

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

Научно-практический журнал
Издается с января 2018 года
Выходит 4 раза в год

1 (1).2018

КИРОВ, 2018

**Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
"Kirov State Medical University"
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation**

MEDICAL EDUCATION TODAY

Scientific and practical journal
Published since January 2018
Issued 4 times a year

Kirov, 2018

Научно-практический журнал

Главный редактор журнала – и.о. ректора ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор Л.М. Железнов.

Заместители главного редактора:

- профессор, д.м.н. М.П. Разин;
- доцент, к.м.н. Е.Н. Касаткин.

Ответственный секретарь – доцент, к.ист. наук Л.Г. Сахарова.

Члены редакционной коллегии:

- профессор, д.м.н. А.Л. Бондаренко;
- профессор, д.м.н. С.А. Дворянский;
- профессор, д.м.н. Я.Ю. Иллех;
- профессор, д.м.н. А.Г. Кисличко;
- профессор, д.м.н. П.И. Цапок;
- профессор, д.м.н. Б.А. Петров;
- профессор, д.м.н. В.А. Бахтин;
- профессор, д.м.н. М.В. Злоказова;
- доцент, к. ф-м н. В.А. Кудрявцев;
- доцент, к. филос. н. А.Е. Михайлов.

Члены редакционного совета: доцент С.В. Кошкин (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор, А.Е. Мальцев (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Н.С. Стрелков (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России, г. Ижевск); доцент И.В. Новгородцева (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор В.Б. Помелов (ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», г. Киров); профессор И.В. Мирошниченко (ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург); доцент Н.С. Семенов (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.М. Шамсиев (Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан); доцент Л.Н. Шамова (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Е.Н. Чичерина (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор О.В. Соловьев (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.П. Спицин (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Н.А. Цап (ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург).

В журнале «Медицинское образование сегодня» публикуются научные обзоры, статьи проблемного и научно-практического характера, результаты оригинальных исследований, отражающие достижения в современной медицинской науке. Материалы, публикуемые в журнале, предназначены для широкого круга читателей: преподавателей и студентов медицинских учебных заведений, научных работников медико-биологического профиля, практикующих врачей, руководителей и организаторов здравоохранения.

Авторы несут ответственность за достоверность публикуемых материалов. Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Редакция журнала:

Технический секретарь: доцент В.А. Сахаров

Литературный редактор: Н.Л. Никулина

Переводчики: доцент Т.Б. Агалакова, ст. преп. Н.В. Огородникова

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России)

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования: www.elibrary.ru

С правилами для авторов журнала «Медицинское образование сегодня» можно ознакомиться на сайте: <http://medobrtoday.ru>

Адрес редакции: 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 137, оф.308; Тел.: (8332) 67-06-04; Факс: (8332) 64-07-43; Электронная почта: kf10@kirovgma.ru

Сетевая версия журнала в Интернете: <http://medobrtoday.ru>
© ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Евдокимов В.Н., Связян В.В.

Стандартная операционная процедура при остром аппендиците у детей.....6

Иллек Я.Ю., Барамзина О.В., Вязникова М.Л., Леушина Н.П.,

Мищенко И.Ю., Рысева Л.Л., Соловьёва Г.В., Суетина И.Г., Тарасова Е.Ю.

Функциональное состояние пищеварительных желез у детей с атопическим дерматитом.....13

Токарев А.Н., Петров С.Б., Попова И.В., Беляков В.А.

Характеристика корреляционных связей между морфометрическими и физиометрическими показателями детей25

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Евсеенко В.И., Двоеглазова Д.В.

Здравоохранение Синегорского края в прошлом и настоящем.....35

Маркова В.И., Соловьёва М.Ф.

Подготовка специалистов младшего медицинского персонала в системе образования Вятского края (к 150-летию Вятского земства).....51

Помелов В.Б.

Вятский врач В.А. Трейтер.....64

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

Жданова О.Б., Окулова И.И., Часовских О.В., Ковалева Л.К.,

Мутошвили Л.Р.

Познавательный интерес как фактор развития активности обучения студентов младших курсов медицинского университета.....84

Коротков Н.В.

Функциональный анализ преподавания философии в медицинском вузе.....94

Сахаров В.А.

Воспитание здорового образа жизни у детей и молодежи в условиях деятельности оздоровительных лагерей Кировской области в 1930-е годы.....108

Сахарова Л.Г.

Воспитание культуры межрелигиозного общения у студентов медицинского вуза в процессе формирования общекультурных компетенций.....116

ОБЗОРЫ

Бельтюкова О.В.

Этика педагога.....133

Новгородцева И.В.

Профессионально-компетентностный подход профессионально-личностного становления клинических психологов в медицинском вузе.....139

Санников А.Ф.

Профессионально-психологический подход к отбору кадров.....144

Скрябина О.А.

Содержание понятий психологических аспектов регулятивных учебных действий у младших школьников с трудностями обучения.....155

Шабалин Р.С.

Изучение расстройств личности. Теоретический аспект.....169

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 6.61.617

СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ

Евдокимов В.Н., Связян В.В.

*ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ (625023, Тюмень, улица Одесская, 52),
evn-tym@mail.ru*

В статье проведен анализ результатов лечения детей с острым аппендицитом в Областной клинической больнице № 2 г. Тюмени.

Рассмотрены вопросы ранней диагностики, объема обследования при поступлении, дальнейшего наблюдения в условиях хирургического отделения с определением последующей тактики лечения и выбора метода оперативного вмешательства.

Ключевые слова: аппендицит, аппендэктомия, дети, диагностическая лапароскопия, лапароскопическая аппендэктомия.

OPERATION AS STANDARD TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN CHILDREN

Evdokimov V.N., Svazyan V.V.

*Tyumen State Medical University (625023, Tyumen, Odesskaya Street, 52)
evn-tym@mail.ru*

The article analyzes the results of treatment of children with acute appendicitis in Tyumen Regional Clinical Hospital № 2.

The issues of early diagnostics of the disease, the scope of the patient's examination on admission to the hospital, further observation in surgery department, choice of correct treatment tactics and method of operative therapy are discussed.

Key words: appendicitis, appendectomy, children, diagnostic laparoscopy, laparoscopic appendectomy.

Введение

Острый аппендицит (МКБ 10 – К.35) - гнойно-экссудативное (острое) или продуктивное (хроническое) воспаление червеобразного отростка [1]. Это самое частое хирургическое заболевание органов брюшной полости у детей,

требующее оперативного лечения, встречающееся у детей любого возраста [2, 3, 4]. Постановка диагноза острого аппендицита у детей, по сравнению со взрослыми, отличается сложностью, а сама болезнь может протекать более тяжело, и в запущенных случаях требуется выполнение расширенных, а иногда этапных хирургических вмешательств [5, 6, 7, 8, 9, 10].

Основная жалоба при остром аппендиците - боль в животе [11]. Однако, часто абдоминальный болевой синдром может сопровождать и другие заболевания, не требующие хирургического вмешательства.

Цель работы: провести анализ лечения детей, поступающих с болевым абдоминальным синдромом в приемный покой детской больницы.

Основное содержание

За 11 месяцев 2017 г (январь-ноябрь) в приемное отделение Областной клинической больницы №2 г. Тюмени с болевым абдоминальным синдромом обратилось 16560 детей. Наиболее часто жалобы на боль в животе предъявляли дети от 7 до 11 лет (6276 пациентов — 37,9%). По гендерным признакам частота обращений в приемное отделение мальчиков (8346 детей — 50,4%) и девочек (8214 детей — 49,6%) практически не отличается. При анализе имеющихся данных, выявлено, что преобладают случаи самообращения (10419 – 62,9%), лишь 15,7% (2604) детей были направлены участковыми педиатрами или хирургами, а 21,4% (3573) доставлены бригадой скорой медицинской помощи.

В стандартную операционную процедуру (СОП), утвержденную в ОКБ №2 г. Тюмени, при болевом абдоминальном синдроме в приемном отделении входит осмотр ребенка дежурным детским хирургом, выполнение УЗИ органов брюшной полости, общего анализа крови, общего анализа мочи и, по показаниям, консультация пациента смежными специалистами (педиатр, ЛОР, невролог и др.). При необходимости выполнялось очищение кишечника путем постановки гипертонической или очистительной клизмы, введение спазмолитических препаратов.

При поступлении пациента в тяжелом состоянии, с явлениями гиповолемии или нарушениями функции жизненно важных органов, ребенок осматривается дежурным реаниматологом. При этом интенсивная терапия по показаниям может быть начата уже в приемном отделении.

Алгоритм проведенных диагностических процедур позволил исключить острую хирургическую патологию 14242 детям (86%), которые направляются на госпитализацию в другие стационары, оказывающие медицинскую помощь детям с соматической патологией. Часть из них отпущены домой для наблюдения, дообследования и проведения лечения в амбулаторных условиях по месту жительства.

Диагноз острого аппендицита в приемном отделении выставлен 301 (1,8%) ребенку, эти дети были прооперированы в экстренном порядке.

Сохраняющийся болевой синдром и невозможность исключить острую хирургическую патологию в условиях приемного отделения потребовало госпитализации в 2017 (12,2%) случаях с целью динамического наблюдения.

Детям, госпитализированным в хирургическое отделение, назначается постельный режим, исключается прием пищи (голод), на правую подвздошную область на 2 часа укладывается охлажденная грелка. В ходе динамического наблюдения при необходимости проводятся лечебные мероприятия, носящие посиндромный характер.

Четко регламентированного срока наблюдения за детьми в хирургическом стационаре г. Тюмени нет. Среднее время наблюдения, необходимое дежурной бригаде детских хирургов для окончательного определения дальнейшей тактики, составляет 6-8 часов.

Наблюдение и медикаментозная посиндромная терапия позволила у 1317 (65,3%) детей исключить диагноз острого аппендицита. Причинами болей в животе чаще всего были: острое воспаление мезентериальных лимфатических узлов, острая респираторно-вирусная или другая инфекция.

В 700 (34,7%) случаях в ходе наблюдения выставлен диагноз острого аппендицита и выполнено оперативное пособие. Операция начинается с диагностической лапароскопии. За 30 минут до вмешательства детям проводится антибиотикопрофилактика, заключающаяся во внутривенном введении, чаще всего, защищенных полусинтетических антибиотиков пенициллинового ряда.

Положение на операционном столе на спине. Первый троакар 3, 5 или 10 мм (в зависимости от возраста ребенка) вводится в брюшную полость по нижней умбиликальной складке. Если у ребенка имеется пупочная грыжа, то для введения троакара используется врожденный дефект апоневроза в области пупка. Инсуффлируется углекислый газ под давлением, также в зависимости от возраста ребенка, от 5 до 12 мм. рт. ст. Заводится оптическая система 30 гр. Проводится диагностический осмотр брюшной полости и вводятся троакары для рабочих инструментов.

При остром аппендиците в клинике используется видеоассистированная операция, поэтому постановка троакаров несколько отличается от классического варианта. Второй троакар для коагулятора и ножниц вводится в левой половине живота ближе к лонному сочленению. Третий троакар для зажима вводится в точке, максимально близко расположенной к куполу слепой кишки, к которой будет наиболее легко подтянуть червеобразный отросток. Если при ревизии брюшной полости диагноз острого аппендицита исключен, и ребенок не требует расширения хирургического подхода, операция заканчивается.

Оперативное пособие ограничилось диагностической лапароскопией у 182 (1,1 %) детей с болевым абдоминальным синдромом.

Если воспалительные изменения в червеобразном отростке выражены, то последний захватывается зажимом так, чтобы его брыжейка натянулась. Стандартными биполярными щипцами производится коагуляция брыжейки отростка с последующим ее пересечением ножницами. После того как

червеобразный отросток полностью мобилизован, он выводится из брюшной полости через место стояния третьего троакара и удаляется лигатурным способом.

Культия отростка обрабатывается раствором йода и погружается в брюшную полость. Выполняется контрольный осмотр брюшной полости. При наличии экссудата последний эвакуируется отсосом с направлением материала на бактериологическое исследование. После удаления троакаров раны ушиваются.

Червеобразный отросток в обязательном порядке отправляется для морфологического изучения.

При типично проведенной операции и отсутствии воспалительных изменений со стороны брюшной полости и брюшины, антибактериальная терапия в послеоперационном периоде не назначается.

Всего за 2017 г. в ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. Тюмени выполнено 819 аппендэктомий. У 8 (1%) детей имел место разлитой перитонит аппендикулярного генеза, что потребовало перехода на лапаротомию. У этих пациентов была оставлена лапаростома по принятой в клинике методике. У 47 (5,7%) детей при лапароскопии диагностирован гангренозно-перфоративный аппендицит с местным перитонитом. Этим детям после видеоассистированной аппендэктомии операция заканчивалась постановкой дренажа, который удалялся на перевязке, в среднем, на 2-3 сутки после вмешательства. Изменения в удаленном отростке расценены гистологически как гангренозные у 58 (7%), флегмонозные у 432 (52,7%), катаральные у 274 (33,5%) детей.

Высокий процент осложненных деструктивных форм связываем с тем, что большинство этих пациентов поступало с длительными сроками от начала заболевания из отдаленных районов области.

Выводы

Согласно приведенным данным, основным превалирующим потоком пациентов, обращающихся в хирургический стационар за медицинской помощью, являются дети с болевым абдоминальным синдромом.

Основная проблема в диагностике острого аппендицита у детей заключается в нечеткости симптомов заболевания, в частности болевого абдоминального синдрома, что может вызывать затруднения в своевременной диагностике.

1. Используемый алгоритм диагностики острого аппендицита в нашей клинике позволяет в достаточно короткие сроки выставить соответствующий диагноз и определить показания для выполнения оперативного вмешательства;
2. Диагностическая лапароскопия на начальном этапе оперативного вмешательства позволяет избежать необоснованной аппендэктомии;
3. Выполнение видеоассистированной аппендэктомии с обработкой культи отростка вне брюшной полости, на наш взгляд, сокращает возможность развития внутрибрюшных послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Гераськин, А.В., Дронов, А.Ф., Смирнов, А.Н. Хирургия живота и промежности у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. [Geras'kin, A.V., Dronov, A.F., Smirnov, A.N. *Khirurgiya zhivota i promezhnosti u detey*. М: GEOTAR-Media, 2012. (In Russ)].
2. Катько, В.А. Детская хирургия. – Минск «Вышэйшая школа», 2009. [Kat'ko, V.A. *Detskaya khirurgiya*. Minsk «Vysheyshayashkola», 2009. (In Russ)].
3. Дронов, А.Ф., Поддубный, И.В., Котловский, В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. [Dronov, A.F., Poddubnyy, I.V., Kotlovskiy, V.I. *Endoskopicheskaya khirurgiya u detey*. М.: GEOTAR-Мед, 2002. (In Russ)].
4. Исаков, Ю.Ф., Степанов, Э.А., Дронов, А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте. – М.: «Медицина», 1980. [Isakov, YU.F., Stepanov, E.A., Dronov, A.F. *Ostryy appenditsit v detskom vozraste*. М.: «Meditsina», 1980. (In Russ)].

5. Баиров, Г.А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей. – С.-Пб.: Питер Пресс, 1997. [Bairov, G.A. *Srochnaya khirurgiya detey: Rukovodstvo dlya vrachey.* Saint Petersburg: Piter Press, 1997. (In Russ)].
6. Иванов, В.В., Аксельров, В.М., Аксельров, М.А. Концевая энтеростома приводящей кишкой с межкишечным анастомозом у детей. Детская хирургия. – 1999. – №6. – С. 8. [Ivanov, V.V., Aksel'rov, V.M., Aksel'rov, M.A. Kontsevaya enterostoma privodyashchey kishkoy s mezhkishechnym anastomozom u detey. *Detskaya khirurgiya.*1999; (6): 8. (In Russ)].
7. Аксельров, М.А. Первый опыт использования компрессионного отсроченного анастомоза при резекции кишки в условиях перитонита у детей.// Детская хирургия. – 2010. – №4. – С. 51-52. [Aksel'rov, M.A. Pervyyu opyt ispol'zovaniya kompressionnogo otsrochennogo anastomoza pri rezektsii kishki v usloviyakh peritonita u detey. *Detskaya khirurgiya.*2010; (4): 51-52. (In Russ)].
8. Иванов, В.В., Аксельров, М.А., Аксельров, В.М., Чевжик, В.П. Роль энтеростомы при резекции кишки в условиях перитонита у детей. // Детская хирургия. – 2008. – №2. – С. 31-32. [Ivanov, V.V., Aksel'rov, M.A., Aksel'rov, V.M., Chevzhik, V.P. Rol' enterostomy pri rezektsii kishki v usloviyakh peritonita u detey. *Detskaya khirurgiya.* 2008; (2): 31-32. (In Russ)].
9. Аксельров, М.А. Искусственные кишечные свищи в абдоминальной хирургии у детей (совершенствование методов формирования, прогнозирование послеоперационного течения, лечение и профилактика осложнений): автореф. дис... д.м.н.– Омск, 2012.С.44. [Aksel'rov, M.A. *Iskusstvennyye kishchnyye svishchi v abdominal'noy khirurgii u detey (sovershenstvovaniye metodov formirovaniya, prognozirovaniye posleoperatsionnogo techeniya, lecheniye i profilaktika oslozhneniy).* [dissertationautoreferat], Omsk, 2012; С.44. (In Russ)].
10. Аксельров, М.А., Иванов, В.В., Сергиенко, Т.В. Выбор хирургической тактики при неотложной резекции кишки в условиях перитонита у детей. // Медицинская наука и здравоохранение Урала. – 2010. –Т.11. – №2 (62). – С. 7-8. [Aksel'rov, M.A., Ivanov, V.V., Sergiyenko, T.V. Vybor khirurgicheskoy taktiki pri neotlozhnoy rezektsii kishki v usloviyakh peritonita u detey. *Meditsinskaya nauka i zdravookhraneniye Urala.* 2010; 11 (2(62): 7-8. (In Russ)].
11. Григович, И.Н. Алгоритмы в неотложной детской хирургии. – Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1996. [Grigovich, I.N. *Algoritmy v neotlozhnoy detskoй khirurgii.* Petrozavodsk: Izd-vo PetrGU, 1996. (In Russ)].

УДК 612.31/.35:616.5-002-053.2

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ
У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

Иллек Я.Ю., Барамзина О.В., Вязникова М.Л., Леушина Н.П., Мищенко И.Ю., Рысева Л.Л., Соловьёва Г.В., Суетина И.Г., Тарасова Е.Ю.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России (610050, г. Киров, ул. Менделеева, 16)*

kf47@kirovgma.ru

В статье проводится анализ функционального состояния пищеварительных желез при атопическом дерматите у детей раннего возраста. Под наблюдением находилось 128 детей в возрасте от 8 месяцев до 2 лет с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита. У больных атопическим дерматитом в периодах обострения заболевания и полной клинической ремиссии исследовали содержание пепсиногена, амилазы, липазы, щелочной фосфатазы, аспартат-аминотрансферазы и аланин-аминотрансферазы в сыворотке крови, моче и копрофильtrate, оценивали функциональную активность гемо-ренального и гемо-интестинального барьеров по отношению к указанным ферментам. У детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания констатируются функциональные нарушения органов пищеварения, что проявляется выраженными сдвигами содержания гидролаз и аминотрансфераз в биосредах, расстройством функциональной активности гемо-ренального и гемо-интестинального барьеров по отношению к пищеварительным ферментам. Аналогичные изменения гомеостаза пищеварительных ферментов обнаруживаются у детей с атопическим дерматитом и в периоде полной клинической ремиссии.

Ключевые слова: дети, атопический дерматит, гомеостаз пищеварительных ферментов.

**FUNCTIONAL STATE OF THE DIGESTIVE GLANDS
IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS**

Illek Ya.Yu., Baramzina O.V., Wyaznikova M.L., Leushina N.P., Mishchenko I.Yu., Ryseva L.L., Solovyova G.V., Suetina I.G., Tarasova E.Yu.

Kirov State Medical University (610050, Kirov, Mendeleev Street, 16)

kf47@kirovgma.ru

The article analyzes functional state of the digestive glands in young children with atopic dermatitis. 128 children aged from 8 months to 2 years with severe atopic dermatitis were under supervision. The levels of pepsinogen, amylase, lipase, alkaline phosphatase, aspartate-aminotransferase and alanine-aminotransferase in serum, urine and coprophiltrate were determined in patients with atopic dermatitis in the periods of exacerbation and complete clinical remission. The functional activity of renal and intestinal barriers in relation to these enzymes was evaluated.

During atopic dermatitis exacerbation the functional disorders of the digestive organs were registered, such as obvious alterations in the hydrolase and aminotransferase levels in biological media, impaired renal and intestinal barrier functions in relation to the digestive enzymes. Similar changes in the homeostasis of digestive enzymes were found in children with atopic dermatitis in the period of complete clinical remission of the disease.

Key words: children, atopic dermatitis, homeostasis of digestive enzymes.

Введение

Отличие атопических заболеваний от других аллергопатий заключается в том, что развитие первых может быть вызвано только аллергической реакцией немедленного типа, тогда как развитие вторых – аллергическими реакциями любого типа. На формирование хронического аллергического воспаления кожи при атопическом дерматите оказывают значительное влияние функциональные нарушения органов пищеварения, что обусловлено следующими положениями [1]:

1) все отделы желудочно-кишечного тракта, так же как и кожа, подвержены развитию в них аллергических реакций в периоде новорождённости и в раннем детстве, особенно при наследственном предрасположении к аномалиям конституции;

2) врождённая неполноценность гистогематического барьера, аллергическое поражение желудочно-кишечного тракта, хронические заболевания органов пищеварительной системы, обусловленные бактериальной и паразитарной инфекцией, способствуют поступлению аллергенов во внутреннюю среду, поддерживая состояние сенсибилизации и хроническое течение атопического дерматита;

3) нарушение пищеварения и всасывания в кишечнике (вторичный синдром мальабсорбции) являются начальной фазой нарушения процессов метаболизма, имеющих важное значение в генезе атопического дерматита.

Установлено [2,3,4,5], что у детей раннего возраста с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита выявляются при ультразвуковом исследовании реактивные изменения ткани поджелудочной железы и печени, сдвиги содержания пищеварительных ферментов в биосредах. Известно, что содержание инкретируемых ферментов и выделение их с мочой зависит от количества клеток-продуцентов в составе пищеварительных желез, сопротивления оттоку секрета из железы в полость пищеварительного тракта, функционального состояния почек и внепочечных путей выведения ферментов из организма, депонирования и утилизации ферментов в организме. Поэтому, учитывая содержание ферментов в биосредах, функциональную активность гемо-ренального и гемо-интестинального барьеров по отношению к ферментам, можно оценить ферментный гомеостаз и функциональное состояние пищеварительных желез, синтезирующих эти ферменты [6].

Цель исследования: Дать характеристику функциональному состоянию пищеварительных желез при атопическом дерматите у детей раннего возраста.

Основное содержание

Под наблюдением находилось 128 детей в возрасте от 8 месяцев до 2 лет с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита (АтД). У больных атопическим дерматитом в первые 1-2 дня наблюдения (период обострения заболевания) и через 1-2 дня после наступления полной клинической ремиссии проводили количественное определение содержания пепсиногена, амилазы, липазы, щелочной фосфатазы, аспартат-аминотрансферазы (АсАТ) и аланин-аминотрансферазы (АлАТ) в сыворотке крови, моче и копрофильtrate, оценивали функциональную активность гемо-ренального и гемо-интестинального барьеров по отношению указанным пищеварительным ферментам. Результаты исследования содержания

ферментов в биосредах и функциональной активности гемо-гистоцитарных барьеров по отношению к ферментам у больных атопическим дерматитом сравнивали с данными, полученными у 44 практически здоровых детей того же возраста, проживающих в г. Кирове и Кировской области РФ.

У больных атопическим дерматитом забор крови для приготовления сыворотки проводили из локтевой вены (в количестве 6-8 мл) в одно и то же время суток (утром, натощак); сбор мочи проводили общепринятым методом в течение суток; для приготовления копрофильтрата 1 г исследуемого кала смешивали с 10 мл дистиллированной воды и пропускали через бумажный фильтр [7]. Определение содержания пепсиногена в биосредах у больных атопическим дерматитом проводили по протеолической активности при $pH = 1,5-2,0$ по тирозину спектрофотометрически [8], результаты выражали в тир.ед/мл.

Содержание α -амилазы в биосредах у больных атопическим дерматитом определяли унифицированным амилокластическим методом со стойким крахмальным субстратом по Caraway W.T. [9], результаты выражали в ед/мл. Активность липазы в биосредах у больных атопическим дерматитом исследовали унифицированным методом с использованием в качестве субстрата оливкового масла [9], результаты выражали в ед/мл. Определение активности щелочной фосфатазы в биосредах у больных атопическим дерматитом проводили унифицированным методом с применением наборов реагентов фирмы «La-chemaDiagnosticum» (Чехия), результаты выражали в ед/мл. Для определения активности аспартат-аминотрансферазы и аланин-аминотрансферазы в биосредах у больных атопическим дерматитом использовали калориметрический динитрофенилгидразиновый метод по Reitman S. и Frankel S. [9], результаты выражали в ед/мл.

Для оценки функциональной активности гемо-рэнального барьера (ГРБ) и гемо-интестинального барьера (ГИБ) по отношению к пепсиногену, амилазе, липазе, щелочной фосфатазе, аспартат-аминотрансферазе и аланин-

аминотрансферазе у больных атопическим дерматитом определяли коэффициент распределения (КР), который представляет собой отношение содержания исследуемого вещества в сыворотке крови к содержанию этого вещества в моче и копрофильtrate [10]. При этом во внимание принимали только те значения коэффициента распределения у больных атопическим дерматитом, которые значительно отличались (в 1,5 раза и больше) от его величины у практически здоровых детей контрольной группы.

Данные, полученные при исследовании содержания пищеварительных ферментов в биосредах у больных атопическим дерматитом, обрабатывали в персональном компьютере методом вариационной статистики с определением среднеарифметической величины (М) и среднеквадратической ошибки (m). Статистическую достоверность различий (р) между сравниваемыми величинами у больных атопическим дерматитом и практически здоровых детей определяли по таблице Стьюдента-Фишера [11].

Исследования показали, что у детей раннего возраста с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита констатировались значительные изменения содержания пищеварительных ферментов в биосредах и функциональной активности гемо-гистоцитарных по отношению к этим ферментам.

У детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания (таблица 1) регистрировалось значительное повышение содержания пепсиногена в сыворотке крови ($p < 0,001$) и копрофильtrate ($p < 0,001$) на фоне резко выраженного снижения содержания пепсиногена в моче ($p < 0,001$), которое было в 11,7 раза ниже содержания пепсиногена в моче у практически здоровых детей. В периоде клинической ремиссии (таблица 1) у больных атопическим дерматитом сохранялось значительное повышение содержания пепсиногена в сыворотке крови ($p < 0,001$) и копрофильtrate ($p < 0,001$), выраженное снижение содержания пепсиногена в моче ($p < 0,001$).

У больных атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания (таблица 1) содержание амилазы в сыворотке крови было ниже в 1,9 раза ($p < 0,001$), содержание амилазы в копрофильtrate – выше в 3,0 раза ($p < 0,001$), тогда как содержание амилазы в моче существенно не отличалось от содержания фермента в моче у практически здоровых детей. В периоде клинической ремиссии (таблица 1) у детей с атопическим дерматитом тоже отмечалось значительное снижение содержания амилазы в сыворотке крови ($p < 0,001$) и выраженное повышение содержания амилазы в копрофильtrate ($p < 0,001$) при отсутствии достоверных изменений содержания амилазы в моче.

Содержание липазы в сыворотке крови и моче у детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания (таблица 1) превышало соответственно в 1,9 и 2,2 раза ($p < 0,001$, $p < 0,001$) содержание этого фермента в указанных биосредах у практически здоровых детей, тогда как содержание липазы в копрофильtrate было ниже ($p < 0,001$), нежели у практически здоровых детей. Повышение содержания липазы в сыворотке крови ($p < 0,001$) и моче ($p < 0,01$), понижение содержания липазы в копрофильtrate ($p < 0,05$) регистрировалось у детей с атопическим дерматитом и в периоде клинической ремиссии (таблица 1).

У больных атопическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии (таблица 1) констатировалось понижение содержания щелочной фосфатазы в сыворотке крови ($p < 0,001$, $p < 0,01$). Однако содержание щелочной фосфатазы в моче и копрофильtrate у больных атопическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии (таблица 1) существенно не отличалось от содержания этого фермента в указанных биосредах у практически здоровых детей.

У детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания (таблица 1) регистрировалось значительное повышение содержания аспартат-аминотрансферазы ($p < 0,001$) и аланин-аминотрансферазы ($p < 0,001$) в сыворотке крови, которое превышало соответственно в 1,9 и 1,5 раза

содержание этих ферментов в сыворотке крови у практически здоровых детей. Вместе с тем, у детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания (таблица 1) отмечалось значительное снижение содержания аспартат-аминотрансферазы ($p < 0,001$) и аланин-аминотрансферазы ($p < 0,001$) в моче, которое было ниже соответственно в 2,5 и 2,3 раза содержания указанных ферментов в моче у практически здоровых детей. В периоде клинической ремиссии у детей с атопическим дерматитом (таблица 1) тоже регистрировалось повышение содержания аспартат-аминотрансферазы ($p < 0,001$) и аланин-аминотрансферазы ($p < 0,001$) в сыворотке крови, снижение аспартат-аминотрансферазы ($p < 0,001$) и аланин-аминотрансферазы ($p < 0,001$) в моче. В то же время, содержание аспартат-аминотрансферазы и аланин-аминотрансферазы в копрофильtrate у больных атопическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии (таблица 1) существенно не отличалось от содержания указанных ферментов в копрофильtrate у практически здоровых детей.

Результаты, полученные при исследовании содержания гидролаз и аминотрансфераз в биосредах у практически здоровых детей и больных атопическим дерматитом, позволили дать оценку функциональной активности гемо-ренального и гемо-интестинального барьеров по отношению к указанным пищеварительным ферментам. Как следует из материала, приведенного в таблице 2, у практически здоровых детей и больных атопическим дерматитом констатировались значительные колебания коэффициента распределения большинства пищеварительных ферментов, которые свидетельствуют, что проникновение ферментов через мембраны гемо-ренального и гемо-интестинального барьеров осуществляются активно, т.е. с затратой энергии или путём пиноцитоза, так как только эти способы могут обеспечить разные концентрации ферментов по ту или другую стороны гемо-гистоцитарных барьеров. Только в случаях, когда коэффициент распределения равен единице

или близок к ней, имеет место пассивный транспорт, осуществляемый путём простой диффузии по градиенту концентрации.

Расчёты показали, что у практически здоровых детей (таблица 2) констатировалась высокая проницаемость гемо-ренального барьера для пепсиногена ($KP = 0,25$), тогда как у больных atopическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии проницаемость гемо-ренального барьера для пепсиногена была сниженной соответственно в 26,9 и 7,7 раза ($KP = 6,72$, $KP = 1,87$). Существенной разницы между функциональной активностью гемо-ренального барьера по отношению к амилазе, липазе и щелочной фосфатазе у больных atopическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии не отмечалось (таблица 2), на что указывают приблизительно одинаковые значения коэффициента распределения этих ферментов. В то же время у больных atopическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии (таблица 2) проницаемость гемо-ренального барьера для аспартат-аминотрансферазы была ниже соответственно в 3,6 и 3,5 раза ($KP = 4,87$, $KP = 9,18$), а для аланин-аминотрансферазы – ниже соответственно в 4,5 и 2,5 раза ($KP = 10,12$, $KP = 4,90$), нежели у практически здоровых детей (KP для АсАТ = 1,42, KP для АлАТ = 2,08).

Существенной разницы между функциональной активностью гемо-интестинального барьера по отношению к пепсиногену и щелочной фосфатазе у больных atopическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии не отмечалось, о чём свидетельствуют близкие значения коэффициента распределения этих ферментов (таблица 2). Проницаемость гемо-интестинального барьера для амилазы у больных atopическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической ремиссии (таблица 2) оказалась выше соответственно в 6,0 и 4,8 раза ($KP = 0,04$, $KP = 0,06$), чем у практически здоровых детей ($KP = 0,24$). Вместе с тем, у больных atopическим дерматитом в периодах обострения заболевания и клинической

ремиссии (таблица 2) имело место снижение проницаемости гемо-интестинального барьера для амилазы соответственно в 2,5 и 2,4 раза (КР = 0,21, КР = 0,19) по сравнению с проницаемостью гемо-интестинального барьера для этого фермента у практически здоровых детей (КР = 0,08). В периоде клинической ремиссии у детей с атопическим дерматитом (таблица 2) регистрировалось снижение в 2,0 раза проницаемости гемо-ренального барьера для аспартат-аминотрансферазы (КР у больных АтД = 0,78, КР у практически здоровых детей = 0,39), а в периоде обострения заболевания (таблица 2) – снижение проницаемости гемо-интестинального барьера для аланин-аминотрансферазы в 2,3 раза (КР у больных АтД = 0,79, КР у практически здоровых детей = 0,35).

Таблица 1

Содержание пищеварительных ферментов в биосредах
у больных АтД (M±m)

Показатели	Здоровые дети, n = 44	Больные АтД, n = 128	
		период обостре- ния заболевания	период клини- ческой ремиссии
Пепсиноген, тир.ед/мл:			
в сыворотке крови	84,26±1,89	137,50±6,27*	117,98±5,27*
в моче	342,15±8,53	20,45±1,42*	62,97±3,21*
в копрофильtrate	88,98±1,76	118,45±5,58*	105,46±2,17*
Амилаза, ед/мл:			
в сыворотке крови	70,82±3,53	37,50±1,63*	44,61±2,16*
в моче	183,42±22,80	187,22±13,35*	154,82±12,62*
в копрофильtrate	289,19±11,62	856,44±26,54*	834,53±26,31*
Липаза, ед/мл:			
в сыворотке крови	29,33±1,42	55,58±2,59*	57,27±4,65*
в моче	20,93±1,55	46,46±1,99*	50,62±2,41*
в копрофильtrate	355,51±6,85	269,01±16,90*	295,93±26,49*
Щелочная фосфатаза, ед/мл			
в сыворотке крови	245,06±3,05	198,30±10,74*	204,14±12,58*
в моче	8,89±0,99	7,52±0,74	6,81±0,73
в копрофильtrate	848,11±11,28	854,22±25,42	856,10±31,08
АсАТ, ед/мл:			

в сыворотке крови	23,21±0,55	44,93±1,63*	43,55±3,32*
в моче	11,12±1,12	4,44±0,23*	4,78±0,38*
в копрофильtrate	66,98±9,16	57,13±5,74	59,92±4,62
АлАТ, ед/мл:			
в сыворотке крови	17,97±0,37	26,56±1,11*	28,65±2,31*
в моче	12,65±0,83	5,45±0,25*	5,83±0,39*
в копрофильtrate	46,15±10,05	56,48±5,78	52,35±3,44

Примечание: «*» - $p < 0,05-0,001$ по сравнению с показателями у практически здоровых детей.

Таблица 2

Функциональная активность гемо-гистоцитарных барьеров к пищеварительным ферментам (по величине КР) у больных АтД

Гемо-гистоцитарные барьеры	Величина КР					
	Пепсиноген	Амилаза	Липаза	Щелочная фосфатаза	АсАТ	АлАТ
ГРБ						
Здоровые дети (n = 44)	0,25	0,39	1,40	25,76	1,42	2,08
Больные АтД (n = 128):	6,72*	0,27	1,19	26,37		
период обострения заболевания	1,87*	0,29	1,13	35,13	4,87*	10,12*
период клинической ремиссии					9,11*	4,90*
ГИБ						
Здоровые дети (n = 44)	0,95	0,24	0,08	0,08	0,39	0,35
Больные АтД (n = 128):	1,16	0,04*		0,21*		
период обострения заболевания	1,12	0,05*	0,21*	0,19*	0,47	0,79*
период клинической ремиссии					0,78*	0,54

Примечание: «*» - значения КР у больных АтД, отличающиеся более чем в 1,5 раза от значений КР у практически здоровых детей.

Выводы

У детей раннего возраста с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита в периоде обострения заболевания отмечаются выраженные сдвиги содержания пепсиногена, амилазы, липазы, щелочной фосфатазы, аспартат-аминотрансферазы и аланин-аминотрансферазы в сыворотке крови, моче и копрофильtrate, нарушения функциональной активности гемо-ренального и гемо-интестинального барьеров по отношению к пищеварительным ферментам. Изменения содержания гидролаз и аминотрансфераз в биосредах и нарушения функциональной активности гемо-интестинальных барьеров по отношению к указанным ферментам регистрируются у детей с атопическим дерматитом и при наступлении полной клинической ремиссии. Стабильное расстройство гомеостаза пищеварительных ферментов у больных атопическим дерматитом позволяет предположить, что функциональные нарушения органов пищеварения у них могут быть генетически обусловленными и являются одним из патогномоничных признаков атопии, которые необходимо учитывать при разработке долгосрочной программы диетотерапии и комплексного медикаментозного лечения.

Список литературы

1. Торопова, Н.П. Экзема и нейродермит у детей. – Екатеринбург, 1993. [Tоропова, N.P. *Ekzema i neyrodermit u detey*. Ekaterinburg, 1993. (In Russ)].
2. Федосимова, Н.А. Влияние магнитоинфракрасной лазерной терапии на гомеостаз пищеварительных ферментов и состояние иммунитета при младенческой форме тяжёлого атопического дерматита: Дис. ... канд. мед. наук. – Киров, 2006. [Fedosimova, N.A. *Vliyanie magnitoinfrakrasnoy lazernoy terapii na gomeostaz pishchevaritel'nyh fermentov i sostoyanie immuniteta pri mladencheskoy forme tyazhyologo atopicheskogo dermatita*: [dissertation]. Kirov, 2006. (In Russ)].
3. Шутова, О.В. Эффективность иммуномодуляторов нового поколения в коррекции ферментных и иммунных изменений при атопическом дерматите у детей: Дис. ... канд. мед. наук. – Киров, 2006. [Shutova, O.V. *Effektivnost' immunomodulyatorov novogo*

pokoleniya v korrektsii fermentnyh i immunnyh izmeneniy pri atopicheskom dermatite u detey: [dissertation]. Kirov, 2006. (In Russ)].

4. Галанина, А.В. Иммуногенетические параметры, изменения клинико-лабораторных показателей и их коррекция при atopическом дерматите у детей раннего возраста: Дис...док. мед. наук. – Киров, 2008. [Galanina, A.V. *Immunogeneticheskie parametry, izmeneniya kliniko-laboratornyh pokazateley i ih korrektsiya pri atopicheskom dermatite u detey rannego vozrasta*. [dissertation]. Kirov, 2008. (In Russ)].

5. Иллек, Я.Ю. Атопический дерматит у детей раннего возраста. – Киров, 2007. [Иллек Я.Ю. *Atopicheskiy dermatit u detey rannego vozrasta*. Kirov, 2007. (In Russ)].

6. Коротько, Г.Ф. Введение в физиологию желудочно-кишечного тракта. – Ташкент, 1987. [Korot'ko, G.F. *Vvedenie v fiziologiyu zheludochno-kishechnogo trakta*. Tashkent, 1987. (In Russ)].

7. Лопатина, Л.А. Гомеостаз пищеварительных ферментов в норме и при морфофункциональных изменениях печени: Автореферат дис. ...канд. мед. наук. – Архангельск, 1998. [Lopatina, L.A. *Gomeostaz pishchevaritel'nyh fermentov v norme i pri morfofunktsional'nyh izmeneniyah pecheni*: [dissertation autoreferat], Arhangel'sk, 1998. (In Russ)].

8. Кост, Е.А. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. – Москва, 1975. [Kost, E.A. *Spravochnik po klinicheskim laboratornym metodam issledovaniya*. – Moskva, 1975. (In Russ)].

9. Меньшиков, В.В. Лабораторные методы исследования в клинике. –Москва, 1987. [Men'shikov, V.V. *Laboratornye metody issledovaniya v klinike*. Moscow. 1987. (In Russ)].

10. Ипатов, Ю.П. Ключи к проблеме гастроэнтерологических заболеваний у детей. – Нижний Новгород, 1997. [Ipatov Yu.P. *Klyuchi k probleme gastroehnterologicheskikh zabolevaniy u detey*. Nizhniy Novgorod, 1997. (In Russ)].

11. Мерков, А.М. Санитарная статистика. – Ленинград, 1974. [Merkov, A.M. *Sanitarnaya statistika*. – Leningrad, 1974 (In Russ)].

УДК 612.6:612.66

ХАРАКТЕРИСТИКА КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ МОРФОМЕТРИЧЕСКИМИ И ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ

Токарев А.Н., Петров С.Б., Попова И.В., Беляков В.А.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)
kf27@kirovgma.ru*

В статье анализируются корреляционные связи между морфометрическими и физиометрическими показателями детей. У 1120 детей (551 мальчик и 569 девочек) в возрасте от 10 до 14 лет определялись морфометрические показатели: длина и масса тела, окружность грудной клетки, физиометрические – физическая работоспособность, кистевая мышечная сила. Физическую работоспособность определяли с помощью степ-теста с однократной физической нагрузкой, мышечную силу – с помощью ручного динамометра. Статистическую обработку данных выполняли на персональном компьютере с использованием программ MS Excel и StatSoft Statistica (версия 6.1). Для оценки нормальности распределений изучаемых величин применяли тест Шапиро-Вилка. Проанализирована корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями детей. Как показал проведённый анализ между морфометрическими и физиометрическими показателями, у мальчиков в возрасте с 10 до 12 лет большое влияние на их физическую работоспособность и мышечную силу оказывает масса тела, это влияние с возрастом снижается. У девочек установлена аналогичная тенденция, только влияние массы тела на их физические качества у них снижается на год раньше, чем у мальчиков. Результаты проведённого исследования необходимо учитывать при физическом воспитании данной возрастной когорты детей.

Ключевые слова: дети, корреляционная связь, морфометрические показатели, физиометрические показатели.

ANALYSIS OF CORRELATION BETWEEN CHILDREN'S ANTHROPOMETRIC AND PHYSIOMETRIC INDICATORS

Tokarev A.N., Petrov S.B., Popova I.V., Belyakov V.A.

*Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Street, 112)
kf27@kirovgma.ru*

The article analyzes correlation between children's anthropometric and physiometric indicators. In 1120 children (551 boys and 569 girls) aged 10-14 years anthropometric (body length and weight, chest circumference) and physiometric (physical working capacity, hand muscular strength) measurements were taken. The step-test procedure based on a single physical load was used for assessing physical capacity; muscle strength was assessed with a hand dynamometer. Statistical processing of data was performed on a personal computer by using MS Excel and StatSoft Statistica 6.1. To check the normality of data distribution the Shapiro-Wilk test was used. The analysis of anthropometric and physiometric indicators in children aged 10 to 12 showed a great impact of body weight on their physical activity level and muscle strength. The effect of body weight on physical activity in girls decreases a year earlier than in boys. The results of the study should be taken into consideration in physical education of children of this age.

Key words: children, correlation, anthropometric indicators, physiometric indicators.

Введение

Оценка физического развития детей определяется социально-экономическими условиями, экологическим состоянием территории и отражает уровень жизни населения [1, 4]. Изучение морфофункциональных показателей у детей принадлежит к числу основных проблем педиатрии [2, 3]. На современном этапе комплексная оценка физического развития детей обязательно учитывает показатели, характеризующие их физические качества, что позволяет более точно установить их состояние здоровья и провести оптимальное распределение по группам физического воспитания. В доступной литературе имеется мало сведений о взаимосвязи морфометрических показателей с физиометрическими параметрами детей, что и явилось основанием для проведения данного исследования.

Основное содержание

У 1120 детей (551 мальчик и 569 девочек) в возрасте от 10 до 14 лет определялись морфометрические показатели: длина и масса тела, окружность грудной клетки (ОГК), физиометрические – физическая работоспособность (ФР), кистевая мышечная сила (МС) (табл. 1, 2). ФР определяли с помощью степ-теста с однократной физической нагрузкой, МС – с помощью ручного динамометра.

Таблица 1

Морфометрические показатели детей, $M \pm m$ (95% доверительный интервал)

Возраст, годы	Масса тела (кг)		Длина тела (см)		Окружность грудной клетки (см)	
	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Мальчики
10	32,42±0,83 (20,00-55,00)	32,41±0,63 (20,00-52,00)	138,5±0,9 (122,0-159,0)	137,4±0,7 (118,0-152,0)	65,3±1,0 (50,0-93,0)	66,8±0,5 (60,0-83,0)
11	34,20±0,99 (21,50-62,00)	35,90±0,81 (19,00-65,00)	144,0±1,0 (123,0-164,0)	143,0±0,8 (120,0-164,0)	69,7±0,9 (56,0-95,0)	69,7±0,6 (61,0-91,0)
12	40,66±0,87 (28,00-65,00)	40,56±1,0 (25,00-65,00)	150,1±1,1 (121,0-169,0)	148,9±1,0 (129,0-167,5)	72,9±0,7 (63,0-91,5)	72,3±0,8 (62,5-93,0)
13	45,04±0,85 (27,00-76,00)	45,12±0,86 (30,00-81,00)	157,5±0,8 (131,0-174,0)	154,5±0,8 (130,0-175,0)	76,3±0,7 (61,0-97,8)	74,6±0,7 (64,5-94,5)
14	49,31±0,89 (34,00-83,00)	52,50±0,93 (31,00-87,00)	160,0±0,7 (144,0-177,0)	161,5±0,9 (138,0-189,0)	80,1±0,8 (62,0-101,0)	80,2±0,7 (67,0-98,0)

Таблица 2

Физиометрические показатели детей, $M \pm m$ (95% доверительный интервал)

Возраст, годы	Физическая работоспособность (вт)		Мышечная сила (кг)			
	Девочки	Мальчики	Девочки		Мальчики	
			Правая кисть	Левая кисть	Правая кисть	Левая кисть
10	60,85±6,85 (28,76 – 142,13)	70,86±4,39 (40,54 – 126,54)	16,35±0,4 (7 – 24)	15,00±0,4 (6 – 22)	13,31±0,4 (5 – 22)	12,00±0,4 (5 – 20)

11	63,00±2,99 (29,14 – 136,18)	74,96±3,68 (33,50 – 158,34)	18,64±0, 6 (7 – 28)	17,70±0, 5 (7 – 27)	15,33±0, 4 (7 – 24,5)	14,41±0, 4 (6 – 24)
12	79,40±2,64 (40,12 – 142,36)	103,43±4,01 (42,13 – 186,40)	21,92±0, 5 (11 – 33)	21,03±0, 5 (11 – 32)	17,00±0, 5 (8 – 27)	15,52±0, 4 (7 – 25,5)
13	112,68±4,92 (40,96 – 206,54)	119,25±4,27 (52,10 – 197,13)	26,80±0, 8 (12 – 41)	25,05±0, 8 (11 – 39)	22,00±0, 3 (9 – 30)	20,16±0, 5 (8 – 28)
14	109,57±4,51 (50,38 – 187,12)	117,52±5,02 (45,18 – 200,54)	29,62±0, 8 (17 – 45)	27,31±1, 0 (15 – 43)	22,31±0, 8 (10 – 31)	20,55±0, 6 (9 – 29)

Статистическую обработку данных выполняли на персональном компьютере с использованием программ MS Excel и StatSoft Statistica (версия 6.1). Для оценки нормальности распределений изучаемых величин применяли тест Шапиро-Вилка. В качестве показателя для величин, имеющих нормальное или близкое к нормальному распределение, использовали среднее арифметическое (M) и стандартную ошибку среднего ($\pm m$). Величины, имеющие распределение отличное от нормального, описывали с помощью медианы и межквартильного размаха ($Q1-Q3$). Качественные (категориальные, порядковые) данные представляли относительными величинами (P) и ошибкой относительной величины ($\pm m_p$). В зависимости от характера распределения для проверки гипотез о неравенстве величин применяли параметрические и непараметрические методы. Для оценки различия количественных данных по группирующему качественному (категориальному, порядковому) показателю в случае нормального распределения количественных данных использовали однофакторный дисперсионный анализ с апостериорными сравнениями по критерию Тьюки.

Учитывая, что одним из условий применения дисперсионного анализа является приблизительное равенство дисперсий показателя в сравниваемых совокупностях, для оценки равенства дисперсий применяли тест Левена. В случае отличного от нормального распределения количественных данных для их оценки по группирующему качественному признаку использовали непараметрические критерии Краскелла-Уоллиса и Манна-Уитни. В качестве критического уровня значимости принимали уровень: $p < 0,05$. Изучение корреляционных взаимосвязей осуществляли посредством коэффициента ранговой корреляции Пирсона (в случае нормального распределения признака). Для изучения связи между морфометрическими и физиометрическими показателями применяли многофакторный (множественный) регрессионный анализ с построением уравнений регрессии для каждого пола и возрастной группы.

У мальчиков в возрасте с 10 до 12 лет регистрировались средние и сильные прямые корреляционные связи между морфометрическими и физиометрическими показателями, особенно выделялась сильная связь между массой тела и ФР, МС. Все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$ (табл. 3, 4, 5).

Таблица 3

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у мальчиков в возрасте 10 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	правая кисть
Масса тела	1,00	0,76	0,68	0,75	0,79	0,78
Длина тела	0,76	1,00	0,61	0,63	0,68	0,67
ОГК	0,69	0,60	1,00	0,79	0,75	0,77
ФР	0,75	0,63	0,78	1,00	0,91	0,90
МС (правая кисть)	0,79	0,68	0,76	0,91	1,00	0,96
МС (левая кисть)	0,78	0,67	0,76	0,90	0,96	1,00

Таблица 4

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у мальчиков в возрасте 11 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	левая кисть
Масса тела	1,00	0,87	0,94	0,91	0,76	0,77
Длина тела	0,87	1,00	0,75	0,82	0,78	0,77
ОГК	0,92	0,76	1,00	0,85	0,70	0,72
ФР	0,91	0,82	0,84	1,00	0,91	0,92
МС (правая кисть)	0,76	0,78	0,71	0,91	1,00	0,99
МС (левая кисть)	0,77	0,77	0,71	0,92	0,99	1,00

Таблица 5

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у мальчиков в возрасте 12 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	левая кисть
Масса тела	1,00	0,88	0,90	0,92	0,85	0,84
Длина тела	0,88	1,00	0,71	0,84	0,82	0,80
ОГК	0,91	0,72	1,00	0,83	0,78	0,77
ФР	0,92	0,84	0,84	1,00	0,89	0,90
МС (правая кисть)	0,86	0,81	0,78	0,88	1,00	0,99
МС (левая кисть)	0,84	0,80	0,76	0,90	0,98	1,00

У мальчиков в возрасте к 13 годам отмечалось снижение силы связи, а к 14 годам – ещё большее ослабление зависимости между физиометрическими параметрами и морфометрическими показателями (табл. 6, 7).

Таблица 6

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у мальчиков в возрасте 13 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая	левая

					кисть	кисть
Масса тела	1,00	0,89	0,82	0,67	0,67	0,68
Длина тела	0,87	1,00	0,82	0,76	0,77	0,76
ОГК	0,82	0,82	1,00	0,66	0,65	0,64
ФР	0,67	0,76	0,64	1,00	0,97	0,93
МС (правая кисть)	0,67	0,77	0,65	0,97	1,00	0,96
МС (левая кисть)	0,67	0,76	0,64	0,95	0,96	1,00

Таблица 7

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у мальчиков в возрасте 14 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	левая кисть
Масса тела	1,00	0,76	0,923	0,48	0,55	0,55
Длина тела	0,75	1,00	0,75	0,58	0,65	0,67
ОГК	0,93	0,75	1,00	0,48	0,58	0,57
ФР	0,48	0,58	0,48	1,00	0,97	0,96
МС (правая кисть)	0,55	0,65	0,58	0,97	1,00	1,00
МС (левая кисть)	0,55	0,65	0,57	0,98	1,00	1,00

У девочек с 10 до 11 лет регистрировалось наличие прямых средних и сильных корреляционных связей между морфометрическими и физиометрическими показателями (табл. 8, 9), особенно между массой тела и ФР, МС. С 12 летнего возраста отмечалось значительное уменьшение силы вышеперечисленных связей (табл. 10).

Таблица 8

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у девочек в возрасте 10 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	левая кисть
Масса тела	1,00	0,80	0,79	0,73	0,72	0,71
Длина тела	0,82	1,00	0,58	0,56	0,67	0,72
ОГК	0,79	0,58	1,00	0,72	0,48	0,49
ФР	0,75	0,56	0,72	1,00	0,78	0,76

МС (правая кисть)	0,72	0,67	0,48	0,78	1,00	0,97
МС (левая кисть)	0,73	0,72	0,49	0,78	0,97	1,00

Таблица 9

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у девочек в возрасте 11 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	левая кисть
Масса тела	1,00	0,80	0,94	0,85	0,80	0,78
Длина тела	0,80	1,00	0,72	0,74	0,74	0,70
ОГК	0,94	0,70	1,00	0,83	0,78	0,76
ФР	0,85	0,74	0,82	1,00	0,98	0,96
МС (правая кисть)	0,81	0,73	0,79	0,97	1,00	0,97
МС (левая кисть)	0,79	0,70	0,77	0,96	0,97	1,00

Таблица 10

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у девочек в возрасте 12 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	левая кисть
Масса тела	1,00	0,77	0,88	0,77	0,78	0,81
Длина тела	0,77	1,00	0,74	0,66	0,81	0,79
ОГК	0,88	0,74	1,00	0,61	0,67	0,67
ФР	0,77	0,66	0,64	1,00	0,87	0,91
МС (правая кисть)	0,78	0,81	0,67	0,87	1,00	0,98
МС (левая кисть)	0,81	0,79	0,67	0,91	0,98	1,00

В возрасте от 13 до 14 лет у девочек продолжалось ещё большее снижение зависимости физиометрических параметров от антропометрических показателей (табл. 11, 12).

Таблица 11

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у девочек в возрасте 13 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	левая кисть
Масса тела	1,00	0,72	0,85	0,54	0,59	0,60
Длина тела	0,72	1,00	0,67	0,40	0,47	0,45
ОГК	0,85	0,67	1,00	0,44	0,51	0,51
ФР	0,54	0,40	0,44	1,00	0,93	0,92
МС (правая кисть)	0,59	0,47	0,51	0,93	1,00	0,99
МС (левая кисть)	0,60	0,45	0,51	0,92	0,99	1,00

Таблица 12

Корреляционная зависимость между морфометрическими и физиометрическими показателями у девочек в возрасте 14 лет (r) (все представленные корреляционные связи значимы на уровне $p < 0,05$)

Показатель	Масса тела	Длина тела	ОГК	ФР	МС	
					правая кисть	левая кисть
Масса тела	1,00	0,63	0,87	0,47	0,49	0,45
Длина тела	0,63	1,00	0,54	0,36	0,37	0,37
ОГК	0,87	0,54	1,00	0,36	0,41	0,40
ФР	0,47	0,36	0,36	1,00	0,93	0,93
МС (правая кисть)	0,49	0,37	0,41	0,93	1,00	0,96
МС (левая кисть)	0,45	0,37	0,40	0,93	0,96	1,00

Выводы

Установлена корреляционная связь антропометрических показателей и физических качеств у школьников. У мальчиков с 10 до 12 лет значительное влияние на физические качества оказывает масса тела. У девочек получены аналогичные показатели. При физическом воспитании детей необходимо

учитывать взаимосвязь между физическими качествами и морфометрическими показателями.

Список литературы

1. Баранов, А.А., Кучма, В.Р., Скоблина, Н.А., Милушкина, О.Ю., Бокарева, Н.А. Основные закономерности морфофункционального развития детей и подростков в современных условиях // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2012. – № 12. – С. 35-40. [Baranov, A.A., Kuchma, V.R., Skoblina, N.A., Milushkina, O.Ju., Bokareva, N.A. Osnovnye zakonomernosti morfofunktsional'nogo razvitiya detey i podrostkov v sovremennyh usloviyah. *Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk*. 2012; (12): 35-40. (In Russ)].

2. Кучма, В.Р., Скоблина, Н.А., Милушкина, О.Ю., Бокарева, Н.А., Ямпольская, Ю.А. Характеристика морфофункциональных показателей московских школьников 8-15 лет (по результатам лонгитудинальных исследований) // Вестник Московского университета. Серия XXIII. Антропология. –2012. – № 1. – С. 76-83. [Kuchma, V.R., Skoblina, N.A., Milushkina, O.Ju., Bokareva, N.A., Jampol'skaja, Ju.A. Harakteristika morfofunktsional'nyh pokazateley moskovskih shkol'nikov 8-15 let (po rezul'tatam longitudinal'nyh issledovaniy). *Vestnik Moskovskogo universiteta*. 2012, (1): 76-83. (In Russ)].

3. Майфат, С.П. Некоторые методические и физиологические характеристики оценки физической работоспособности детей школьного возраста // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2012. – № 3. – С. 16-18. [Mayfat, S.P. Nekotorye metodicheskie i fiziologicheskie harakteristiki otsenki fizicheskoy rabotosposobnosti detey shkol'nogo vozrasta. *Fizicheskaja kul'tura: vospitanie, obrazovanie, trenirovka - Theory and Practice of Physical Culture*, 2012; (3): 16-18. (In Russ)].

4. Медведев, Л.Н., Кашкевич, Е.И., Демидова, Т.В., Чмил, И.Б. Физическое развитие детей 7-17 лет сибирского региона // Новые исследования. – 2011. – Т. 1. – № 26. – С. 77-82. [Medvedev, L.N., Kashkevich, E.I., Demidova, T.V., Chmil', I.B. Fizicheskoye razvitie detey 7-17 let sibirskogo regiona. *Novye issledovaniya*. 2011; 1 (26): 77-82 (In Russ)].

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ**

УДК. 61 (091)

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СИНЕГОРСКОГО КРАЯ
В ПРОШЛОМ И НАСТОЯЩЕМ**

Евсеенко В.И*, Двоеглазова Д.В.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*

kf10@kirovgma.ru

Публикуемый материал представляет собой страницы истории становления и развития системы оказания медицинской помощи на территории Синегорского сельского поселения Нагорского района Кировской области. Изучение завершающего этапа преобразований на конкретном примере деятельности местной участковой амбулатории предпринято с целью определения лечебного потенциала проводимой в стране политики оптимизации здравоохранения.

Ключевые слова: история медицинского обслуживания населения, участковая амбулатория, оптимизация системы здравоохранения, Синегорское сельское поселение.

**HEALTHCARE IN SINEGORIYE REGION:
PAST AND PRESENT**

Yevseenko V.I., Dvoyeglazova D.V.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Street, 112)

vievseenko@yandex.ru

The published article represents the history of formation and modernization of health care system in Sinegorye settlement in Kirov region. The study deals with the analysis of the final stage of health care reforms using the example of local clinic work. The purpose of the research is to define potential of health care optimization policy being conducted in the country.

Key words: history of health care, a local clinic, health care optimization, a rural settlement of Sinegorye.

Введение

Проводившаяся в стране с 2000 года политика оптимизации или повышения финансовой рентабельности оказываемых населению медицинских услуг обернулась в итоге накоплением ряда отраслевых недостатков, ухудшением доступности и качества врачебной помощи и увеличением числа граждан, не удовлетворённых работой медучреждений. По данным Счётной палаты, Росстата и Фонда «Здоровье», только за период с 2012 по 2014 гг. в сельской местности России было закрыто 950 фельдшерско-акушерских пунктов и упразднено 26 тысяч коек в стационарах [1].

Из отчётов 2015- 2016 гг. выяснилось, что общий дефицит медработников в российском здравоохранении вырос до 441,8 тыс. чел., причём показатель укомплектованности врачебными кадрами штатных расписаний сельских медучреждений оказался в 3,5 раза ниже городских. Грубой ошибкой реформ было признано и недостаточное обеспечение фармацевтических пунктов периферии необходимым набором лекарственных средств [2].

Оппозиционные источники информации, в частности штаба ЛДПР в Кировской области, сообщили, что зафиксированная в 2016 г. 30-ти процентная экономия бюджетных расходов на содержание региональных больничных организаций была достигнута за счёт сокращения их количества со 198-ми до 72-х единиц.

Предпринятые в последнее время новым руководством Минздрава РФ меры по восстановлению гуманитарной составляющей работы отрасли и повышению её эффективности набирают обороты и дают повод надеяться на благоприятный результат в достижении поставленных целей. Публикуемые в СМИ многочисленные выступления его главы В. И. Скворцовой по поводу пунктов программы модернизации здравоохранения вызывают потребность в подтверждении их теоретических обоснований практикой на местах. В качестве такого демонстрационного поля, позволяющего сопоставить динамику системных изменений с заботой о сбережении народа, авторами статьи выбрана

история организации медицинского обслуживания населения в отдалённом уголке Кировской области – Синегорском сельском поселении Нагорского района.

Авторы считают, что новизна данного тематического исследования и его познавательная ценность заключаются в использовании в качестве научного аппарата ссылок на малоизвестные местные источники – книги-рукописи, хранящиеся в архиве открытого в 1992 г. Музея истории Синегорского края (АМИСК), и отчётные документы участкового медицинского учреждения. Кроме того, они ставят в известность читающую аудиторию, что при сборе и обработке эмпирических фактов широко применялись хронологический, ретроспективный и компаративистский (сравнительный) методы изучения истории, соблюдались методологические принципы объективности и социального подхода. Определяя итоговую цель аналитической оценки использованной информации, разработчики темы признаются в стремлении воздать должное самоотверженному труду старшего поколения работников здравоохранения и сказать своё слово в защиту конституционного права сограждан на жизнь и достойное существование.

Основное содержание

Структурные изменения местного здравоохранения: от медпункта до участковой амбулатории (историческая справка)

Село Синегорье, как административно-географическая единица, ведёт своё начало с 1701 г., когда на высоком берегу реки Кобра среди лесов, занимающих 97 % территории края, возникло поселение из каменной Петропавловской церкви и 6-ти дворов с 27-ю жителями. В прошлые времена оно неоднократно меняло своё название и было известно как Синяя слуда, Вандышевское, Петропавловское и Синеглинье. По сведениям метрических книг, в середине XIX века в церковном приходе числилось около 30-ти окрестных деревень и починков с общим населением в 1289 чел. [3-8]. До появления земской медицины местные больные не могли в полной мере

пользоваться врачебной помощью квалифицированных специалистов. Ближайший фельдшер проживал в селе Нагорском на удалении в несколько десятков вёрст, а на приём к доктору приходилось ездить в уездный город Слободской.

Изменения в оформлении сельской инфраструктуры Вятского здравоохранения обозначились с момента введения в губернии земского самоуправления в 1867 г. и передачи в его руки заведывания лечебными учреждениями приказа общественного призрения. Буржуазно-либеральные реформы 1860-х-1870-х гг. дали возможность местной интеллигенции принять активное участие в преодолении культурной отсталости России, в приобщении низовых слоёв населения к научно-образовательным ценностям. Остроту социальных конфликтов призваны были смягчить реорганизованные в соответствии с передовыми зарубежными образцами попечительства о народном образовании и об охране народного здоровья. Земские учреждения региона сыграли важную роль в создании разветвлённой сети больничных заведений и их переходе на бесплатное оказание лечебной помощи, в замене разъездной системы медицинского обслуживания в уездах на участковую, в развитии санитарно-гигиенического просвещения и подготовке кадров низшего звена.

Перевод жителей Синеглинья на автономное медицинское обслуживание состоялся в 1898 г. после повышения статуса поселения до ранга волостного центра. История сохранила имена активистов Слободской земской управы и уездного земского собрания: врачей Тураева и Левина а также гласных депутатов Перевощикова и Вараксина, выступивших с инициативой об открытии нового фельдшерского участка на территории самой северной волости в уезде. Решение Управы было одобрено Ревизионной комиссией, которое утвердило его содержание в сумме 40 тыс. руб. [4-9]. Таким образом, и в Синегорской округе в перечне обязательных социальных объектов, обеспечивающих выживание муниципальных образований, наряду с храмом,

школой и библиотекой, появилось первое учреждение здравоохранения. Оно было размещено в арендованной властями комнате на первом этаже 2-х этажного особняка крестьянина Н.Л. Пономарёва и очень скоро превратилось в неотъемлемую принадлежность цивилизованного уклада жизни.

Обитатели края гордятся традицией длительного присутствия на их территории структурных подразделений медицины, однако следует признать, что в период с конца XIX до начала XXI вв. организация и формы их деятельности испытывали зависимость от политической обстановки в стране и подвергались определённым трансформациям. Так, например, ещё в дореволюционной России в годы Первой мировой войны Синегорский фельдшерский пункт был преобразован в земскую больницу, а при Советской власти в годы Великой Отечественной войны обслуживание местного тылового населения было снова поручено скромному медпункту, располагавшемуся в деревянном доме на Поселковой (ныне Октябрьской) улице.

В 1951 г. при его объединении с частью Мытёцкой больницы, созданной в спецпоселении № 3 для лечения ссыльных, возник врачебный участок. На его территории размещались амбулатория, участковая больница-стационар на 10 койко-мест и 2 фельдшерско-акушерских пункта (ФАПа). Укрупнение медицинского учреждения официально обуславливалось возросшей численностью прикреплённых пациентов: на него возлагалась ответственность за здоровье жителей 2-х сельсоветов, 3-х колхозов и работников всех окружных лесозаготовительных и сплавных контор. Тем не менее, советская медицина никогда не ставила заработную плату своих сотрудников в зависимость от количества посещений больных. Наоборот, критериями эффективности их работы считались, в первую очередь, сокращение случаев заболеваемости и превышение рождаемости над смертностью.

Сохранившиеся в протоколах заседаний Синегорского сельского совета за 1954 г. статистические данные позволяют сопоставить достигнутые в 1953 г. результаты работы врачебного участка с показателями периода отсутствия

медицинской помощи. Представленная в таблице 1 сравнительная характеристика ситуации с детской заболеваемостью даёт основание говорить о бесспорных преимуществах доступности профессионального гинекологического и педиатрического обслуживания [3], [5-10]. Следует при этом заметить, что доказанные возможности советской системы здравоохранения по многократному снижению детской смертности никогда не давали повода её руководству поднимать вопрос об избыточности местной медицинской инфраструктуры и целесообразности её урезания даже в интересах финансовой экономии.

Таблица 1

Показатели детской выживаемости
при отсутствии и наличии медучреждения

Годы	Родилось (чел.)	Умерло (чел.)
1866 (отсутствие медпомощи)	65	72
1872 (отсутствие медпомощи)	69	79
1953 (наличие медпомощи)	97	12

Цифровые показатели, отобранные для таблицы № 2, опровергают существование какой-либо зависимости между наличием койко-мест в стационарах и количеством госпитализированных пациентов и не подтверждают научную обоснованность политики оптимизации, направленной на замену стационарного лечения амбулаторным [5-10] и [6]. Число претендентов на госпитализацию обычно определяется эпидемиологической и экологической обстановкой, демографическим составом населения, климатическими и географическими особенностями мест проживания. Проводимая же в настоящее время политика размещения тяжелобольных пациентов на урезанных площадях ведёт лишь к санитарно-гигиенической перегруженности палат и интенсификации труда обслуживающего персонала.

Таблица 2

Сравнительные показатели фонда койко-мест и контингента пациентов, прошедших через стационар

Годы	Количество койко-мест в стационаре	Контингент госпитализированных пациентов
1953	10	623
2003	40	992
2008	30	903

В 1988 г. вступило в строй новое 2-х этажное кирпичное здание Синегорской участковой больницы с оборудованным стационаром на 55 мест. И в годы перестройки, и в постперестроечный период, несмотря на естественную убыль населения по экономическим причинам, заведение сумело доказать необходимость своего существования безусловным выполнением плановых показателей лечебной деятельности и сохранением демографической стабильности в регионе (таблица 3) [6]. И это в условиях, когда его сотрудники нередко по несколько месяцев не получали заработной платы, а больные должны были сами обеспечивать себя лекарствами и шприцами.

Таблица 3

Выборочные отчётные данные обслуживания пациентов Синегорской участковой больницей в период с 1995 по 2008 гг.

Показатели/период	1995 год	2003 год	2006 год	2007 год	2008 год
Общая численность населения, в т. ч.:	5135 чел.	4080 чел.	3505 чел.	3346 чел.	3232 чел.
Дети до 14 лет	1190 чел.	685 чел.	583 чел.	498 чел.	493 чел.
Подростки от 15 до 17 лет	178 чел.	180 чел.	142 чел.	175 чел.	125 чел.
Число амбулаторных посещений врачей	13921	13514	12814	11735	11444
Количество коек	55	40	30	30	30
Число стационарных больных	1097 чел.	992 чел.	801 чел.	762 чел.	903 чел.

Выполнение плана койко-дней	109%	102 %	96 %	96 %	101 %
-----------------------------	------	-------	------	------	-------

Однако комфортными условиями просторного центра здоровья его посетителям долго пользоваться не пришлось. По решению Департамента здравоохранения Кировской области, в результате реорганизации с 1 ноября 2010 г. муниципальное учреждение «Синегорская участковая больница» было переименовано в «Синегорскую участковую амбулаторию». Новое структурное медицинское подразделение получило для своего размещения только половину первого этажа бывшей участковой больницы.

Деятельность Синегорской участковой амбулатории в современных условиях

С назначением на должность министра здравоохранения РФ доктора медицинских наук, профессора В.И. Скворцовой в 2012 г. региональным властям было запрещено необоснованно закрывать больницы и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) в сельской местности только ради экономии денег, и при этом где-то строить фешенебельные медицинские центры. Впервые за всё время проводимой реформы приказом Минздрава России от 08.06.2016 г. № 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения» были установлены чёткие требования к размещению объектов охраны здоровья населения [7]. Среди нормативных установок документа следует напомнить положения об обязательности обустройства больниц скорой помощи на расстоянии, не превышающем часа езды от обслуживаемых населённых пунктов; о сохранении ФАПов или здравпунктов во всех посёлках с числом жителей в 100 и более человек, если расстояние до ближайшей больницы превышает 6 км; о регулярных выездах бригад врачей-специалистов (не реже двух раз в год) для профилактических осмотров жителей отдалённых поселений.

По отчётам сегодняшнего руководства медицинского ведомства, в отрасли реализуется комплексный план, призванный повысить готовность

отечественного здравоохранения к реагированию на самые сложные вызовы современности, добиться положительных изменений в доступности качественного и высокотехнологичного медицинского обслуживания. Среди приоритетных направлений системной реформы в них называются: профилактика заболеваемости и повышение уровня оказания первичной помощи, внедрение аккредитации выпускников вузов как формы допуска к профессиональной деятельности, улучшение условий труда медработников и стимулирование их заинтересованности в заполнении вакантных рабочих мест, государственное регулирование цен на лекарства [8-4].

Знакомство с последней реорганизацией системы муниципального здравоохранения в Нагорском районе, укреплением её материально-технической базы, убеждает в распространении новых подходов к модернизации отрасли и на её периферических участках. В 2014 г. в рамках национального проекта «Здоровье» в распоряжение Нагорской ЦРБ поступило медицинское оборудование, компьютеры и транспортное средство на общую сумму 1856 тыс. руб. В 2015 г. появился модульный ФАП в селе Мулино, в 2017 г. завершился ремонт ФАПа в посёлке Кобра. Наряду с введением в действие электронной регистратуры продолжилась работа по развитию первичного звена компьютерной медицинской информационной сети (КМИС). Для охвата скорой помощью пациентов, проживающих за пределами радиуса в 60 км от ЦРБ, дополнительное отделение этой службы было придано Синегорской участковой амбулатории.

Деятельность указанного структурного подразделения КОГБУЗ «Нагорская ЦРБ» осуществляется на основании лицензии общей врачебной практики с правом оказания расширенной квалифицированной терапевтической помощи и первичным обслуживанием пациентов по хирургии, отоларингологии, офтальмологии, неврологии и психиатрии. Она организована по типу сельской групповой модели, с амбулаторным приёмом, дневным стационаром на 7 мест и наблюдением за немобильными больными на дому.

Служебная площадь амбулатории распределена между комплексом из 8-ми функциональных кабинетов, палатой дневного стационара и подсобными помещениями в виде перевязочной, лаборатории и хозяйственного блока. Кабинетская система включает в свой состав 2 кабинета участковых врачей, кабинет доврачебной помощи, смотровой, процедурный, прививочный кабинеты, отделение «Скорой помощи» и аудиторию «Школы здоровья». Численность прикрепленного к лечебному заведению населения составляет 2750 чел. Оно к тому же распределено на 2 участка врача общей помощи (ВОП) и приписано к 6-ти фельдшерско-акушерским пунктам (ФАП). Первый участок обслуживает жителей села Синегорье, посёлка Крутой Лог и деревни Липовки, ко второму участку отнесены обитатели посёлков Кобра, Орлецы, Первомайск и Красная Речка.

Ответственность за участковое здравоохранение возложена на ограниченный кадровый персонал из 14-ти специалистов. В штатное расписание Синегорской амбулатории входят 2 врача, 3 медсестры, 1 акушерка, 2 фельдшера скорой помощи, 1 санитарка и 2 водителя машины скорой помощи. Амбулаторную команду пополняют только 3 фельдшера поселковых ФАПов (Кобринского, Орлецовского и Первомайского), поскольку должности этих представителей медицины среднего звена на трёх других ФАПах (Краснореченском, Крутоложском и Липовском) остаются вакантными. Врачебный приём в амбулатории проводится в течение всей рабочей недели по утверждённому графику с 8-00 до 16-00 часов, в это же время при необходимости оказывается экстренная и неотложная помощь. С 20-00 до 7-00 часов к лечебному процессу подключается отделение скорой помощи. В нерабочее время и в выходные дни организуется дежурство медперсонала на дому.

Работа каждого участка приспособлена к природным условиям, она строится в зависимости от степени удалённости населённых пунктов от амбулатории. Радиус их обслуживания не превышает 50 км, сообщение с

ФАПами осуществляется по грунтовым дорогам, в весенний период в течение месяца действует речная переправа на лодке или катере. Амбулаторные осмотры местных жителей перемежаются регулярными выездами передвижных бригад в отдалённые пункты. Например, режим функционирования первого участка ВОП предусматривает врачебные приёмы взрослого и детского населения с 8-00 до 12-00 часов, надомные посещения больных по вызовам с 13-00 до 15-00 часов и оформление документации с 15-00 до 16-00 часов. Последние два четверга каждого месяца выделены для выездной работы врача на Липовском и Крутоложском ФАПах. Его сопровождает в командировках команда из медсестры, акушерки и лаборантки.

Выездной способ бригадного обслуживания пациентов более интенсивно применяется на втором участке ВОП. Здесь стационарный кабинет врача в амбулатории открыт только в утреннее время с 8-00 до 9-00 часов, а с 9-00 до 14-00 организуются выезды лечебных бригад на ФАПы: по понедельникам, средам и пятницам в посёлок Кобра; по вторникам – в посёлок Орлецы, по четвергам – в посёлки Первомайск и Красная речка. Четвёртый день каждой недели выбран для планового забора крови у всех участковых пациентов. Взятые пробы немедленно отправляются в областную лабораторию на анализы, и уже к концу пятницы амбулатория распечатывает их результаты.

В одном из своих выступлений глава Минздрава РФ В.И. Скворцова обмолвилась, что в 2015 г. отдельным направлением забот её администрации было «сокращение бремени непрофильной работы врача посредством внедрения информационных технологий, сокращения перечня документов, требуемых к заполнению, а также перераспределения некоторых обязанностей между врачом и медицинской сестрой». Она сообщила, в частности, что в 2016 г. количество автоматизированных рабочих мест (АРМ) планировалось увеличить до 70-ти % [8]. Возвращаясь к освещаемой теме, следует заметить, что оборудование кабинетов участковых врачей Синегорской амбулатории отвечает современным техническим и технологическим требованиям. Они

оснащены компьютерами с программным обеспечением, манипуляционно-диагностическими столиками с набором инструментов для оказания отоларингологической и офтальмологической помощи, портативными реанимационными средствами в виде дефибриллятора, негатоскопа и электрокардиографа, сумками-укладками с комплектом приборов для выездной деятельности. Ещё два компьютера с электронной картотекой, принтер, телефон и факс размещены в кабинете доврачебного приёма.

Примером адекватного реагирования на рекомендации вышестоящих инстанций может служить облечение большим доверием участия медсестёр в лечебном процессе, возложение на них дополнительной ответственности за подготовительную и организационно-техническую сторону врачебной деятельности. В участковом применении труда медсестёр Синегорской амбулатории обязанности этих двух штатных сотрудниц распределены таким образом, чтобы при дефиците врачебных кадров имеющийся персонал был максимально освобождён от внелечебной нагрузки. Одна медсестра отвечает за подготовку рабочего места и организацию приёма врача общей практики. Она обеспечивает наличие бланков рецептов, инструментария, приборов, амбулаторных карт, заполняет отчётные медицинские документы, ведёт учёт расходов медикаментов, перевязочных средств и бланков ответственного хранения, составляет списки диспансерных больных, хроников и инвалидов, организует доврачебные профилактические осмотры и плановую иммунизацию населения, проводит санитарно-просветительскую работу на участке, снимает электрокардиограммы. Её напарница несёт ответственность за стерилизацию материалов и инструментов, проводит измерительные и лечебные процедуры, забор крови для анализов, ведёт запись больных, направленных на консультацию к узким специалистам в Нагорскую ЦРБ или областные клиники.

При признаваемой Минздравом РФ остроте проблемы с комплектованием сельских лечебных заведений медицинскими кадрами, упоминаемое в статье участковое здравоохранение находится в привилегированном положении. Всего

по статистике в Нагорском районе работают 24 врача и только два из них – в сельской местности. Речь идёт именно о специалистах высшего звена Синегорской амбулатории, сохранившихся здесь со времён существования больничной структуры. Семейная пара: терапевт Владимир Анатольевич и педиатр Нина Васильевна Двоглазовы, дополняя друг друга в профессиональных знаниях, в течение долгих лет с честью продолжают поддерживать традиции самоотверженной работы настоящих земских докторов.

В малых населённых пунктах каждый человек на виду, и не случайно в запотоколированных материалах воспоминаний активистов-общественников и публикациях газеты «Нагорская жизнь» можно встретить так много лестных отзывов о земляках, состоявших на службе здоровья. Народная память сохранила имена первого медицинского фельдшера Синегорского края, универсала Макара Изотовича Хохрина, освоившего к тому же и ветеринарную специализацию, и заведующей медпунктом в тяжёлые 1940-е гг. фельдшера Зои Васильевны Корсаковой. Благодарные земляки чтят заслуги первого врача участковой больницы 1950-х гг. Николая Александровича Филатова, хирургов Павла Захаровича Ласыгина и Владимира Ивановича Зайцева, медицинских сестёр Анны Ивановны Бочкарёвой и Зинаиды Ивановны Подлевских, акушерки Валентины Ивановны Костровой, больничных санитарок Таисии Ивановны Мелешкиной, Александры Степановны Росляковой, Валентины Фёдоровны Ворончихиной. По их мнению, умелыми организаторами здравоохранения зарекомендовали себя последние главврачи Синегорской участковой больницы Николай Григорьевич Дзюба, переведённый на должность руководителя Кировского военного госпиталя, и Владимир Анатольевич Макеров.

Выводы

В дополнение к частным свидетельствам описанного позитивного реагирования на критические замечания в адрес отечественной медицины,

авторы считают уместным привести и некоторые обнародованные в средствах массовой информации результаты общероссийских модернизационных мероприятий. Ветераны сельского медицинского обслуживания с большим удовлетворением восприняли известие правительства о распространении действия программы «Земский доктор» в 2017 году на посёлки городского типа и увеличении возраста её участников до 50-ти лет. В ряде регионов для стимулирования переезда в село среднего медперсонала реализуется и программа «Земский фельдшер». Федеральный центр с 2016 года взял на себя 60 % ассигнований, выделяемых на зарплаты сельским врачам. По его сообщению, из 800 медицинских объектов, построенных в прошлом году в России, в 557-ми были размещены новые модульные ФАПы, а 58 строений были отданы под офисы врачей общей практики [9-3]. В Кировской области для привлечения медицинских кадров на работу в сельскую местность также действует целый комплекс мер. Так, вновь поступающим на работу врачам общей практики предоставляется единовременная выплата в размере до 300 тыс. руб., средним медицинским работникам подъёмные составляют 150 тыс. руб. Кадровый вопрос решается и с помощью проекта «Служебное жильё»: только в 2015 году врачам, работающим в районах области, были выделены 23 квартиры.

Министерство здравоохранения Кировской области заявило о ближайших планах оборудования в глубинке 65-ти новых ФАПов и об открытии 7-ми кабинетов ВОП в дополнение к 137-ми уже функционирующим врачебных отделений, о проведении капитального ремонта в 400-х учреждениях здравоохранения. В малых населённых пунктах, отстоящих от медицинских организаций на расстоянии более 6-ти км, предусматривается устройство домовых хозяйств, оснащённых комплектами лекарственного и инструментального сопровождения первой доврачебной помощи. Санитары-инструкторы из подготовленных активистов будут обеспечивать вызов специалистов для заболевших земляков [10-5].

Государство заявляет о принятии мер по сохранению доступности жизненно важных лекарств, о разработке системы регулирования цен в фармацевтическом сегменте, об ужесточении контроля за сбытом контрафактной продукции. В районах области стартовал проект «Лекарственное страхование», суть которого заключается в продаже за 10 % стоимости препаратов первой необходимости, назначаемых при хронических заболеваниях сердечно-сосудистой системы. В постоянном режиме осуществляются проект-акции «ОНКО пост» и «Река жизни», в рамках которых бригады квалифицированных врачей-специалистов с мобильными лечебно-диагностическими комплексами проводят осмотры периферийного населения. По отчёту ведомства, из 13-ти поручений президента РФ В.В. Путина, данных Минздраву в майских указах 2012 года для выполнения в срок до 2018 года, 10 были уже реализованы к концу 2015 года [8-4].

В условиях ограниченных возможностей бюджетного финансирования окончательные итоги борьбы за повышение качества жизни граждан страны ещё подводить рано, вместе с тем обнаруживаемые в ходе сбора полевой информации практические шаги в данном направлении, факты добросовестного выполнения большинством сотрудников службы милосердия своего священного долга дают, по мнению исследователей, повод для оптимистического прогноза. Завершая экскурс в локальную историю внедрения медицины в повседневный быт окраинного населения, авторы исследования хотели бы ещё раз обратить внимание на роль институтов охраны здоровья как цивилизаторского фактора, способствующего созданию благоприятной среды обитания, а также важного ресурса для сбережения и воспроизводства производительных сил. По их убеждению, каждая подобная зарисовка движения человечества к прогрессу является одновременно и протестной акцией против возвращения вспять к средневековым невежеству и мракобесию, просматриваемым в пренебрежительном отношении пропагандистов общества потребления к очагам культуры и идеалам гуманистов.

Список литературы

1. Борта, Ю. Чёрная дыра медицины // Аргументы и факты. – 2015. – № 31. – С. 13. [Borta, Yu. Chyornaya dyra meditsiny. *Argumenty i fakty*. 2015; (31): 13. (In Russ)].
2. В чьих руках наши жизни? // Аргументы и факты. – 2016. – № 40. – С. 6-7. [V ch'ih rukah nashi zhizni? *Argumenty i fakty*. 2016; (40): 6-7. (In Russ)].
3. Развитие образования и культуры. Этнографические сведения // Архив музея истории Синегорского края (АМИСК). Книга-рукопись. – 1992. – № 4. – С. 17-26. [Razvitie obrazovaniya i kul'tury. Etnograficheskie svedeniya. *Arhiv muzeya istorii Sinegorskogo kraya (AMISK). Kniga-rukopis'*. 1992; (4): 17-26. (In Russ)].
4. Сборник постановлений Слободского уездного земского собрания за 1867-1900 гг. – Т. 4. – 1899. – С. 96. [Collection of orders of the suburban County of the Provincial Assembly for 1867-1900 years. 1899; 4: 96. (In Russ)].
5. Синегорье в 1-й половине 1950-х годов: колхозы, школа, больница, жители. // Архив музея истории Синегорского края (АМИСК). Книга-рукопись. – 1994. – № 8. – С. 61. [Sinegor'ev 1-yupolovine 1950-hgodov: kolhozy, shkola, bol'nitsa, zhiteli. *Arhiv muzeya istorii Sinegorskogo kraya (AMISK). Kniga-rukopis'*. 1994; (8): 61. (In Russ)].
6. Отчёты о работе Синегорской участковой больницы за период с 1995 по 2008 гг. Архив документации лечебного учреждения. 2009. [Otchyoty o rabote Sinegorskoй uchastkovoy bol'nitsy za period s 1995 po 2008 gg. *Arhiv dokumentatsii lechebnogo uchrezhdeniya*. 2009. (In Russ)].
7. Приказ Минздрава России от 08.06.2016 № 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения» [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation from 08.06.2016 № 358 “On approving the methodological recommendations for the development of a network of health care organizations, public health and community health systems”. (In Russ)]. Доступно по: http://www.fgou-yunmc.ru.358_08.06.2016.doc Ссылка активна на 03.02.2017
8. Дорофеева, С. Чего ждать от медицины? // Аргументы и факты. 2016. № 21. С. 13. [Dorofeeva, S. Chego zhdat' ot meditsiny? *Argumenty i fakty*. 2016; (21): 13. (In Russ)].
9. Где искать врача в селе? // Аргументы и факты. – 2016. – № 45. – С. 5. [Gde iskat' vracha v sele? *Argumenty i fakty*. 2016; (45): 5. (In Russ)].
10. Модернизация здравоохранения Кировской области. [Modernizatsiya zdavoohraneniya Kirovskoy oblasti. (In Russ)]. Доступно по: www.kirovreg.ru Ссылка активна на 22.02.2017.

*Данная статья посвящена памяти кандидата исторических наук доцента кафедры гуманитарных и социальных наук Владимира Иосифовича Евсеенко

УДК 371.2.908

**ПОДГОТОВКА СПЕЦИАЛИСТОВ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВЯТСКОГО КРАЯ
(к 150-летию Вятского земства)**

Маркова В.И.

КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж» (610020, г. Киров, ул. Спасская, 40)

markova.v.i@gmail.com

Соловьева М.Ф.

*КОГОАУ ДПО "Институт развития образования Кировской области"
(610046, г. Киров, ул. Романа Ердякова, 23/2)*

maria1solovyova@mail.ru

Данная статья посвящена проблеме становления медицинского образования в досоветский период, в основном в Вятской губернии.

В статье представлен исторический экскурс медицинского образования и здравоохранения в период, когда формировалась система государственно-общественного управления и земского самоуправления. Авторы приводят данные о значении подготовки младшего и среднего медперсонала в досоветский период, обращая внимание на уровень их общего образования, гендерный аспект, учебные программы. В то же время авторы обращают внимание на причины актуальности данного вопроса в современных научных изданиях. Среди них: государственная политика в области обеспечения качества медицинской помощи, сравнительный анализ практики подготовки младшего и среднего медперсонала в России и за рубежом, решение кадровой проблемы в экстремальных условиях (на примере I мировой войны) и др.

Ключевые слова: земство, фельдшерская школа, медсестра, медицинское образование.

**TRAINING OF PARAMEDICAL SPECIALISTS IN VYATKA REGION
EDUCATIONAL SYSTEM**

(to the 150th anniversary of Vyatka zemstvo)

Markova V.I.

Kirov Medical College (610020, Kirov, Spasskaya Street, 40.)

markova.v.i@gmail.com

Solovyova M.F.

"The education development institute of the Kirov region" (610006. Kirov, Romana Erdyakova street, 23/2)

maria1solovyova@mail.ru

The article is devoted to the problem of formation of medical education in Vyatka province in pre-Soviet period.

The article presents a historical outline of medical education and public health during the period when the system of state-public management and zemstvo self-government was being formed. The authors provide data on the importance of training junior and medium-level medical personnel in pre-Soviet period, paying special attention to the level of their general education, gender aspect, training programs. The authors also draw their attention to the reasons for relevance of this issue in modern scientific publications. Among them are: state policy in the field of quality health care assurance, a comparative analysis of training junior and medium-level medical personnel in Russia and abroad, solution of the personnel problem in extreme conditions (by the example of World War I), etc.

Key words: zemstvo, paramedic school, nurse, medical education.

Введение

Вятское земство возникло во вторую волну становления органов местного самоуправления по реформе 1864 года, т.е. в 1867 году. Создание земских органов в регионах России продолжалось вплоть до 1917 года. В 2017 году Вятское земство, отмеченное специалистами как наиболее передовое в области народного образования России, отмечало 150 лет своего рождения. Земство, как орган самоуправления, было отменено в январе 1918 года, поэтому 2018 год известен как год ликвидации феномена местного самоуправления и становления государственного управления в новом государстве. Однако, многие традиции решения местных проблем в уездах, провинции были сохранены, так как на государственную службу были приглашены известные специалисты-управленцы земства, имеющие опыт соуправления с органами государственной власти до 1917 года в течение полувека.

Земства создавались по инициативе властных органов с учетом ограничения их деятельности социальными и хозяйственными вопросами на

местах для удовлетворения потребностей общества. В этом их коренное отличие от муниципальных органов управления [1]. В состав земских органов Вятской губернии преимущественно входили представители купечества, интеллигенции, поэтому начало их деятельности связано с изучением основных проблем всего населения края.

В результате статистического исследования (социология в тот период еще только становилась как наука в столице и за рубежом) были выявлены три основные проблемы, определившие направления деятельности земства в уездах: отсутствие образования, экономическая нищета и медицинская безграмотность. Из трех проблем точкой опоры для решения остальных было определено образование. При этом государство юридически не определило образование в сфере интересов и полномочий земства, которое прибегло к косвенным методам убеждения крестьянского и купеческого сообщества. В результате решения крестьянских собраний земство стало играть роль коллективного посредника между властью и обществом. Таким образом, интеграция проблем образования и здравоохранения положила начало и становлению подготовки младшего медицинского персонала в сфере акушерства, что было наиболее актуальной темой в условиях детской и женской смертности при обращении рожениц к повитухам.

Основное содержание

Авторы в основном опирались на материалы музея Кировского медицинского колледжа и научные публикации, совпадающие с научными интересами авторов, представленными в ранее опубликованных изданиях, но используемых для сравнительного анализа с документами музея.

В городе Вятка были открыты три школы с профессиональным медицинским образованием: земские мужская фельдшерская, женская фельдшерско-акушерская и повивальная школы [2]. В 1867 году открыта повивальная школа, она считается началом подготовки медицинских специалистов. Второй школой была женская фельдшерская школа, которая с

1870 г. реорганизована в смешанные трехгодичные фельдшерские курсы, а с 1878 года – в женские фельдшерские курсы, и наконец, с 1898 года женские фельдшерские курсы и мужская фельдшерская школа объединены в фельдшерско-акушерскую школу с четырехгодичным сроком обучения. Основной целью земской фельдшерской школы была подготовка сведущих и опытных фельдшеров для службы в земских учреждениях. Третья школа, открытая в Вятке в 1870 году, – это мужская фельдшерская школа. Основную массу учащихся в медицинских школах должны составлять крестьянские дети. Учебный курс мужской фельдшерской и женской фельдшерско-акушерской школ был рассчитан на 4 года, а повивальной школы на 2 года.

Анализ материалов «Отчеты по Вятским земским мужской фельдшерской школы, женской фельдшерско-акушерской и повивальным школам за 1913-1914 учебный год» [3] позволил определить количество обучающихся во всех классах, состав учащихся по сословиям и вероисповеданию. Отчет показал, что во всех четырех классах мужской фельдшерской школы обучалось 159 человек и женской фельдшерско-акушерской школы 130, а в двух классах повивальной школы 66 учащихся. Анализ состава учащихся по сословиям показал, что учащиеся были преимущественно из крестьян. В мужской фельдшерской школе обучалось 139 крестьянских детей, в женской фельдшерско-акушерской школе – 100, а в повивальной – 53. Из числа мещан обучалось 11 человек в мужской школе, 18 – в женской школе и 13 – в повивальной школе. Представителей духовного сословия было 4 человека в мужской школе, по одному в женской и повивальной школах, четверо детей дворян и чиновников обучались только в фельдшерско-акушерской школе. А вот детей фельдшеров было только 8 человек. По вероисповеданию учащиеся в основном были православными.

В фельдшерские школы принимались молодые люди от 14 до 18 лет, дети, окончившие курс учения в народной трехгодичной школе или получившие соответствующую домашнюю подготовку. Между тем фельдшерские школы,

которые содержались за счет земств, должны преимущественно обучать учеников из крестьянского населения.

В повивальную школу принимались лица женского пола всех сословий от 18 до 35 лет по особому испытанию. При приеме обращалось внимание на достаточную степень умственных способностей, здоровья, а также умеющих писать и читать. Негласно устанавливался так называемый «испытательный срок»: ученицы, оказавшиеся в течение трех месяцев неспособными к учению, исключались из заведения. Кроме слушаний лекций, ученицы были заняты работами при родильном отделении. Согласно программе ученицы получали знания по анатомии и физиологии человека, акушерству, женским болезням, уходу за новорожденным и элементарные понятия первой помощи при некоторых внезапных случаях. После окончания двухгодичного курса, ученицы подвергались экзамену. Начиная с 1901 года, преподавание в повивальной школе проводилось по новым программам, утвержденным Министерством внутренних дел.

В 1903 году школы повивальная и женская фельдшерско-акушерская были объединены. За период 1871-1908 гг. повивальную школу окончили более 460 человек. А всего с 1867 по 1912 годы было подготовлено 800 акушерок. Повивальная школа была закрыта в 1915 году.

Подготовка медицинского персонала во все времена находилась в полной зависимости от состояния грамотности населения, от организации начального народного образования, поэтому при приеме в фельдшерскую и фельдшерско-акушерскую школы не предъявлялось высоких требований по общеобразовательным предметам, чтобы не закрыть доступ детям крестьян к профессиональной подготовке [4].

Об уровне образования учащихся, поступающих в мужскую фельдшерскую, женскую фельдшерско-акушерскую и повивальную школы, свидетельствует анализ отчета за 1913-1914 учебный год.

Таблица 1

Анализ числа учащихся в фельдшерских школах Вятской губернии в 1913-1914 гг.

Начальное образование учащихся	Школы		
	мужская	женская	повивальная
Окончили гимназию	-	10	-
Окончили епархиальное училище	-	2	-
Неокончившие гимназию	8	78	23
Окончившие прогимназию	-	32	5
Окончившие городские училища	14	8	-
Неокончившие городские училища	17	-	2
Окончившие двухклассные училища	70	-	7
Окончившие начальные училища	23	-	24
Окончившие второклассные уездные школы	27	-	5
Всего	159	130	66

Подготовка среднего медицинского персонала в профессиональных школах находилась в зависимости от организации начального народного образования, особенно на начальном этапе развития земства. Обучение и подготовка фельдшеров в существующих как земских, так и правительственных фельдшерских школах были различны. Только в 1897 году Министерство внутренних дел издал программы к руководству во всех фельдшерских школах, состоящих в этом ведомстве [5]. Вместе с тем Медицинский Совет счел необходимым предписать руководящие положения для учета при составлении программ. При этом должно было учитываться и то, что в фельдшерские школы принимались молодые люди в основном из числа крестьян и получившие образование в существующих на то время начальных народных училищах, поэтому при приеме высоких требований по общеобразовательным предметам к ним не предъявлялось. По мнению Медицинского Совета, дети,

окончившие курс учения в народной трехгодичной школе или получившие соответствующую домашнюю подготовку, в известной степени привычные к умственному труду. Это было важно, так как в курс обучения входили предметы, для усвоения и понимания которых требовались навыки к занятиям и известные физические силы. Медицинский Совет не считал возможным совершенно исключить из программы общеобразовательные предметы, поскольку изучение этих предметов необходимо для правильного понимания и усвоения некоторых специальных профессиональных дисциплин. И еще важнее это тем, что последующая практическая работа фельдшеров кроме специальных знаний потребует некоторого умственного развития для сознательного и толкового исполнения врачебных поручений. Медицинский Совет счел необходимым сохранить в курсе обучения предметы: Закон Божий, латинский язык, арифметику, элементарные сведения по геометрии, географию, русскую историю, зоологию и ботанику, физику.

Следует отметить важность преподавания всех предметов в школах, общеобразовательные предметы были определены учебными планами для изучения в 1-м и 2-м классах [6].

Особенное значение в курсе обучения придавалось преподаванию Закона Божия. Предмет Закон Божий преподавался по программе, существующей в фельдшерских школах военного и морского ведомства. Известный русский педагог Вахтеров В.П. считал, что «Морали учит только Закон Божий». Воспитательная часть в школах была поставлена по принципам, кратко выраженным словами Сенеки: «Мы должны не только учиться, но и научиться так, как ученье есть только подготовка к большему и является совершенно бесполезным и безжизненным, если не будет обращено должного внимания на нравственность и благочестие, с помощью которого человек делается высшим из творений, живущих на земле. Школа должна быть институтом, из которого образуется человек со всеми его великими достоинствами».

На изучение арифметики отводилось 4 часа в неделю в первом классе и 2 часа во втором классе; на изучение геометрии и черчения отводилось 2 часа во 2-м классе. Если сравнивать количество недельных часов, отводимое программой на общеобразовательные предметы, то больше недельных часов отводилось только на изучение предмета русского языка: в первом классе 5 часов, во втором классе – 4 часа. Программой определено содержание курса арифметики. Курс арифметики назначался на пополнение практических знаний для приобретения навыка в вычислениях с простыми и десятичными дробями, причем должны быть выяснены последовательно правила производства действий над целыми и дробными числами, необходимо знание десятичных дробей.

Во время прохождения курса обучения в фельдшерской школе весьма часто использовались выражения: цилиндр, куб, треугольник, квадрат и прямоугольник, площадь и другие. В профессиональной практической жизни нередко возникнет необходимость обозначать расположение домов деревни по отношению к источникам воды или набросать план известного дома. Курс «Элементарные знания о физике» близок к изучению арифметики и геометрии, изучался в фельдшерской школе во 2-м классе в объеме двух недельных часов. При изучении этого курса особое внимание обращалось на устройство физических приборов и снарядов, имеющих приложения к практической медицине.

Главное внимание в преподавании географии обращалось на усвоение географических сведений о своем Отечестве.

При преподавании истории важнейшее место должно отводиться явлениям, характеризующим территории и могущество России, знакомство с биографиями выдающихся исторических деятелей.

Цель преподавания зоологии и ботаники – способствовать правильному развитию учащихся путем знакомства с жизнью животных и растений,

сообщать практически полезные сведения для умелого и толкового пользования растительными и животными царствами.

В 1914-1915 учебном году в профессиональных медицинских школах был введен новый устав, устанавливающий три года обучения вместо четырех, принимались на обучение лица после окончания городских и высших начальных училищ. Из учебных программ были исключены общеобразовательные предметы. Однако в таких школах в курсе обучения оставлены предметы Закон Божий и геометрия благодаря циркуляру Вятского губернатора.

Уже в самые первые годы Советской власти встал вопрос об объединении двух школ мужской фельдшерской и женской фельдшерской в школу медицинских сестер.

Вопросы подготовки младшего медицинского персонала актуализированы как юными исследователями в рамках исследовательской деятельности старшеклассников, студентов медицинских колледжей, так и научным сообществом. Поводом является комплекс причин, вызвавший необходимость обращения к данной теме [7]. Прежде всего, юбилей земских органов в России, в том числе и Вятского земства. В связи с ним и юбилей тех медицинских учреждений, которые были созданы при его прямом содействии. К таковым относится Вятская фельдшерская школа, а сегодня это КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж» [8].

Выводы

Преподаватели медицинского колледжа уже более 10 лет посвящают свое внимание истории учебного заведения и на основе существенного объема работы в государственном архиве Кировской области подготовили ряд научных изданий по истории развития организационного устройства учебного заведения, кадрового обеспечения учебного процесса и эволюции учебных планов и программ подготовки медицинского персонала. Среди научных

изданий необходимо отметить работу Мезенцевой Л.И. «Кировский медицинский колледж» (2012).

Не менее важен повод для исследования традиций подготовки медицинского персонала в условиях поиска оптимальной модели обучения вспомогательного медицинского персонала в современной России при возрастании требований к качеству его труда. В 2017-2018 гг. государство издало значительное число правовых актов об организации медицинской помощи населению, о критериях качества медицинского обслуживания, государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов [9], [10].

В условиях вхождения России в ВТО и Болонский процесс актуальны кросс-культурные исследования и обмен опытом в системе профессиональной подготовки кадров, особенно в процессе внедрения нового для России документа – профессионального стандарта – и формирования Национальной системы квалификаций. Современные исследователи обнаружили проблемы с адаптацией зарубежного опыта.

Так, например, А.А. Горбушина отмечает в своей статье, что больницы европейских стран в начале XX века решили действовать радикально и стали практически полностью заменять фельдшерский персонал сестрами милосердия [11]. Это позволяло решить сразу три задачи: во-первых, без дополнительных затрат увеличить количество младшего медицинского персонала, во-вторых, на этот персонал, в силу его низкой медицинской подготовки и, следовательно, отсутствия больших претензий, возложить весь уход за больными во всем его объеме, и, в-третьих, сократить расходы больниц за счет уменьшения количества фельдшеров. Необходимо обратить внимание на ее заключение по итогам проведенного исследования. Она считает, что данный подход широко применялся в Европе, где у больниц не было кадрового недостатка врачей и где обязанности фельдшеров ложились на молодых специалистов – недавних выпускников университетов. В России же это начинание не прижилось, так как

сестры милосердия, пришедшие в больницы на фельдшерские должности, в большинстве своем не имели никакой квалификации и отличались низким уровнем грамотности, поскольку вопрос их подготовки практически не затрагивался.

Более удачной попыткой привлечения компетентного ухаживающего персонала, по ее мнению, стало открытие некоторыми земствами школ для сиделок [11]. В общий курс преподавания были включены занятия по гигиене, правилам и способам обеззараживания, правилам и приемам ухода за больными в целом и отдельно по специальным правилам ухода за душевнобольными, а также по оказанию первой помощи при несчастных случаях. После окончания курсов слушатели подвергались экзамену, и в случае успешной его сдачи им выдавалось соответствующее удостоверение. Расходы на обучение несли земства. Подобный опыт был распространен во многих земствах России. С началом Первой мировой войны обострилась кадровая проблема – подготовка сестер милосердия. Их готовили в здании фельдшерско-акушерских школ по незначительно измененной учебной программе. По итогам сдачи экзаменов они получали звание «Сестра милосердия военного времени».

Сестры милосердия сыграли значительную роль в спасении солдат и офицеров фронта. Юные исследователи города Кирова, в том числе студенты медколледжа, посвятили ряд работ памятнику сестре милосердия, открытому в год юбилея завершения I мировой войны.

Список литературы

1. Указ Президента Российской Федерации от 16 января 2017 № 13 «Об утверждении Основ государственной политики регионального развития Российской Федерации на период до 2025 года». [Decree of the President of the Russian Federation of January 16, 2017 No. 13 "On approval of the Fundamentals of the state policy of regional development of the Russian Federation for the period until 2025" (In Russ)]. Доступно по: <http://legalacts.ru/doc/ukaz-prezidenta-rf-ot-16012017-n-13-ob-utverzhdanii/> Ссылка активна на 01.03 2018.

2. Мезенцева, Л. И. Кировский медицинский колледж. – Киров: ООО «Лобань», 2012. [Mezentseva, L.I. *Kirovskiy meditsinskiy kolledzh*. Kirov, 2012. (In Russ)].

3. Отчет по Вятским земским фельдшерской, женской фельдшерско-акушерской и повивальной школам за 1913-1914 уч. год. – Вятка, 1918. [Otchet po Vyatskim zemskim fel'dsherskoy, zhenskoy fel'dshersko-akusherskoy i povival'noy shkolam za 1913-1914 uch. god. Vyatka, 1918. (In Russ)].

4. Отчет по Вятским земским мужской фельдшерской, женской фельдшерско-акушерской и повивальной школам за 1912-1913 уч. год. – Вятка, 1918. [Otchet po Vyatskim zemskim fel'dsherskoy, zhenskoy fel'dshersko-akusherskoy i povival'noy shkolam za 1912-1913 uch. god. – Vyatka, 1918 / (In Russ)].

5. Учебные планы и программы в мужской фельдшерской школе // О преобразовании преподавания в фельдшерских школах, состоящих в ведомстве Министерства внутренних дел от 24 апреля 1897 г. [Uchebnye plany i programmy v muzhskoy fel'dsherskoy shkole // O preobrazovanii prepodavaniya v fel'dsherskih shkolah, sostoyashchih v vedomstve Ministerstva vnutrennih del ot 24 aprelya 1897 g. (In Russ)].

6. Карасев, А. Начальные народные училища Вятской губернии: краткий очерк возникновения и постепенного развития этих училищ 1786-1898 гг. – Вятка, 1900. [Karasev, A. *Nachal'nye narodnye uchilishcha Vyatskoy gubernii: kratkiy ocherk vznikhnoveniya i postepennogo razvitiya etih uchilishch 1786-1898 gg.* – Vyatka, 1900. (In Russ)].

7. Хлупина, Н.О. Организация самостоятельной работы студентов по овладению компетенциями в учреждениях среднего профессионального образования: диссертация ... канд.пед. наук. –Кемерово, 2017. [Hlupina N. O. *Organizatsiya samostoyatel'noy raboty studentov po ovladeniyu kompetentsiyami v uchrezhdeniyah srednego professional'nogo obrazovaniya: [dissertation].* Kemerovo,2017. (InRuss).]

8. Фоминых, Л.А., Бессолицына, Е.В. История Кировского медицинского колледжа. – Киров, 2000. [Fominyh, L.A., Bessolitsyna, E.V. *Istoriya Kirovskogo meditsinskogo kolledzha.* – Kirov, 2000. (In Russ)].

9. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи". [The order of the Ministry of Health of Russia from 10.05.2017 N 203n "On the approval of criteria for assessing the quality of care". (InRuss)]. Доступно по: <http://docs.cntd.ru/document/436733768> Ссылка активна на 01.03.2018.

10. "Паспорт приоритетного проекта "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь" (утв. Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол от 26.07.2017 N 8) [The passport of the priority project "Creation of a new model of a medical organization that provides primary health care " (approved

by the Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and Priority Projects, Protocol No. 8 of July 26, 2012) (In Russ)]. Доступно по: <http://docs.cntd.ru/document/456083934>
Ссылка активна на 01.03.2018.

11. Горбушина, А.А., Профессиональная подготовка и уровень грамотности вспомогательного медицинского персонала в России в 1890-1917 гг. // Известия ВГПУ. Педагогические науки. – 2016. – № 3 (272). [Gorbushina, A.A., Professional'naya podgotovka i uroven' gramotnosti vspomogatel'nogo meditsinskogo personala v Rossii v 1890-1917 gg. // *Izvestiya VGPU. Pedagogicheskie nauki.* 2016; (3). (In Russ)]. Доступно по <http://narodirossii.ru/?p=16735> Ссылка активна на 01.03.2018.

УДК 908

ВЯТСКИЙ ВРАЧ В.А. ТРЕЙТЕР

Помелов В.Б.

ФГБОУ ВО Вятский государственный университет Министерства образования и науки РФ (610002, г. Киров, ул. К. Маркса, 36)

vladimirpomelov@mail.ru

Публикация предлагаемого материала позволит читателю познакомиться с некоторыми забытыми страницами истории г. Вятки, прежде всего с личностью Василия Алексеевича Трейтера, замечательного врача и педагога, сочетавшего в себе многообразные таланты, патриота России и Вятского края, страстного борца за здоровье и счастье трудящихся. В статье раскрывается история необыкновенной жизни этого человека, дан материал о его предках и потомках. Особый упор делается на раскрытие его врачебной деятельности в Вятке.

Ключевые слова: Василий Алексеевич Трейтер, г. Вятка, Й.В. фон Гёте, г. Веймар, Вятский государственный педагогический институт имени В.И. Ленина.

V.A. TREYTER, THE DOCTOR FROM VYATKA

Pomelov V.B.

Vyatka State University (610002, Kirov, K.Marx street, 36).
vladimirpomelov@mail.ru

The publication of the proposed article will allow the reader to get acquainted with some forgotten pages of history of Vyatka, primarily with the personality of Vasiliy Alexeevich Treyter, the remarkable physician and talented educator, the patriot of Russia and Vyatka province, a passionate fighter for workers' health and happiness. The article deals with the history of extraordinary life of this man, his ancestors and descendants. Particular emphasis is placed on description of his practising medicine in Vyatka.

Key words: Vasiliy Alexeevich Treyter, the city of Vyatka, J.W. von Goethe, Weimar, Vyatka State Pedagogical Institute named after V.I. Lenin.

Введение

Важную роль в воспитании подрастающего поколения играет метод примера. Именно на примерах жизни и деятельности выдающихся представителей прежних поколений и формируется юное поколение. Как показывает опыт, особенно эффективен этот метод бывает тогда, когда в качестве примера приводятся образцы деятельности земляков, тех людей,

которые жили и трудились на Вятской земле. В этой связи представляется важным ознакомить читателей журнала, прежде всего в лице медицинской общественности и студентов-медиков, с жизнью выдающегося представителя медицины – вятского врача Василия Алексеевича Трейтера. Однако, наш рассказ о нем был бы неполным, если бы мы начали его непосредственно с В.А. Трейтера, ибо он был представителем очень известной в свое время фамилии, поэтому мы включили в материал статьи также сведения о его предках и потомках.

В ходе сбора материала о семье Трейтеров автор статьи посещал свой родной город Веймар и город Франкфурт-на-Майне, – эти оба города тесно связаны с именем Гёте. Нами использовались многочисленные краеведческие материалы, архив Вятского государственного гуманитарного университета. С потомками В.А. Трейтера проводились встречи, то есть использовались методы беседы, интервью и др. В результате был собран массив материала, позволивший подготовить данную статью к опубликованию.

Основное содержание: Семейство Трейтер и Вятская земля

Летом 1963 г. кировский краевед Евгений Дмитриевич Петряев (1913-1987) и главный библиограф Кировской библиотеки им. А.И. Герцена Виктор Георгиевич Шумихин (1936-1984) разбирали остатки архива и библиотеки педагога и врача Василия Алексеевича Трейтера. Среди старых книг их внимание привлек разбухший от сырости объемистый том немецкого поэта К. Ш. Штурма (1740-1786) под названием «Утренние размышления», изданный на немецком языке в г. Галле в 1780 г. [1]. Дальнейшие расспросы и исследования позволили Е.Д. Петряеву установить, что эта книга принадлежала деду В.А. Трейтера, и этот дед был никем иным как внебрачным сыном великого немецкого поэта Й.В. фон Гёте.

В распоряжении Е.Д. Петряева, кстати, врача по образованию, оказались «подорожные бумаги» из Веймара в Санкт-Петербург, то есть то, что сейчас

обозначается словом «виза», и другие интересные документы начала XIX в., позволившие также увидеть уникальные портреты Гёте и прочесть еще неведомые миру строчки, написанные рукой создателя «Фауста». Среди этих раритетов, в частности, было его письмо своей веймарской соседке Генриетте Трейтер (ок. 1760 – ок. 1820). Свои краеведческие поиски Е.Д. Петряев описал в ряде книг [1], [2].

Автора данной статьи, уроженца города Веймар, заинтересовала дальнейшая судьба документов, а главное, судьбы людей – потомков Гёте на Вятской земле, но, к сожалению, к тому времени, когда у нас появился интерес к этому вопросу, Е.Д. Петряев и В.Г. Шумихин уже скончались.

Эта тема была подхвачена краеведом В.К. Семибратовым, ныне кандидатом исторических наук, доцентом и заведующим кафедрой Кировского филиала МГЭИ, опубликовавшим в газете «Кировская правда» два небольших материала на эту тему [3], [4]. В этих заметках указывалось, что В.А. Трейтер является правнуком Й.В. фон Гёте. Правда, при этом журналист ссылаясь на уже указанные работы Е.Д. Петряева.

Тем не менее, в результате многолетних поисков нам удалось найти некоторых потомков В.А. Трейтера и составить генеалогическое древо этого достаточно необычного по происхождению рода. Поскольку его истоки восходят к немецкому городу Веймар, считаем необходимым вкратце рассказать об этом удивительном городе.

В исторических документах, относящихся к 975 г. н.э. впервые упоминается название местечка Вемар (или Вимар), что филологи трактуют как «освященное болото» или «освященный город». Спустя тысячу лет, в 1975 г. отмечался юбилей города.

Новый крупный юбилей отмечался в 1999 г. Именно в этот год исполнилось 250 лет со дня рождения Й.В. фон Гёте и 240 лет со дня рождения Ф. Шиллера, – двух величайших поэтов, принесших славу Германии и Веймару. По решению ЮНЕСКО, 1999 г. был объявлен годом Веймара. В связи

с юбилеями в городе велись обширные реставрационные работы, наводился блеск на памятники культуры и архитектуры, обновлялись экспозиции музеев. В частности, полностью обновлена экспозиция в доме-музее Гёте на площади Фрауэнплан и в бывшем концентрационном лагере Бухенвальд, находящемся в нескольких километрах от Веймара. Трудно отыскать другое такое место в мире, где бы памятники величия человеческого духа и его безграничной низости, высочайших эталонов культуры и вопиющего попрания прав личности сосуществовали бы в такой непосредственной и пугающей близости [5]!

В последние два десятилетия в связи с объединением двух германских государств в город Гёте Веймар хлынул поток туристов из бывшей западной части Германии. Теперь уже кажется невероятным, что исследователи творчества Гёте и Шиллера из ФРГ ранее не имели доступа к знаменитому историко-литературному архиву в Веймаре, а ученые-литературоведы ГДР не могли побывать на родине Гёте во Франкфурте-на-Майне.

В истории Веймара много примечательных страниц. Так, во второй половине XIX в. здесь творили композиторы Франц Лист и Рихард Штраус, а несколько ранее Я.Л.Ф. Мендельсон-Бартольди. Именно здесь, в Тюрингии «малая родина» всемирно известной семьи музыкантов и композиторов Бахов; самый известный из них Иоганн Себастьян Бах служил в Веймаре придворным органистом и концертмейстером. Здесь в течение столетий существовала знаменитая школа живописи, наиболее ярким представителем которой был Лукас Кранах-старший. В XX в. здесь жили Фридрих Ницше и творец «вальдорфской» педагогики Рудольф Штейнер [6].

В 1919 г. Веймар внезапно стал центром германской политики, когда после свержения монархии буржуазно-помещичье национальное собрание из страха перед голодавшими берлинскими рабочими эмигрировало в тихий Веймар и приняло там Веймарскую конституцию, закрепившую ее власть. Отсюда и пошло выражение «Веймарская республика». Последняя существовала до

воцарения так называемого третьего рейха. В настоящее время в городе проживает шестьдесят тысяч жителей.

В 1772 г. веймарская герцогиня Анна Амалия назначила Кристофа Мартина Виланда воспитателем своего сына. Этот год считается началом «классического периода» в истории Веймара, который продолжался до 1832 г. - года смерти Гёте. Й.В. фон Гёте поселился в Веймаре в 1775 г. по приглашению сына Анны Амалии 18-летнего Карла Августа, которому овдовевшая герцогиня передала власть в герцогстве. В первые годы поэт жил в маленьком домике в парке у реки Ильм, а в 1782 г. переселился в большой дом на площади Фрауэнплан в центре города. Он стал придворным министром, тайным советником герцога, директором придворного театра. В Веймар переселились Йоганнес Готфрид Гердер (в 1776 г.) и Фридрих Шиллер (в 1799 г.). Так возник круг друзей-единомышленников, с которым в истории мировой духовной жизни рядом можно бы было поставить «могучую кучку» русских композиторов, художников-«передвижников» или французских импрессионистов. Друзья регулярно встречались для бесед о литературе, искусстве и науке, готовили театральные постановки, в частности пьесу Виланда «Волшебная флейта». Их творческая деятельность определяла культурную жизнь всей Германии и далеко за ее пределами. И хотя в то время город насчитывал всего шесть-семь тысяч жителей, он был центром немецкой культуры.

Усадьбы Гёте и Йоганна Вильгельма Зигмунда Трейтера, служившего камер-калькулятором и ревизором (то есть чиновником финансового ведомства) Веймарского герцогства, находились рядом. После смерти последнего в 1817 г. наследники продали поэту отцовский дом и прилегавшую к нему территорию. Дом этот, по-видимому, сдавался внаем, а в августе 1834 г., уже после смерти отца, был продан. Однако бывший трейтеровский сад продолжал оставаться в собственности наследников Й.В. фон Гёте.

Сын Й.В.З. Трейтера Йоганн Готтлоб Вильгельм Трейтер родился 29 августа 1781 г. После окончания гимназии в Веймаре поступил в 1801 г. на медицинский факультет Йенского университета и закончил его в 1805 г. В тот же год он навсегда покинул Германию и отправился в Россию [7, с. 93].

Причин, побудивших его принять такое решение, было, вероятно, две. В страдавшей малоземельем, раздираемой внутренними противоречиями, раздробленной на карликовые герцогства Германии ему было нелегко проявить свои таланты. Другое дело бескрайняя и неграмотная Россия, где каждый образованный человек был на виду, а выходцев из Германии особенно охотно принимали на службу.

Представляется убедительной и другая причина. Его внук, уже упоминавшийся нами В.А. Трейтер в 1920-х годах в письме к известному литературоведу профессору А.И. Лясковскому указывал: «Дед мой был женат в четвертый раз на баронессе фон Цеймерн, лице, происходящем из очень известной в России фамилии, очень аристократической. Хотя мой дед и был известное лицо в Москве, пользовавшееся большим почетом и уважением, однако происхождение его было совершенно темным. Никто не знал и не подозревал до Вашего мне сообщения, что моим прадедом является Й.В.З. Трейтер... Один из Цеймернов ездил специально в Германию узнавать происхождение моего деда (так сообщил мне отец) и, вернувшись, был очень сдержан в сообщении полученных им сведений, однако из полудоговоренных слов моего отца, его намеков я знаю от него, что сведения из Германии, полученные одним из Цеймернов, сводились к тому, что дед мой был дитя любви Гёте и Генриетты Трейтер (*жены Й.В.З. Трейтера – В.П.*), чем и объясняется оживленная переписка между Гёте и моим дедом, а также и то, что дед мой обладал, по-видимому, поэтическим даром (этим одарен мой старший брат и был одарен младший). В силу традиций и предрассудков тогдашнего времени это (*имеется в виду внебрачная связь Гёте и Генриетты Трейтер – В.*

II.) скрывалось, и это будто бы обстоятельство было причиной того, что дед мой уехал в Россию...» [8].

Сначала Й.Г.В. Трейтер жил в Дерпте, где оформил нострификацию немецкого диплома врача, и добился права на ведение врачебной практики в России. С 1806 г. он безвыездно жил в Москве. Обрусев, он принял имя и отчество «Василий Васильевич», стал известным врачом. Долгие годы он работал главным врачом московского Воспитательного дома, состоял консультантом Мариинской больницы, где служил отец Ф.М. Достоевского; лечил он и самого писателя в его молодые годы. В доме Трейтера на Басманной улице останавливались приезжавшие из Германии ученые, доктора, другие известные люди, в частности Александр фон Гумбольдт в 1829 г.

В.В. Трейтер заслужил внимания и со стороны российского императорского двора. Так, московский генерал-губернатор Д.В. Голицын в письме от 29 марта 1831 г. уведомлял В.В. Трейтера о получении «высочайшего рескрипта» с изъявлением ему, Трейтеру, благодарности за самоотверженную работу во время эпидемии холеры и о присвоении дворянского звания. Первые три жены Трейтера рано скончались. Брак с баронессой Е. К. фон Цеймерн, также прожившей недолгую жизнь (09.04.1804-13.12.1845) был неравным. Святейший Синод дал разрешение на него лишь после того, как брат Елены Карловны, обрусевшей немки, привез, как уже указывалось выше, из Веймара сведения о «достаточно благородном» происхождении Трейтера. Николай I утвердил этот брак 14 октября 1827 г.

В.В. Трейтер обладал немалым поэтическим даром. Такой вывод позволяет сделать знакомство с некоторыми его произведениями, написанными по-немецки. Предлагаем вниманию читателя ряд стихотворений В.В. Трейтера, опубликованных на немецком языке в статье Е.А. Трейтер «Из веймарского окружения Гёте». Их перевод осуществлен нами.

AM NEUEN JAHR 1807

Oft Geschiedner, kehrt Du wieder
Nach der lang enteilter Zeit
Sei Willkommen! Steige nieder
Aus der Nacht der Ewigkeit!
Doch erwarte nicht Gesaenge,
Keinen freudevollen Ruf,
Der noch Glueck und Freude klaenge,
Den sonst dein Erscheinen schuf.

Jene Zeiten sind verloren,
Grauer Ewigkeit verleibt!
Andre Zeiten sind geboren,
Die mit Unheil sind beweibt! -
Siehst Du jenen kraeft`gen Alten,
An die Eiche dort gelehnt,
Schmerzen ihm im Busen wallten,
Dass er furchtbar klaeglich stoehnt.

Kennst Du dieses wuerd`ge Wesen?
Mit ihm fuehlend klaegst Du: Nein!
Als er Juengling noch gewesen,
Kehrst Du froehlich bei ihm ein!
Monden schufen ihn zum Greisen,
Rummerhat sein Haupt gebleicht,
Dass er statt mit frohen Weisen,
Klagend nun durch Waelde schleicht.

Nicht erkennst Du diesen hohen

Schutzgeist vaterlaend`scher Flur!
Seine Kraft ist ihm entflohen
Seit ein Gott sein Elend schwur.
Und sein Schutzland ist veraendert,
Unerkennbar ist es jetzt!
Da ein Fremder es geaendert
Und ihm neue Ordnung setzt.

Koennen wir Dich froh begruessen,
Da das Vaterland jetzt weint!
Wir den Fremden weichen muessen,
Die sich gegen uns vereint!
Doch bringst Hoffnung Du uns wieder,
O! so zaudre nicht und sprich!
Frohe, nie gehoerte Lieder
Gruessen denn statt Klagen Dich!

Ja! So hoert doch meine Worte,
Die durch mich der Gott jetzt spricht:
Ausgetobet hat die Horde,
Die frech jede Grenze bricht!
Mein Erscheinen ist ihr Scheiden.
Auf! Erwacht zu neuen Freuden.
Bald vertreibt der Reussen Arm
Jener frank`schen Tigerschwarm!

(1807)

НА НОВЫЙ 1807 ГОД

После длительной разлуки
Новый год приходит к нам!
Прежде не было с ним скуки -
Были рады стар и млад.

Но не слышно больше песен
На немецкой стороне.
Времена переменились.
Враг царит во всей стране.

Посмотри! Вон прислонился
К ели пожилой тевтон.
Рана губит его тело,
Из груди - предсмертный стон.

А ведь был и он здоровым
И веселым молодцом.
И в сражениях кровавых
Слыл отчаянным бойцом.
Не узнаешь ты ни поля,
Ни лесов, ни рек родных.
Красоту их враг коварный
Отнял. Силой утвердив
Свой закон, порядок новый
И «привольное житье»
Для сирот и вдов бездомных
В поле и в глуши лесной.

Все Отечество родное
Умывается слезой.
Уступаем вражьей силе,
Окружившей нас стеной

Подари же нам надежду
Долгожданный Новый Год!
Принеси победу Миру
Над французскою ордой!

(Мог ли предвидеть поэт то, что его этнические потомки дважды в XX в. пройдут «ордой» по всей Европе и принесут бесчисленные страдания миллионам людей во всем мире?!)

Как видно из приведенного стихотворения, В.В. Трейтер не забывал о своей первой родине – Германии, живо реагировал на политические события, происходившие в Европе. Острым политическим чутьем, предчувствием трагических перемен, способных захватить и Россию, проникнуто его стихотворение «Бонапарт».

BONAPARTE

Wie ihn nennt, den Corsen, dereinst die deutsche Geschichte,
Darob gruebelst Du, Freund! Schwer verlegnen Gesichts?
Kluges Ungeheuer ist wahrlich der passendste Namen,
der ihm vom Freunde und Feind` ob seiner Thaten gebuehrt!
(1806-1807).

БОНАПАРТ

Под именем каким в историю войдет сей корсиканец?
Об этом размышляешь ты, смущенно морща лоб.
Умнейший изверг! - Вот достойное определение,
Которым его друг, иль недруг, назовет.

В своем стихотворении «Веймар» Трейтер подчеркивает неразделимую связь этого города - города немецкой национальной культуры с Гёте.

WEIMAR

Wie die Natur zur Kunst durch Menschenhaende und Kunst wird,
Zeigt uns die liebliche Flur, zeigt uns der heitere Park.
Und wie die Kunst zur Natur durch Menschenhaende und Geist wird,
Zeigt deiner Bildener Werk, zeigt deiner Genien Lied.
Heiter muessten dann wohl in solchen Mauern die Stunden
Schwinden, wo die Kunst und Natur gaukelnd die Rollen vertauscht.
(1818-1820).

ВЕЙМАР

То, как природа благодаря труду человека
И его уменью обращается в искусство,
Показывают нам твои нива и веселый парк.
А как искусство становится природой
В руках мастера и при посредстве человеческого духа,
Показывают Твое Изобразительное Искусство,
Песни Твоего Гения.
Весело, должно быть, протекали в твоих стенах часы,
Где искусство и природа дополняли друг друга.
(1818-1820).

К семидесятилетию Й.В. Гёте в 1829 г. В.В. Трейтером было написано стихотворение «Rundgesang» («Заздравная»), в которой он величает Гёте «королем поэтов» («der Fuerchte der Dichter»). Верой и правдой служил своей новой родине «немецкий сын русского народа» В.В. Трейтер. У него было девять детей. Однако в целях некоторого сокращения размеров нашего повествования мы поведем речь лишь об одном из них – Алексее (1831-?) и его детях.

Алексей Васильевич Трейтер закончил училище правоведения, жил со своей женой Варварой Петровной и детьми в ряде городов России. В 1896 г. они переехали в Вятку и осели здесь навсегда. В семье было четверо детей. Старший сын Петр (1862-?) закончил исторический факультет Московского университета, работал преподавателем, был организатором краеведческого музея в г. Калуге. Его дети и внук уже умерли.

Дочь А.В. Трейтера Гликерия (28.12.1872 –19.10.1937) была бездетна. Она слыла женщиной решительного нрава и смелых поступков: певица, участница русско-японской войны, член эсеровской партии, впоследствии член ВКП(б), после октябрьской революции сотрудница Ф.Э. Дзержинского, работник

советского представительства в Англии, – таковы основные вехи ее жизненного пути.

О втором сыне А.В. Трейтера – Максиме – не удалось собрать конкретных сведений. Известно только, что его сын Юрий, внук Сергей и правнучка Наталья жили, а возможно и сейчас живут где-то на Урале. И, наконец, четвертый ребенок А.В. Трейтера и есть тот самый Василий Алексеевич Трейтер – известный вятский врач, доцент Вятского педагогического института. О нем мы расскажем более подробно.

В.А. Трейтер родился 19 мая 1875 г. Он закончил медицинский факультет Московского университета. Именно он первым приехал на жительство в Вятскую губернию, а вскоре к нему переселились и родители. Несколько лет он работал врачом в железнодорожных мастерских на станции Мураши. Там застали его события первой русской революции. Летом 1905 г. Всероссийский железнодорожный союз провозгласил требование, чтобы выработка всех правительственных законоположений, касающихся условий труда на железнодорожном транспорте, находилась в руках самих рабочих и служащих. Начальник Пермской железной дороги, куда относилась и Вятка, разрешил собраться в Перми на съезд по одному представителю от каждой службы для обсуждения назревших социальных вопросов. От мурашинских железнодорожников на съезд ездили Трейтер и Константин Сергеевич Владимиров. Вернувшись из Перми, В.А. Трейтер устроил в помещении железнодорожного училища в Мурашах собрание, на котором познакомил собравшихся с резолюциями съезда. Был избран забастовочный комитет из пяти человек, куда вошел и сам Трейтер.

Местные железнодорожники во главе с Трейтером начали готовиться к забастовке. В 3 часа ночи 8 декабря по Пермской железной дороге была объявлена забастовка. 19 декабря она была, в пределах Вятской губернии, прекращена. В дальнейшем, изменение политической обстановки в России привело к тому, что участники этой забастовки, всего 36 человек, в том числе и

В.А. Трейтер, были привлечены к суду. Виновными почти все они себя не признали. Трейтер некоторое время находился в тюремном заключении [9].

Страстный правдоискатель, защитник слабых и угнетенных, замечательный ученый и врач, – таким остался в памяти своих вятских современников В.А. Трейтер. Будущий академик-педагог Эле Исаевич Моносзон, в 1920-е гг. студент общественно-экономического отделения Вятского госпединститута, с большой теплотой и признательностью вспоминал Трейтера, который безотказно и бескорыстно оказывал медицинскую помощь любому, кто к нему обращался, в том числе и матери юного тогда Моносзона.

Интересны воспоминания Моносзона о Трейтере в связи с приездом в Вятку Вл. Маяковского. «На следующий день (*после выступления поэта в пединституте – В.П.*) на своей лекции доцент Трейтер стал критиковать поэзию Маяковского и его внешность. «У него подбородок вытянутый, что говорит о его упрямстве и некоторой шизофреничности», - заявил, в частности, Трейтер. Несмотря на то, что все мы любили Василия Алексеевича, а некоторые, например я, были просто обязаны ему как прекрасному врачу, в аудитории поднялся шум, возмущение. Я попросил слово и подробно рассказал о революционном пафосе поэзии Маяковского. Сказал, что он подлинный пролетарский поэт, а его подбородок характеризует его сильную волю и титаническую энергию. Большинство однокурсников поддержало меня. Наш преподаватель только и сказал: «Ну, смотрите, смотрите...». Эта встреча с любимым поэтом привлекла еще больше внимание студентов к его боевому творчеству» [10].

Студент Вятского пединститута 1920-х гг., в дальнейшем профессор, специалист в области авиационной техники Николай Петрович Борисов (1908–1992) характеризовал Трейтера как человека очень высокой культуры, что накладывало яркий отпечаток на состояние дел в его лаборатории. Его ассистенты Серафима Васильевна Бабайлова и Петр Петрович Распопов во всем стремились подражать ему. Такого исключительного, по-немецки

педантичного порядка и дисциплины не было ни в одном учебном подразделении института. Сам Василий Алексеевич был замечательным лектором. На его лекции собирались все свободные от занятий студенты и преподаватели. Его прекрасные ораторские качества неизменно отмечают в своих воспоминаниях студенты тех лет.

В Вятском пединституте Трейтер работал с 1 февраля 1922 г. Его переход сюда произошел при следующих обстоятельствах. Институту был передан губернским отделом образования психологический кабинет детского коллектора. К моменту передачи кабинет имел очень скромное оборудование, состоявшее из библиотеки в 119 книг, тахистоскопа, хроноскопа, ростомера, весов, набора инструментов для исследования по методике Альфреда Бине, несколько таблиц и небольшого количества мебели. Одним из условий передачи было обязательство института обеспечить потребность детских домов ГубОНО в амбулаторном и стационарном обследовании детей. Стремясь к выполнению этих условий, институт организовал при кабинете врачебно-педагогическую амбулаторию, начавшую свою работу 29 июля 1922 г. Вместе с оборудованием кабинета перешел и штат коллектора, состоявший из заведующего врача В.А. Трейтера и психотехника О.И. Лашкевич. К 1927-1928 учебному году кабинет имел две просторные комнаты, где размещалась амбулатория, хранилось оборудование, проводились занятия со студентами. Основной задачей кабинета стало обеспечение ведения курса педологии.

В короткий срок Трейтер и возглавлявшийся им небольшой коллектив, в который входили К.Г. Кобельков, С.В. Бабайлова, Л.С. Крылова и П.П. Распопов, проделал большую работу. Был открыт педологический кабинет, врачебно-педологическая амбулатория, разработаны учебные курсы «Введение в педологию», «Возрастная педология» «Работа с детьми, уклоняющимися от нормы» и ряд других. Активно работал педологический кружок, на заседаниях которого заслушивались и обсуждались доклады педагогов школ Вятки и студентов. Проводилась большая работа по анатомо-физиологическому и

психолого-педологическому обследованию детей. Научные работы Трейтера в те годы публиковались в Ленинграде, Харькове, Свердловске, Вятке и других городах страны [11].

Будучи убежденным народником, в лучшем смысле этого слова, В.А. Трейтер ненавидел царизм и дворянско-бюрократический строй. Когда грянула Февральская революция 1917 г., он, считавший себя «народным социалистом», был искренне убежден, что теперь народ получит все права, и больше уже не нужно никаких других революций. Великой Октябрьской социалистической революции он не принял, но был вынужден подчиниться новым порядкам. Летом-осенью 1917 г. он являлся помощником губернского комиссара, а в конце ноября – первой половине декабря губернским комиссаром Вятского Верховного Совета» [12].

Иными словами, некоторое время правнук Гёте В.А. Трейтер был руководителем Вятской губернии, как представитель Временного правительства. Это не прошло для него бесследно. Он снова, теперь уже Советской властью, был привлечен к суду. 2 марта 1918 г., когда ему пришлось предстать перед судом Вятского революционного трибунала в качестве обвиняемого за активную деятельность в Верховном Совете и за работу по подготовке выборов в Учредительное Собрание, разогнанное большевиками в январе 1918 г., В.А. Трейтер «открыто признал» свои «ошибки» и дал слово «честно работать на советскую власть». Огромный авторитет среди населения Вятки и популярность среди рабочих спасли его от сурового приговора, хотя опять ему пришлось провести некоторое время в заключении.

Однако травля неординарного талантливого человека продолжалась и в дальнейшем, перейдя из сферы политической в сферу научную. Рупором преследования стала губернская газета «Вятская правда», поместившая на своих страницах разгромные статьи чиновников от народного образования [13], [14]. Первая из этих статей была «рецензией» на учебное пособие В.А. Трейтера «Педагогическая педология», во второй были подвергнуты грубым

нападкам взгляды В.А. Трейтера, «далекие от марксистских», что, в сущности, соответствовало действительности. А какой иной ярлык мог быть страшнее для ученого в те годы!?! Прочитав статью Я. Берга перед началом лекции, точнее, прочитав в ней свой приговор, Василий Алексеевич нашел в себе силы начать занятие, но прямо в аудитории потерял сознание и в ночь на 11 октября скончался.

Тогдашний ректор института Михаил Александрович Фаворов признал в некрологе, что «Василий Алексеевич всю жизнь стремился только к правде» [15]. Правда, редактор газеты, а может быть и сам Фаворов, не преминул поставить последнее слово в кавычки.

Смерть В.А. Трейтера вызвала резонанс среди интеллигенции и рабочих Вятки. Всем было известно, какой травле он подвергался.

Неуклюжей попыткой самооправдаться в глазах местной общественности выглядит статья под названием «Смерть доцента В.А. Трейтера», помещенная в «Вятской правде», и подписанная профессором математики Вятского пединститута Петром Дмитриевичем Белоновским. В ней, в частности, отмечалось: «Болезненное состояние Василия Алексеевича, о котором он сам лучше всех знал и о котором не раз ставил в известность своих сослуживцев и предупреждал их, в частности своего ассистента С.В. Бабайлову, о неизбежности такого исхода своей болезни, когда, как он сам выражался, его «машина может остановиться на полном ходу», явилась той основной причиной, которая и обусловила этот трагический случай. Несмотря на расхождения и несогласие большинства членов институтского коллектива с принципиальными положениями, выставляемыми В.А. в его лекциях, общее собрание констатирует, что В.А. всегда встречал в стенах института самое внимательное и товарищеское отношение как со стороны сослуживцев, так и со стороны студенчества» [16].

В.А. Трейтер был женат на Марии Федоровне Новицкой, родителями которой были Федор Каэтанович Новицкий и Елизавета Тимофеевна Велихова,

которой, по свидетельству внучки В.А. Трейтера Е.П. Столбовой, приходится родней известный академик Евгений Павлович Велихов. Из семерых детей Василия Алексеевича и Марии Федоровны к нашему рассказу имеют отношение потомки двух из них. Один из них – сын, Алексей Васильевич (1901-?), врач-психиатр. Вместе с супругой Ириной Михайловной, домохозяйкой, они воспитали дочь Екатерину (род. в 1932 г.), ставшую учителем музыки.

Именно Екатерина Алексеевна стала летописцем рода Трейтеров. Ее архив включал подлинные вещи Гёте, например, его портрет работы немецкого художника Н.Л. Каца. (Другой портрет Гёте того же художника, – современника поэта, хранится в доме-музее Гёте в Веймаре). Екатерина Алексеевна и ее супруг Валентин Константинович Яковлев, военный в отставке, проживали до недавнего времени в г. Санкт-Петербурге. После их смерти судьба всех этих реликвий стала неизвестна.

Дочь В.А. Трейтера Нина (1905-1996) закончила естественно-географический факультет Вятского пединститута, работала в г. Кирове директором школы в Нововятске, сотрудником Кировского института усовершенствования учителей и преподавателем Кировского пединститута. Ее муж Павел Алексеевич Столбов (1906-1985) закончил Ленинградский университет, но в дальнейшем посвятил себя военной службе. У них было двое детей. Старшая дочь Наталья Козлачкова (род. в 1930 г.) закончила филологический факультет Ленинградского университета, работала в Кирове учителем в школах рабочей молодежи № 7 и № 2. Имела двух детей – дочь Екатерину Павловну (род. в 1965 г.) и сына Дмитрия Павловича (род. в 1962 г.), работающего инструктором по туризму центра детского и юношеского творчества Ленинского района г. Кирова. У него тоже двое детей – сыновья Павел и Иван. Иван известен в г. Кирове как промышленный альпинист-экстремал.

Младшая дочь П.А. Столбова и Н.В. Трейтер Елена Павловна Столбова (род в 1932 г.) также, как и ее сестра, закончила Ленинградский университет, но по специальности «физика». Она кандидат технических наук, всю жизнь проработала в Кировском политехническом институте. Общаясь с Еленой Павловной, было просто невозможно не обратить внимание на ее поразительное внешнее сходство с ее великим предком.

Е.П. Столбова располагала многочисленными статьями из немецких периодических изданий, которые, главным образом через Екатерину Алексеевну и Елену Павловну, информировали своих читателей о судьбе потомков Гёте в России. О ней писали и местные, вятские издания. Она проживала в Кирове, в доме по ул. К. Маркса, напротив завода «Физприбор» №2 имени А. В. Луначарского. Детей у ней не было. В меру сил Е.П. Столбова вела общественную работу. В течение ряда лет вместе со своими школьными подругами она проводила «тепляшинские встречи», посвященные памяти Аполлинарии Николаевны Тепляшиной, награжденной в свое время двумя орденами Ленина. Среди учеников этой выдающейся вятской учительницы известный детский писатель и общественный деятель А.А. Лиханов, рассказывавший в своих произведениях о любимой наставнице.

Выводы

Наше краткое исследование рода Трейтеров показывает, что в истории развития образования и культуры на Русском Севере, и, в частности, в Вятском крае, принимали участие и уроженцы Германии, для которых Россия стала второй родиной. Представляется, что такого рода исследования могут быть использованы в целях духовного роста и культурного обогащения наших граждан, для укрепления дружбы между народами России и Германии.

Список литературы

1. Петряев, Е.Д. Литературные находки. Киров: Волго-Вятское книжное издательство, 1966. [Petryaev, E.D. *Literaturnye nahodki*. Kirov, 1966. (In Russ)].
2. Петряев, Е.Д. Вятские книголюбы. Киров: Волго-Вятское книжное издательство, 1986. [Petryaev, E.D. *Vyatskie knigolyuby*. Kirov, 1986. (In Russ)].
3. Семибратов, В.К. Немцы на Вятке // Кировская правда. – 1988 – 19 ноября. [Semibratov, V.K. Nemcy na Vyatke. *Kirovskaya pravda*. 1988. November, 19 (In Russ)].
4. Семибратов, В.К. Книга, изданная в Гулле // Кировская правда. – 1990. – 9 августа. [Semibratov, V.K. Kniga, izdannaya v Gulle. *Kirovskaya pravda*. 1990, August, 9. (In Russ)].
5. Помелов, В.Б. Предупреждение Бухенвальда // Вклад поискового движения в патриотическое воспитание современной молодежи: Материалы межрегионального научно-практического семинара-совещания. – Киров, 2009. [Pomelov V.B. Preduprezhdenie Buhenal'da: Vklad poiskovogo dvizheniya v patrioticheskoe vospitanie sovremennoj molodezhi: materialy mezhregional'nogo nauchno-prakticheskogo seminar-soveshchaniya. Kirov, 2009. (In Russ)].
6. Помелов, В.Б. Вальдорфская педагогика Рудольфа Штейнера // Педагогика. – 2011. – № 3. – С. 106-115. [Pomelov, V.B. Val'dorfskaya pedagogika Rudol'fa Shteynera. *Pedagogika*. – 2011; (3): 106-115. (In Russ)].
7. Помелов, В.Б. Семья Трейтеров в Вятке // Немцы в России: сборник материалов II всероссийской научной конференции с международным участием. Киров. 28 апреля 2012 г. – Киров, 2012. – С. 92–102. [Pomelov, V.B. Sem'ya Trejterov v Vyatke / Nemcy v Rossii: sbornik materialov II vserossijskoj nauchnoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. Kirov. 2012, 28 apr.; Kirov, 2012. (In Russ)].
8. Трейтер, Е.А. Из веймарского окружения Гёте // Россия и Запад: Из истории литературных отношений. – Л., 1973. – С. 208-219. [Treyter, E.A. Iz vejmarskogo okruzeniya Gyote // Rossiya i Zapad: Iz istorii literaturnyh otnosheniy. Leningrad, 1973. (In Russ)].
9. Зуй, Е. 90 лет назад // Кировская правда. – 1996. – 20 января. [Zuj, E. 90 let nazad. *Kirovskaya pravda*. 1996. January, 20.
10. Помелов, В.Б. Педагоги и психологи Вятского края. – Киров: Изд-во «Информцентр», 1993. [Pomelov, V.B. *Pedagogi i psihologi Vyatskogo kraja*. Kirov, Izd-vo «Informcentr», 1993. (In Russ)].
11. Трейтер, В.А. Педагогическая педология: в 3 т. Вятка, 1927-1928. Трейтер В.А. К вопросу о количестве школьной работы учащихся вятских школ // Труды 3-го съезда педиатров. Ленинград, 1926. Т.1. С. 41-49.; Трейтер В.А. Опыт педологической работы //

Врачебное дело. Харьков, 1925. С. 14-19.; Трейтер В.А. О причинах высокой заболеваемости телеграфистов станции Вятка-1 // Уральский медицинский журнал. Свердловск, 1923. С. 18-25.; Трейтер В.А. Результаты исследования детей рабочего района г. Вятки // Вятско-Ветлужский край. Вятка, 1925. С. 17-26. [Treyter, V.A. *Pedagogicheskaya pedologiya*: v 3 t. Vyatka, 1927-1928. Trejter V.A. K voprosu o kolichestve shkol'noj raboty uchashchihsya vyatskih shkol : Trudy 3-go s"ezda pediatrov. Leningrad, 1926; 1: 41-49.; Treyter V.A. Opyt pedologicheskoy raboty : Vrachebnoe delo. Har'kov, 1925: 14-19; Treyter V.A. O prichinah vysokoj zaboлеваemosti telegrafistov stancii Vyatka-1 // *Ural'skij medicinskij zhurnal*. Sverdlovsk, 1923:18-25; Treyter V.A. Rezul'taty issledovaniya detej rabocheho rajona g. Vyatki: Vyatsko-Vetluzhskij kraj. Vyatka, 1925. (In Russ).]

12. Тимкин, Ю.Н. 1917 год: от революции по телеграфу к революции на штыках // Энциклопедия Земли Вятской: В 10 т. Т. 4. История. – Киров, 1995. – С. 341-342. [Timkin, Yu.N. 1917 god: ot revolyucii po telegrafu k revolyucii na shtyках // *Enciklopediya Zemli Vyatskoj*: V 10 t. T. 4. Istoriya. Kirov, 1995. (In Russ)].

13. Саар, В. Какие учебные руководства нам не нужны // Вятская правда. –1928 – 25 февраля. [Saar, V. Kakie uchebnye rukovodstva nam ne nuzhny. *Kirovskaya pravda*. 1928. February, 25 (In Russ)].

14. Берг, Я. Подготовка красных педагогов и «марксизм» доцента Трейтера. // Вятская правда. –1929 – 10 октября. [Berg Ya. Podgotovka krasnyh pedagogov i «marksizm» docenta Trejtera. *Vyatskaya Pravda*. 1929, October, 10 (In Russ)].

15. Фаворов, М.А. Некролог // Вятская правда. – 1929. – 18 октября. [Favorov, M.A. Nekrolog // *Vyatskaya pravda*. 1929, October, 18. (In Russ)].

16. Белоновский, П.Д. Смерть доцента В.А. Трейтера // Вятская правда. –1929. – 19 октября. [Belonovskij, P.D. Smert' docenta V.A. Trejtera. *Vyatskaya pravda*. 1929, October, 19. (In Russ)].

ПЕДАГОГИКА. ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

УДК 159.9-470.364

ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ ИНТЕРЕС КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Жданова О.Б., Окулова И.И., Часовских О.В., Ковалева Л.К., Мутошвили
Л.Р.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*

kf7@kirovgma.ru

Данная статья посвящена познавательному интересу в медицинском образовании. Познавательный интерес очень важен в современном образовании. Познавательный интерес – чувство или эмоция, которая заставляет внимание студента сосредотачиваться на объекте или процессе. Термин использован как общее понятие, которое может характеризовать и другие более определенные психологические термины, такие как любопытство, погружение и удивление. Анализ педагогического эксперимента на кафедре гистологии, эмбриологии, цитологии позволяет сделать вывод об эффективности использования современных методов, таких как пресс-конференция для активации познавательного интереса студентов.

Ключевые слова: познавательный интерес, студенты, пресс-конференция.

COGNITION INTEREST AS A FACTOR OF DEVELOPMENT OF JUNIOR MEDICAL STUDENTS' LEARNING ACTIVITY

Zhdanova O.B., Okulova I.I., Chasovslich O.V., Kovaleva L.K., Mutoshvili
L.R.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Street, 112)

kf7@kirovgma.ru

The article analyses the role of cognition interest in medical education. Cognition interest is very important in modern education. Cognition interest is a feeling or emotion that causes student's attention to focus on an object, or process. The term is used as a general concept that may encompass other more specific psychological terms, such as curiosity, immersion and surprise. The pedagogic

experiment at the department of histology, embryology and cytology allows to make a conclusion about effectiveness of using modern methods, such as a press-conference, for activation of students' cognitive interest.

Key words: cognitive interest, students, a press-conference

Введение

В XXI веке научно-технический прогресс становится средством достижения нового уровня производства, который бы в максимальной степени удовлетворял постоянно возрастающим потребностям человека и робототехники в постиндустриальном обществе. Поэтому процесс подготовки высококвалифицированных специалистов требует значительного изменения стратегии и тактики обучения в высшей школе.

Основными характеристиками выпускника высшего образовательного учреждения считаются компетентность и мобильность. Это обуславливает перенос акцентов при освоении учебных дисциплин на сам процесс познания, эффективность которого в значительной степени зависит от познавательной активности самого обучающегося. Для достижения этой цели важно не только содержание обучения, но и формы и методы его усвоения. Активизация обучения может происходить как через совершенствование форм и методов обучения, так и через совершенствование организации и управления в целом учебным процессом и активации познавательного интереса [1].

Основное содержание

Познавательный интерес – это избирательная направленность личности на предметы и явления окружающей действительности. Эта направленность характеризуется постоянным стремлением к познанию, к новым, более полным и глубоким знаниям. Лишь тогда, когда та или иная область науки, тот или иной учебный предмет представляются студенту интересным, он с особым увлечением занимается им, старается максимально изучить все стороны тех явлений, которые связаны с интересующей его областью знаний. В противном случае интерес к предмету может быть случайным и поверхностным [2].

Понятие «активные методы обучения» (АМО) возникло в начале 60-х годов прошлого века. Ю.Н. Емельянов применяет его, характеризуя особые

группы методов, которые применяются в системе социально-психологического обучения и базируются на применении некоторых социально-психологических явлений и феноменов (эффекта группы, эффекта присутствия и ряда других). Тем не менее, активными считаются не методы, активным считается именно обучение. Оно утрачивает репродуктивный характер и становится произвольной и внутренне детерминированной работой обучающихся по формированию собственного опыта и компетентности [1], [3].

Применение активных методов в вузовском обучении считается важным фактором в подготовке высококвалифицированных специалистов, в частности, они помогают формировать знания, умения и навыки обучающихся через вовлечение их в активную учебно-познавательную работу, стимулируя познавательный интерес.

Систематически укрепляясь и развиваясь, познавательный интерес становится основой положительного отношения к учению, которое носит поисковый характер. Под его влиянием у студента возникают новые вопросы, ответы на которые он активно ищет и сам, и с помощью преподавателя. При этом поисковая деятельность поглощает студента, он испытывает эмоциональный подъем и радость.

Познавательный интерес положительно влияет не только на процесс и результат деятельности, но и на протекание психических процессов – мышления, воображения, памяти, внимания, которые под влиянием познавательного интереса приобретают особую активность и направленность. А в медицинском вузе наиболее ярко реализуется в функционировании студенческих научных кружков. Вопросы необходимости прививания навыков научно-исследовательской работы неоднократно поднимались ведущими исследователями Кировского ГМУ [4].

Характерной особенностью познавательного интереса является и его волевая направленность. Познавательный интерес студента нередко направлен не только на процесс познания, но и на результат его. Как правило, это не

только работа в СНО, но и участие во всевозможных конкурсах, конгрессах и конференциях. В результате активного участия в жизни студенческого кружка у студентов развивается навык постановки и стремления к цели, с реализацией ее, преодолением трудностей, разочарований с волевым напряжением и усилием [5].

Для изучения влияния активизации познавательной деятельности студентов в процессе обучения дисциплине «Гистология, эмбриология, цитология» на повышение качества их знаний по этой дисциплине был проведен педагогический эксперимент. В исследовании участвовали студенты 2 курса лечебного факультета, изучающие вышеуказанную дисциплину, раздел «Пищеварительная система». Практические занятия проводились с использованием разных технологий. В контрольной группе занятия проводили согласно календарно-тематическому плану. В экспериментальной группе использовали активные методы преподавания. Студенты были распределены на 2 группы: контрольная (n=30) и экспериментальная (n=30). Обе группы имели одинаковый уровень качества знаний на начальном этапе, который был оценен по результатам предшествующего промежуточного контроля. В обеих группах для оценивания уровня знаний студентов по дисциплине проводили тестовые задания, а для оценивания удовлетворенности используемых активных методов обучения – анкетирование. Полученные результаты статистически обработаны. Рассчитывали среднюю арифметическую (M), ошибку средней арифметической (m), t-критерий Стьюдента. При этом различия между группами считали достоверными при значении критерия $p < 0,05$. Преподавание дисциплин осуществляется согласно закону Российской Федерации «Об образовании» № 273-ФЗ от 21.12.2012 г., разработанных на его основе Федеральных государственных образовательных стандартов специальностей: 31.05.01 Лечебное дело, разработанных в соответствие с ними учебно-методических комплексов, одним из компонентов которых является рабочая программа дисциплины. На первом этапе для повышения активности познавательной

деятельности студентов были разработаны занятия с использованием активных форм и методов обучения. Для оценки эффективности использования активных форм и методов обучения в процессе преподавания из общего количества студентов было отобрано несколько учебных групп с лечебного факультета: две учебные группы студентов составили контрольную группу, а еще две группы – экспериментальную. Учащиеся контрольной и экспериментальной групп имели одинаковый уровень качества знаний на начальном этапе, который был оценен по результатам теста.

Затем студенты контрольной группы обучались по стандартным занятиям, а студенты экспериментальной группы посещали практические занятия в форме пресс-конференции. После этого проверили уровень знаний студентов. В конце педагогического эксперимента было проведено анкетирование по выяснению мнения студентов об использовании активных форм изучения нового материала для активизации познавательной деятельности учащихся при изучении дисциплины. В итоге 93 % студентов экспериментальной группы ответили, что при изучении нового материала по данной дисциплине им были интересны в большей степени практические занятия в форме пресс-конференции. Таким образом, было подтверждено, что познавательный интерес – это один из важнейших **мотивов обучения в вузе**. Под влиянием познавательного интереса учебная работа даже у слабых учеников протекает более продуктивно. Именно интерес побуждает студентов к самостоятельной деятельности, в результате процесс овладения знаниями становится более активным, что в свою очередь, влияет на закрепление интереса. Самостоятельное проникновение в новые области знания, преодоление трудностей вызывает чувство удовлетворения, гордости, успеха, то есть создает оптимальный для усвоения знаний по программе вуза фон.

Также активизация познавательной деятельности студентов путем использования активных методов обучения создает условия для формирования и закрепления профессиональных знаний, умений и навыков у студентов вуза.

Познавательный интерес при правильной педагогической и методической организации деятельности учащихся и систематической и целенаправленной воспитательной деятельности становится **устойчивой чертой личности** будущего врача и в дальнейшем оказывает влияние на его профессионализм. Разработка и внедрение активных методов обучения происходит в различных областях научного знания, и она достаточно исследована большинством педагогов и психологов [6], [4], [5], [2].

Под влиянием интереса не только развивается мыслительная активность, которая выражается во множестве вопросов студента. Работа с литературой в интересующей области, выбор определенных форм самостоятельной работы, способных удовлетворить возрастающий интерес. Все это формирует и развивает в дальнейшем и выбор определенного рода деятельности будущего специалиста, при этом познавательный интерес выступает и как **сильное средство обучения**. Характеризуя интерес как средство обучения, следует, однако, подчеркнуть, что интересное преподавание – это не развлекательное преподавание, насыщенное эффектными опытами, фильмами, демонстрациями красочных пособий, и т.д., характерными для современных университетов США. Это и не облегченное обучение на первых курсах ряда университетов Европы, в котором все рассказано, разъяснено и информативно ужато до минимума, при котором студенту остается только заучить соответствующий блок. Интерес как средство обучения действует только тогда, когда на первый план выступают внутренние стимулы, способные удержать вспышки интереса, возникающие при внешних воздействиях при освоении основной программы, что было характерно для многих научных школ СССР. Лучшие методы обучения, преемственность в рамках СНО должны быть взяты на вооружение современными образовательными программами России и должны быть одним из звеньев патриотического воспитания [1], [7], [8].

Выводы

Таким образом, новизна, необычность способны не только вызвать мгновенный интерес, но и пробудить эмоции, порождающие желание изучить материал более глубоко, т. е. содействовать устойчивости интереса. Учебная деятельность студента медицинского вуза без развития его познавательного интереса не только трудна, но практически и невозможна. Вот почему в процессе обучения необходимо систематически возбуждать, развивать и укреплять познавательный интерес учащихся и как важный мотив учения, и как стойкую черту личности, и как мощное средство воспитывающего обучения, повышения его качества. Элементарным уровнем познавательного интереса можно считать открытый, непосредственный интерес к новым фактам, занимательным явлениям, которые фигурируют в информации, полученной на уроке. Более высоким уровнем является интерес к познаниям особенных свойств явлений, составляющих более глубокую, часто невидимую их внутреннюю суть. Стадия любознательности характеризуется стремлением проникнуть за пределы видимого на ступени развития познавательного интереса, когда студенты становятся способными к самостоятельному дедуктивному подходу в изучении. Этот интерес характеризует собой подлинно **познавательный интерес** [9]. Стадия познавательного интереса обычно связывается со стремлением к разрешению проблемного вопроса. В центре внимания студента становится не готовый материал учебного предмета и не сама по себе деятельность, а вопрос, проблема. Для познавательного интереса характерно напряжение мысли, усилие воли, проявление чувств, ведущие к преодолению трудностей в решении задач, к активным поискам ответа на проблемные вопросы, что находит отражение и в деятельности СНО. Так, например, профессор Разин М.П. выделяет три уровня подготовки в СНО: базовый, высокий и продвинутый. К первому можно отнести студентов, регулярно посещающих заседания СНО, выступающих на них с докладами, анализирующих медицинскую периодику, владеющих компьютерной

техникой; как правило, к выпуску из вуза они имеют опубликованные научные работы тезисного характера. Студенты второго (высокого) уровня подготовки под руководством преподавателей обязательно выполняют самостоятельные научно-практические изыскания, выступают с докладами на конференциях регионального уровня и бывают отмечены на них, публикуют результаты своих изысканий в российских и международных сборниках, а также статьи в региональных рецензируемых медицинских журналах. Студенты третьего (продвинутого) уровня уверенно владеют иностранным языком, IT-технологиями, выступают с докладами и награждаются дипломами на всероссийских конференциях, публикуются в журналах списка ВАК (или в зарубежных журналах), цитируются [10].

Состояние заинтересованности, которое обнаруживает студент на том или ином учебном занятии, проявляющееся под влиянием различных сторон обучения (занимательность, расположение педагога, интересный вопрос или удачный ответ, поднявший его престиж перед коллективом и т. д.), может быть временным, характерным для отдельной темы, или занятия. Но при целенаправленной деятельности преподавателя трансформируется в научный подход, который подвигнет студента читать дополнительную литературу, интересоваться последними научными открытиями и т. д. Таким образом, познавательный интерес может рассматриваться как один из важнейших мотивов учения, как устойчивая черта личности и как сильное средство обучения. Показано, что активизация познавательной деятельности студентов медицинского вуза путем применения различных форм и методов способствует повышению уровня знаний учащихся.

Список литературы

1. Жданова, О.Б., Окулова, И.И., Сунцова, Н.А., Ковалева, Л.К., Часовских, О.В., Мутошвили, Л.Р., Рохина, И.П. Концепция конкурса как метод воспитательной работы // Гистология. Клиническая и экспериментальная морфология. Сборник трудов второй научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 30-летию Кировского ГМУ. 2017. [Zhdanova, O.B., Okulova, I.I., Suncova, N.A., Kovaleva, L.K., Chasovskih, O.V., Mutoshvili, L.R., Rohina, I.P. Konceptsiya konkursa kak metod vospitatel'noj raboty. Gistologiya. Klinicheskaya i ehksperimental'naya morfologiya. Vtoraya nauchno-prakticheskaya konferentsiya studentov I molodyh uchenyh s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennaya 30-letiyu Kirovskogo GMU. 2017; Kirov. (In Russ)].
2. Трайнев, В.А. Сущность и объективная необходимость применения методов активного обучения // Основы организации и функционирования центра методов активного обучения в педвузе. – М.: Прометей, 1988. – С. 5-10. [Trajneev, V. A. Sushchnost' i ob"ektivnaya neobhodimost' primeneniya metodov aktivnogo obucheniya. In: *Osnovy organizacii i funkcionirovaniya centra metodov aktivnogo obucheniya v pedvuze*. М.: Prometej, 1988. (In Russ)].
3. Плигин, А.А. Личностно-ориентированное образование: история и практика – М.: КСП+, 2003. [Pligin, A.A. *Lichnostno-orientirovannoe obrazovanie: istoriya i praktika*. М. : KSP+, 2003. (In Russ).]
4. Джурицкий, А.Н. История педагогики / А.Н. Джурицкий. – М.: Владос, 1999. [Dzhurinskij, A.N. *Istoriya pedagogiki*. М.: Vlados, 1999. (In Russ)].
5. Загвязинский, В.И. Теория обучения: Современная интерпретация: учебное пособие для вузов. – М.: Академия, 2006. [Zagvyazinskiy, V.I. *Teoriya obucheniya: Sovremennaya interpretaciya: uchebnoe posobie dlya vuzov*. – М.: Akademiya, 2006. (In Russ)].
6. Балаев, А.А. Активные методы обучения / А.А. Балаев. – М., 1986. [Balaev, A.A. *Aktivnye metody obucheniya*. М., 1986. (In Russ)].
7. Жданова, О.Б. К вопросу о патриотическом воспитании первокурсников Совет ректоров. – 2016. – № 3. – С. 58-61. [Zhdanova, O.B. K voprosu o patrioticheskom vospitanii pervokursnikov. *Sovet rektorov*. 2016; (3): 58-61 (In Russ)].
8. Разин, М.П., Копысова, Л.А., Галанина, А.В., Смирнов, А.В., Кузнецова, Е.В., Семакин, А.С. Роль СНО в личностном становлении студентов – медиков // Гистология. Клиническая и экспериментальная морфология. Сборник трудов второй научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием,

посвященной 30-летию Кировского ГМУ. – 2017. – С. 7-10. [Razin, M.P., Kopysova, L.A., Galanina, A.V., Smirnov, A.V., Kuznecova, E.V., Semakin, A.S. Rol' SNO v lichnostnom stanovlenii studentov–medikov. Gistologiya. Klinicheskaya i ehksperimental'naya morfologiya. Vtoraya nauchno-prakticheskaya konferentsiya studentov i molodyh uchenyh s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennaya 30-letiyu Kirovskogo GMU. 2017; Kirov. (In Russ)].

9. Эльконин, Д.Б. Психология игры – М: Педагогика, 1978. [El'konin, D.B. *Psihologiya igry*. M: Pedagogika, 1978. (In Russ)].

10. Разин, М.П. К вопросам наукометрии ...и не только // Вятский медицинский вестник. – 2013. – № 2. – С. 44-47. [Razin, M.P. K voprosam naukometrii ...i ne tol'ko. *Vyatskij medicinskij vestnik*. 2013; (2): 44-47. (In Russ)].

УДК 101.1

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Коротков Н. В.

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)

n_korotkov@mail.ru

Необходимость изучения философии в медицинском вузе раскрывается через выявление конкретных связей между формируемыми ею общекультурными компетенциями и профессиональными компетенциями, которыми должен овладеть будущий врач. От решения этой методологической задачи напрямую зависит эффективность, успешность изучения студентами-медиками курса философии в целом.

Достаточной мотивирующей силой при изучении студентами-медиками философии обладает не сам по себе разбор основных социально значимых функций философии, а прояснение того, как эти функции реализуются в тех или иных ситуациях в различных направлениях будущей профессиональной деятельности. На конкретных примерах проанализированы основные функции философии (мировоззренческая, методологическая, критическая, аксиологическая и другие) в связи с историей развития медицины и современной медицинской практикой. Проведённый анализ способствовал как теоретическому разграничению основных функций философии, так и более глубокому пониманию связи между ними в учебном процессе. В рамках данного методологического подхода открывается возможность классификации основных направлений научно-исследовательской работы студентов по актуальным проблемам философии медицины.

Ключевые слова: философия, функции философии, научная медицина.

FUNCTIONAL ANALYSIS OF TEACHING PHILOSOPHY AT THE MEDICAL UNIVERSITY

Korotkov N.V.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Str., 112)

n_korotkov@mail.ru

The need to study philosophy at a medical school is revealed through identification of specific relationships between general cultural competence formed by this discipline and professional competences which should be acquired by a future doctor. The way how this problem can be solved methodologically influences directly the rate of efficiency and success of studying a course of Philosophy in general.

Sufficient motivation for medical students to study Philosophy does not emerge from the analysis of its socially important functions. It can be derived from clarification of how these functions might be implemented in different situations in certain directions of their future professional activities.

Specific examples are given to analyze the main functions of philosophy (ideological, methodological, critical, axiological, etc.) in connection with history of medicine and present day medical practice. This analysis contributed to detection of the basic functions of Philosophy theoretically as well as to a better understanding of the links between them in the learning process. As part of this methodological approach a way to train medical students' research skills is proposed, namely classifying the main directions of their research work concerning urgent problems in philosophy of medicine.

Key words: philosophy, functions of philosophy, research in medicine.

*«Для чего врачу философия? Пусть философы её и изучают.
Я буду лечить, а не философствовать».*

*Еще и теперь иногда скажет так иной юный ворчун,
обозревая вначале второго курса
расписание своих будущих занятий.*

Только пожалеешь такого: ах ты, несмышленный...

Вагнер А.Е. Раздумья о врачебном долге.

Введение

Общий курс философии традиционно начинается с анализа «метафилософской» проблематики: сущности и специфики философии, её дисциплинарной структуры и функций. И чтобы впоследствии у студентов не возникал вопрос, зачем им, будущим врачам, изучение философии, преподавателю необходимо не ограничиваться общими определениями ключевых функций философии, а соотносить их с медицинской практикой, то есть на конкретных примерах показывать, как различные функции философии проявляются в медицине. Предпримем попытку подобного анализа, не претендуя на полноту рассмотренных функций и по необходимости ограничившись только несколькими основными: мировоззренческой,

гуманистической, методологической, критической, интегративной, аксиологической и прогностической функциями философии.

Основная методологическая предпосылка данной статьи, наряду с принципом системности, заключается в том, что достаточной мотивирующей силой для изучения студентами курса философии, как показывает педагогическая практика, обладает не сам по себе разбор основных социально значимых функций философии, чему, как правило, и посвящены вводные главы многочисленных учебных пособий по философии, а именно прояснение того, как эти функции проявляются в конкретной профессиональной деятельности студентов различных профилей обучения. Особо отметим, что различные функции философии тесно связаны друг с другом и в реальной практике подчас не поддаются строгой дифференциации. Поэтому практически все примеры, приводимые в тексте, в той или иной мере подходят для иллюстрирования сразу нескольких функций философии.

Основное содержание

1. *Мировоззренческая функция философии* обусловлена принципиальной для философии установкой на рефлексивность «вечных» или, как их еще называют, «проклятых» вопросов человеческого бытия, смысл решения которых не зависит от их конечной разрешимости. Иначе говоря, роль философии для мышления аналогична роли предельных нагрузок для «строительства тела» (бодибилдинга), без которых просто не будет мышечного роста. Метафору «строительства тела» в этом контексте даже можно развить, поскольку в попытке «помыслить немислимое» только и возникают новые средства мышления – термины, методы, приёмы, – но это не просто *инструменты* мышления, а именно *органы* мышления, «мыслеорганы» (говоря словами М.К. Мамардашвили), потому что человек их создает не из внешней среды, а из самого себя.

Вечные вопросы при этом так и остаются вечными, зато порожденные попыткой ответа на них «мыслеорганы» зачастую позволяют решить

конкретно-научные задачи, которые до этого не поддавались решению. Так, открытию А.А. Ухтомским принципа доминанты, имеющего принципиальное значение для развития нейрофизиологии, предшествовала попытка учёного объяснить характер связи трансцендентного и имманентного в человеческой личности («физиолого-философская проблема», по определению самого Ухтомского [1]). А, например, новаторские исследования А.А. Богданова в области переливания крови были практическим следствием его социально-философских рассуждений об условиях преодоления социального отчуждения. Согласно Богданову, одним из таких условий, наряду с отказом от капиталистической экономики, является широкое внедрение в обществе процедуры обменного переливания крови, превращение её в общеобязательную повседневную практику наподобие ежегодных медосмотров сотрудников бюджетной сферы [2]. В сознании человека, в течение жизни многократно проходящего процедуру обменного переливания крови, по мысли Богданова, должно формироваться устойчивое «фоновое» чувство кровного родства с – потенциально – всеми членами общества.

Как мы видим, «вливание свежей крови» из философии в медицину, то есть последовательное научно-практическое решение философской проблемы отчуждения, в конечном итоге привело к прорыву в медицине. Почему, таким образом, первый в мире Институт переливания крови появился не в более благополучных, нежели Россия после гражданской войны, странах, например, не в США? Очевидно, в существенной мере потому, что создание таких инновационных учреждений, не укладывающееся в привычные схемы и, соответственно, не поддающееся строгой оценке, не может быть обусловлено исключительно прагматическими интересами и нуждается в мотивации, выходящей за их пределы.

Можно согласиться с А.Е. Михайловым, что историческое становление различных типов мировоззрения (от наивно-реалистического и религиозно-мифологического до научного) сопровождалось смысловыми изменениями

таких мировоззренческих характеристиках, как системность и целостность. «В нормативном подходе при определении мировоззрения врача также указываются данные характеристики, однако на индивидуальном уровне системность и целостность зачастую реализуются лишь в той его части, где сосредоточены узкопрофессиональные интересы» [3]. Философская подготовка будущих врачей, направленная на формирование теоретико-методологических оснований научного мировоззрения, предполагает решение нетривиальной задачи развития у студентов умений и навыков выявлять границы, отделяющие научное знание от ненаучного.

2. *Гуманистическая функция философии* состоит в культивировании человеческого в человеке [4] посредством профилактики «профессионального кренинизма», то есть ограниченности кругозора личности узкопрофессиональными интересами, знаниями, умениями и навыками.

Согласно И. Канту, последние цели человеческого разума могут быть сформулированы в виде трех вопросов – «что я могу знать?», «что я должен делать?» и «на что я смею надеяться?», которые, в свою очередь, сводятся к четвертому – «Что есть человек?». Таким образом, философия в лице одного из своих величайших представителей именно постижение специфики человеческого бытия провозгласила ключом к научным, праксиологическим и аксиологическим проблемам. Великому немецкому философу в данном вопросе вторил великий русский хирург и мыслитель Н.И. Пирогов, сетовавший на распространенную в педагогике того времени установку «сделать из нас с самого нашего детства негоциантов, солдат, моряков, духовных пастырей или юристов» [2], между тем как «все готовящиеся быть полезными гражданами должны сначала научиться быть людьми» [2]. «Дайте выработаться и развиваться внутреннему человеку! – призывал Н.И. Пирогов. – И у вас будут и негоцианты, и солдаты, и моряки, и юристы; а главное, у вас будут люди и граждане» [2]. Применительно к медицине это означает, что врач, оставаясь только врачом, не может указать ни отдельному человеку, ни обществу в целом

путь к спасению, ибо здоровье человека как существа сверханималистического в существенной мере зависит от упорядоченности его ценностных предпосылок. В конце концов, одна и та же болезнь может иметь как физиологическую, так и психологическую причину. Как отмечает ростовский психолог М.Е. Литвак, нереализованные профессиональные амбиции, «непризнанная гениальность» могут проявиться в виде ««гениальных» болезней типа невроза с такой яркой и неповторимой симптоматикой, с которой не могут разобраться даже опытные врачи, а сам пациент достигает своей вожденной мечты – стать известным и знаменитым. («Сам профессор Н. занимался мною и не смог меня вылечить!») – с гордостью заявляет он своим близким или очередному врачу, провоцируя последнего на длительную и бесплатную работу с собой»» [5].

В качестве примера здесь можно сослаться и на выводы современной психологии о том, что проблемы с зачатием и вынашиванием ребенка у современных женщин не в последнюю очередь связаны с преобладанием в их мировоззрении «чисто мужских принципов: борьбы и усилия, рациональности и контроля, стремления достичь внешней цели (стремления получить ребенка, а не подарить его)» [6]. Продолжая эту мысль, правомерно предположить, что одним из значимых социально-психологических факторов, способствующих возникновению проблем репродуктивной сферы у современных девушек и молодых женщин, является «культ» плоского живота, и, соответственно, табу на округлый живот, приводящее к подсознательному неприятию, отторжению беременности. В этой связи в комплексную терапию проблем репродуктивной сферы наряду с собственно медицинской помощью начинают включать телесно-ориентированную психотерапию и медитативный танец: «хороводный танец, со своей цикличностью и закономерной сменой качеств и ритмов, позволяет женщине вступить в контакт с собственными внутренними ритмами, почувствовать необходимость не только мужских качеств: борьбы, усилия, достижения, но и женских – умения и желания принимать, дарить и

отдавать, позволять чему-то произойти» [6]. Важно отметить, что о танце как форме (само)познания, как особой «дискурсивной практике» первым в европейской культуре заговорил, пожалуй, немецкий философ Фридрих Ницше. Известно, что знаменитые танцовщицы XX века, такие, как американка Айседора Дункан или итальянка русского происхождения Яруская, утверждая своим сценическим творчеством и педагогической практикой танец как форму человеческого бытия, а не только как вид искусства, развивали, каждая по своему, идеи знаменитого немецкого философа.

3. *Методологическая функция философии* состоит в осмыслении сути и специфики научной методологии в целом, а также общенаучных методологических принципов и наиболее фундаментальных методов конкретных наук. Так, именно в философии были сформулированы ключевые законы логики и принципы логической критики устоявшихся представлений, разработана процедура проблематизации – одна из ключевых в процессе научного исследования, проанализирован процесс интеграции отдельных научных теорий в научную картину мира – частнонаучную (химическую, физическую, биологическую и т.п.) или междисциплинарную (глобальный эволюционизм, интегрировавший концепции исторического развития, биологическую теорию эволюции и космологическую теорию большого взрыва). Кроме того следует отметить, что именно фундаментальные философские идеи и категории (необходимости и случайности, причинно-следственной связи, пространства и времени и др.) составляют «предпосылочный уровень» науки.

Равно как именно в философии сложились предпосылки для появления науки, так и рационалистическая медицина, которая является предтечей современной научной медицины, могла появиться только в тех обществах, где уже существовало развитое философское мировоззрение. Именно этим, по мнению доктора исторических и медицинских наук Д.А. Балалыкина,

объясняется тот вопиющий факт, что, несмотря на трехтысячелетнюю практику анатомирования трупов, связанную с ритуальной практикой бальзамирования, древнеегипетские врачи так и не создали сколько-нибудь целостной анатомо-физиологической системы [7]. Напротив, в античной культуре с ее развитой философией довольно рано появилась и рационалистическая медицина, альтернативная храмовому оккультному врачеванию. Показательно, что у истоков этой рационалистической, доказательной медицины стоял именно врач-философ Гиппократ.

Как показывает опыт истории медицины, в борьбе разных медицинских школ, в конечном счете, как правило, побеждали те, которые исходили из более сильных философских предпосылок, чем конкуренты. С этим Д.А. Балалыкин связывает тот факт, что в соперничестве многочисленных медицинских школ эллинистически-римского периода победителем вышел галенизм, господствовавший до XVII века (1500 тысячи лет) и не терявший актуальности вплоть до XIX века: известно, что переиздание К. Кьюном в 1829 году трудов Гиппократа было адресовано, прежде всего, медикам, а не историкам [7]. Объясняется же триумф галенизма тем, что основные противники Галена были приверженцами эпикуреизма, то есть считали, что в основе природы – хаотическое движение атомов. Вследствие этого Эрасистрат, Асклепиад и другие врачи-эпикурейцы легко отказывались от эмпирических фактов, которые противоречили их отвлеченным теоретическим построениям, ведь идея о хаотически движущихся атомах как основе бытия допускала существование в физическом мире множества нелепых случайностей, а в организме – нецелесообразных элементов. Напротив, Гален придерживался платонизма с его идеей о целесообразном устройстве природы, из чего следовал методологический вывод о неслучайности любого структурного элемента организма, что обеспечивало высокую теоретическую гибкость галенизма: способность корректировать те свои постулаты, которые не согласовывались с критической массой новых фактов.

4. *Критическая функция философии* – преодоление устаревших представлений и догм. Причем, «критику» здесь надо понимать именно в кантовском духе – не как отрицание существенных и даже конститутивных для той или иной сферы деятельности, включая научную медицину, представлений, а как выявление их границ (сродни кантовскому утверждению: «Я ограничил разум, чтобы освободить место для веры»). В отношении медицины критическая функция философии проявляется, кроме прочего, в определении границ между собственно научной медициной и различными псевдонаучными медицинскими практиками, а также между медициной и экономикой, медициной и политикой и т.п.

Остановимся здесь для примера на взаимосвязи бизнеса и фармацевтики, учитывая, что последняя к настоящему времени превратилась в мощную, капиталоемкую индустрию. Не сильно утрируя, можно сказать, что современных людей с детства приобщают к новому культу – *гедонистическому культу удовольствия от лекарств*: если раньше принимать горькое лекарство дольше, чем болеешь, ребенку и в голову не приходило, то современные детские лекарства производят преимущественно в виде сладких разноцветных сиропчиков, и дети уже сами начинают требовать их у родителей... Вслед за производителями фастфуда, которые давно вняли идее Джорджа Оруэлла о том, что людям проще любить конкретную личность, а не организацию (вспомнить клоуна Рональда Макдональда, олицетворяющего сеть забегаловок Макдональдс), фармацевтическая отрасль обзаводится своими собственными «талисманами»: забавный толстый немец Амбробене, «витамишки» и т.п. В результате всего этого лекарства незаметно становятся неотъемлемой частью нашей повседневности: их уже принимают круглый год – «для профилактики». Причем, эта формула, по сути, легитимирует самую вредную пищу, включая тот же фастфуд. Фактически, на современном телевидении рекламируют почти исключительно то, *чем* лечатся, и то, *от чего* лечатся (чипсы, газировку, восстановленные соки, шоколад, фастфуд и прочих «друзей» изжоги, кариеса и

гонореи). Таким образом, как мы видим, ценности бизнеса (стремление максимизировать прибыль и т.п.) активно инфильтруются в современную медицину, что приводит к размыванию границы между медициной и экономикой. Об опасности этой тенденции можно судить по современной эстраде, которая, по мере своей трансформации в шоу-бизнес всё больше смещается из сферы искусства в сферу экономики.

5. *Интегративная функция философии* – обобщение опыта, полученного в разных областях жизнедеятельности общества, а также выявление их взаимосвязи. Так, вряд ли возможно полностью понять причины роста и специфику тех или иных заболеваний (от чего зависит выбор наиболее адекватного способа их лечения) без осмысления ключевых тенденций в развитии биосферы, техносферы, аксиосферы и других макросистем, то есть без выхода за рамки собственно медицины. Например, рост сердечнососудистых заболеваний на рубеже XIX-XX веков в значительной степени объясняется ускорением социальной и научно-технической динамики, когда в течение жизни одного человека успевают несколько раз измениться вся сфера повседневности, пантеон поколенческих кумиров, смениться несколько промышленных укладов, научных парадигм и т.п. Конечно, для лечения конкретного пациента знание о вышеуказанных макросистемах в их взаимосвязи представляется избыточным, однако предельная задача медицины – здравоохранение населения – не может быть решена без получения такой сводной картины. Но выработку последней как раз и должна обеспечивать философия в силу своей «полилогичности» (сочетания языков науки, искусства, религии, мифа, наивного реализма и т.п.).

6. *Аксиологическая функция философии* – оценка исследуемого объекта с точки зрения разных ценностей (моральных, художественных, научных и пр.). Как отмечает известный французский философ Жак Маритен в своей работе «Философ во граде» (1953), достижения науки и техники ценностно нейтральны, и «оказываются злом или благом в зависимости от тех

целей, для достижения которых их используют. Но установление подлинных целей относится к сфере философии, а не науки» [8].

Проявлением аксиологической функции философии в медицине является, прежде всего, биоэтика, то есть оценка применения различных медицинских технологий и процедур (пластической хирургии, трансплантологии, эвтаназии, суррогатного материнства, использования препаратов на основе стволовых клеток и др.) с точки зрения моральных ценностей. Кроме того, врач должен находить разумный компромисс между рыночным императивом «желание клиента – закон!» и традиционным врачебным принципом «не навреди!», учитывая и тот вред, за нанесение которого врач не несет юридической ответственности (ведь значение моральных норм как раз и состоит в регулировании тех ситуаций, на которые не распространяются нормы права).

Наряду с этическими ценностями в оценке тех или иных медицинских процедур участвуют и ценности других разделов философии, например, эстетики. Здесь, кроме прочего, можно сослаться на эстетическую хирургию, в которой нравственные оценки, конкретизированные в императиве «не навреди!», оказываются в прямой зависимости от эстетических оценок, связанных с философской проблемой определения «прекрасного» и «безобразного». Красота – понятие не столько физиологическое, сколько психологическое, не столько объективное свойство индивида, сколько определенный, исторически и культурно ограниченный, социальный стереотип. Скажем, кустодиевская пышнотелая «Красавица», «лебединношеея» девушка из народа падаунгов или современная дистрофичная модель – это всё эталоны красоты. Очень разные эталоны. В.М. Васнецов, например, всю жизнь стремился найти, выразить в своем творчестве «русский тип женской красоты». То есть, если единственным мотивом пациента пластического хирурга является его несоответствие эталону, быть может, он просто соответствует *другому* эталону (или сам является новым, еще не вышедшим в тираж, эталоном)? И пластический хирург должен уметь по необходимости подсказать это пациенту.

7. *Прогностическая функция философии* – выявление наиболее общих тенденций развития различных макроструктур, так или иначе связанных с человеческой жизнью (техносферы, аксиосферы, антропосферы, биосферы). В отношении к медицине эта общеполитическая функция специфицируется в «опережающем» осмыслении социальных, моральных, политических, экономических, общекультурных последствий широкого внедрения новейших медицинских технологий – включая те, которые существуют еще лишь в тестовом режиме или даже только в теории. Здесь можно указать, в частности, анализ возможных последствий медицинского применения нанотехнологий, препаратов на основе стволовых клеток, а также клонирования, крионики, пересадки головы и т.п.

Например, в связи с интенсивным развитием технологии 3D-биопринтинга правомерен вопрос о том, «что мешает печатать на 3D-биопринтере не просто точные аналоги реальных органов, но и их усовершенствованные модификации? Очевидно, что это может рано или поздно привести к трансформации человека в своего рода «сверхчеловека». А здесь уже возникает вся та мировоззренческая проблематика, которая связана с «трансформативной антропологией» в целом. Более того: не научатся ли ученые со временем печатать – орган за органом – пусть не человека, но хотя бы некое его подобие, «гомункула», который, например, сможет выполнять за человека работу, не требующую высокого интеллекта?» Но перспектива такого «узаконенного рабства» заведомо попадает в проблемное поле этики и биоэтики [9].

Выводы

Проведенный нами анализ связи философии в её основных функциях с медициной позволяет резче прочертить теоретические границы между различными функциями философии и глубже понять связи между ними. Кроме прочего, полученные результаты можно использовать в учебно-методических целях – в качестве классификации основных направлений возможной научно-

исследовательской работы студентов по «философии медицины», то есть исследований, имеющих пограничный между медициной и философией характер. Кроме того, проведенный нами анализ должен помочь студентам глубже уяснить дисциплинарную структуру философии. Ведь, как можно заметить, рассмотренные выше функции философии в целом соответствуют основным разделам философии («философским наукам»): мировоззренческая и интегративная функции – онтологии, методологическая, критическая и прогностическая – эпистемологии, гуманистическая – философской антропологии, аксиологическая – аксиологии.

Список литературы

1. Каликанов, С. «Анатомия человеческого духа» А. Ухтомского (Об Ухтомском, доминанте и духовной психофизиологии) // Контекст-9: литературно-философский альманах. – 2003. – № 9. – С. 261-274. [Kalikanov, S. «Anatomiya chelovecheskogo duha» A. Uhtomskogo (Ob Uhtomskom, dominante i duhovnoj psihofiziologii). *Kontekst-9: literaturno-filosofskij al'manah*. 2003; (9): 261–274. (In Russ)].
2. Пирогов, Н.И. Вопросы жизни // Пирогов Н.И. Избранные педагогические сочинения. – М.: Педагогика, 1985. [Pirogov, N.I. Voprosy zhizni. In: Pirogov N.I. *Izbrannye pedagogicheskie sochineniya*. М.: Pedagogika, 1985. (In Russ)].
3. Михайлов, А.Е. Мировоззренческая подготовка будущего врача. // Вятский медицинский вестник. – 2017. – № 1. [Mikhajlov, A.E. Mirovozzrencheskaya podgotovka budushchego vracha. *Vyatskij medicinskij vestnik*. 2017; (1) (In Russ)].
4. О человеческом в человеке / Под общ. ред. И.Т. Фролова. – М.: Политиздат, 1991. [Frolov, I.T., editor. *O chelovecheskom v cheloveke* М.: Politizdat, 1991. (In Russ)].
5. Литвак, М. Е. Принцип сперматозоида: учебное пособие. Изд. 21-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. [Litvak, M.E. *Princip spermatozoida: uchebnoe posobie*. Rostov n/D: Feniks, 2008. (In Russ)].
6. Харитонов, А.Ю. Телесно-ориентированная психотерапия и медитативный танец в коррекции репродуктивной сферы женщины // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2007. – С. 716-723. [Haritonova, A.Yu. Telesno-orientirovannaya psihoterapiya i meditativnyj tanec v korrekcii reproduktivnoj sfery zhenshchiny. In: Zinchenko V.P., Levi T.S., editors. *Psihologiya telesnosti mezhdushoj i telom*. М.: AST: AST MOSKVA, 2007. (In Russ)].

7. Балалыкин, Д.А. Религиозно-философские системы и их значение для истории медицины // История медицины. Научно-практический журнал. – 2014. – № 1. – С. 9–25. [Balalykin, D.A. Religiozno-filosofskiesistemy i ih znachenie dlya istoriimeditsiny. *Istoriya mediciny. Nauchno-prakticheskij zhurnal*. 2014; (1): 9–25. (In Russ)].
8. Маритен, Ж. Философ во граде. [Mariten, Z. *Filosof vo grade* (In Russ)].
Доступно по: <http://web-local.rudn.ru/web-local/uem/ido/11/chrest/mariten.htm>
9. Данилова, О.М. 3D-биопринтинг и мировоззренческие аспекты его применения / О.М. Данилова, Д.Н. Сырчина // Теория и практика современной науки. – 2016. – № 6-2 (12). – С. 461-464. [Danilova O.M., Syrchina D.N. 3D-bioprinting i mirovozzrencheskie aspekty ego primeneniya. *Teoriya i praktika sovremennoj nauki*. 2016; (№ 6-2): 461-464. (In Russ)].
10. Сергеева, М.С. «Физиологический коллективизм»: истоки идеи и практическая реализация в Институте переливания крови // История медицины. – 2015. – № 4. – С. 519–532. [Sergeeva M.S. «Fiziologicheskij kollektivizm»: istoki idei i prakticheskaya realizaciya v Institute perelivaniya krovi. *Istoriya mediciny*. 2015; (4): 519-532. (In Russ)].

УДК614.2-053.2(091) (470.342):364

**ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ И
МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ
ЛАГЕРЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 1930-е ГОДЫ**

Сахаров В.А.

*ФГБОУ ВО Вятский государственный университет, (610000, г. Киров, ул.
Московская, 36)*

vas701@rambler.ru

Данная статья посвящена анализу социально-педагогических аспектов проблемы формирования здорового образа жизни у молодежи в Советской России в 1920-1930-е гг. в русле государственной политики, а также в теории и практике отечественной педагогики.

В статье рассматриваются вопросы формирования здорового образа жизни в работе оздоровительных лагерей в Кировской области в 1930-е гг. Анализ социально-исторических источников и архивных документов позволяет сделать вывод об особом внимании государства к следующим направлениям формирования у советской молодежи здорового образа жизни: приобщение к активным занятиям физкультурой и спортом, развитие навыков соблюдения личной гигиены и гигиены жилища, профилактика заболеваний в молодежной среде, борьба с вредными привычками у молодежи.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, молодежь, государственная политика по формированию здорового образа жизни.

**HEALTHY LIFE-STYLE ASPECTS IN THE ROUTINE OF SUMMER
CAMPS IN KIROV REGION IN 1930s**

Sakharov V.A.

Vyatka State University, (610000, Kirov, Moskovskaya Str., 36)

vas701@rambler.ru

The article analyses the problem of healthy life-style orientation as part of upbringing concept, education and social work with youth in Soviet Russia in 1920-1930-s within the framework of the state policy and in Soviet pedagogical theory and practice.

The article considers the issues of healthy life-style orientation in the network of summer camps for children in Kirov region in the 1930-s. Analysis of the social, historical sources and archives allows to draw a conclusion about a specific focus the Soviet state made on the following issues of upbringing healthy life-style in youth: involvement in active physical training and sports, educating and

encouraging personal hygiene skills and prevention for diseases in the youth environment, the fight against harmful habits among young people.

Key words: healthy life-style orientation, youth, state policy to form healthy life-style.

Введение

В начале XXI в. в Российской Федерации одним из приоритетных современных направлений воспитания и социализации подрастающего поколения в целом является формирование здорового образа жизни [1].

Категория «здоровый образ жизни» включает в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, поддерживающих оптимальное качество жизни» [2].

Современная государственная политика в Российской Федерации в области охраны и укрепления здоровья детей и молодежи направлена на создание таких условий для системы образования и здравоохранения, которые позволяют осуществлять санитарное просвещение в детской и молодежной среде, профилактику заболеваний, формирование представлений о здоровом образе жизни, поддерживать и развивать материально-техническую базу системы образования и здравоохранения.

Важную роль в данной деятельности в XX–нач. XXI вв. играют детские и молодежные оздоровительные лагеря.

По мнению Президента Российской Федерации В.В. Путина, наряду с укреплением здоровья в оздоровительных лагерях «они (дети) должны не просто пребывать в лагере или санатории, а получать новые знания и развиваться, заниматься художественным и научно-техническим творчеством, иностранными языками, спортом – иметь все возможности для самореализации и роста» [3].

С целью реализации более грамотной политики по воспитанию у детей и молодежи здорового образа жизни необходимо изучать и использовать положительный исторический опыт воспитания подрастающего поколения, накопленный на всех этапах развития отечественного образования и

педагогической мысли [4]. Именно поэтому педагоги, социальные работники, руководители образовательных учреждений в поиске новых подходов к решению данной задачи обращаются к историко-педагогическому опыту.

В частности, представляется полезным в плане теоретического изучения и практического использования опыт формирования здорового образа жизни у детей и молодежи в конкретных регионах СССР, а именно Кировской области в 1930-е годы, где умело использовались различные ресурсы (природные, кадровые, материальные) для организации эффективного детского отдыха.

Основным методом, который был применен нами в ходе исследования такого опыта, является историко-сравнительный метод, который позволяет на основе анализа исторических документов, представленных в Государственном архиве социально-политической истории и Государственном архиве Кировской области, выявить важные направления воспитания здорового образа жизни. Также данный метод позволяет определить наиболее универсальные формы и методы воспитания здорового образа жизни у детей и молодежи, которые могут быть применены в современных условиях развития образования и здравоохранения в Российской Федерации.

Основное содержание

В первые десятилетия советской власти воспитание здорового образа жизни – «обеспечить наиболее гармоничное, правильное, здоровое развитие <...> молодежи» [5] – стало одной из приоритетных государственных задач. В 1918-1919 гг. государством формируется и новая воспитательная система в контексте главной цели – всестороннего развития личности нового типа, направленного на умственное, нравственное, физическое, трудовое воспитание молодого поколения [6].

В 1925 году известный теоретик в области коммунистического воспитания детей и молодежи Е. Ярославский так сформулировал задачи организации отдыха детей с учетом психолого-возрастных и физиологических особенностей

детского организма: «Серьезно продумать опыт лагерной жизни пионеров. Лето должно укрепить наших ребят для осенней и зимней городской жизни» [3].

В начале двадцатых годов XX века в медицинских кругах и правительственных инстанциях развернулась острая дискуссия по поводу создания государственной системы детского отдыха. Инициатором и теоретиком этого направления в советском здравоохранении был первый замнаркома здравоохранения СССР, З.П. Соловьёв. По его инициативе сразу же по окончании гражданской войны в СССР стала создаваться разветвленная сеть детских оздоровительных учреждений.

С развитием пионерского движения в Советском Союзе сеть летних пионерских лагерей неудержимо росла. Их организаторы строили свою работу путём проб и ошибок, часто серьёзных и опасных для здоровья и жизни детей. Наряду с чисто лечебными детскими учреждениями – поликлиниками, больницами и амбулаториями, следящими за здоровьем детей, была поставлена задача создания комплексных детских оздоровительно-воспитательных учреждений: летние пионерские лагеря нового типа, санатории, оздоровительные площадки, детские сады, санаторно-лесные школы и другие. В этих учреждениях наряду с сугубо оздоровительной работой осуществлять целенаправленную учебно-воспитательную с учётом состояния здоровья и возрастных особенностей детей, данный подход развивался на протяжении XX–нач. XXI вв. и продолжает являться основой современной концепции развития детского и юношеского отдыха.

В Кировской области активное развитие работы оздоровительных лагерей отмечалось в 1930-е годы. Как правило, их организация осуществлялась на материальной базе школ. Сеть специализированных загородных летних оздоровительных лагерей только начинала формироваться. Деятельность оздоровительных лагерей строилась на основе принципов строгой отчетности и выполнении всех рекомендаций партийных органов, в частности Всесоюзного

ленинского коммунистического союза молодежи (ВЛКСМ), органов организации просвещения и здравоохранения в районах.

Приоритетными направлениями работы оздоровительных детских и юношеских лагерей являлись:

- санитарно-просветительская работа;
- спортивно-оздоровительная работа;
- военно-патриотическое воспитание [7].

Задача санитарно-гигиенического воспитания детей и молодежи подразумевала развитие навыков личной гигиены, гигиены жилища, профилактику инфекционных болезней. В оздоровительных лагерях Кировской области в 1930-е годы широко использовались различные средства пропаганды, беседы, доклады, лекции. Наглядная пропаганда была представлена плакатами, открытками, лозунгами, стенгазетами, кино и театром.

Так, в Лебяжском районе Кировской области в 1938 году в летних оздоровительных лагерях активно проводились следующие мероприятия: «Беседы по отрядам на две темы: личная гигиена и как правильно использовать воду, солнце и воздух. Проведено два санитарных дня (баня, стирка белья, хлопанье постели). Проведено три медосмотра. Был оборудован изолятор и приемная фельдшера. Серьезных болезней в лагере не было» [8].

Большое внимание уделялось соблюдению в лагерях режима дня. Например, утро в лагере было организовано следующим образом: «Подъем — 7.00; зарядка, уборка постели, утренний туалет — 7.00-7.45; линейка и подъем флага — 7.45-8.00; купание — 11.00-12.30» [7].

Особое внимание в детских лагерях уделялось развитию спорта. В 1920 г. был организован Высший совет физической культуры (ВСФК), который в 1930 г. переименован во Всесоюзный совет физической культуры при Правительстве СССР. Наконец в 1936 г. высший орган управления получает наименование Всесоюзного комитета по делам физической культуры и спорта (ВКФКС). Именно этот орган способствовал развитию физкультуры и спорта в детских и

молодежных оздоровительных лагерях. В программах деятельности детских оздоровительных лагерей 1930-х гг. очевидна связь физического воспитания с военной подготовкой учащихся. В начале 1930-х гг. комплекс ГТО (готов к труду и обороне) становится программной и нормативной основой физического воспитания в школах и детских и юношеских оздоровительных лагерях.

Спортивно-оздоровительная работа осуществлялась тоже по ряду направлений. Так, в отчетах районных лагерей Кировской области в 1930-е гг. значится: «Благодаря повседневной тренировке по сдаче норм БГТО (будь готов к труду и обороне) сдали нормы: по прыжкам в длину, метанию гранат, лазанию и подтягиванию, равновесию, гимнастическому комплексу, плаванию, подниманию и переноске тяжести, стрельбе, спортивным играм, каждое утро проводилась зарядка, гимнастика и разучивание физкультурных игр» [7].

Во многих лагерях действовали различные физкультурные кружки: футбольные, волейбольные, баскетбольные и другие. В Бисерском районе в летнем лагере в 1938 году отдыхало 180 человек, и было создано 6 отрядов: «создано футбольных команд в районе – 4, волейбольных – 6, устроено 2 лодочных похода. Организована сдача норм по гребле, водолазному делу» [9].

В Шурминском районе в 1938 году отдыхало 116 детей от 11 до 16 лет. «Дан навык комплексу сдачи норм БГТО – зарядковый и гимнастический, и сдано норм БГТО на значок полностью в возрасте от 12 до 16 лет – 33 человека. Были созданы две команды девочек и мальчиков по волейболу и одна футбольная. По отрядам изучены физкультурные игры и танцы. Проводилась одна военная игра» [10].

Выводы

Анализ социально-исторических источников позволяет сделать вывод об особом внимании государства в рассматриваемый период к следующим направлениям формирования у советской молодежи здорового образа жизни: развитие навыков соблюдения личной гигиены и гигиены жилища,

профилактика заболеваний в молодежной среде, борьба с вредными привычками у молодежи.

В XX веке опыт государственной заботы о детях в СССР заимствован и преумножен многими социально благополучными государствами мира и продолжает свое развитие в современной России.

Список литературы

1. Сахаров, В.А., Сахарова, Л.Г. Сапожникова, А.Г. Духовно-нравственное воспитание современной молодежи в контексте реализации государственной национальной политики // Среднее профессиональное образование. – 2013. – № 11. – С.14-15. [Sakharov, V.A., Sakharova, L.G., Sapozhnikova, A.G. Dukhovno-nravstvennoe vospitanie sovremennoy molodezhi v kontekste realizatsii gosudarstvennoy natsional'noy politiki *Srednee professional'noe obrazovanie*. 2013; (11):14–15 (In Russ)].

2. Смирнов, Н.К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы: Методическая библиотека. – М.: АРКТИ, 2003. [Smirnov, N.K. *Zdorov'esberegayushchie obrazovatel'nye tekhnologii v rabote uchitelya i shkoly: Metodicheskaya biblioteka*. Moscow: ARKTI, 2003. (In Russ)].

3. Закончившийся пленум признал важным вопрос о молодежи! // Российский государственный архив социально-политической истории. Ф.89. Оп.9, Д.38, Л.3. [Zakonchivshiysya plenum priznal vazhnym vopros o molodezhi! [The completed plenary recognized the important question about young people!]. *Russian state archive of socio-political history*. F. 89. Op.9, D. 38, L. 3. (In Russ)].

4. Сахаров, В.А., Сахарова, Л.Г. Взаимосвязь духовно-нравственного и поликультурного воспитания студенческой молодежи // Среднее профессиональное образование – 2011. – № 11. – С. 11-12 [Sakharov, V.A., Sakharova, L.G. Vzaimosvyaz' dukhovno-nravstvennogo i polikul'turnogo vospitaniya studencheskoy molodezhi. *Srednee professional'noe obrazovanie*. 2011; (11): 11–12 (In Russ)].

5. Сахаров, В.А., Сахарова, Л.Г. Формирование здорового образа жизни советской молодежи в 1920-30-е гг. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 2. – С. 58-61. [Sakharov, V.A., Sakharova, L.G. Formirovanie zdorovogo obraza zhizni sovetskoj molodezhi v 1920-30-e gg. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015; (2): 58–61 (In Russ)].

6. Сахаров, В.А., Сахарова, Л.Г. Реализация государственной политики в сфере здравоохранения и социальной защиты детей в Вятской губернии в 1920-е годы // Вятский

медицинский вестник. – 2016. – № 1. – С. 58-61. [Sakharov, V.A., Sakharova, L.G. Realizatsiya gosudarstvennoy politiki v sfere zdavookhraneniya i sotsial'noy zashchity detey v Vyatskoy gubernii v 1920-e gody. *Vyatskiy meditsinskiy vestnik*. 2016; (1): 58-61 (In Russ)].

7. Отчет о работе районных пионерских лагерей в лето 1938 г. Нагорского райкома ВЛКСМ // Государственный архив социально-политической истории Кировской области Ф.1682, Оп.1, Д.145, Л.4, 8, 8 об, 42, 42 об., 155 и др. [*Otchet o rabote rayonnykh pionerskikh lagerey v leto 1938 g. Nagorskogo raykoma VLKSM* [The Report on the activities of regional pioneer camp in the summer of 1938 Nagorskaya Komsomol district Committee]. State archive of socio-political history of the Kirov region F. 1682, Op.1, d. 145, L. 4, 8, 42, 155. (In Russ)].

8. Отчет о летнеоздоровительных мероприятиях, проведенных среди детей школьного возраста по Лебяжскому району (1938 г.) // Государственный архив социально-политической истории Кировской области Ф.1682, Оп.1, Д.145, Л.155 [*Otchet o letneozdorovitel'nykh meropriyatiyakh, provedennykh sredi detey shkol'nogo vozrasta po Lebyazhskomu rayonu (1938 g.)* [The Report of summer health care activities carried out among children of school age in the district of Lebyazhskoe (1938)]. *State archive of socio-political history of the Kirov region* F. 1682, Op.1, D. 145, L. 155 (In Russ)].

9. Отделу пионеров Кировской области от Бисеровского РК ВЛКСМ: О летнем оздоровительном лагере среди детей // Государственный архив социально-политической истории Кировской области Ф.1682, Оп.1, Д.145, Л. 8–8 об. [*Otdelu pionerov Kirovskoy oblasti ot Biserovskogo RK VLKSM: O letnem ozdorovitel'nom lagere sredi detey* [To the division of pioneers of the Kirov region from the Komsomol of Biserovskoe RK Komsomol: On the summer camp among children]. *State archive of socio-political history of the Kirov region* F. 1682, Op.1, d. 145, L. 8–8. (In Russ)].

10. Отчет о работе Шурминских пионерских лагерей за июль месяц 1938 года // Государственный архив социально-политической истории Кировской области Ф.1682, Оп.1, Д.145, Л. 155-155 об.[*Otchet o rabote Shurminskikh pionerskikh lagerey za iyul' mesyats 1938 goda* [Report on the work of Shurma pioneer camps for the month of July, 1938]. State archive of socio-political history of the Kirov region F. 1682, Op.1, d. 145, L. 155–155. (In Russ)].

УДК. 3.37.378

**ВОСПИТАНИЕ КУЛЬТУРЫ МЕЖРЕЛИГИОЗНОГО ОБЩЕНИЯ
У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПРОЦЕССЕ
ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕКУЛЬТУРНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ**

Сахарова Л.Г.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*

slg75@rambler.ru

В статье рассматривается вопрос воспитания культуры межрелигиозного общения в рамках учебной и внеучебной деятельности студентов медицинского вуза в процессе формирования общекультурных компетенций.

Актуальность проблемы воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов медицинских вузов на современном этапе развития высшего медицинского образования обусловлена требованиями законодательства к воспитанию молодежи в Российской Федерации и Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования.

Особое внимание уделяется характеристике основных компонентов воспитания культуры межрелигиозного общения (мотивационно-ценностного, эмоционально-волевого, когнитивного и поведенческого), педагогических условий организации процесса воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов (формирование рефлексивной позиции, преодоление стереотипности мышления у молодежи в отношении представителей иных религиозных культур, учет особенностей социально-культурной (религиозной) среды, применение полученного опыта межрелигиозного взаимодействия за пределами вуза, владение педагогами высшей школы инновационными, эмоционально-насыщенными формами, методами и приемами воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов); содержания умений и навыков, характеризующих высокий уровень культуры межрелигиозного общения у студентов медицинского вуза (готовность и способность студентов к овладению комплексом знаний о мире религиозного и содержания культуры межрелигиозного общения; готовность к развитию, самосовершенствованию, самооценке, пониманию смысла своей жизни, индивидуально ответственному поведению в сфере межрелигиозных отношений; готовность и способность к реализации творческого потенциала в духовной и предметно-продуктивной деятельности, готовность и способность выразить и отстаивать свою общественную позицию, критически оценивать собственные намерения, мысли и поступки в сфере межрелигиозных отношений и др.). В статье приведены примеры использования наиболее эффективных форм и методов воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов медицинского вуза, включающих использование приема эмоционального стимулирования

познавательного интереса (решение ситуационных задач, анализ ситуаций из истории медицины, дискуссия и другие).

Ключевые слова: культура межрелигиозного общения, студент, общекультурные компетенции, профессиональная компетентность.

UPBRINGING CULTURE OF CROSSCONFESSIONAL COMMUNICATION AMONG STUDENTS AT A HIGHER MEDICAL SCHOOL IN THE PROCESS OF CULTURAL COMPETENCES FORMATION

Sakharova L.G.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx street, 112)

slg75@rambler.ru

The article deals with upbringing culture of cross-confessional communication among medical university students in the framework of educational and extracurricular activities within the process of forming general cultural competences.

The topicality of the problem – educating cross-confessional communication among students at the present stage of higher medical education development is predicted by the requirements for the education of youth in the Russian Federation and in the Federal State Educational Standards for Higher Education.

Particular efforts are made to characterize the main components of education in the aspect of culture of cross-confessional communication (motivation-and-value, emotional and volitional, cognitive and behavioral), the pedagogical factors to organize the process of educating culture of cross-confessional communication among students (forming a reflexive position, overcoming cultural and religious stereotypes in young people, taking into account peculiarities of the social and cultural (religious) environment, applying multi-cultural interaction experience outside the university, qualifications of university teachers providing innovative, emotion-provoking formats, techniques and methods of educating culture of cross-confessional communication); the skills characterizing the high level of cross-confessional communication culture among medical university students (readiness and ability to master a complex knowledge of religion and the content of multi-religious communication culture, readiness for self-development, self-improvement, proper self-esteem, understanding the value of their lives, responsible behavior pattern in multi-religious environments, readiness and ability to realize creative potential in spiritual and productive activity, readiness and ability to express and back their social position, to critically evaluate their own intentions, thoughts and actions in the multi-religious environments, etc.).

The article gives examples of the most effective forms and techniques of educating culture of cross-confessional communication among medical university

students including emotional stimulation of cognitive interest (solving situational problems, analyzing situations from history of medicine, discussion, etc.).

Key words: culture of cross-confessional communication, students, general cultural competence, professional competence.

Введение

В начале XXI века в отношении религии складывается принципиально новая социально-культурная ситуация. Религиозные организации становятся активными участниками культурной, общественной и политической жизни государства. Высшие учебные заведения тоже оказались вовлеченными в процесс формирования отношения к религиозной политике государства, осмысления процесса внедрения знаний о религии и содержания культуры межрелигиозного общения в светское (академическое) образование [1].

Развитие культуры межрелигиозного общения у студентов является одним из значимых направлений воспитания специалистов, особенно в медицинской сфере, в процессе формирования их профессиональной компетентности. Федеральные государственные стандарты высшего медицинского образования («3+», 2016 г.) утверждают необходимость развития у студентов культуры межрелигиозного общения.

В частности, в стандарт по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета) включена общекультурная компетенция (ОК-8), в соответствии с которой выпускник медицинского вуза должен обладать «готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия» [2]. Формирование общекультурных компетенций также является важной составляющей процесса формирования профессиональной компетентности будущего врача.

Под профессиональной компетентностью многие ученые понимают обладание профессиональными умениями и навыками либо умение быстро и грамотно выполнять свои профессиональные обязанности [3]. В данной статье предполагается анализ педагогических основ развития культуры межрелигиозного общения у студентов медицинского вуза.

Исключительно важным компонентом общекультурных компетенций на современном этапе развития высшего образования в России является развитая культура межрелигиозного и межнационального общения. В настоящее время медицинский работник, особенно врач, должен обладать определенными качествами, позволяющими ему эффективно взаимодействовать в профессиональном плане с коллегами, клиентами и пациентами, отличающимися различными социокультурными характеристиками, в том числе и религиозно-культурными особенностями поведения. Религия, по-прежнему играет важную роль, определяя особенности поведения и общения людей, их потребности и интересы [4], [5], [6].

Исключением не является и поведение людей в сфере отношений «врач-пациент». На современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации, врач, руководствуясь законодательством, должен обеспечить оказание медицинской помощи с учетом следующих обязательных норм:

- «с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента» [7].

- «государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств [7].

- участвует в обеспечении допуска «к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации [7].

Таким образом, перед системой высшего образования возникает важная задача подготовки студентов, обладающих высоким уровнем культуры

межрелигиозного общения, способностью предупреждать конфликты на религиозной почве, не нарушать религиозные права граждан, объединять свои усилия и усилия других для укрепления бесконфликтных межрелигиозных отношений. Готовность педагогов к организации развития культуры межрелигиозного общения во многом определяет его успех.

В отечественной педагогике необходимость решения данной проблемы обоснована в контексте идей развития у детей и молодежи толерантности (Р.М. Айрапетян, Р.В. Безюлева, Р.Р. Валитова, Г.Н. Волков, М.Г. Герасимова, Б.С. Гершунский, В.И. Глебкин, Е.А. Губарева, А.А. Гусейнов, Г.Д. Дмитриев, Г.В. Долганова, М.А. Захарищева, М.Ю. Зеленков, М.Н. Кузьмин, В.С. Кукушин, В.А. Лекторский, О.Ю. Межина, А.В. Мудрик, З.Г. Нигматов, Г.У. Солдатова, Ф.Ф. Харисов, Л.А. Шайгерова, О.Д. Шарова, Г.М. Шеламова и др.) и в трудах специалистов по поликультурному воспитанию (С.К. Бондырева, В.П. Борисенков, Н.В. Боговик, М.Н. Борытко, В.А. Бурмистрова, И.Б. Гриншпун, О.В. Гукаленко, Ю.С. Давыдов, А.Я. Данилюк, Г.Ж. Даутова, Ф.Н. Козырев, Д.В. Колесов, З.А. Кочергина, С.В. Медведко, М.М. Мчелдова, З.Г. Нигматов, Н.Н. Поташинская, Л.Л. Супрунова и др.).

Однако, на сегодняшний день существует противоречие между потребностью общества в выпускниках, имеющих высокий уровень культуры межрелигиозного общения, и отсутствием в российских медицинских вузах целостных концепций формирования культуры межрелигиозного общения у студентов в рамках учебной и внеучебной деятельности, недостаточной разработанностью в педагогике высшей школы методики решения этой сложной педагогической проблемы.

Основное содержание

Большинство студентов медицинского вуза уже в период практики на первом курсе обучения сталкиваются с необходимостью проявления знаний и умений в сфере межрелигиозного общения в условиях медицинских учреждений. Этот факт подтверждает и проведенное исследование среди

студентов младших и старших курсов специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия» Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Его суть заключалась в следующем: каждый участник исследования должен был ответить на ряд вопросов анкеты, предполагавший как выбор одного ответа, так и формулирование ответа в свободной форме. На основе результатов исследования были сделаны следующие выводы:

1. Студенты младших курсов наблюдали в медицинских заведениях исполнение религиозных обрядов представителями различных религий (посещение врача в сопровождении родственников женщинами, обряд крещения, использование элементов одежды национально-религиозного плана и др.).

2. Студенты старших курсов сталкивались в ходе практики с ситуациями, требующими демонстрации определенных знаний и умений (вопросы со стороны пациентов о пользе молитвы в процессе лечения, возможности использования услуг целителей). Студенты отмечают важность наличия религиозоведческих и правовых знаний и умения аргументированно объяснять пациенту в условиях медицинского учреждения содержание его прав и обязанностей в религиозной сфере.

3. Студенты, проучившиеся в вузе более трех лет и сталкивающиеся в своей учебной деятельности с конфликтными ситуациями на религиозной почве, хотели бы в дальнейшем на занятиях и во внеучебной деятельности получить навыки общения в поликультурной среде, в частности, развить навыки культуры межрелигиозного общения как в культурно-бытовом, так и в правовом планах.

Таким образом, для успешного формирования компетенций, предусматривающих необходимость формирования культуры межрелигиозного общения, определимся с содержанием понятия «культура межрелигиозного

общения». Общепринятого определения понятия «культура межнационального общения» в отечественной и зарубежной педагогике не существует. Мы попытаемся сформулировать комплексное определение данного понятия в соответствии с компетентностным подходом в высшем медицинском образовании, а именно: «Культура межрелигиозного общения – это совокупность специальных знаний и умений, а также адекватных им поступков и действий, проявляющихся в межличностных контактах и взаимодействии представителей различных религиозных групп и позволяющих быстро и безболезненно достигать взаимопонимания и согласия в общих интересах».

Воспитание культуры межрелигиозного общения в процессе воспитания профессиональной компетентности должно обеспечить:

- готовность и способность студентов к овладению комплексом знаний о мире религиозного и содержания культуры межрелигиозного общения;

- готовность к развитию, самосовершенствованию, самооценке, пониманию смысла своей жизни, индивидуально ответственному поведению в сфере межрелигиозных отношений;

- готовность и способность к реализации творческого потенциала в духовной и предметно-продуктивной деятельности, социальной и профессиональной мобильности на основе моральных норм;

- формирование морали как осознанной личностью необходимости определённого поведения в поликонфессиональной среде, основанного на принятых в обществе представлениях о добре и зле, должном и недопустимом;

- развитие совести как нравственного самосознания личности, способности формулировать собственные нравственные обязательства в сфере межрелигиозных отношений, осуществлять нравственный самоконтроль, требовать от себя выполнения моральных норм, давать нравственную самооценку своим и чужим поступкам;

- готовность и способность выражать и отстаивать свою общественную позицию, критически оценивать собственные намерения, мысли и поступки в сфере межконфессиональных отношений;

- способность к самостоятельным поступкам и действиям, совершаемым на основе морального выбора, принятию ответственности за их результаты, целеустремлённость и настойчивость в достижении результата;

- осознание ценности других людей, ценности человеческой жизни, нетерпимость к действиям и влияниям, представляющим угрозу жизни, физическому и нравственному здоровью и духовной безопасности личности, умение им противодействовать.

Основными элементами структуры профессиональной подготовки выпускника любой специальности и направления подготовки являются: профессиональная и личная мотивация (мотивы, потребности, мировоззрение, ценностные ориентации, умения делать выбор форм, методов, средств профессиональной деятельности), профессиональные навыки (опыт), мотивационно-ценностная ориентация (склонности, установки, направленность личности) [8]. Таким образом, воспитание культуры межрелигиозного общения у современных студентов, как части их профессиональной подготовки, будет ориентировано на развитие четырех основных элементов профессиональной деятельности: мотивационно-ценностного, эмоционально-волевого, когнитивного и поведенческого.

Мотивационно-ценностный компонент, включает социальные мотивы и гуманистические ценности (отзывчивость, ответственность, культуру межрелигиозного общения). Его формирование в учебной деятельности осуществляется на основе ознакомления обучающихся с требованиями, предъявляемыми к подготовке студентов медицинского вуза («должны осуществлять оказание медицинской помощи с учетом культурно-религиозных особенностей пациента»), содержанием современного законодательства Российской Федерации (соблюдение религиозных прав пациента).

Как в правовой, светской, так и в религиозной сферах практически совпадают требования к определению содержания моральных качеств, которыми должен обладать врач. В «Клятве врача» Российской Федерации говорится: «Быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств» [7]. Идентичны требования к поведению и качествам врача «Исламской хартии об этике в медицине и здравоохранении»: «Врач должен заботиться обо всех своих пациентах, не дискриминируя их по материальному состоянию, личному отношению врача к пациенту, религиозным убеждениям и расовому происхождению, политической ориентации, полу, национальности и цвету кожи» [9].

Эмоционально-волевой компонент отражает наличие эмпатии и саморегуляции у будущего врача. Он проявляется уже в практической деятельности, прежде всего в общении с представителями различных культур и конфессий в условиях медицинского учреждения. Актуализировать эмоциональную сферу, – значит, создать обстоятельства, при которых обостряется восприятие нравственно-ценной идеи или поступка. К числу таких методов эмоционального стимулирования ряд современных исследователей относит педагогические средства, актуализирующие эмоциональную сферу личности, «внешние эмоционально-ценностные побудители, воздействующие, прежде всего, на чувства и вызывающие у воспитуемых адекватный эмоциональный отклик, нравственное сопереживание» [10].

Данный компонент включает умение предотвратить конфликтную ситуацию, умение сформировать диалоговое взаимодействие со священнослужителем в плане спасения жизни и укрепления здоровья пациента, уметь проявить уважение к иной религиозной культуре и традициям и

обеспечить при этом соблюдение правил деятельности медицинского учреждения. Созданию условий, способствующих развитию эмоционально-волевого компонента, а именно, положительного эмоционального настроения у обучающихся, способствуют примеры из врачебной практики, представленные в художественных произведениях, философских трактатах. Как показывает опыт, всегда вызывает эмоциональный отклик у обучающихся, а также желание процитировать в общении с коллегами и пациентами в дальнейшей деятельности изучение молитвы иудейского врача Моисея Маймонида: «Укрепляй, усиливая меня телесно и душевно, дабы я везде и всегда был готов помочь и бедному и богатому, доброму и злему, другу и неприятелю – с тем, чтобы я узрел в нем больного человека!» [11].

Когнитивный компонент включает комплекс знаний о толерантных социальных и коммуникативных установках в профессиональной деятельности.

При этом «религиозно-мистические убеждения не должны быть препятствием в реализации опирающегося на исторически сложившиеся гуманистические ценности научного подхода в биомедицине и врачебной практике» [12].

В рамках реализации когнитивного компонента общегуманитарная подготовка – это главный блок, определяющий религиозоведческое образование и содержание воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов. Социально-гуманитарные дисциплины (Философия, Биоэтика, История Отечества, История и теория религии, Политология, Правоведение, Социология и другие) в вузе направлены на повышение общекультурного уровня студентов и развитие общеобразовательных умений (духовно-нравственные и культурные основы, творчество). Они делают религию предметом научного религиозоведческого исследования наряду с другими сферами жизни общества – экономикой, правом, политикой и т.д. Религия рассматривается как составная часть культуры в ее связи и взаимодействии с другими областями жизни и деятельности человека [13].

Так, например, современная биоэтика дает установку на комплексное изучение правовых, светских моральных норм и религиозных правил и норм морали, которые регулируют взаимоотношения «врач-пациент», отношение к новым открытиям в области медицины (допустимость и пределы использования репродуктивных технологий, клонирование, донорство и пересадка органов, эвтанази). Приведем несколько примеров. В настоящее время обсуждается необходимость учета в медицинской практике содержания религиозных норм и правил, регулирующих взаимоотношения «врач-пациент», в частности, в половозрастном плане. Например, в «Исламской хартии об этике в медицине и здравоохранении» содержится рекомендация: «Врач должен во время работы с больным показывать уважение к его вере, религии, традициям во время осмотра, диагностирования и лечения. Он должен избегать любых нарушений закона ислама: находится наедине с противоположным полом, или рассматривать интимные части тела больного, если этого не предполагает осмотр, диагностирование и лечение; в присутствии третьего лица только после получения разрешения от пациента [9].

В современных христианских и мусульманских религиозных документах регламентируется негативное отношение к абортам: «С древнейших времен Церковь рассматривает намеренное прерывание беременности (аборт) как тяжкий грех». Канонические правила приравнивают аборт к убийству <...> [14]. Клонирование человека способно извратить основы деторождения, кровного родства, материнства и отцовства [14].

Поведенческий компонент подразумевает образ действий будущего специалиста, ориентированный на диалоговую межрелигиозную коммуникацию. Эффективной формой работы в развитии навыков общения в сложном поликультурном пространстве медицинского учреждения является формирование навыков работы в команде, а ведущим педагогическим приемом использования данной формы работы – решение ситуационных задач по развитию культуры межрелигиозного общения. С другой стороны навыки

работы в команде являются универсальными и позволяют в будущей профессиональной деятельности врача эффективно взаимодействовать в условиях быстрой изменчивости организационных ситуаций.

Пример ситуационной задачи: внимательно изучите две точки зрения на лечение пациентов с неизлечимыми, смертельными заболеваниями, представленными в христианской этике и этике ислама.

- «Церковь остается верной к соблюдению заповеди Божией «не убивай», не может признать нравственно приемлемыми распространенные ныне в светском обществе попытки легализации так называемой эвтаназии, то есть намеренного умерщвления безнадежно больных людей (в том числе по их желанию) [14].

- «Врач обязан продолжать лечение больного с неизлечимыми, смертельными, летальными болезнями, поддерживать их и давать надежду в последние минуты жизни [9].

Вопросы:

1. Самостоятельно изучите точки зрения на проблему эвтаназии других религий (буддизма, иудаизма) и приведите примеры этических (иных) документов, отражающих позицию.

2. Разработайте в малых группах варианты памятки светского содержания против применения эвтаназии, опираясь на светские и религиозные подходы к проблеме.

3. Обсудите разработанные варианты памятки в учебной группе.

Приведите аргументы светского плана против применения эвтаназии.

4. Приведите аргументы светского плана, обуславливающие применение эвтаназии.

Формирование профессиональной компетентности врача в плане овладения высоким уровнем культуры межнационального общения требует создания определенных условий. На основе анализа практической деятельности

медицинских вузов была обоснована совокупность педагогических условий развития культуры межрелигиозного общения.

В качестве первого условия определена организация деятельности студентов вуза, ориентированная на формирование рефлексивной позиции, которая способствует развитию у молодежи умений анализировать свое поведение и деятельность.

Второе условие – это взаимодействие студентов, которое направлено на преодоление стереотипности мышления у молодежи в отношении представителей иных религиозных культур.

Третье условие – учет особенностей социально-культурной (религиозной) среды при разработке содержания учебных и воспитательных программ.

Четвертое условие – это применение полученного опыта взаимодействия за пределами вуза, создание ситуаций в период практики, в которых студент может использовать полученные знания.

Пятое условие – владение педагогами высшей школы инновационными, эмоционально-насыщенными формами, методами и приемами воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов медицинского вуза [4].

Благодаря формированию общекультурной компетенции у студентов медицинского вуза, направленной на овладение студентами «готовностью к работе в коллективе, умением толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия» [15], будущий врач также сможет совершенствовать общую коммуникативную культуру, а именно:

- осуществлять межличностные контакты;
- сознательно изучать и развивать собственные коммуникативные качества;
- владеть способами достижения взаимопонимания;
- уважать чужую точку зрения, быть терпимым к мнению других людей;
- сотрудничать на основе толерантных ценностей.

Выводы

Таким образом, анализ проблемы воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов медицинского вуза в процессе формирования профессиональной компетентности позволил сделать ряд выводов:

1. Формирование культуры межрелигиозного общения у студентов медицинских вузов на современном этапе развития высшего медицинского образования в Российской Федерации в условиях учебной и внеучебной деятельности является неотъемлемой частью формирования профессиональной компетентности и воспитания личности, а также способствует развитию гражданственности, установки на укрепление социального мира и стабильности. Данная педагогическая и социальная проблема актуальна, но недостаточно разработана в педагогике высшей школы.

2. Воспитание культуры межрелигиозного общения, как части профессиональной подготовки, будет ориентировано на развитие четырех основных элементов профессиональной деятельности: мотивационно-ценностного, эмоционально-волевого, когнитивного и поведенческого. Успех воспитания культуры межрелигиозного общения будет зависеть от создания благоприятных педагогических условий. Создание педагогических условий предполагает формирование рефлексивной позиции, преодоление стереотипности мышления у молодежи в отношении представителей иных религиозных культур, учет особенностей социально-культурной (религиозной) среды, применение полученного опыта взаимодействия за пределами вуза, владение педагогами высшей школы инновационными, эмоционально-насыщенными формами, методами и приемами воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов-медиков.

3. Современный медицинский вуз должен быть ориентирован на включение в учебные рабочие программы дисциплин и практик разделы (темы), способствующие развитию у студентов культуры межрелигиозного общения. Для вуза важно организовать поиск инновационных форм и подходов

решения этой сложной педагогической задачи, а в идеале создание и внедрение в практику работы вуза собственной концепции воспитания культуры межрелигиозного общения. Поиску инновационных форм и подходов в решении этой сложной педагогической задачи будет способствовать создание и внедрение в практику работы медицинского вуза адаптированной к его профилю концепции воспитания у студентов культуры межрелигиозного общения, ориентированной на их будущую профессию.

Список литературы

1. Основы духовно-нравственной культуры народов Кировской области. Методические рекомендации для педагогов / Сост. В.А. Сахаров, Л.Г. Сахарова. – Киров: Издательство «Лобань», 2016. [Sakharov, V.A., Sakharova, L.G., editors. *Osnovy dukhovno-nravstvennoy kultury narodov kirovskoy oblasti. Metodicheskiye rekomendatsii dlya pedagogov.* Kirov: Izdatelstvo «Loban», 2016. (In Russ)].

2. Федеральный государственный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета). – 2016. [Federalnyy gosudarstvennyy standart vysshego obrazovaniya po spetsial'nosti 31.05.01 Lechebnoye delo (uroven spetsialiteta) – 2016. (In Russ)].

3. Пашкевич, М.С. Развитие навыков корпоративного взаимодействия у студентов в процессе формирования их профессиональной компетенции // Вестник Оренбургского университета. – 2010. – №9. – С. 184-188. [Pashkevich, M.S. Razvitiye navykov korporativnogo vzaimodeystviya u studentov v protsesse formirovaniya ikh professionalnoy kompetentsii. *Vestnik Orenburgskogo universiteta.* 2010; (9): 184-188 (In Russ)].

4. Сахаров, В.А., Сахарова, Л.Г. Формирование культуры межрелигиозного общения как важная составляющая подготовки студентов в современных условиях развития высшего образования в России // *Alma mater. Vestnik vysshey shkoly.* – 2017. – №10. – С. 116.-117. [Sakharov, V.A., Sakharova, L.G. Formirovaniye kultury mezhreligioznogo obshcheniya kak vazhnaya sostavlyayushchaya podgotovki studentov v sovremennykh usloviyakh razvitiya vysshego obrazovaniya v Rossii. *Alma mater. Vestnik vysshey shkoly.* 2017; (10): 116.-117 (In Russ)].

5. Сахаров, В.А., Сахарова, Л.Г. Духовно-нравственное воспитание в педагогике русского зарубежья (1 пол. XX в.) // *Elpis* – 2016. – № 18. – С. 107-113. [Sakharov, V.A.,

Sakharova, L.G. Dukhovno-nravstvennoye vospitaniye v pedagogike russkogo zarubezhia (1 pol. XX v.) // *Elpis*. 2016; (18): 107-113 (In Russ)].

6. Сахаров, В.А., Сахарова, Л.Г. Воспитание толерантности у студентов медицинского вуза как составляющая гуманизации современного медицинского образования // Гуманитарные технологии в сообразовании и социосфере: сб. науч. ст. / Отв. ред. О.И. Уланович. – Минск: Изд. центр БГУ, 2016. [Sakharov, V.A., Sakharova, L.G. Vospitaniye tolerantnosti u studentov meditsinskogo vuza kak sostavlyayushchaya gumanizatsii sovremennogo meditsinskogo obrazovaniya. In: Ulanovich O.I., editor. *Gumanitarnyye tekhnologii v soobrazovanii i sotsiosfere*: Minsk: Izd. tsentr BGU. 2016 (In Russ)].

7. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ, ст. 6, (ред. от 29.12.2017) [Federal Law «Ob osnovakh okhrany zdorovia grazhdan v Rossiyskoy Federatsii» N 323-FZ, st. 6. ot 21.11.2011 (In Russ)].

8. Педагогика. Учебное пособие для студентов педагогических вузов и педагогических колледжей / Под ред. П.И. Пидкасистого. – М: Педагогическое общество России, 1998. [Pidkasisty, P.I., editor. *Pedagogika. Uchebnoye posobiye dlya studentov pedagogicheskikh vuzov i pedagogicheskikh kolledzhey*. Moscow: Pedagogicheskoye obshchestvo Rossii. 1998. (In Russ)].

9. Исламская хартия об этике в медицине и здравоохранении// Биоэтика. Учебное пособие. – Киров: Изд-во Кировский ГМУ Минздрава России, 2017. [Islamskaya khartiya ob etike v meditsine i zdravookhraneni. In: *Bioetika. Uchebnoye posobiye*. Kirov: Izdatelstvo Kirovskiy GMU Minzdrava Rossii. 2017 (In Russ)].

10. Яновская, М.Г. Эмоциональный фактор в процессе формирования интеллигентности будущего специалиста. – Киров: изд-во ВятГГУ, 2008. [Yanovskaya, M.G. *Emotsionalnyy factor v protsesse formirovaniya intelligentnosti budushchego spetsialista*. Kirov: VyatGGU. 2008. (In Russ)].

11. Моше Бен-Маймон Испанец. Молитва // Ле Порье Э. Врач из Кордовы. – Иерусалим: Библиотека-Алия, 1989. – С. 289 // Цит. по: История и теория религии. Учебное пособие / Сост. Л.Г. Сахарова. – Киров: Издательство Кировской ГМА Минздрава России. – 118 с. [Moshe Ben-Maymon Ispanets. Molitva. In: Sakharova L.G., editor. *Istoriya i teoriya religii. Uchebnoye posobiye*. Kirov: Izdatelstvo Kirovskoy GMA Minzdrava Rossii. 2015 (In Russ)].

12. Михайлов, А.Е. Мировоззренческая подготовка будущего врача. –Вятский медицинский вестник. – 2017. – № 1. – С. 67-70. [Mihaylov, A.E. Mirovozzrencheskaya podgotovka budushchego vracha. *Vyatskij medicinskij vestnik*. 2017; (1): 67-70 (In Russ)].

13. Колодин, А.В. Религиоведческое и религиозное образование: сущность, специфика, проблемы реализации в государственных и муниципальных образовательных учреждениях Российской Федерации: Дис. ... канд. филос. наук. – М., 2007. [Kolodin, A.V. *Religiovedcheskoye i religioznoye obrazovaniye: sushchnost, spetsifika, problem realizatsii v gosudarstvennykh i munitsipalnykh obrazovatelnykh uchrezhdeniyakh Rossiyskoy Federatsii* [dissertation]. Moscow. 2007. (In Russ)].

14. Основы социальной концепции Русской православной церкви // История и теория религии. Учебное пособие / Сост. Л.Г. Сахарова. – Киров: Издательство Кировской ГМА Минздрава России. [Osnovy sotsialnoy kontseptsii Russkoy pravoslavnoy tserkvi. In: Sakharova L.G., editor. *Istoriya i teoriya religii. Uchebnoye posobiye*. Kirov: Izdatelstvo Kirovskoy GMA Minzdrava Rossii. (In Russ)].

ОБЗОРЫ

УДК 371.15

ЭТИКА ПЕДАГОГА

Бельтюкова О.В.

*ФГБОУ ВО Кировский Государственный медицинский университет
Минздрава России (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*

ok.beltiukova@yandex.ru

В статье рассматриваются основные категории педагогической этики: профессиональный педагогический долг, педагогическая справедливость, педагогическая честь, педагогический авторитет и такт. Представлена специфика взаимоотношений педагога и студента и важная составляющая профессиональной этики – речевой этикет.

Ключевые слова: этика, педагогическая этика, профессиональный педагогический долг, справедливость, искренность, доброжелательность, педагогический такт, речевой этикет.

ETHICS OF A TEACHER

Beltyukova O.V.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx street, 112)

ok.beltiukova@yandex.ru

The article considers the main categories of pedagogical ethics: professional pedagogical calling, pedagogical fairness, pedagogical dignity, pedagogical reputation and tact. The specifics of teacher–student relationship and speech etiquette as important components of professional ethics of pedagogics are presented.

Key words: ethics, pedagogical ethics, professional pedagogical duty, justice, sincerity, friendliness, pedagogical tact, speech etiquette.

Введение

*Только личность может действовать
на развитие и определение личности,
только характером можно образовать характер*
К.Д. Ушинский [1]

В настоящее время происходит смена ценностных ориентаций и нравственных идеалов личности. Особая роль в процессе формирования ценностей принадлежит педагогу, который может лишь тогда стать профессионалом, когда овладеет тончайшим инструментом воспитания – наукой о нравственности, морали. Именно он помогает сформировать духовный мир личности, дать ему общие представления о нормах поведения в обществе, прививает моральные качества, нравственные ориентиры. Учитывая, что каждый преподаватель должен обладать высокой профессиональной и мировоззренческой культурой, особо актуальными становятся вопросы профессиональной этики педагога, его нравственного облика.

Основное содержание

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» обязывает педагогических работников следовать требованиям профессиональной этики, определяет, что за неисполнение или ненадлежащее исполнение этих обязанностей педагогические работники несут ответственность и что соблюдение этих норм учитывается при прохождении ими аттестации. Нормы профессиональной этики педагогических работников из категории моральных переходят в категорию морально-правовых. И если ранее контроль за их соблюдением был вопросом совести педагога, то в настоящее время контроль выполнения норм профессиональной этики ложится ещё и на органы управления образовательной организации в соответствии с её уставом. Кроме того, каждая образовательная организация обязана принять локальные акты, закрепляющие нормы профессиональной этики педагогических работников.

В «Толковом словаре» С.И. Ожегова дается следующее определение: «Этика – философское учение о морали, её развитии, принципах, нормах и роли в обществе; совокупность норм поведения» [2].

Педагогическая этика – это составная часть этики, отражающая специфику функционирования морали (нравственности) в условиях целостного педагогического процесса, наука о разных нравственных аспектах деятельности учителя [3]. Педагогическая этика рассматривает сущность основных категорий педагогической морали и моральных ценностей. Специфика педагогической этики обусловлена тем, что педагог имеет дело с весьма хрупким, динамичным «объектом воздействия» – ребенком. Отсюда повышенная деликатность, тактичность, ответственность. Основными категориями педагогической этики можно считать: профессиональный педагогический долг, педагогическая справедливость, педагогическая честь и педагогический авторитет.

Профессиональный педагогический долг – одна из важнейших категорий педагогической этики. В этом понятии концентрируются представления о совокупности требований и моральных предписаний, предъявляемых обществом к личности педагога, к выполнению профессиональных обязанностей. Педагог должен уметь осуществлять определенные трудовые функции, преимущественно интеллектуальные, правильно строить взаимоотношения со студентами, их родителями, коллегами по работе, глубоко осознавать свое отношение к выбранной профессии, студенческому и педагогическому коллективу и обществу в целом.

Справедливость – это нравственное качество педагога и оценка мер его воздействия на студентов, соответствующая их реальным заслугам перед коллективом. В.А. Сухомлинский писал: «Справедливость – это основа доверия ребенка к воспитателю. Но нет какой-то абстрактной справедливости – вне индивидуальности, вне личных интересов, страстей, порывов. Чтобы стать справедливым, надо до тонкости знать духовный мир каждого ребенка» [4].
Профессиональная честь в педагогике – это понятие, выражающее не только

осознание педагогом своей значимости, но и общественное признание, общественное уважение его моральных заслуг и качеств. Если педагогом в своем поведении и межличностных отношениях нарушаются требования, предъявляемые обществом к идеалу педагога, то соответственно им демонстрируется пренебрежение к профессиональной чести и достоинству. Честь учителя – общественная оценка его реальных профессиональных достоинств, проявляющихся в процессе выполнения им профессионального долга [5].

Наконец, педагогический авторитет педагога – это его моральный статус в коллективе студентов и коллег, это своеобразная форма дисциплины, при помощи которой авторитетный и уважаемый педагог регулирует поведение воспитуемых, влияет на их убеждения. Уровень его определяется глубиной знаний, эрудицией, мастерством, отношением к работе и т.д. Педагогический авторитет зависит от предшествующей морально-этической и психолого-педагогической подготовки педагога. Педагогический авторитет основывается на принципе единства требования и доверия к личности воспитуемого. Великий педагог А.С. Макаренко отмечал: «Действительный авторитет основывается на вашей гражданской деятельности, на вашем гражданском чувстве, на вашем знании жизни ребенка, вашей помощи ему и на вашей ответственности за его воспитание» [6]. Искренность и доброжелательность – неотъемлемые черты авторитетного педагога.

Некоторые педагоги стремятся завоевать авторитет ложным путем и приобретают тот или иной вид ложного авторитета. Это происходит, когда педагог не желает работать над собой.

Говоря о педагогической этике, нельзя не упомянуть о таком понятии, как педагогический такт. В современной педагогической литературе сегодня существуют разнообразные трактовки данного понятия. Вот одна из них. Педагогический такт – это способность устанавливать правильные взаимоотношения, чувство меры в проявлении требовательности, в форме

выдвижения требований, особая чуткость в разрешении психологически тонких педагогических вопросов. Педагогический такт – это чувство меры в поведении и действиях педагога, включающее в себя высокую гуманность, уважение достоинства студента, справедливость, выдержку и самообладание. Педагогический такт – одна из форм реализации педагогической этики. Он проявляется в умении слушать собеседника, не выражая безразличия и своего превосходства, уравновешенности, самообладании, деловитости без раздражительности, сухости, холодности, требовательности без грубости и мелочной придирчивости, в умении отдавать распоряжения, указания без упрощения и высокомерия, в умении видеть и слышать ученика, сопереживать ему. Тактичный педагог приходит вовремя на работу, деловые встречи; своевременно возвращает то, что одалживал у коллег, учащихся, их родителей; не повторяет слухов, непроверенных фактов, тем более, если они могут нанести ущерб окружающим. Педагогический такт является важным компонентом нравственной культуры.

Важной составляющей профессиональной этики является речевой этикет – это порядок речевого поведения, установленный в данном обществе. Умение соблюдать этические нормы всегда высоко ценилось в обществе. Знание норм этики, умение следовать им в поведении и в речи свидетельствуют о хороших манерах. В речевой коммуникации под этим понимается владение этикетной культурой, умение контролировать свои чувства, эмоции, управлять своей волей. К соблюдению этикетных норм относится проявление таких качеств, как внимательность, тактичность, доброжелательность, вежливость, выдержанность. Выражаются эти качества через конкретные речевые действия.

Педагогу необходимо владеть основными компонентами культуры педагогического общения, развивать и совершенствовать личностные качества, обеспечивающие его психологически адекватное общение со студентами, их родителями и коллегами по работе.

Выводы

Успешно решать сложные задачи, поставленные реформой образования, может лишь тот педагог, который олицетворяет собой образец высоконравственной личности. Именно культура и высокая нравственность делают педагога личностью. Педагог должен помнить, что он ответствен за полноценное развитие студента и его психическое здоровье.

Список литературы

1. Ушинский, К.Д. Педагогика. Избранные работы. – М.: Изд-во Юрайт. 2016. [Ushinskij, K.D. *Pedagogika. Izbrannye raboty*. – Moscow: Izd-vo Yurajt. 2016 (In Russ)].
2. Ожегов, С.И., Шведова, Н.Ю. Толковый словарь русского языка. – М., 2010. [Ozhegov, S.I., Shvedova, N.Yu. *Tolkovyy slovar' russkogo yazyka*. – М., 2010 (In Russ)].
3. Лаврентьева, Н.Б., Нечаева, А.В. Педагогическая этика: Учебное пособие. – Барнаул: Изд-во АлтГТУ. 2010. [Lavrent'eva, N.B., Nechaeva, A.V. *Pedagogicheskaya ehtika: Uchebnoe posobie*. Barnaul: AltGTU. 2010 (In Russ)].
4. Сухомлинский, В.А. Сердце отдаю детям. – М.: Изд-во Концептуал. 2016. [Sukhomlinskiy, V.A. *Serdce otdayu detyam*. Moscow: Konceptual. 2016 (In Russ)].
5. Бордовская, Н.В., Розум, С.И. Психология и педагогика: Учебник для вузов. – СПб.: Питер. 2014. [Bordovskaya, N.V., Rozum, S.I. *Psihologiyai pedagogika: Uchebnik dlya vuzov*. Saint Petersburg: Piter. 2014 (In Russ)].
6. Мишаткина, Т.В. Педагогическая этика: Учебное пособие. – Ростов н/Дону: Феникс; Мн.: Тетра Системс. 2004. [Mishatkina, T.V. *Pedagogicheskaya ehtika: Uchebnoe posobie*. Rostov n/Donu: Feniks; Mn.: Tetra Sistems. 2004. (In Russ)].

УДК 37.015.3

**ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО СТАНОВЛЕНИЯ
КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Новгородцева И.В.

*ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (610027, г. Киров, ул. К.
Маркса, 112)*

inovgorodceva@mail.ru

В последнее десятилетие в свете социальных, экономических, политических изменений в России происходит обновление содержания профессионального образования, что находит отражение в «Законе об образовании» Российской Федерации, где подчеркивается необходимость повышения качества профессиональной подготовки специалистов – клинических психологов в системе высшего медицинского образования.

Ключевые слова: профессиональная компетентность, профессионально-личностное становление

**PROFESSIONAL AND COMPETENCY-BASED APPROACH IN
PROFESSIONAL AND PERSONAL DEVELOPMENT OF FUTURE
CLINICAL PSYCHOLOGISTS AT A MEDICAL SCHOOL**

Novgorodtseva I.V.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Str., 112)

inovgorodceva@mail.ru

The last decade in Russia has demonstrated that the content of professional training is being updated in the background of social, economic and political changes. This is reflected in the "Act of education" of the Russian Federation which emphasizes the need to improve the quality of professional training of clinical psychologists in the network of higher medical education.

Key words: professional competence, professional education and personal development

Введение

Как отмечает А.И. Субетто, динамизм современных общественных преобразований вызывает к жизни потребность в специалистах, умеющих анализировать постоянно меняющиеся социально-экономические тенденции, принимать и реализовывать нестандартные решения в ситуации рыночной конкуренции, устранять стереотипизацию из углубляющей свою гуманистическую направленность производственной и личностной сфер взаимодействия [1]. В связи с этим, в системе высшего медицинского образования возрастает потребность в студенте, который способен проявлять себя в образовательной деятельности как будущий специалист, готовый и умеющий компетентно решать профессиональные задачи и квалифицированно осуществлять профессиональную деятельность, поэтому проблема профессиональной компетентности клинических психологов является наиболее важной в наши дни.

Основное содержание

В контексте психологии труда профессиональная компетентность становится предметом специального рассмотрения (А.К. Маркова) [2].

С точки зрения Б.С. Гершунского, профессиональная компетентность рассматривается в контексте онтогенетического развития личности [3]. Профессиональная компетентность понимается Г.С. Трофимовой как качественная характеристика степени овладения специалистом своей профессиональной деятельностью.

В.А. Сластенин под профессиональной компетентностью понимает «... единство его теоретической и практической готовности к осуществлению профессиональной деятельности и характеризует его профессионализм» [4].

Э.Ф. Зеер, основываясь на идеях К.К. Платонова, спроектировал четырехкомпонентную профессиональную структуру личности специалиста [5]. Профессиональная компетентность (Н.Н. Лобанова, Н.Ф. Радионова, А.П. Тряпицына и др.) рассматривается как интегральная характеристика,

определяющая способность специалиста решать профессиональные проблемы и типичные профессиональные задачи, возникающие в реальных ситуациях профессиональной деятельности с использованием знаний, профессионального и жизненного опыта, ценностей и наклонностей [6]; выражается в способе решения профессиональных задач, является интегральным показателем профессионального развития, фактором саморазвития, самореализации специалиста [7].

Феномен профессиональной компетентности клинического психолога связан с системой научно-теоретических знаний, в том числе знаний в области специализации, профессиональных умений и навыков, опыта, наличием устойчивой потребности в том, чтобы стать компетентным специалистом, интересом к профессиональной деятельности своего профиля [8].

Следует отметить, что профессиональная компетентность будущих клинических психологов – явление актуальное, развивающееся, основанное на профессиональных нормах, требованиях, стандартах, наличии профессиональных знаний, умений, навыков, качеств личности, подготовке к профессиональной деятельности в условиях образовательной практики медицинского вуза.

Анализ психолого-педагогической литературы дает возможность подойти к пониманию не только профессионального, но и личностного становления будущего клинического психолога. По В.Д. Симоненко, М.В. Ретивых, становление – это непрерывный процесс целенаправленного прогрессивного изменения личности под влиянием социального взаимодействия и собственной активности в самосовершенствовании [6]. Личностное становление базируется на понятии ведущая деятельность.

Как отмечает С.Л. Рубинштейн, «специфическая особенность человеческой деятельности заключается в том, что она сознательна и целенаправленна. В ней и через нее человек реализует свои цели, объективирует свои замыслы и идеи в преобразуемой им действительности»

[7]. Деятельность клинического психолога побуждается потребностями, направлена на достижение осознанных целей и осуществление профессиональных обязанностей.

Деятельность складывается из цепи действий. А.Н. Леонтьев определял действия как процесс, подчиненный представлению о промежуточном результате, который должен быть достигнут на пути к цели [9]. Профессиональная деятельность клинического психолога так же складывается из особых действий, каждое из которых направлено на решение определенной задачи (частной цели) и получение промежуточного результата, приближающегося к цели. Результаты действий, складываясь, обеспечивают достижение цели.

Выводы

Профессионально-личностное становление клинического психолога является ключевой проблемой в теории и практике современного образования медицинского вуза. Вместе с тем, несмотря на значимость проблемы профессионально-личностного становления клинических психологов в медицинском вузе, остается не изученной. Актуальность настоящей работы определяется необходимостью уточнения теоретических основ подготовки клинических психологов в системе медицинского вуза, проектирования программ профессионально-личностного становления клинических психологов.

Список литературы

1. Субетто, А.И. Квалиметрия человека и высшего образования. В сб. Квалиметрия человека и образования. – М.: ПАНИ, 1992. [Subetto, A.I. Kvalimetriya cheloveka i vysshego obrazovaniya. In: *Kvalimetriya cheloveka i obrazovaniya*. Moscow: PANI, 1992. (In Russ)].
2. Маркова, А.К. Психология профессионализма. – М., 1996. [Markova, A.K. *Psihologiya professionalizma*. Moscow, 1996 (In Russ)].
3. Гершунский, Б.С. Философия образования. – М.: Флинта, 1998. [Gershunskiy, B.S. *Filosofiya obrazovaniya*. Moscow: Flinta, 1998. (In Russ)].

4. Сластенин, В.А. и др. Педагогика: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.А. Сластенин, И.Ф. Исаев, Е.Н. Шиянов; Под ред. В.А. Сластенина. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. [Slastenin, V.A., Isaev I.F., Shiyanov E.N, editors *Pedagogika: Uchebnoe posobie dlya stud. vyssh. ped. ucheb. zavedeny*. Moscow: Izdatel'skiy centr «Akademiya», 2002 (In Russ)].
5. Зеер, Э.Ф. Психология профессионального образования. – М.: Изд. Московского психолого-социального института. 2003. [Zeer, E.F. *Psihologiya professional'nogo obrazovaniya*. Moscow: Izdatei'stvo Moskovskogo psihologo-social'nogo instituta. 2003. (In Russ)].
6. Общая и профессиональная педагогика: Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Профессиональное обучение»: В 2-х книгах / Под ред. В.Д. Симоненко, М.В. Ретивых. – Брянск: Изд-во Брянского государственного университета. 2003. [Simonenko V.D., Retivyh M.V., editors *Obshchaya i professional'naya pedagogika: Uchebnoe posobie dlya studentov, obuchayushchihsya po special'nosti «Professional'noe obuchenie»*. Bryansk: Izd-vo Bryanskogo gosudarstvennogo universiteta. 2003. (In Russ)].
7. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер, 2017. [Rubinshtein, S.L. *Osnovy obshchey psihologii*. Saint Petersburg: Piter, 2017 (In Russ)].
8. Петровский, А.В. О некоторых феноменах межличностного взаимодействия в коллективе // Методология и методы социальной психологии. – М.: Наука, 1977. [Petrovskij, A.V. O nekotoryh fenomenah mezhlichnostnogo vzaimodejstviya v kollektive. In: *Metodologiya i metody social'noj psihologii*. Moscow: Nauka, 1977. (In Russ)].
9. Леонтьев, А.А. Слово в речевой деятельности. – М., 1965. [Leont'ev, A.A. *Slovo v rechevoy deyatel'nosti*. Moscow, 1965. (In Russ)]
10. Андреев, В. Знания или компетенции // Высшее образование в России. – 2005. – №2. – С. 3. [Andreev, V. Znaniya ili kompetencii. *Vysshee obrazovanie v Rossii*. 2005; (2): 3. (In Russ)].
11. Лукьянова, М.И. Методика групповой оценки коммуникативной компетентности учителя и ее выраженности в профессионально-значимых личностных качествах / Пособие для школьных психологов. – Ульяновск, 1996. [Luk'yanova, M.I. *Metodika gruppovoy ocenki kommunikativnoy kompetentnosti uchitelya i ee vyrazhennosti v professional'no-znachimyh lichnostnyh kachestvah. Posobie dlya shkol'nyh psihologov*. Ul'yanovsk, 1996. (In Russ)].

12. Платонов, К.К. Краткий словарь системы психологических понятий. – М., 1984. [Platonov, K.K. *Kratkiy slovar' sistemy psihologicheskikh ponyatiy*. Moscow, 1984. (In Russ)].

УДК 159.98

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОТБОРУ КАДРОВ

Санников А.Ф.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*

sashasann@mail.ru

В статье рассматриваются вопросы кадровой психодиагностики, в рамках которой разрабатываются и реализуются методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности.

Ключевые слова: кадровая психодиагностика, методы психодиагностики, психологическое тестирование, результаты диагностики.

PROFESSIONALLY- AND PSYCHOLOGICALLY-BASED APPROACH TO HUMAN RESOURCES EMPLOYMENT

Sannikov A.F.

Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Str, 112)

sashasann@mail.ru

The article deals with certain aspects of personnel psychological diagnostics which provides developing and implementing methods for identification and measurement of individual psychological characteristics.

Key words: personnel psychological diagnostics, methods of psychological diagnostics, psychological testing, diagnostic results

Введение

*Этих лиц предлагалось
«свидетельствовать в Сенате» и
«буде по свидетельству явятся таковые,
которые ни в науку, ни в службу
не годились и впредь не годятся,
отнюдь жениться и замуж итить не допускать»
Указ Петра Великого, 1722 г.*

В современном мире деятельность по управлению персоналом выходит на одно из первых мест в системе менеджмента. Успешные руководители обращают внимание на то, что невозможно построить эффективную систему управления предприятием без полного использования кадрового потенциала. Понятие «профессиональный отбор» было впервые введено профессором Гарвардского университета Г. Мюнстербергером еще в начале века. Основная заслуга Г. Мюнстерберга состоит в доказательстве преимуществ научного экспериментально-психологического подхода к отбору профессиональных кадров по сравнению с традиционными методами, основанными на житейском опыте или интуиции. Теоретической базой профессионально психологического отбора являются концепции социально-биологической сущности человека и соотношении его врожденных и приобретенных качеств к определенной профессии. Мир профессий огромен и насчитывает более 20 тысяч профессий и около 40 тысяч специальностей.

Основное содержание

Кадровая психодиагностика - область психологии, в рамках которой разрабатываются и реализуются методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности. Методики, направленные на изучение и измерение психологических показателей предрасположенности человека к данной профессиональной деятельности, должны соответствовать определенным требованиям:

1. Методики должны позволять собирать диагностически значимую информацию за короткое время.
2. Методики предоставляют информацию не вообще о человеке, а о его конкретных психологических качествах.
3. Собираемая информация должна представляться в таком виде, чтобы возможно было осуществить количественное и качественное сравнение лиц, прошедших тестирование.

4. Информация, полученная с помощью теста, должна быть полезна с точки зрения прогноза развития, общения, эффективности обследуемого в той или иной деятельности.

Конечным результатом психологической диагностики является описание свойств оцениваемого работника – *экспертное заключение*. В реальной кадровой работе диагност получает право на такое заключение только при абсолютном доверии к нему со стороны администрации и делегировании соответствующих властных полномочий, а также в случае существования нормативных документов, которые регламентируют процесс постановки диагноза. В качестве примера реализации такого подхода можно привести систему профессионального отбора в силовых ведомствах, где существуют ведомственные приказы, детально описывающие патопсихологические противопоказания для сложных видов профессиональной деятельности.

Необходимо отметить два условия, которые необходимо соблюдать при приёме на работу. Первое условие – чтобы психологическая диагностика считалась правомерной, необходимы упоминания о психологическом тестировании в нормативных правовых актах (приказах, распоряжениях, рекомендациях и пр.), регулирующих трудовые отношения в данном коллективе. Для проверки деловых качеств работника и его соответствия поручаемой работе трудовое законодательство предусматривает проведение конкурса и прием на работу с испытанием. Иными словами, психологическое тестирование не признается окончательным способом оценки деловых качеств кандидата на занятие определенной должности. Отсюда следует вывод: тестирование может проводиться исключительно с добровольного согласия кандидата на работу. Второе условие основано на требовании закона обеспечить справедливое и равное отношение ко всем лицам, поступающим в организацию. Трудовой Кодекс Российской Федерации запрещает необоснованный отказ в приеме на работу (ст. 64 ТК РФ). Необоснованным считается отказ, основанный на обстоятельствах, не связанных с деловыми

качествами работника. Поэтому низкая степень развития психологических качеств личности, например, таких, как необщительность, конформность, социальная компетентность и прочих, не может служить основанием для отказа в приеме на работу, если претендент обладает необходимыми профессиональными знаниями и навыками и отвечает требованиям, установленным нормативными правовыми актами.

Существует четыре основных вида представления результатов диагностики, удобные с точки зрения принятия кадровых решений:

1. *Расчет баллов по критериям оценки.* Дает информацию о степени выраженности качеств - критериев оценки. Наиболее распространенная форма представления таких данных – «профиль» качеств, представленный в графической или табличной форме.

2. *Результаты категоризации* (отнесение к той или иной группе, классу). Такой способ представления результатов представляет собой диагноз в его элементарном варианте («годен» - «не годен»).

3. *Содержательное описание* (заключение, портрет, характеристика). Не требует от заказчика специальной подготовки и наиболее просто в восприятии. Другой проблемой может стать субъективизм восприятия информации лицом, которое использует результаты диагностики, а также субъективизм в интерпретации данных диагностом.

4. *Результаты ранжирования* (рейтинг, место в списке). Получение возможно путем сравнения результатов разных людей на основе интегрального (комплексного) балла [1].

В качестве основания для практической типологии тестов выбран принцип, предложенный В.В. Столиным и А.Г. Шмелевым. Он основан на различии методических приемов, лежащих в основе тестов, и предложены следующие типы методик:

1. *Объективные тесты.* Среди наиболее часто используемых объективных тестов следует назвать тесты интеллекта. При их выполнении испытуемый

должен решать логические, арифметические, пространственные задачи. Время выполнения заданий в большинстве объективных тестов лимитировано.

2. *Стандартизованные самоотчеты.* Тесты-опросники: тесты этого типа наиболее часто используются в кадровой работе. Опросники бывают одномерные и многомерные (многофакторные), позволяющие оценить сразу несколько психологических черт. В последнем случае каждая измеряемая черта представлена группой вопросов (обычно 7 и более). В качестве примера многомерных стандартизованных опросников можно привести знаменитые ММРІ, тест Кэттела 16PF, СРІ. По своему содержанию тесты-опросники представляют собой списки вопросов или утверждений (так называемых, «стимульных ситуаций») с заданными вариантами реакций (ответов) испытуемого на них. Возможные варианты ответов: а) «верно» или «неверно» (опросник ММРІ); б) «да», «иногда», «нет» (опросник 16 PF). Многофакторные личностные опросники требуют значительных временных затрат на проведение, так как включают в себя несколько сотен вопросов. Например, в СМІЛе - стандартизованном методе исследования личности (это одна из трех русскоязычных версий теста ММРІ, разработанная Л.Н. Собчик) содержится 566 утверждений, занимающих у респондента от одного до двух-трех часов.

3. *Проективные методики.* Эти методики задействуют в испытуемом процессы воображения. Инструкции проективных тестов предлагают человеку «спроецировать» себя в заданную стимульную ситуацию и создать на ее основе некоторый индивидуальный продукт в виде текста, рисунка, рассказа, эмоционального состояния и пр. Предполагается, что подобный продукт несет в себе особенности характера и мотивационно-ценностной сферы испытуемого. Следует сказать, что анализ и интерпретация результатов проективных методик требуют определенного опыта и подготовки. Среди широко известных и часто используемых в кадровой работе проективных тестов следует назвать тест цветных выборов Люшера и рисунок несуществующего животного.

4. *Аппаратурные методики.* Предполагают психофизиологическое обследование с использованием специальной компьютерной программы при помощи которой у кандидата оцениваются особенности высшей нервной деятельности (скорость реакции, динамические характеристики нервной системы) и высшие психические функции (особенности памяти, внимания, восприятия).

5. Диалогические методики: предполагают непосредственный контакт психодиагноста и испытуемого. Эти техники требуют высокой коммуникативной компетентности. Вариантом диагностической техники является собеседование по результатам психологического обследования. В нем уточняются результаты и проверяются гипотезы, высказанные по результатам ранее выполненных тестов. Одновременно при собеседовании испытуемому может быть предоставлена краткая обратная связь в грамотной с точки зрения деонтологии форме [2].

Процедурные правила проведения психодиагностического обследования. Главная цель психодиагностического обследования – получение максимально полной, достоверной и значимой, с точки зрения принятия кадровых решений, информации о психологических особенностях и ресурсах человека. Любой, даже очень хороший тест, будет работать лишь в том случае, если Вы создадите испытуемому соответствующие условия для самораскрытия. Респондент в ходе обследования должен оказаться в такой ситуации, которая позволит ему чувствовать себя естественно и уверенно. Страх за результаты тестирования снижает у человека самооценку и повышает социальную желательность. В результате тест описывает не реальную личность, а некое представление испытуемого об идеальном кандидате на вакантную должность. Важным моментом, влияющим на достоверность и эффективность работы респондента, является продолжительность тестирования. Она не должна превышать 3-х часов. При более длительной процедуре снижается мотивация работы, увеличивается количество ошибок, возможно появление утомления и

раздражительности. Следующее – это постоянство при позиционировании методик внутри тестовой батареи. Разным испытуемым тестовая батарея всегда должны предъявляться в одном и том же порядке. Это позволит избежать так называемого «позиционного эффекта», который связан с взаимовлиянием методик друг на друга. Существенное значение имеет полиграфическое качество стимульного материала, наличие удобных стульев, столов, благоприятный температурный режим, возможность проветривать помещение во время перерывов. При тестировании в компьютерном классе должны выполняться гигиенические требования эксплуатации вычислительной техники (удаленность мониторов, наличие защитных экранов и пр.). Для создания благоприятной психологической атмосферы, снижения напряженности у испытуемого и, в конечном итоге, получения достоверного результата при тестировании следует придерживаться следующих основных правил:

1. Заранее согласовывать с испытуемым дату, время обследования, обязательно сообщать о его продолжительности.

2. Тестирование следует проводить в отдельном помещении, с соблюдением необходимых санитарно-гигиенических норм (площадь на одного испытуемого не менее 3 кв. метров, наличие вентиляции, окон, приятный интерьер и пр.), при отсутствии телефонов и других отвлекающих моментов.

3. Во время тестирования следует предусмотреть 10-минутные перерывы через каждый час работы.

4. Перед тестированием важно установить психологический контакт с испытуемым, еще раз сообщить о времени, необходимом для прохождения тестирования, выразить уверенность в способности испытуемого справиться с заданиями тестов, сообщить, что полученная информация является конфиденциальной, позволяет выявить потенциал кандидата (в том числе скрытый) и является не только основанием для принятия кадрового решения, но и подспорьем в ходе его профессиональной адаптации на новом месте работы.

5. Не следует сообщать испытуемому подробности об интерпретации результатов – это может повлиять на уровень их достоверности и будет способствовать девальдации методики.

6. Во время психодиагностического обследования следует быть приветливым, вежливым и проявлять готовность прийти на помощь в случае необходимости.

7. В отношении испытуемого следует занять партнерскую позицию («мы делаем с Вами общее дело, мы заинтересованы в получении достоверной информации и будем Вам благодарны на нее»), взаимодействие с позиции силы («сейчас мы все про Вас узнаем!») недопустимо.

8. Сотруднику кадровой службы, проводящему обследование, не следует вести разговоры с посторонними лицами.

9. При интересе со стороны испытуемого к результатам тестирования следует выразить готовность предоставить эту информацию в устной конспективной форме и сообщить, когда это может быть сделано.

10. При завершении обследования следует проинформировать испытуемого о дальнейшем взаимодействии (сроки, форма и пр.) и обязательно поблагодарить за проделанную работу [3].

Подбор и оценка специалиста по психодиагностике. Из опыта работы руководителей кадровых служб и специалистов по оценке персонала позволят выделить ряд параметров, которые необходимо учитывать при подборе кандидата на должность психодиагноста:

1. Предпочтительное образование – базовое психологическое. Как правило, высокое качество подготовки присутствует у выпускников психологических факультетов университетов и педагогических вузов. Большое значение имеет психологическая специализация. Индивидуально-психологической диагностикой лучше владеют выпускники кафедр медицинской психологии, общей психологии и психологии труда. Наибольшим

опытом проведения социально-психологической диагностики обладают те, кто специализировался по кафедре социальной психологии.

2. Важны опыт практической диагностической работы и знание конкретных методик. В профессиональный актив психодиагноста должны входить тесты, позволяющие решать широкий спектр задач и получать комплексное представление об испытуемом. Желателен опыт работы и свободное владение несколькими комплексными личностными опросниками (тест Кеттела, ММРІ, СРІ и др.), тестами способностей (КОТ, матрицы Равена, тест Векслера), проективными методиками («Дом – Дерево – Человек», тест Люшера, «Рисунок несуществующего животного», рисуночный апперцептивный тест). Желательно, чтобы опыт практической диагностической работы составлял не менее 1 года.

3. Для выявления уровня профессиональной подготовки психодиагноста можно использовать вопрос о структуре Заключения по результатам психодиагностического обследования. Заключение должно быть ориентировано на конкретную задачу (профотбор, включение в кадровый резерв и пр.) и иметь структуру, позволяющую принимать решение о профпригодности (соответствии требованиям руководящей должности и пр.).

4. Некоторое представление об итоговой продукции психодиагноста можно получить, ознакомившись с образцами Заключений, написанных им ранее. При этом следует обратить внимание на:

- объем Заключения (заключение объемом менее 1/2 страницы – «отписка»; обычно полноценный психологический портрет занимает 1,5-2 страницы машинописного текста);

- литературный стиль и уровень грамотности;

- умение излагать результаты тестирования доступным языком, адаптированным для кадровых служб (без чрезмерного использования специальных терминов);

- соответствие структуры и формы изложения материала задачам тестирования;

- наличие выводов и рекомендаций;

- соблюдение деонтологических принципов при изложении конфиденциальной информации.

5. Квалифицированный психодиагност обладает необходимыми знаниями и опытом по формированию тестовых батарей под конкретную задачу. При этом учитываются не только соответствие шкальной структуры задействованных методик критериям профотбора, но и общая продолжительность и порядок предъявления тестов.

6. Не допускать к психодиагностической и аналитической работе психологов, нарушающих требования профессиональной этики [4].

Выводы

Процедура профотбора является первым этапом вступления нового сотрудника в коллектив организации. Представителю кадровой службы, психологу проводящему обследование, следует помнить о том, что он является полномочным представителем своей фирмы и демонстрирует принятые в ней формы и методы работы с персоналом, отношение к людям. Искреннее уважение к человеку, согласившемуся на тестирование, – не только признак профессионального отношения к своей работе, но и позиция, выгодная с точки зрения кадровой службы и всей организации в целом. Поведение испытуемого во время выполнения тестов может служить дополнительным источником информации о его индивидуально-психологических особенностях. Человека как нельзя лучше характеризуют его вопросы и непосредственные реакции в ситуации с повышенным психическим напряжением.

Список литературы

1. Основы психологии: Практикум / Ред. Сост. Л.Д. Столяренко. – Ростов н/Д: Феникс. 2006. [Stolyarenko L.D., editor. *Osnovy psihologii: Praktikum*. Rostov n/D: Feniks. 2006. (In Russ)].
2. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Ред-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: «Бахрах-М». 2005. [Raygorodskiy D.Ya., editor. *Prakticheskaya psihodiagnostika. Metodiki i testy*. Samara: «Bahrah-M». 2005. (In Russ)].
3. Собчик, Л.Н. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. – СПб.: Изд-во Речь. 2003. [Sobchik, L.N. *Psihologiya individual'nosti. Teoriya i praktika psihodiagnostiki*. – Saint Petersburg: Izdatei'stvo Rech'. 2003 (In Russ)].
4. Психодиагностика в уголовно-исполнительной системе. Учебно-методическое пособие / под ред. М.Г. Дебольского. – М.: НИИ ФСИН России. 2008. [Debol'skiy M.G., editor. *Psihodiagnostika v ugovovno-ispolnitel'noj sisteme. Uchebno-metodicheskoe posobie*. Moscow: НИИ ФСИН России. 2008 (In Russ)].

УДК 37.015.31

**СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ
РЕГУЛЯТИВНЫХ УЧЕБНЫХ ДЕЙСТВИЙ У МЛАДШИХ
ШКОЛЬНИКОВ С ТРУДНОСТЯМИ В ОБУЧЕНИИ**

Скрябина О.А.

*Кировский Государственный медицинский университет Минздрава
России, (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*

ruskryabina_o.a@mail.ru.

В данной статье речь пойдет об исследованиях, затрагивающих область формирования регулятивных учебных действий. В том числе мы рассмотрим теоретические и практические аспекты системной работы школьной психологической службы в условия Федерального государственного стандарта в муниципальном бюджетном образовательном учреждении средней образовательной школы в работе с младшими школьниками, которые не имеют как такового клинического диагноза, но при этом испытывают трудности в обучении. Необходимость разработки данного исследования обусловлена результатами анализа проведенного психолого-педагогического исследования на предварительном этапе. Полученные результаты дали нам возможность поиска таких психологических аспектов образования в структуре личности младшего школьника, которое охватило бы названные выше сферы отношений, и соответствовало бы возрастным возможностям учащихся начальной школы. Мы считаем таким образованием произвольную регуляцию, поскольку она позитивно влияет на индивидуальный учебно-познавательный процесс обучения младших школьников с трудностями в обучении.

Все вышеизложенное определило актуальность избранной нами темы исследования: «аспекты произвольной регуляции в процессе обучения детей в начальной школе».

Благодаря целенаправленной работе, действующей в школе психологической службы, которая заключается в понимании всех нюансов, у младших школьников, испытывающих затруднение в процессе обучения, могут сформироваться регулятивные универсальные учебные действия.

Ключевые слова: психологические условия; формирование произвольной регуляции; школа, трудности в обучении; младшие школьники, универсальные учебные действия; регулятивные универсальные действия; система обучения и воспитания.

REGULATORY LEARNING ACTIONS IN JUNIOR SCHOOLCHILDREN WITH LEARNING DIFFICULTIES: CONCEPTS OF PSYCHOLOGICAL ASPECTS

Skryabina O. A.

Kirov State Medical University, (610027, Kirov, K. Marx Str., 112)

ruskrjabina_o.a@mail.ru.

This article focuses on studies investigating formation of regulatory learning actions. In particular, theoretical and practical aspects of school psychology service is considered in accord with the Federal State Standard for secondary schools in respect of younger school students who do not have a clinical diagnosis but at the same time, do have difficulties in learning.

The need for this study is due to the results of the analysis of a psychological and pedagogical research at the preliminary stage. The obtained results have enabled us to find certain psychological aspects of education within the structure of a younger schoolchild's personality which might cover the above mentioned phenomena and would correspond to the age-related abilities of primary school students. We consider that the mechanism in question is involuntary regulation since it positively influences the individual's cognitive process in educating younger students with learning difficulties.

This determined the topicality of the study: "Aspects of involuntary regulation in the learning process at primary school."

Well-planned work of school psychology service targeted at revealing all the weak points primary school children might experience in the learning process can help form regulatory universal learning actions.

Key words: psychological factors; arbitrary regulation formation; learning difficulties; younger school students, universal learning actions; regulatory universal actions; system of education.

Введение

Рассматривая термин «универсальные учебные действия», можно сказать о том, что по своей сути он означает умение учиться. Другими словами, он предполагает наличие возможности развиваться и совершенствоваться

посредством осознанного и конкретного усвоения нового межличностного опыта.

Основное содержание

А.Г. Асмолов и А.К. Мамаджанова понимают «универсальные учебные действия» с позиции системы разнообразных учебных действий младшего школьника, благодаря которым возможно беспрепятственно и независимо познавать новую информацию, получать знания об окружающем мире. Хорошо организованный процесс обучения позволяет благополучно повысить качество образования [1], [2].

Главная мысль определения уже предполагает многоплановость понятия, а также наличие у него большого количества компонентов. Согласно тем функциям, которые они выполняют, их можно разделить на следующие блоки:

1. Познавательный.
2. Коммуникативный.
3. Личностный.
4. Регулятивный [1].

Остановимся более подробно на регулятивных универсальных учебных действиях. Их главная задача заключается в обеспечении конкретного управления и поэтапных действий, при помощи которых младшие школьники могут координировать не только свою деятельность, но и поведение. В данном случае произвольность выражается в возможности управлять своими мотивами, целями, в умении использовать силу воли для достижения какого-либо результата [3].

Согласно Л.П. Локаловой, совокупность регулятивных универсальных учебных действий школьников стоит воспринимать как произвольно-регуляторную сферу [4]. Произвольная регуляция, рассматриваемая в концепции универсальных учебных действий, должна пониматься как совокупность контролирующих средств, обеспечивающих учащимся умение учиться.

На сегодняшний день можно выделить несколько составляющих произвольной регуляции, обуславливающих учебную деятельность [4]:

- целеполагание – представляет собой постановку учебной задачи, основанием для которой служат как известные факты, так и неизвестные. Целеполагание включает в себя: постановку цели, определение ресурсов, затрачиваемых для ее достижения (имеется в виду время, силы и т.д.), преодоление трудностей и препятствий, которые могут встать на пути, достижение цели и ее реализация;

- планирование – этот компонент обязывает к определению последовательности, в которой будут появляться промежуточные цели. При этом ключевым моментом продолжает оставаться конечный результат и его планомерное достижение. Что касается навыков планирования, то они проявляются в развитии умений формулирования целей деятельности, способности отбирать более существенных действий для ее достижения, упорядочивании их в последовательность, произведении обобщенного анализа процесса планирования;

- прогнозирование – способность предположить результат и уровень усвоенных знаний, а также их характеристик;

- контроль – предполагает собой сравнение полученного результата с заданным образцом. Цель такого контроля заключается в обнаружении различий или отклонений от нормы. Контроль проявляется в умении подчинить свои действия тем требованиям, которые предъявляет учебная задача. Благодаря контролю ученики могут изменять операционный состав действий, выявлять их связь с теми или иными особенностями условий решаемой задачи и свойствами получаемого результата. С его помощью обеспечивается нужная полнота операционного состава действий и правильность их выполнения;

- коррекция – представляет собой редактирование плана и способов действия при условии расхождения их с эталоном. Данный компонент является обязательной составляющей контроля, с его помощью характеризуются

индивидуальные особенности изменения учащимися своего поведения, целей, способов действий при изменении ситуации, а также направленности анализа значимых условий, плана действий, критериев оценки, форм самоконтроля и волевой регуляции;

- оценка – заключается в осознании учащимися знаний, которые уже усвоены и знаний, которые еще предстоит усвоить, а также осознании качества и уровня усвоения. Существует тесная взаимосвязь между действиями оценки, контролем и коррекцией. Главная задача оценки заключается в определении степени освоения учащимися способа действия, а также в продвижении того способа действий, который был уже усвоен [4].

Формирование и проявление регулятивных универсальных учебных действий происходит комплексно. При этом в процессе принимают участие все описанные выше составляющие произвольно-регуляторной сферы. Именно это позволяет говорить о том, что их основной функцией является обеспечение учащихся возможностью самостоятельно осуществлять учебную деятельность.

К наступлению школьного возраста зона развития ребенка содержит определенный запас знаний, умений, за счет которых происходит организация деятельности в урочное время. Предполагается, что к началу обучения у ребенка должно быть сформировано произвольное поведение, он владеет некоторыми эталонами и средствами познавательной деятельности, переход от эгоцентризма к децентрации (Обухова Л.Ф. 1997).

В.С. Федосеева считает, что именно младший школьный возраст можно охарактеризовать как самое удачное время для успешного формирования компонентов учебной деятельности [5].

Из вышесказанного можно сделать выводы о том, что все составляющие произвольной регуляции по мере своего формирования приобретают все более значимую роль в становлении личности младшего школьника.

Однако не стоит забывать о сложности и долгосрочности формирования регулятивных УУД. Помимо этого процесс требует системного и

структурированного подхода. При достаточной грамотности регуляции деятельности младшего школьника, а также ее отслеживании остальными участниками образовательного процесса, у обучающихся, наряду с развитием и формированием процесса регуляции, будут развиваться и другие универсальные учебные действия.

Также существует тесная взаимосвязь регулятивных универсальных качеств с формированием некоторых личностных качеств. К ним можно отнести: целеустремленность, активность, организованность, самостоятельность, исполнительность, самоконтроль, выдержку и т.д.

О.А. Конопкина считает, что развитие произвольной регуляции не обходится без развития самостоятельности, инициативности, ответственности, относительной независимости и устойчивости в отношении воздействий среды, готовности к сотрудничеству [6].

«Изначально волевые черты появляются в умении подчиняться требованиям взрослых. К достижению ребенком младшего школьного возраста у него появляются предпосылки самостоятельного отслеживания своих действий, естественно, под присмотром взрослого. Представления о физическом мире формируются в результате индивидуального опыта. «Representations about the physical world are formed as a result of individual experience. But for the normal functioning of man, a collective universal human experience, given to him from birth and fixed in congenital anticipatory schemes, is also necessary. Но для нормального функционирования человеку необходим и коллективный общечеловеческий опыт, данный ему от рождения и зафиксированный во врожденных предвосхищающих схемах [7]. Также ребенок совершает попытки распределить свое время после уроков и во время процесса обучения, и только после автоматизации данного процесса можно говорить о появлении способности организовать выполнение домашних заданий и своего досуга.

На развитие волевых качеств непосредственно влияние оказывают: коллективизм, честность, чувство долга, патриотизм и другие качества [8].

Стоит отметить и влияние волевых черт на формирование мышления, поведения, коммуникации учащихся. Они включаются в структуру учебной деятельности, обеспечивают ее регуляцию и произвольность, превращают учебный труд в управляемый, контролируемый субъектом, сознательный процесс [9].

В связи с бесконечным множеством форм деятельности, поступков, актов общения и других видов активности, очевидными становятся место и роль произвольной регуляции в жизни ребенка. Успешность и продуктивность учебной деятельности во многом зависит от степени совершенства процессов произвольной регуляции у детей в младшем школьном возрасте.

Определяющим моментом функциональной сформированности динамических и содержательных характеристик процессов регуляции является уровень регулятивных учебных действий.

Наличие высокого уровня сформированности говорит о следующем:

Ученик к моменту окончания начальной школы должен уметь:

- находить и излагать предмет деятельности, составлять план действий по образцу (задачи);
- при помощи учителя определять цель своей учебной деятельности, а также самостоятельно искать пути ее реализации;
- находить проблему, совместно с учителем пытаться дать ей объяснение, а также при помощи взрослого выбирать тему будущего проекта;
- составлять план выполнения задач, решать проблемы любого характера;
- выполнять действия согласно поставленному плану, использовать основные и дополнительные средства;
- извлекать информацию, ориентироваться в системе знаний и осознавать необходимость нового знания, делать предварительный отбор источников

информации для поиска нового знания, добывать новые знания (информацию) из различных источников и разными способами;

- самостоятельно предполагать, какая информация нужна для решения предметной учебной задачи [10].

Немного другая позиция рассмотрения высокого уровня сформированности регулятивных УУД у Е.С. Вареца. Он связывает данное понятие с развитием системы мотивационного, ориентировочного, операционального и оценочного компонентов, в которые объединяет все регулятивные действия младших школьников.

Что касается мотивационного компонента, то в качестве его основного критерия, по мнению Е.С. Вареца, стоит выделить интерес к заданию на каждом из основных этапов деятельности. Высокий уровень сформированности ориентировочного компонента предполагает полноту и самостоятельность вербализации задания (цели и условий) и программы его выполнения.

Определение высокого уровня в операциональном компоненте происходит за счет полноты осуществления действий самоконтроля и вербального отчета о них, их соответствие принятой программе.

Высокий уровень сформированности оценочного компонента характеризуется наличием у младшего школьника достаточной степени адекватности, развернутости вербальной оценки результата [11].

Как показывает исследование Е.А. Коконовой, у младших школьников преобладает средний уровень сформированности регулятивных УУД [12]. Основываясь на этих данных, Н.В. Осипова делает акцент на возможности возникновения факторов риска, согласно которым развитие регулятивных УУД у младших школьников не будет происходить в должной степени. К ним относятся:

- несформированность игровой деятельности в соответствующий период развития;

- несформированность новообразований (произвольность, переход внешних действий во внутренний план (мотивация), рефлексия (обобщение);

- низкая учебная или познавательная мотивация;
- возрастные или анатомо-физиологические особенности;
- нарушение изменений системы требований со стороны родителей;
- незрелость регуляторных систем мозга [13].

Как полагает Н.П. Локалова, в связи с недостатками произвольно-регуляторной сферы, у школьников могут появиться значительные трудности в обучении, например, такие, как подмена задачи учителя своей, по-своему сформулированной и понятой, а то и вовсе другой задачей; некачественным выполнением учебных заданий; невыполнением в полном объеме всех условий задания и требований учителя; неумением замечать свои ошибки; несоблюдением правил поведения в школе и на уроках [4].

Н.Л. Росина считает, что существенное влияние на формирование регулятивных универсальных учебных действий у младших школьников сможет оказать только целенаправленное воздействие на качество осознанности действий самоконтроля в деятельности ребенка.

Н.Л. Росина выделила следующие компоненты, которые могут способствовать эффективному формированию саморегуляции:

- положительные мотивы;
- ориентировка детей учебной деятельности;
- поэтапность формирования самоконтроля [14].

Психологические условия формирования регулятивных учебных действий у младших школьников с трудностями в обучении понимаются нами как процесс, в котором происходит движение от реального состояния ребенка к своему возможному состоянию. В данном случае речь идет о состоянии, к которому может прийти человек при правильном условии развития. Как утверждают Б.Г. Ананьев, Н.В. Кузьмина, С.Д. Пожарский, каждый ребенок от

рождения гениален, очень важно распознать его способности еще на раннем этапе.

Благодаря психологическим условиям можно оказать младшим школьникам посильную помощь с трудностями, возникающими в процессе обучения. В свою очередь это позволит достигнуть максимального результата от своего начального развития, который выражается в способностях соединять умения работать самостоятельно, осуществлять контроль и самоконтроль своего поведения, согласовывать свои действия и соподчинять их.

Любое образовательное учреждение должно обеспечить учебное сотрудничество ученика с педагогом, психологом, родителем, которые должны планировать своё взаимодействие с учеником, ориентируясь на необходимость:

- 1) инициации внутренних мотивов учения школьника;
- 2) поощрения действий самоорганизации и делегирования их учащемуся при сохранении психологом за собой функции постановки общей развивающей цели и оказания помощи в случае необходимости;
- 3) использования индивидуальных, групповых и коллективных форм работы.

Психологом начальных классов систематизированы и отобраны наиболее эффективные приемы и технологии, способствующие формированию за 4 года регулятивные УУД у младших школьников с трудностями в обучении с помощью программы.

Цели программы:

- создание психолого-педагогических условий для формирования произвольной регуляции младших школьников с трудностями в обучении, обучающихся в 1-4-х классах;
- обеспечение участников образовательного процесса научно обоснованной технологией психолого-педагогического сопровождения младших школьников;

- формирование у младших школьников универсальных учебных действий на начальном этапе образования;

- воспитание умения взаимодействовать со взрослыми и сверстниками в образовательном процессе;

- воспитание толерантности через знакомство с детской философией, наукой о человечности и этикетом.

Задачи:

1. Повышение уровня развития познавательных процессов.

2. Создание условий для формирования произвольной регуляции.

3. Развитие навыков социального поведения в учебной деятельности.

4. Обучение учащихся распознавать и регулировать эмоциональные состояния.

5. Развитие личности ребенка, направленной на толерантное самовыражение.

6. Укрепление психического и физического здоровья детей.

7. Оказание помощи родителям и педагогам в понимании причин образовательных трудностей детей и путей их преодоления.

8. Укрепление положительного отношения к учебной деятельности.

9. Развитие понимания о честности, искренности, терпимости, милосердии и сострадании, о мести и ненависти, о справедливости и несправедливости.

Выводы

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что произвольная регуляция представляет собой новообразование младшего школьного возраста и основой сформированности регулятивных УУД. Некоторые дети, обучающиеся в образовательных учреждениях, не имея клинического диагноза, испытывают затруднения, которые мешают усваивать материал, и к тому же имеют нарушения в регуляции собственных действий.

Поэтому психологическими условиями для формирования регулятивных учебных действий являются прежде всего:

1. Профилактика и просвещение родителей по данной проблеме.
 2. Профилактика и просвещение учителей по данной проблеме.
 3. Консультирование педагогов и родителей младших школьников, имеющих трудности в обучении.
 4. Ежеквартальное проведение диагностических мероприятий для выявления положительных моментов работы.
 5. Ежедневное использование методов «Следящей диагностики» и ведение личных дневников как родителями, так и учениками.
 6. Проведение занятий по формированию регулятивных учебных действий младших школьников, обучающихся в 1-м классе.
 7. Проведение занятий по формированию регулятивных и коммуникативных учебных действий у младших школьников с трудностями в обучении, обучающихся во 2-м классе.
 8. Проведение занятий по формированию регулятивных и личностных учебных действий у младших школьников с трудностями в обучении, обучающихся в 3-м классе.
 9. Проведение занятий по формированию регулятивных, личностных, коммуникативных, познавательных учебных действий у младших школьников с трудностями в обучении, обучающихся в 4-ом классе.
- При совместном и системном выполнении всеми участниками формирование регулятивных учебных действий происходит наиболее успешно.

Список литературы

1. Асмолов, А.Г. Как проектировать универсальные учебные действия в начальной школе: от действия к мысли: пособие для учителя / А.Г. Асмолов, Г.В. Бурменская, И.А. Володорская и др.; под. ред. А.Г. Асмолова. – М.: Просвещение, 2011. – 152 с. [Asmolov, A.G., Burmenskaya, G.V., Volodorskaya, I.A., editors. *Kak proektirovat' universal'nye uchebnye dejstviya v nachal'noj shkole: ot dejstviya k mysli: posobie dlya uchitelya*. Moscow: Prosveshchenie, 2011. 152 s. (In Russ)].
2. Мамоджанова, А.К. Возрастные особенности формирования компонентов регулятивных УУД у младших школьников // Современная наука: Актуальные проблемы

теории и практики. Серия «Гуманитарные науки». – 2013. – № 7-8. [Mamodzhanova, A.K. *Vozrastnye osobennosti formirovaniya komponentov regulativnyh UUD u mladshih shkol'nikov // Sovremennaya nauka: Aktual'nye problem teorii i praktiki. Seriya «Gumanitarnye nauki». 2013; (7-8) (In Russ)].*

3. Кямалзаде, Г.М. Динамика развития регулятивных универсальных учебных действий в начальных классах // Международный студенческий научный вестник. – 2014. – №3. [Kyamalzade, G.M. *Dinamika razvitiya regulativnyh universal'nyh uchebnyh dejstvij v nachal'nyh klassah. Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik. 2014; (3). (In Russ)].* Доступно по: <https://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=11893>

4. Локалова, Н.П. Школьная неуспеваемость: причины, психокоррекция, психопрофилактика. – СПб.: Питер. 2009. [Lokalova, N.P. *Shkol'naya neuspevaemost': prichiny, psihokorrekcija, psihoprofilaktika. Saint Petersburg: Piter. 2009. (In Russ)].*

5. Федосеева, В.С. Формирование личностной саморегуляции младших школьников // Электронный научно-образовательный журнал ВГПУ «Грани познания». – 2009. – №2 (3). [Fedoseeva, V.S. *Formirovanie lichnostnoj samoreguljacii mladshih shkol'nikov. Elektronnyj nauchno-obrazovatel'nyj zhurnal VGPU «Grani poznaniya». 2009; 2 (3) (In Russ)].* Доступно по: www.grani.vspu.ru

6. Конопкина, О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъективного развития // Вопросы психологии. – 2004. – № 2. [Konopkina, O.A. *Obshchaya sposobnost' k samoreguljacii kak factor sub'ektivnogo razvitiya. Voprosy psihologii. 2004; (2) (In Russ)].*

7. Childhood Symptoms of ADHD Strongly Linked to Adult Risk of smoking // Health News Digest.com – October 03, 2005.

8. Цукерман, Г.А. Как младшие школьники учатся учиться? – М.: Рига: ПУ «Эксперимент», 2000. [Tsukerman, G.A. *Kak mladshie shkol'niki uchatsya uchit'sya? Moscow, Riga: PU «Eksperiment», 2000. (In Russ)].*

9. Кузнецова, О.В. Формирование регулятивных универсальных учебных действий младших школьников в процессе обучения: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. – Ярославль. 2015. [Kuznesova, O.V. *Formirovanie regulativnyh universal'nyh uchebnyh dejstvij mladshih shkol'nikov v processe obucheniya. [dissertation autoreferat]. Yaroslavl'. 2015. (In Russ)].*

10. Программа мониторинга уровня сформированности универсальных учебных действий в начальной школе. – Томск: сайт МБОУ СОШ №22. [Programma monitoringa urovnya sformirovannosti universal'nyh uchebnyh dejstvij v nachal'noj shkole. Tomsk: MBOU

SOSH №22. (In Russ)]. Доступно по: <http://www.school22.tomsk.ru/files/img/monitor.doc>.

11. Вареца, Е. С. Возможности формирования личностной саморегуляции младших школьников // Вестник АГУ. – 2015. – Выпуск 2 (159). – С. 147-151. [Varetsa, E.S. *Vozmozhnosti formirovaniya lichnostnoj samoregulyacii mladshih shkol'nikov. Vestnik AGU.* 2015; 2 (159): 147-151. (In Russ)].

12. Коконова, Е.А. Проблема формирования регулятивных универсальных учебных действий у младших школьников // Молодой ученый. –2016. – №1. – С. 716-719. [Kokonova, E.A. *Problema formirovaniya regulyativnyh universal'nyh uchebnyh dejstvij u mladshih shkol'nikov. Molodoj uchenyj.* 2016; (1): 716-719 (In Russ)].

13. Осипова, Н.В. Показатели сформированности универсальных учебных действий обучающихся // Управление начальной школой. – 2010. – № 10. – С. 26-33. [Osipova, N.V. *Pokazateli sformirovannosti universal'nyh uchebnyh dejstvij obuchayushchihsya. Upravlenie nachal'noy shkoly.* 2010; (10): 26-33. (In Russ)].

14. Росина, Н. Л. Формирование саморегуляции у младших школьников в учебной деятельности: Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Н. Новгород. 1998. [Rosina, N.L. *Formirovanie samoregulyacii u mladshih shkol'nikov v uchebnoj deyatel'nosti: [dissertation]. N. Novgorod,* 1998. (In Russ)].

15. Концепция федеральных государственных образовательных стандартов общего образования: проект / Рос. акад. образования; под ред. А.М. Кондакова, А.А. Кузнецова. – М.: Просвещение, 2008. [Kondakova, A.M., Kuznecova, A.A., editors. *Koncepciya federal'nyh gosudarstvennyh obrazovatel'nyh standartov obshchego obrazovaniya.* Moscow: Prosveshchenie, 2008. (In Russ)].

16. Денисова, А.А. Мониторинг уровня сформированности регулятивных универсальных учебных действий у младших школьников / А.А. Денисова, И.С. Толмеева // Герценьские чтения. Начальное образование. – Т 4. Вып. 1. – СПб: ВВМ, 2013. [Denisova, A.A., Tolomeeva, I.S., editors. *Monitoring urovnya sformirovannosti regulyativnyh universal'nyh uchebnyh dejstvij u mladshih shkol'nikov.* In; *Gercenskie chteniya. Nachal'noe obrazovanie.* Vol. 4. Saint Petersburg: VVM, 2013 (In Russ)].

17. Frith, U. Cognitive development and cognitive deficit // *The psychologist.* 1992. 5.

УДК 159.97:61

ИЗУЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Шабалин Р.С.

*Кировский Государственный медицинский университет Минздрава
России, (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*

kf29@kirovgma.ru

В статье проанализировано понятие «личностных расстройств». Рассмотрена их этиология и классификации. Проведён теоретический анализ состояния этой проблемы. Определено, что недостаток информации психологической направленности о личностных расстройствах влияет на особенности диагностики и психологической коррекции расстройств в повседневной деятельности психологов. Установлено, что исследование личностных расстройств (психопатий) имеет длительный и исторический аспект. На сегодня отсутствуют единые взгляды учёных на проблему трактовки, классификации и коррекции личностных расстройств. Выяснено, что в психологическом контексте расстройства личности это глубоко устоявшиеся модели поведения, которые отмечаются негибкостью реагирования на широкий спектр разнообразных социальных ситуаций.

Ключевые слова: психопатии, расстройства личности, акцентуации характера, психопатическая личность.

THE STUDY OF PERSONALITY DISORDERS: THEORETICAL ASPECT

Shabalin R.S.

Kirov State Medical University, (610027, Kirov, K. Marx street, 112)

kf29@kirovgma.ru

The article analyzes the concept of "personal disorders". The author describes the etiology and classification. The theoretical analysis of the problem status has been carried out. It is determined that the lack of information on psychological orientation about personal disorders affects the diagnosis and psychological correction of disorders in the professional routine of psychologists. It is established that the study of personality disorders (psychopathy) has a long-term historical aspect. At present,

there is no uniformity in scientific views on interpretation, classification and correction of personal disorders. It has been found out that in the psychological context personality disorders are deeply established patterns of behavior, which are marked by inflexibility in responding to a wide range of different social situations.

Key words: psychopathy, personality disorder, character accentuation, psychopathic personality.

Введение

Недостаток информации психологической направленности о личностных расстройствах сказывается на особенностях диагностики и психологической коррекции расстройств в повседневной деятельности психологов. Изучение личностных расстройств (психопатий) имеет длительную историю. Но, несмотря на это, сегодня отсутствуют единые взгляды учёных на проблему трактовки, классификации и коррекции личностных расстройств.

Основное содержание

Научные описания психопатий начались лишь в первой половине XIX века. Пионерами в этой области были немецкий врач Громанн, говоривший о притуплении нравственного чувства, о грубости воли и нравственном слабоумии, и английский психиатр Джеймс Причард. В 1835 году Причард предложил термин, которым в течение многих десятилетий обозначали психопатии: «моральное помешательство». Этим термином подчеркивалось, что речь идет не о психозе с бредом или галлюцинациями, не о слабоумии или судорожных припадках, а о нарушениях в сфере моральной.

Во второй половине XIX века термин «психопат» употреблялся очень широко – им называли всякую психическую патологию. В 1880-х годах этим термином стали определять лишь промежуточные между нормой и психической патологией расстройства. Приоритет в этом принадлежит великим русским психиатрам И.М. Балинскому (1827-1902), В.Х. Кандинскому (1849-1889) и С.С. Корсакову (1854-1900). К концу XIX века он уже применялся только в том смысле, в каком употребляется сейчас.

Чезаре Ломброзо в своей знаменитой книге «Гениальность и безумие» описывал людей, которые являют собой переходную ступень между здоровым

и душевнобольным человеком. Своим трактатом о психопатах-преступниках он заложил основу для бесконечной дискуссии о природе преступности – является ли она только биологической или только социальной.

Автором первой в мире монографии, посвященной психопатиям, является В.М. Бехтерев, который внес существенный вклад в разработку судебно-психиатрического аспекта психопатий. Психопатии определялись им как патологические состояния психики с лабильностью эмоций, импульсивностью и недостаточностью нравственного чувства. В основе психопатий, по мнению автора, лежат изменения в структуре головного мозга, причиной которых могут быть как пороки развития, так и перенесенные заболевания.

Развитие учения о психопатиях в западной психиатрии связано с именами И. Коха, Э. Крепелина, К. Шнайдера, В. Гризингера.

Один из первых, кто изучил расстройства личности с точки зрения медицины, – П.Б. Ганнушкин. Ему удалось дать долгое время остававшимся наиболее четким определение психопатии, включающее: 1) приращенность патологических особенностей; 2) то, что патологические особенности отражаются на всей душевной жизни; 3) эти особенности таковы, что их носители оказываются на границе душевного здоровья и болезни. П.Б. Ганнушкин также дал определение понятию «динамика психопатий» и установил для него соответствующие границы [1].

Новым этапом в учении о динамике психопатий явились работы О.В. Кербикова. Автор выдвинул положение о том, что психопатии могут быть не только «врожденными» (ядерными), но и «краевыми», сформировавшимися в результате патохарактерологического развития. При этом он обратил внимание на то, что психопатия, формирующаяся в течение жизни, не возникает в готовом виде, а проходит определенные стадии развития, в том числе начальную – препсихопатическую.

Важный этап в разработке проблематики указанных расстройств наступил с момента выделения акцентуаций – понятия, введенного К. Леонгардом (1964,

1981) и А.Е. Личко (1973, 1983), для характеристики девиаций темперамента, характера или личности психически здоровых лиц.

Среди современных авторов, внесших существенный вклад в разработку учения о психопатиях, следует отметить В.Я. Гиндикина, В.А. Гурьеву, А.Б. Смулевича, подробно описавших этапы развития психопатии, психопатоподобные состояния, вопросы дифференциальной диагностики и судебно-психиатрической экспертизы.

Т.Б. Дмитриева разработала общие принципы и дифференцированные методы применения психофармакотерапии у психопатических личностей в зависимости от клинического типа психопатий [2].

С начала 70-х годов XX века определение «психопатии» в психиатрической литературе постепенно заменяется понятием «расстройства личности». Этот термин точнее отражает сущность имеющихся у пациентов нарушений и лишен социально отрицательного звучания, которое было свойственно представлениям о психопатиях со времени их выделения в отдельную группу психических расстройств. Расстройства личности как синоним психопатии включены в МКБ-9 и МКБ-10, а также в последние версии американской психиатрической классификации (DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) [3].

Если акцентуация характера является крайним вариантом нормы, то психопатия – это патология характера. По П.Б. Ганнушкину, «психопатии – это аномалии характера, которые определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток, в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям и мешают приспособиться к окружающей среде». Чтобы всесторонне определить психопатии, можно рассмотреть несколько определений этого понятия.

По выражению Балля, «психопатические личности – постоянные обитатели области, пограничной между душевным здоровьем и душевными

болезнями, как неудачные биологические вариации, как чрезмерно далеко зашедшие в сторону от определенного среднего уровня или нормального типа».

Шнейдер: «психопатические личности – это такие ненормальные личности, от ненормальности которых страдают или они сами, или общество».

Крепелин о психопатических личностях говорит как об инфантильных (парциальный, неравномерный инфантилизм; чаще проявляется в области воли и чувств): «Впечатление чего-то недоразвитого, детского, например, повышенная внушаемость, склонность к преувеличению, чрезмерная фантазия у истериков, слабая воля у неустойчивых...»..

Для всех видов психопатий характерны три основных клинических признака (триада Ганнушкина-Кербикова):

- **тотальность** – патологические черты проявляются везде, в любой обстановке (дома, на работе, в школе и т.д.);

- **стабильность** – патологические черты проявляются рано и существенно не изменяются с возрастом;

- **нарушения социальной, семейной и профессиональной адаптации** – вследствие патологических черт личности.

Только при наличии всех трех признаков и при условии нормального интеллектуального уровня можно говорить о расстройстве личности. Ставить диагноз расстройства личности не рекомендуется ранее 16-17 лет, так как до этого времени структура личности полностью не сформирована.

Согласно МКБ-10, говорить о психопатиях можно, когда постоянные типы внутренних переживаний и поведения человека в целом существенно отклоняются от культурально ожидаемого диапазона. Такое отклонение должно проявляться более чем в одной из следующих сфер: когнитивная сфера, т.е. характер восприятия и интерпретации предметов, людей, событий; эмоциональность, т.е. диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций; контролирование влечений и удовлетворение потребностей; отношения с другими.

К настоящему времени благодаря исследованиям вопросов этиологии и патогенеза О.В. Кербиковым, установлено, что причины психопатий могут быть различными, т.е. в *этиологическом отношении психопатии неоднородны.*

Научной основой такого понимания этиологии психопатий является павловское учение о сложном составе нейротипа, т.е. конечного типа ВНД индивида. О.В. Кербиков подразделял психопатии по патогенезу на ядерные, краевые, органические.

Этапы формирования психопатий:

1 этап. В детстве наблюдаются отдельные элементарные проявления по возбудимому, истерическому, астеническому или неустойчивому типу, в основном, в виде форм реагирования. Клиническая картина не дифференцирована, подвижна.

2 этап. На фоне взаимозаменяемости психопатических синдромов один из них начинает доминировать. Кроме этого, наблюдается утривание возрастных особенностей психики: стремление к самоутверждению, эгоцентризм, инфантилизм, реакции оппозиции, имитации и т.д.

3 этап. Завершение формирования психопатии и появление всех ее клинических компонентов.

Выводы

Проведён теоретический анализ проблемы личностных расстройств (психопатий), рассмотрены их история учений, этиопатогенез в современной научной литературе.

Список литературы

1. Ганнушкин, П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. – Н. Новгород: Медицинская книга. 1998. [Gannushkin, P.B. *Klinika psihopatii: ih statika, dinamika, sistematika*. N. Novgorod: Medicinskaya kniga. 1998. (In Russ)].
2. Попов, В.Ю., Вид, В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М., Экспертное бюро. 2000. [Popov, V.Yu., Vid, V.D. *Sovremennaya klinicheskaya psihiatriya*. Moscow: Ekspertnoe byuro. 2000. (In Russ)].
3. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.В. – М., Минздрав России. 1998. [Kazakovcev, B.A., Golland, V.V., editors. *Psichicheskie rasstrojstva i rasstrojstva povedeniya (F00-F99). Klass V МКБ-10, adaptirovannyj dlya ispol'zovaniya v Rossijskoj Federacii*. Moscow: Minzdrav Rossii. 1998. (In Russ)].
4. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина. 2000. [Aleksandrovskij, Yu.A. *Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva*. Moscow: Medicina. 2000. (In Russ)].
5. Гнида, Т.Б. Социально-педагогическая коррекция изъянов личностного развития // Актуальные проблемы государственного управления, педагогики и психологии: сб. науч. трудов / гл. ред. В.Г. Бутенко. Вып. 1 (4). – Херсон: Изд-во ХНТУ. 2011. [Gnida, T.B. *Social'no-pedagogicheskaya korrekciya iz"yanov lichnostnogo razvitiya*. In: Butenko V.G., editor. *Aktual'nye problemy gosudarstvennogo upravleniya, pedagogiki i psihologii: sb. nauch. Trudov*. 2011; 1 (4). Herson: Izdatel'stvo HNTU. 2011. (In Russ)].
6. Короленко, Ц.П., Дмитриева, Н.В. Личностные расстройства. – СПб.: Питер. 2010. [Korolenko, C.P., Dmitrieva, N.V. *Lichnostnye rasstrojstva*. Saint Petersburg: Piter. 2010. (In Russ)].
7. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. вузов. – М.: Академия. 2003. [Lebedinskij, V.V. *Narusheniya psicheskogo razvitiya v detskom vozraste: ucheb. posobie dlya stud. psihol. fak. vuzov*. Moscow: Akademiya. 2003. (In Russ)].

Подписано в печать 30.03.2018.

