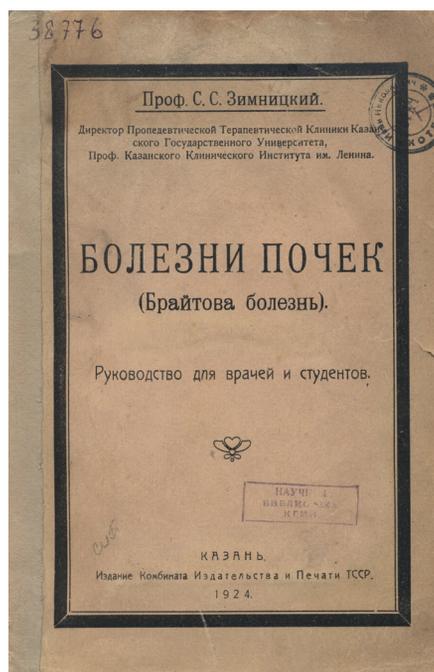


Рис. 5 Руководство для врачей "Болезни почек (Брайтова болезнь)", 1924г.

ряд последовательных наблюдений изо дня в день, и, разложив его почечную работу вышеупомянутым способом, рассматриваем ее с различных точек зрения:

- 1) Изучаем общую выделительную способность почек по отношению воды.
- 2) Наблюдаем, какую форму принимает выделительная работа почек, т.е. определяем состояние этой работы.
- 3) Смотрим, как могут почки производить разведение и концентрацию.
- 4) Исследуем, какой характер имеет работа почек.
- 5) Отмечаем, наконец, степень приспособляемости почек к обычной, а, если нужно, к повышенной работоспособности (способ отягощения)" [9].

Анатомическое учение в нефрологии, господствовавшее в Европе и инициированное немецкими учеными Ф. Фольгардом² и К. Т. Фаром, в начале XXв господствовало и в России [10]. Создание С. С. Зимницким функционального направления в нефрологии в корне изменяло ситуацию:

"Для меня, как клинициста, — пишет он, — важен и *substratum morbi*, но важнее функциональное состояние клеток. Ведь мы знаем, что пораженный анатомически

² Фольгард (Volhard), Франц (1872-1950), немецкий терапевт. Имя Фольгарда носят диагностические пробы, используемые для оценки функций почек, а также симптом слипчивого перикардита. Фольгард (совместно с Т. Фаром) подготовил фундаментальное руководство по болезням почек (1914) и их классификации.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА.

Несколько слов в защиту гломерула почки.

Проф. С. С. Зимницкого (Казань).
(С 7 табл.).

В настоящий момент мы, получив возможность знакомства с европейскими научными достижениями, прежде всего должны отметить, что многие основные положения в научных доктринах не всюду трактуются одинаково. Особенно это заметно в учениях французской и немецкой школы. Остановимся хотя-бы на вопросе о функции почек, точнее на функциях соответственных частей рабочей единицы их, resp. клубочков и канальцев. Если в книге Н. Claude и V. Baltazard'a („La cytoscopie des urines“. Paris. 1902) в свое время отводилась определенная роль и клубочку и канальцу, то в отделе, трактующем о болезнях почек, огромного руководства Bouchard'a и Brissaud (Traité de médecine. 1902, т. V) касательно функции этих частей рабочей единицы почек говорится очень мало, почти ничего. Если же взять современные руководства, напр., — maladies des reins (Nouveau traité de médecine. Brocardel—Gilbert-Carnot. Paris. 1921. т. XXI, стр. 18), то там определенно подчеркивается, что *во всем в смысле отделения заведует только каналец, на долю же гломерула остается чисто механическая функция простого фильтра.*

То же пишет и Pasteur Valery-Radot (Maladies des reins. Pathologie médicale. T. IV. Bezançon, M. Labbé, L. Bernard et J. A. Sicard. Paris 1922, p. 258). «Le glomérule n'aurait aucun rôle actif. Il serait simplement un organ propulsateur».

Этот интересный частный вопрос обходит молчанием и A. Martinet в новом издании своей клинической диагностики (Diagnostik clinique. Paris. 1922). И только в текущей прессе (La Presse Médicale 1924 г., № 97) L. Lepaz развешивает перед нами *страницу современного во зрению французской школы на функцию клубочка и канальца почек.*

Этот взгляд сводится к тому, что клубочек только фильтрует и то в ограниченном масштабе, каналец же сецернирует. Чтобы понять основу для таких заключений, нам надо познакомиться с положениями и доказательствами

часовом выделении воды и увеличивающий последнее с 60 к. с. про бога до 600 к. с., мог бы происходить при посредстве гломерула. Тогда пришлось бы допустить, что давление в капиллярах почки может возрастать до аортального и даже выше, что невозможно. Далее, если предположить, что вводимая жидкость может развести кровь и таким образом нарушить соответствие в осмотическом давлении (обусловливая уменьшение гидрофилии), что, конечно, может иметь следствием повышение и нарастание диуреза, то для этого у нас нет данных, хотя это соображение обосновано правильно. В доказательство этого своего воззрения Lepaz приводит свои наблюдения над 4 здоровыми людьми, у которых введение значительного количества воды (1200 к. с. (зараз) не вызвало никакого изменения состава крови. В постели опытный субъект выпивал 1200 к. с. (зараз) и у него производились наблюдения над кровью и мочей.

Табл. I.

Время		К р о в ь			М о ч а		
		% NaCl	Красн. кров. шарики в 1 мм.	Количество.	Удел. вес	% NaCl	Колич. NaCl
9¼ ч.	Натоцак	0,41	5.015.000	250	1,020	0,725	1,80
9½ „	1200 к. с. воды	0,42	5.020.000	—	—	—	—
10¼ „	—	—	5.020.000	725	1,007	0,118	0,857
11¼ „	—	0,42	—	650	1,003	0,087	0,560
12¼ „	Завтрак (воды—0)	—	—	75	1,013	0,311	0,232
2¼ „	—	—	—	100	1,017	0,304	0,304
4 „	—	—	—	75	1,026	1,006	0,754
6 „	—	0,42	5.020.000	60	1,028	1,281	0,768

Так как из этого опыта можно усмотреть, что от выделения воды, даже в большом количестве (l'ingestion d'un volume extraordinaire d'eau) не изменяется композиция крови, то получающийся диурез в течение двух следующих за этим часов нельзя объяснить понижением коллоидного давления протеинов крови. И, если таким образом этот феномен диуреза не стоит в зависимости ни от повышения кровяного давления, ни от понижения гидрофилии, то его нельзя объяснить и результатом гломерулярной фильтрации и, естественно, основываясь на данных опыта, его надо признать *продуктом тубулярной секреции.* Таким образом, на ряду с секрецией плотных ве-

Рис. 6 Статья С. С. Зимницкого "Несколько слов в защиту гломерула почки" ("Врачебное дело", 1925, 8).

чески орган может нести свое задание правильно и как бы нормально, равно как убеждаемся, что при невидимых, даже сильно вооруженным глазом, изменениях клеток, т.е. когда анатом находит все в порядке, функция их нарушается и нередко колоссально" [11].

"Функциональная диагностика стала религией нашей клиники, а мы — ее жрецами" [12].

В 1922г С. С. Зимницкий пропагандировал:

"И мы не ошибемся, если скажем, что нет вообще острой нефропатии без поражения сосудистого аппарата: поражение сосудов всегда выступает на первый план и оно выражено функционально сильнее, чем у канальцев. С точки зрения патологической — на препаратах зачастую имеются явления *vice versa*, но это, полагаю, зависит просто от несовершенства техники" [11].

Это предвидение профессора С. С. Зимницкого в наш век электронной микроскопии подтверди-

лось и выразилось в констатации факта измененной базальной мембраны Мальпигиева клубочка и Боуеновой капсулы.

Для современной терапии значительный интерес представляет работа С. С. Зимницкого "К динамике мочегонных с точки зрения функциональной диагностики" (1923г) [13]. Присоединяясь к мнению Манассеина, что мочегонный эффект должен заключаться не только в "обильном выделении жидкости", но и способствовать выведению составных частей мочи ("водосолеазотогонные"), с помощью своей функциональной пробы, определяя, в частности, утомляемость почки и ее аккомодацию, он исследовал механизм действия диуретина, теоцина и эуфиллина. С. С. Зимницкий обнаружил, что мочегонное действие этих препаратов зависит от функционального состояния почек. Иногда сильный диуретик вызывает слабый мочегонный эффект, а слабый диуретик — наоборот, значительное действие. Изученные мочегонные средства

К вопросу о хронических азотемических нефритах без гипертензии.

† Проф. С. С. Зимницкого (Казань).

Еще не так давно, на наших, можно сказать, глазах, как Deus ex machina, выросло стройное, красивое и, казалось бы, крепко сколоченное во всех своих частях учение Volhard'a и Fahg'a. Но ничто не вечно под луной, а тем более в медицине, где, как писал Wagner, учения рождаются лишь для того, чтобы через 5 лет исчезнуть, и вот, в этом основательно построенном здании, главным образом в фундаменте его, действительно, со временем начали выпадать отдельные кирпичи, и оно стало мало по малу расшатываться. И чем ближе вематриваешься в это учение и сверяешь его с практической стороной вопроса и жизнью клиники, тем все больше и больше убеждаешься, что прихотливая жизнь даже в своих обиденных выявленнях—в болезнях часто не хочет укладываться в Прокрустово ложе схем и поражает нас неожиданностями там, где все казалось уже законченным, узаконенным, незабываемым, бесспорным и установленным. Я говорю о „неоспоримом“ постулате Volhard'a, что при хронических диффузных, гематогенных нефритах кровяное давление должно быть обязательно повышено, особенно при наличии insufficientiae renum.

Клиника уверовала в этот постулат, и клиницист не мог себе даже представить, что, рассудку вопреки и наперекор стихиям, могут быть такие хронические диффузные и гематогенные воспаления почек, которые протекают—horribile auditu!—без повышения кровяного давления, несмотря на имеющуюся здесь палачо недостаточность почек, азотемия. Сколько таких больных, быть может, проходило у нас под различными диагнозами, но не под диагнозами нефритов, лишь потому, что мы твердо держались за определенный комплекс явлений, боясь отступить от общепринятых правил! Для пояснения приведу историю болезни одной больной, которая прошла через кабинеты многих врачей и профессоров, направляясь от терапевтов к невропатологам и обратно.

Дело касается больной 32 лет, которая почувствовала свою болезнь около 10 лет тому назад. Главной жалобой ее были головные боли, временами поносы, иногда бесшумные рвоты по ночам. Иногда эти явления выступали все сразу, иногда поодиночке, иногда они исчезали вовсе, а иногда достигали ужасных размеров. «Я с детства,—рассказывает больная,—была здоровой и крепкой, перенесла 6-ти лет ветряную оспу и легкую скарлатину и с той поры ничем не хворала. Вышла замуж, но детей не имела. Заболела как-то неожиданно,—сначала появились тупые боли в голове по ночам, иногда была рвота без особой тошноты, за последние 2 года усилились поносы. Я стала худеть, нервничать, ходить по врачам и профессорам; ставилось много диагнозов, исследовалась моча, кровь на реакцию Wassermann'a, я лечилась, бывали улучшения, но ненадолго, и в конце концов одним невропатологом в Эссентуках было высказано предположение о мозговой опухоли».

Кав. Мед. Журн., 1928 г., № 1.

Рис. 7 Начало статьи С. С. Зимницкого "К вопросу о хронических азотемических нефритах без гипертензии" ("Казанского медицинского журнала", 1928, 1).

полный эффект производили на здоровых почках (например, при декомпенсации сердца).

В очень дискуссионной статье "Несколько слов в защиту гломерулы почки" (1925г) (рисунок 6) [Прим. авторов — защита какого рода? защиты от недопонимания?] поднимался вопрос, решение которого возможно осуществить в наши дни:

"...клубочек и, в частности, его капсула не есть инертная часть почек, где царствуют законы чисто физических корреляций, но наоборот, там имеют место и совершаются активные жизненные, биологически определенные процессы. Здесь идет секреция мочевой жидкости, а не фильтрация, как учит французская школа" [14].

В клинической лекции "Новое в учении о патогенезе отеков", напечатанной в 1925г на страницах "Казанского медицинского журнала", он верен своей точке зрения на нефриты, как "частное проявление общего сосудистого заболевания" [15].

С. П. Боткин утверждал: "Казуистика — есть основание практической медицины и лучшая школа для практического врача". Такой прекрасной школой для многих врачей оказалась последняя статья

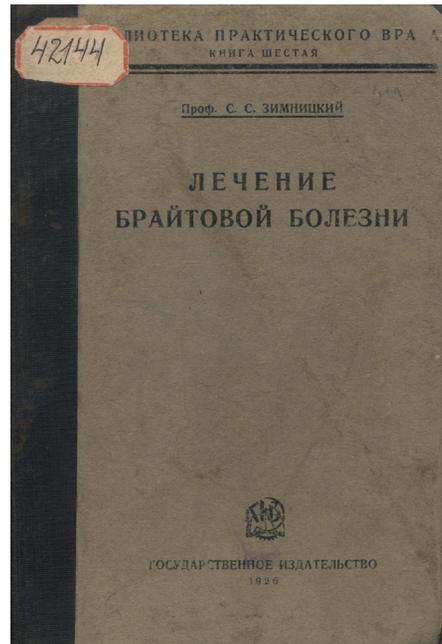


Рис. 8 Монография "Лечение Брайтовой болезни" (1926г).

С. С. Зимницкого, и касалась она неизвестного в отечественной среде феномена "нефрита с азотемией, но без гипертензии". Название этой статьи "К вопросу о хронических азотемических нефритах без гипертензии" (рисунок 7) [16]. Она вышла в свет уже после смерти ученого (Казанский медицинский журнал, 1928г). Коллеги называют эту форму нефрита "формой С. С. Зимницкого".

В этой работе С. С. Зимницкий отвергает ортодоксальный подход к классификации Брайтовой болезни Ф. Фольгарда и К. Т. Фара и обращает внимание на существование особого варианта хронического гломерулонефрита с азотемией, но с очень скудными изменениями в моче и с нормальным артериальным давлением, в связи с чем таким пациентам не выставляется диагноз почечного заболевания, и они "проходят" под самыми разными диагнозами.

В монографии "Лечение Брайтовой болезни" (1926г) (рисунок 8) С. С. Зимницкий пишет:

"Касаясь вопроса о лечении болезней почек (Брайтовой болезни), я прежде всего хочу отметить, что именно здесь, где все зависит от состояния функции заболевшего органа — почек — рациональная терапия, если она не может быть специфической и этиологической, должна быть не шаблонной, как это было прежде, а функциональной и эклектической"³ [17].

³ эклектизм (от *эклектик*) — механическое объединение различных, иногда даже противоположных принципов, взглядов, художественных элементов и др.

эклектик (гр. *eklektikos* = **выбирающий**) — тот, кому свойствен эклектизм.

эклектика (гр. *eklektikos* = **выбирающий**) — 1) то же, что эклектизм; 2) *перен.* отсутствие оригинальности и самостоятельности.



Рис. 9 С. С. Зимницкий (1925г).

С. С. Зимницкий, расширяя учение о гломерулонефритах, стал рассматривать гломерулонефрит как патологию всего организма: *"отражение заболевания организма вообще"*. В лекциях по болезням почек (оба выпуска) он говорил своим слушателям: "На болезни почек мы смотрим, как на частное проявление общего заболевания сосудистой системы" [12]. Эту точку зрения поддержали на VII съезде терапевтов профессора П. В. Давыдовский⁴ и М. М. Вихерт⁵.

Однако С. Н. Oberling (1951г) на основании находок мельчайших пузырьков в педикулах, крайней изменчивости малых отростков подоцитов и межпедикулярных щелей предположил, что фильтрат плазмы не может миновать тело подоцита. При этом подподоцитарное пространство сравнивается с субмикроскопической "губкой-насосом", откачивающим фильтрат плазмы в полость капсулы клубочка.

В руководстве "Основы нефрологии" Е. М. Тареева⁶ (1972г) указано:

"Через межпедикулярные щели, как полагает большинство исследователей, фильтрат плазмы может поступать в полость капсулы Шумлянского — Боумена, минуя цитоплазму подоцита. Считают, что изменение величины этих щелей и педикул может играть определенную роль в регуляции размера фильтрации" [18] (Hall, 1954, 1957; Yamada, 1955; Farquhar, et al., 1957).

Таким образом, остается до конца "не прочитанной" работа клубочка. В литературе нет официального опровержения вышеприведенного тезиса С. С. Зимницкого. Конечно, и великий ученый может ошибаться, но, возможно, при проведении

⁴ Давыдовский Ипполит Васильевич (1887-1968) — советский патологоанатом, один из организаторов патолого-анатомической службы в стране. Академик АМН СССР (1944), Герой Социалистического Труда (1957).

⁵ Вихерт Михаил Иосифович (1884-1928) — клиницист-терапевт, профессор и директор факультетской терапевтической клиники МГУ.

⁶ Тареев Евгений Михайлович (1895-1986) — советский терапевт.

специальных исследований могут быть получены доказательства той биологической активности клеток капсулы клубочка, о которой говорил С. С. Зимницкий, и могут быть разработаны новые подходы к терапии болезни клубочка почки (рисунок 9), и мы сможем еще раз убедиться в глубине его мыслей и его опережающих время идей.

С. С. Зимницкий задается вопросом, как часто наблюдаются в практике подобные парадоксальные случаи? Он сам в начале 1927г в "Лекции по сердечным и почечным болезням" опубликовал один такой случай [10, 12]. В немецкой литературе С. С. Зимницкому такие сообщения не попадались, зато во французской литературе подобные наблюдения публикуются "всё чаще и чаще" — "partout il faut penser aux nephrites et les chercher" (Vidal, A. Weil, 1913; Pasteur — Vallery — Radot, 1922; Bouchit и Ravanlt, 1926).

К сожалению, С. С. Зимницкий не обсуждает механизм отсутствия артериальной гипертензии у такого рода пациентов. Очевидно, во времена С. С. Зимницкого это и невозможно было сделать.

Настоящим творческим и научным шедевром является труд С. С. Зимницкого "Лечение Брайтовой болезни". Киевский профессор В. В. Виноградов⁷ сразу же по выходе этой книги восторженно писал: "Можно пожелать этому весьма полезному труду... самого широкого распространения". Он же отметил, что "...большим достоинством книги служит внимание автора к русским работам" [19].

Свое терапевтическое кредо профессор С. С. Зимницкий выразил в следующих словах:

"Надо не забывать, что есть много методов лечения известной болезни, но для конкретного случая есть только один правильный. Чем глубже будут познаны функциональные расстройства органа, вызвавшие болезнь, тем избирательнее и рациональнее будет терапия, а, следовательно, и существеннее результаты ее" [17].

Принципы лечения излагаются во вполне современной последовательности: профилактика, режим, диета, этиопатогенетическая терапия, функциональное лечение, симптоматические средства, физиотерапия и курортное лечение, частная терапия.

Оригинально мнение С. С. Зимницкого на профилактику в нефрологии следующее:

"Почки по характеру своей деятельности как очистительный орган, через который проходит вся масса крови, подвергаются преимущественному действию ядов" [17]. "Даже наши лечебные вещества: нафталин, пикриновая кислота, хризарбин, мушка, карболовая кислота, скипидар, ртуть и т.п. могут

⁷ Виноградов Василий Васильевич (1876-1927) — русский врач, профессор, доктор медицины.

действовать раздражающим образом на почки и вести к их заболеваниям. Нередко болезни почек являются следствием профессиональных занятий. Кроме того, надо отметить целый ряд распространенных в домашнем обиходе и питании веществ (пряности, горчица, соя, алкоголь и т.п.), которые тоже вредят почкам" [17].

Отмечая роль инфекционных заболеваний, хронической очаговой инфекции, фактора переохлаждения, С. С. Зимницкий пишет, что "безусловно, довольно значительная часть хронических паренхиматозных нефритов обязана своим происхождением хроническим простудам (сырой климат, плохая одежда, сырые квартиры)". Известно крылатое выражение С. С. Зимницкого:

"Дайте русскому человеку теплый туалет, и он перестанет болеть болезнями почек" [17].

В заключении отметим патриотизм С. С. Зимницкого — он был патриотом на всех этапах своей жизни — как личность, как человек в мирной жизни и в военное время, во время судьбоносного перелома революции, но главным образом, в его научных трудах.

Наиболее ярко это выражено именно в нефрологической статье С. С. Зимницкого "Введение в функциональную диагностику болезней почек" [4], начало которой необходимо привести без купюр.

I. ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ И ЛЕКЦИИ.

Введение в функциональную диагностику болезней почек.

Проф. С. С. Зимницкий (Казань).

В настоящем очерке я высказываю свою личную точку зрения. Я излагаю вопрос так, как я его понимаю и трактую. Быть может, мое трактование не всеми разделяется, быть может, оно даже некоторыми и не признается, но я иду самостоятельной дорогой в этом вопросе, — я знаю, что мы, русские, часто скептически и даже недружелюбно относимся только к своим изысканиям, но зато уж очень преклоняемся перед иноземными достижениями. Что это действительно так, об этом спорить не приходится!

Не закрывая глаза на это, я все же буду твердо проводить свои принципы, свои убеждения и взгляды, ибо они есть результаты долголетней работы, плоды моих клинических переживаний, сомнений и верований. Критика благосклонно и доброжелательно встретила мою книжку о болезнях почек, по моя методика, простая и несложная, позволяющая, вне всяких насилий над больным, исследовать функцию почек, немудрая, по существу, по-видимому, кажется русским клиницистам хуже заграничной.

Что же делать? Я ничего не имею против таких научных тенденций, но жалею принципиально о тех, кто не решается мыслить самостоятельно, порусски, а силится жить по-иному. Это право каж-

дого. Посмотрите на отдел почечных болезней у французов, почитайте то же у немецких авторов и вы увидите особую любовь к своему: французы живут французскими работами, их любят и ценят, немцы — своими достижениями, они даже не хотят знать других направлений, а мы, русские, мы твердо верим во все не наше, своего не ценим и живем только чужеземным. Как трудно бывает провести что-нибудь "свое" в русскую медицину, укажу для примера на свои начинания — я хотел провести в клинику те типы желудочной секреции, которые были установлены в лаборатории профессора И. П. Павлова, этого нашего русского самородка, гениальность которого теперь признает весь мир, и это трудно было сделать лишь только потому, что это русское. Стоило появиться какому-либо заграничному методу — ну хотя бы "хромоскопии", как на него набросились и стали его превозносить, называя его даже каким-то "физиологическим методом". Мне лично и глубокоуважаемому физиологу проф. А. Ф. Самойлову пришлось на одном медицинском заседании в Казани публично опровергать подобную нелепость суждений.

Из-за того, что мы, русские, как никто, следим за мировой литературой, — с этим должен согласиться всякий, — не следует из-за дальних чужеземных перспектив забывать свои близкие достижения и надо чутко ценить, уважать и считаться с ними; только тогда и будет желание работать и творить. Мы, как показывают хотя бы наши терапевтические съезды, занимаемся по большей части проверкой добытого за границей.

Это порождает привычку идти в хвосте у других и не развивает самостоятельности и самостоятельности. Французы, немцы и другие признают твердо только свое, и у них есть свое направление, свое творчество. У нас нужно быть гением, чтобы занять почетное место, у нас трудно работать потому, что нет благоприятственной среды, мы преклоняемся перед заграничной маркой и как-то до странности чужды своего. Вспомним хотя бы нашего математика Лобачевского и ряд других русских имен.

"Нам известны, — пишет проф. Д. Д. Плетнев ("Русские терапевтические школы", 1923, стр. 6), — русская литература, русская музыка, русская живопись, но нам неизвестна русская научная медицина. На это лучше всего могут ответить те, которые не признают русской медицины. Почему же это так?"

Как-то до болезненности хочется, чтобы наша любимая наука выросла и получила бы такую определенную и мощную величину и силу, как русская живопись, музыка и т.д.

Многие идут по этой проторенной и истоптанной стезе. К этой породе людей можно приложить слова Шкоды (Schkod) (1859): "следование чужому и сомнение, распространяемое на все свое, довольно часто служило для слабых мыслителей маской ума" ("Geschichte der Medizin", 1859, S.360).

Говорят — наука и аполитична, и интернациональна. Но, почитав то, что пишут, хотя бы по вопросу

о почках, за границей немцы, французы и т.д., я вижу, что каждый народ живет своей медицинской идеологией и идет своей дорогой, часто далее не считаясь с крупными достижениями других наций. Французы не захлебываются восторгом от учения Фольгарда и Фара (Volhard и Fahr), немцы вовсе не упоминают об учении французского относительно функции почечных единиц, и у каждого наука построена по-своему.

Мне горько сознавать ту истину, что у нас, наоборот, нет этого единства, и поэтому у нас многое не согласовано, неустроено и неналожено. Нужно иметь много силы воли, чтобы идти своей дорогой и твердо стоять на ней — за это можно прослыть ретроградным, не передовым человеком. Но "le vin est tire, il faut le boire!"⁸.

Подводя итоги краткого анализа работ профессора С. С. Зимницкого в области функциональной диагностики почечных заболеваний, описания клиники, дифференциальной диагностики, профилактики и лечения "нефропатий", можно повторить слова профессора М. С. Вовси⁹: "Научное наследие нефрологической школы профессора С. С. Зимницкого нуждается в дальнейшем изучении и разработке".

Значимость научных трудов С. С. Зимницкого хорошо выразили профессор Ф. Кончаловский и профессор А. М. Предтеченский¹⁰.

Профессор Ф. Кончаловский (31 декабря 1927г) писал в Казанский университет:

"Он имел школу учеников, его влияние на воспитание врачей было огромно и поэтому не подлежит сомнению, что значение его перед наукой и народом были очень велики".

Ученик профессора С. С. Зимницкого профессор А. М. Предтеченский написал к годовщине смерти ученого:

"...Семён Семёнович Зимницкий умер в полном расцвете своих творческих сил с жадной все новой работы и новой деятельности во славу русской медицинской науки; на пользу русской медицины, которую он так хорошо знал, ценил и любил" [20].

Сын крестьянина, гордящийся своим происхождением из народа, воспитанник клинической и физиологической школы С. С. Боткина и И. П. Павлова, С. С. Зимницкий получил полную возможность для

научного творчества после Октябрьской революции и стал основателем нового, функционального направления в отечественной медицине [21].

Профессор С. С. Зимницкий внес большой вклад в развитие пульмонологии, кардиологии и разработку биологических вопросов [22]. Достаточным было бы только открытие возбудителя маньчжурского тифа и описания клинической картины этого заболевания, чтобы имя Семена Семеновича заняло достойное место в славной когорте "людей русской науки" [1].

Однако главные достижения С. С. Зимницкого касаются двух трудных разделов внутренней медицины — гастроэнтерологии и особенно нефрологии.

Врачам-гастроэнтерологам он дал в руки новый метод исследования — двойной бульонный завтрак. Основываясь на работах И. П. Павлова и своих исследованиях по новой методике, С. С. Зимницкий впервые в клинике выделил пять типов желудочной секреции. Подтверждение идей Семена Семеновича о типах секреции было получено в работах К. М. Быкова¹¹ и И. Т. Курцина¹². С. С. Зимницкий как опытный клиницист выяснил механизмы действия на желудок различных лекарственных средств и доказал существование обратимости типов секреции. Таким образом было создано учение о функциональных заболеваниях желудка.

Нефрология обязана трудам профессора С. С. Зимницкого созданием нового физиологического направления в функциональной диагностике заболеваний почек. "Проба Зимницкого" — самая физиологичная почечная проба, все диагностические возможности которой до настоящего времени еще не исчерпаны. Большое будущее принадлежит модификации этой пробы с "Mehrbelastung", позволяющей установить аккомодационные возможности почек.

В настоящее время, в век применения новейших методов исследования на электронно-микроскопическом и молекулярном уровне, клинико-

¹¹ Быков Константин Михайлович (1886-1959) — выдающийся советский физиолог, академик АМН СССР (1944) и АН СССР (1946), заслуженный деятель науки (1940), лауреат Государственной премии СССР (1946), депутат Верховного Совета РСФСР (1951-1959). Генерал-лейтенант медицинской службы. В гастроэнтерологии известен как один из авторов (наряду с И. Т. Курциным) кортико-висцеральной теории патогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

¹² Курцин Иван Терентьевич руководил лабораторией кортико-висцеральной патологии (физиологии) института физиологии им. И. П. Павлова с 1950 по 1976гг. В 1952г И. Т. Курцин получил премию им. И. П. Павлова за работу "Механорецепторы желудка и работа пищеварительного аппарата". В 1961г награжден премией им. К. М. Быкова за работы "Новый метод функциональной диагностики заболеваний желудка человека", "Принципы кортико-висцеральной физиологии и патологии", "Кортико-висцеральная теория и медицина".

⁸ "Вино откупорено, надо выпить его!" (фр.).

⁹ Вовси Мирон Семёнович (Меер Симонович) (1897-1960) — советский терапевт и учёный-медик. Доктор медицинских наук (1936), профессор (1936), генерал-майор медицинской службы (1943). Заслуженный деятель науки РСФСР (1944), академик АМН СССР (1948).

¹⁰ Предтеченский Александр Михайлович (1881-1956) — советский хозяйственный, государственный и политический деятель, доктор медицинских наук, профессор.

физиологические идеи профессора Семёна Семёновича Зимницкого и его школы служат дальнейшему развитию отечественной медицины.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

- Osloпов VN, Khazova EV, Khaliullina SV, et al. Semen Semenovich Zimnitsky's contribution to the description of the clinic of infectious diseases, microbiology and immunology. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(1S):3491. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Халиуллина С. В. и др. Вклад Семёна Семёновича Зимницкого в описание клиники инфекционных заболеваний, микробиологию и иммунологию. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1S):3491. doi:10.15829/1728-8800-2023-3491. EDN ABAHTO.
- Zimnitsky SS, Rodoslavov P. To the urology of jaundice. *Medical newspaper*. 1902;9(40):917-8. (In Russ.) Зимницкий С. С., Родославов П. К урологии желтухи. *Врачебная газета*. 1902;9(40):917-8.
- Zimnitsky SS. Beitrag zur urologie des Icterus, (mit dr. Radoslawoff). *Zentrbl. f. Stoffv. u. Verdauungskrh.* 1903, 7.
- Zimnitsky SS. To the casuistry of combined kidney diseases. *Practical doctor*. 1909;8(35):603-5. (In Russ.) Зимницкий С. С. К казуистике комбинированных заболеваний почек. *Практический врач*. 1909;8(35):603-5.
- Zimnitsky SS. To the doctrine of the functional diagnosis of nephritis. *Kazan Medical Journal*. 1921;3:310-33. (In Russ.) Зимницкий С. С. К учению о функциональной диагностике нефритов. *Казанский медицинский журнал*. 1921;3:310-33.
- Osloпов VN, Khasanov NR, Osloпова YuV, et al. Clinical and pedagogical school of Semen Semenovich Zimnitsky. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(5S):3493. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В. и др. Клинико-педагогическая школа Семёна Семёновича Зимницкого. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(5S):3493. doi:10.15829/1728-8800-2022-3493. EDN DCMIZA.
- Zimnitsky SS. Introduction to the functional diagnosis of kidney diseases. *Clinical medicine*. 1927;1:2-12. (In Russ.) Зимницкий С. С. Введение в функциональную диагностику болезней почек. *Клиническая медицина*. 1927;1:2-12.
- Zimnitsky SS. What is our method of functional kidney diagnostics and what does it allow? *Kazan Medical Journal*. 1922;1:54-62. (In Russ.) Зимницкий С. С. В чем заключается наша методика функциональной диагностики почек и что она разрешает? *Казанский медицинский журнал*. 1922;1:54-62.
- Zimnitsky SS. *Kidney disease (Bright's disease). Guide for doctors and students*. Kazan. Ed. Publishing house. and seals of the TASSR, 1924. p. 272. (In Russ.) Зимницкий С. С. *Болезни почек (Брайтова болезнь). Руководство для врачей и студентов*. Казань. Изд. Комбината издат. и печати ТАССР, 1924. p. 272.
- Osloпов VN, Khasanov NR, Osloпова YuV, et al. Semen Semenovich Zimnitsky Scientific School: Pulmonology and Cardiology. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(1S):3490. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хасанов Н. Р., Ослопова Ю. В. и др. Научная школа Семёна Семёновича Зимницкого: пульмонология и кардиология. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(1S):3490. doi:10.15829/1728-8800-2023-3490. EDN AZVZHJ.
- Zimnitsky SS. Clinical studies from the field of nephropathy. Our ideas about nephritis in terms of functional diagnostics. *Medical Journal*. 1922;2(8):510-25. (In Russ.) Зимницкий С. С. Клинические этюды из области нефропатии. Наши представления о нефритах с точки зрения функциональной диагностики. *Медицинский журнал*. 1922;2(8):510-25.
- Zimnitsky SS. *Lectures on Heart and Kidney Diseases, Second Edition*. M., ed. Moszdravtdel, 1927. p. 158. (In Russ.) Зимницкий С. С. *Лекции по сердечным и почечным болезням, Выпуск второй*. М., Изд. Мосздравотдела, 1927. p. 158.
- Zimnitsky SS. To the dynamics of diuretics from the point of view of functional diagnostics. *Medical newspaper*. 1923;27(7):146-50. (In Russ.) Зимницкий С. С. К динамике мочегонных с точки зрения функциональной диагностики. *Врачебная газета*. 1923;27(7):146-50.
- Zimnitsky SS. A few words in defense of the kidney glomerulus. *Medical business*. 1925;8:629-34. (In Russ.) Зимницкий С. С. Несколько слов в защиту гломерулы почки. *Врачебное дело*. 1925;8:629-34.
- Zimnitsky SS. New in the doctrine of the pathogenesis of edema (clinical lecture). *Kazan Medical Journal*. 1925;4:373-9. (In Russ.) Зимницкий С. С. Новое в учении о патогенезе отеков (клиническая лекция). *Казанский медицинский журнал*. 1925;4:373-9.
- Zimnitsky SS. To the question of chronic azotemic nephritis without hypertension. *Kazan Medical Journal*. 1928;1:66-70. (In Russ.) Зимницкий С. С. К вопросу о хронических азотемических нефритах без гипертензии. *Казанский медицинский журнал*. 1928;1:66-70.
- Zimnitsky SS. *Treatment of Bright's disease*. M., GIZ, 1926. p. 172. (In Russ.) Зимницкий С. С. *Лечение Брайтовой болезни*. М., ГИЗ, 1926. p. 172.
- Tareev EM. *Fundamentals of Nephrology: a guide for physicians*. M.: Medicine, 1972. p. 944. (In Russ.) Е. М. Тареев. *Основы нефрологии: руководство для врачей*. М.: Медицина, 1972. p. 944.
- Vinogradov V. Rets. on the book professor S. S. Zimnitsky whom "Treatment of Bright's disease", M. — L., 1926. *Medical business*. 1927;3:208. (In Russ.) Виноградов В. Рец. на кн. профессор С. С. Зимницкого "Лечение Брайтовой болезни", М. Л, 1926. *Врачебное дело*. 1927;3:208.
- Predtechensky AM. From the memoirs and professor S. S. Zimnitsky. *Kazan Medical Journal*. 1928;3:279-84. (In Russ.) Предтеченский А. М. Из воспоминаний о профессоре С. С. Зимницком. *Казанский медицинский журнал*. 1928;3:279-84.
- Osloпов VN, Mishanina YuS, Osloпова YuV, et al. Semyon Semenovich Zimnitsky — life and death. *Practical medicine*. 2022;20(7):71-8. (In Russ.) Ослопов В. Н., Мишанина Ю. С., Ослопова Ю. В. и др. Семён Семёнович Зимницкий — жизнь и смерть. *Практическая медицина*. 2022;20(7):71-8.
- Osloпов VN, Khazova EV, Bogoyavlenskaya OV, et al. Professor Semen Semenovich Zimnitsky is an outstanding Russian therapist, scientist, and patriot. *Practical medicine*. 2018;16(9):11-28. (In Russ.) Ослопов В. Н., Хазова Е. В., Богоявленская О. В. и др. Профессор Семён Семёнович Зимницкий — выдающийся русский терапевт, ученый, патриот. *Практическая медицина*. 2018;16(9):11-28.

ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России
Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний

**III МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ФОРУМ
"НАУЧНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ"
05 октября 2023 года**

Глубокоуважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе III Международного научно-практического форума "Научно-педагогические школы терапии и профилактической медицины", который состоится в 05 октября 2023 года.

Ведущая идея форума
Научно-педагогические школы — Атланты современной терапии

Организация III Международного научно-практического форума "Научно-педагогические школы терапии и профилактической медицины" (далее — Форум) включает два направления:

1. **Симпозиумы, посвященные лучшим практикам вузов.** В рамках данного направления вузам предоставляется возможность организовать свои симпозиумы, отражающие становление и развитие идей научно-педагогической школы вуза в научной и образовательной деятельности.
2. **Круглые столы, посвященные обсуждению проблем** интеграции образования и практики. Участниками дискуссий выступают организаторы и специалисты практического здравоохранения, преподаватели вузов, научные сотрудники. Результаты работы планируется отразить в резолюции каждого круглого стола.

Название симпозиумов определяется в соответствии с алгоритмом:

- 1) — указывается название научно-педагогической школы вуза — *пример: Научно-педагогическая школа терапии Самарского ГМУ¹.*
- 2) — определяется приоритетное научное направление вуза в подготовке врачей-терапевтов или ВОП — *пример: Научно-педагогическая школа терапии Самарского ГМУ¹. Болезни крови в амбулаторной практике.*
- 3) — согласовывается тематика симпозиума с Программным комитетом Форума.

Тематика совещаний в формате "круглый стол":

1. Особенности цифрового взаимодействия в экосистеме образовательного пространства;
2. Русская терапевтическая школа в профилактике и лечении внутренних болезней;
3. Современные проблемы кадровой политики в сфере здравоохранения;
4. Новые квалификации врача-терапевта рамках специальности;
5. Педагогическая деятельность врача;
6. Многофакторность здоровья и сложность выявления влияния отдельного и совместного факторов на здоровье человека.

¹ Терапевтами Анатолием Иннокентьевичем Германовым и Владимиром Анатольевичем Германовым была сформирована научно-педагогическая школа (приказ ректора № 11-н от 24.02.2011 г.). Разрабатывалась проблема специализированной помощи больным терапевтического и гематологического профиля.

Регистрация: свободная для специалистов.

Научная программа Форума будет реализована в виде научных симпозиумов, "круглых столов". Информация о мероприятии доступна на сайтах www.ropniz.ru и www.gnicpm.ru. Полная научная программа будет размещена за 1 месяц до начала мероприятия на сайтах www.ropniz.ru и www.gnicpm.ru.

Формы участия в работе Форума:

- участие в научной программе Форума в качестве слушателя;
- доклад/симпозиум на пленарном и секционных заседаниях.

Для участия с докладом/симпозиумом в научной программе мероприятий, проводимых в рамках Форума необходимо до **15 сентября 2023 года** направить в адрес Оргкомитета заявку, пройдя по ссылке: <https://ropniz.ru/doctors/forums/internationalforum-2023#application>

Участникам Форума предоставляется возможность опубликовать **краткую научную статью** в дополнительном выпуске научно-практического рецензируемого журнала "Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Профессиональное образование". Статью нужно отправить рукопись через систему "Отправить статью" <https://cardiovascular.elpub.ru/jour/index> (выбрать раздел: "Профессиональное образование и аккредитация") до 5 октября 2023 года с указанием "Форум научно-педагогических школ". Прием статей прекращается 6 октября 2023 г. Все статьи будут проходить рецензирование экспертами Программного комитета.

Публикация статей осуществляется бесплатно. Требования к написанию краткой научной статьи представлены в приложении.

Для участия в Форуме приглашаются: научно-педагогические работники образовательных и научных медицинских организаций, работники министерств и ведомств, руководители медицинских организаций, руководители симуляционных центров, врачи-терапевты, врачи общей практики/семейные врачи, кардиологи, пульмонологи, онкологи, гастроэнтерологи, неврологи, эндокринологи, врачи центров и отделений медицинской профилактики, представители медицинских страховых компаний, международные и российские медицинские ассоциации, специалисты других направлений, заинтересованные в тематике мероприятия.

Более подробная информация доступна на сайте www.ropniz.ru

Требования к краткой научной статье

1. Статья печатается в текстовом редакторе Microsoft Word.
2. Лист формата А4.
3. Книжная ориентация страницы.
4. Для набора текста используется шрифт Times New Roman размером 12 или 14 пунктов.
5. Стандартные поля страницы составляют 2 см с каждой стороны. По требованию редакции поля могут быть увеличены или уменьшены с какой-либо стороны.
6. Размер абзаца — 12-15 мм.
7. Межстрочный интервал — 1.
8. Выравнивание: основного текста — по ширине, заголовка статьи — по центру страницы.
9. При необходимости единицы измерения указываются в системе СИ.
10. Не допускается перенос слов.
11. Требуется различать постановку таких знаков, как дефис и тире.
12. При использовании сокращений, в том числе установленных правилами русского языка, расшифровка приводится при первом упоминании.

Дополнительные требования распространяются и на структуру работы. Для публикации материала необходимо наличие следующих разделов:

- УДК. Классификатор присваивается автором статьи самостоятельно и способствует быстрому поиску работы в библиотеке;
- заголовок научного труда. Название статьи должно быть максимально информативным и кратким. В заголовке не допускается использование сокращений. Название статьи рекомендуется указать на двух языках: русском и английском;
- информация об авторе (ФИО, ученая степень и звание, место работы, должность). Данные также дублируются на английском языке;
- *аннотация* — краткое описание статьи с указанием на актуальность выбранной исследуемой проблемы. Аннотация должна составлять не более 600 символов. Аннотацию рекомендуется указать на двух языках: русском и английском;
- *ключевые слова* (5-10 штук) для поиска работы в базе данных. Как и аннотация указываются на русском и английском языке;
- *основной текст работы*, включающий введение, основную часть и заключение;
- список использованной при написании научного труда литературы. Раздел составляется в алфавитном порядке в соответствии с правилами оформления, установленными нормативными документами. Каждая научная работа перед публикацией проверяется на уникальность.



Общероссийская общественная организация
"Российское общество профилактики инфекционных заболеваний"

101990, г. Москва, ул. Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

тел.: +7 (915) 078-77-54

ИНН 7709473176, КПП 770901001

АО "АЛЬФА-БАНК" г. Москва

БИК 044525593, Р/С 40703810502620000092, К/С 30 10181 0200000000593

ПОЛОЖЕНИЕ О ВСЕРОССИЙСКОМ КОНКУРСЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ИДЕЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ТЕРАПИИ

1. Общие положения

Учредителями Всероссийского конкурса педагогических идей преподавателей терапии (далее — конкурс) являются федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее — ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России) и Российское общество профилактики инфекционных заболеваний (далее — РОПНИЗ).

Конкурс направлен на развитие творческой деятельности педагогических работников в:

- обновлении содержания профессионального образования врачей-терапевтов,
- реализации новых методов, технологий обучения врачей,
- совершенствовании профессионального мастерства педагогических работников,
- определении перспективных направлений научно-методического исследования.

Главные цели конкурса:

- поддержка инновационных, перспективных идей в подготовке врачей-терапевтов;
- выявление талантливых преподавателей терапии, их поддержка и поощрение;
- повышение престижа труда преподавателя;
- распространение педагогического опыта лучших преподавателей в подготовке врачей-терапевтов.

2. Участники конкурса

2.1. Принять участие в конкурсе могут преподаватели терапевтических кафедр медицинских образовательных учреждений, реализующих основные профессиональные программы (программы ординатуры и аспирантуры), дополнительные профессиональные программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки по специальности "Терапия".

2.2. Преподаватели высших образовательных организаций, работающие по совместительству в образовательных учреждениях, реализующих программы ординатуры, аспирантуры, повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей, также могут принять участие в конкурсе.

3. Организация конкурса

3.1. Для участия в конкурсе каждому желающему необходимо подать

- Заявление (форма 1);
- Концепцию педагогической деятельности преподавателя, отражающую инновационный подход преподавателя (форма 2);

Педагогический опыт реализации положений Концепции (форма 3), с приложением документов: образовательная программа, описание авторской методики, видеоролик с учебного занятия и др. Участник конкурса самостоятельно определяет выбор подтверждающих документов.

3.2. Сроки подачи заявок на участие — **30 сентября 2023 г.** (включительно).

3.3. Присланные работы будут направлены для двойного слепого рецензирования ведущим специалистам.



Общероссийская общественная организация
"Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний"
101990, г. Москва, ул. Петроверигский пер., д. 10, стр. 3
тел.: +7 (915) 078-77-54
ИНН 7709473176, КПП 770901001
АО "АЛЬФА-БАНК" г. Москва
БИК 044525593, Р/С 40703810502620000092, К/С 30 10181 0200000000593

4. Конкурсная комиссия

4.1. Для организационно-методического обеспечения и проведения конкурса по согласованию с учредителями конкурса создается конкурсная комиссия, которая состоит из председателя, заместителя председателя и членов конкурсной комиссии.

4.2. Конкурсная комиссия ежегодно:

- обеспечивает публикацию в средствах массовой информации сообщение об объявлении конкурса;
- устанавливает критерии оценивания конкурсных заданий процедуру и подведение итогов конкурса;
- определяет требования к оформлению материалов, представляемых на конкурс;
- утверждает состав жюри конкурса и регламент его работы;
- определяет порядок, форму, место и дату проведения конкурса;
- определяет порядок финансирования конкурса.

4.3. Состав конкурсной комиссии утверждается и согласовывается с учредителями конкурса и создается за 4 месяца до начала конкурса.

4.4. Решение конкурсной комиссии считается принятым, если за него проголосовало более половины его списочного состава. Решения конкурсной комиссии оформляются протоколом, который подписывается председателем, а в его отсутствие — заместителем председателя.

5. Поощрение победителей и лауреатов конкурса

5.1. Победители и лауреаты конкурса награждаются Дипломами и ценными подарками.

5.2. Педагогический опыт реализации положений описанной Концепции победителей и лауреатов конкурса, оформленный в жанре научной статьи, публикуется в журнале "Кардиоваскулярная терапия и профилактика".

5.3. Методические материалы победителей и лауреатов Конкурса, входящие в педагогический опыт реализации положений описанной Концепции, публикуются в учебном пособии "Лучшее в подготовке врачей-терапевтов".

