



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

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

1(13). 2021



Научно-практический журнал

Издается с января 2018 года

Выходит 4 раза в год

ISSN 2686-7745

Киров, 2021

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

MEDICAL EDUCATION TODAY

1(13). 2021

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

Kirov, 2021

ББК 5я5

М42

16+

ISSN: 2686-7745

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

Научно-практический журнал

Главный редактор журнала – ректор 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 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. Иллес; 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; профессор, д.ф.-м.н. А.В. Шатров; доцент, к.м.н. Н.С. Федоровская; доцент, к.ф.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 д.м.н. М.А. Аксельров (Тюменский ГМУ, г. Тюмень); 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 Ш.А. Юсупов (Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан); доцент Л.Н. Шмакова (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); профессор В.И. Аверин (Белорусский ГМУ, г. Минск, Беларусь)

Редакция журнала:

Технический секретарь: доцент В.А. Сахаров;

Литературный редактор: Н.Л. Никулина;

Переводчики: доцент Т.Б. Агалакова, старший преподаватель Н.В. Бушуева.

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>

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) 31.08.2018 г., номер регистрации ЭЛ № ФС 77-73582.

Адрес редакции: 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 137, оф. 308.

Тел.: (8332) 67-06-04; Факс: (8332) 64-07-43.

Электронная почта: kf10@kirovvgma.ru

Сетевая версия журнала в Интернете: <http://medobrtoday.ru>

© ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Гарипова Р. Н., Григорович М. С.

Деменция на фоне общесоматической патологии у пациентов пожилого возраста5

Крестьяшин И.В., Крестьяшин В.М., Разумовский А.Ю., Кужеливский И.И.

Лечение врожденной деформации стоп у больных раннего детского возраста10

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

Будина Д.О, Зеленина А.Е, Ногтев К.С, Трапезников М. В

Феномен смерти в философии17

Мильчаков Д.Е., Романова А.В., Колосов А.Е.

Пенитенциарная медицина в современном мире24

Мильчаков Д.Е., Колосов А.Е.

Распространение наиболее тяжелых социальных болезней в Кировской области и возможности снижения уровня их заболеваемости27

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

Ворсина Е.В., Савельева М.Г.

Междисциплинарное педагогическое взаимодействие в медицинском вузе37

Кузнецова Е.В., Попова А.С.

Анализ профессионального опыта студентов медицинского вуза.....43

Махнева М.А.

Эмоционально-ценностные аспекты формирования положительной мотивации к обучению в контексте художественно-эстетического развития и формирования здорового образа жизни обучающихся48

Сахарова Л.Г., Сахаров В.А.

Особенности социально-гуманитарной подготовки обучающихся медицинского вуза58

Частоедова И.А.

Психофизиологические характеристики школьников, способствующие овладению иностранным языком65

ОБЗОРЫ

Сахаров Р.В.

Особенности реализации санитарно-эпидемиологических норм в работе гостиниц в период пандемии коронавируса COVID-19 (международный и российский подходы)71

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-004.6

ДЕМЕНЦИЯ НА ФОНЕ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Гарипова Р. Н., Григорович М. С.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-
mail: disk097@mail.ru*

Резюме. Настоящая публикация посвящена вопросам исследования распространенности, выраженности когнитивных расстройств среди лиц старшего возраста и анализа причин поздней диагностики деменции у коморбидных пациентов в возрасте старше 65 лет с демонстрацией клинического случая. Среди амбулаторных пациентов общесоматического профиля когнитивные нарушения выявлены в 85% случаев, среди них умеренные когнитивные расстройства – у каждого второго, а деменция – у 15% пациентов в возрасте старше 65 лет. Тяжесть когнитивных расстройств нарастает у лиц более старшей возрастной категории.

Ключевые слова: деменция, старение, скрининг, когнитивный дефицит, память, ранняя диагностика.

DEMENTIA ON THE BACKGROUND OF GENERAL MEDICAL CONDITION IN ELDERLY PATIENTS

Garipova R. N., Grigorovich M. S.

*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian
Federation, Kirov, Russia (112 K. Marx Street, Kirov, 610027) disk097@mail.ru*

Summary. The article below is devoted to the issues of morbidity and severity of cognitive disorders in the elderly, causes of dementia late diagnosis in patients aged 65 and over with concomitant pathology in the form of IHD, GB, DM and osteoarthritis. A clinical case of dementia in a 78-year-old patient is described. The article deals with the issues of screening, early diagnosis, treatment and prevention of cognitive disorders. Among the inpatients who are medically ill, cognitive disorders were detected in 85% of cases, with 50% of the patients having moderate cognitive disorders. Dementia was detected in 15% of the cases. The severity of cognitive symptoms increases with age.

Keywords: dementia, aging, screening, cognitive deficits, memory, early diagnosis.

Введение

Актуальность. Деменция по входит в число наиболее часто масштабам распространенности среди лиц встречающихся и тяжелых в плане старших возрастных групп представляет курабельности состояний у пациентов собой эпидемию XXI века, поскольку пожилого и старческого возраста.

Увеличение продолжительности жизни, старение населения сопровождаются ростом распространенности дементных нарушений в популяции. Согласно результатам популяционных исследований, проведенных в странах Европы, деменцией страдают приблизительно 5% населения в возрасте до 65 лет и 25% населения к возрасту 85 лет. Ежегодно данная патология впервые выявляется у 7 млн людей [1]. По прогнозам специалистов, к 2030 году количество лиц, страдающих дементными нарушениями, удвоится, а к 2050 г. – утроится и будет составлять более 130 млн человек [2].

Развитие и прогрессирование когнитивных дефицитов до их крайней формы – деменции – значительно ухудшает функциональный статус пациента и течение других заболеваний, снижает резервы индивидуальной жизнеспособности индивида, в связи с чем данная проблема имеет медико-социальную значимость и обретает мультидисциплинарный характер. Следовательно, на современном этапе крайне актуально совершенствование мероприятий, направленных на профилактику, раннюю диагностику и своевременное начало лечения возникших отклонений.

Основное содержание

Цель работы: оценить распространенность когнитивных расстройств среди пациентов пожилого возраста общесоматического профиля на первичном приеме врача терапевта участкового и представить клинический пример из реальной амбулаторной практики.

Материалы и методы: под наблюдением находились 60 пациентов с различной соматической патологией преимущественно из группы ХНИЗ (хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития) в возрасте от 60 до 79 лет (средний возраст составил $69,8 \pm 4,6$ лет). По гендерному признаку преобладали женщины (жен. 37 чел., 62% и муж. 23 чел., 38%). Для исследования когнитивных функций применяли краткую шкалу оценки психического статуса MMSE (Mini Mental State Examination) после предварительного получения информированного согласия пациентов на проведение скрининга [3]. Интерпретация результатов исследования по шкале MMSE проводилась на основании балльной оценки: 21-24 балла соответствуют легким когнитивным нарушениям, 10-20 баллов – умеренным когнитивным расстройствам, 9 баллов и более – деменции, от 25 и более баллов соответствует отсутствию когнитивных дисфункций.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием стандартного пакета прикладных программ STATISTIKA 6.0 с расчетом показателей среднего, среднеквадратичного отклонения, абсолютного и относительного значений. Для оценки достоверности использовали критерий ХИ-квадрат. Различия двух показателей считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: по итогам скринингового тестирования пациенты были разделены на четыре группы. В первую группу вошли 30 пациентов (50,0%) в возрасте с 69 до 78 лет ($75,2 \pm 2,6$) с признаками умеренных когнитивных нарушений. Вторая группа включала 12 пациентов (20,0%) в возрасте 60-69 лет ($63,6 \pm 2,2$), у которых были выявлены легкие когнитивные нарушения. Третью группу составили 9 пациентов (15,0%) в возрасте 75-79 лет ($76,8 \pm 0,9$) с наличием проявлений деменции. В четвертую группу вошли 9 пациентов (15,0%) в возрасте 60-67 лет ($63,2 \pm 2,6$), у которых не выявлено признаков когнитивных расстройств (рис. 1). Таким образом, среди пациентов с когнитивными расстройствами значительно преобладали лица с умеренными нарушениями ($p < 0,05$).



Рисунок 1. Распределение пациентов по степени выраженности когнитивных расстройств

Анализ фоновой патологии в общей группе пациентов демонстрирует наличие сопутствующих заболеваний в виде сочетанной патологии: гипертоническая болезнь (81,7%), ишемическая болезнь сердца (63,3%), остеоартроз (43,3 %),

хроническая обструктивная болезнь легких (31,6%), сахарный диабет 2 типа (26,7%), бронхиальная астма (15,0%), гипотиреоз (11,7%), доброкачественное новообразование предстательной железы (3,3%) (рис. 2).

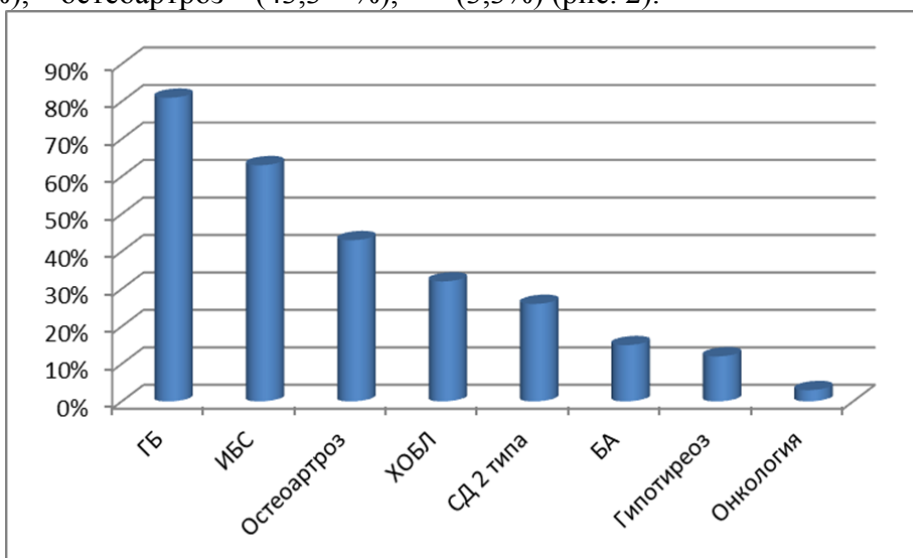


Рисунок 2. Структура хронической патологии у обследованных пациентов

При анализе распространенности сопутствующих заболеваний в выделенных группах статистически достоверных отличий не выявлено ($p > 0,05$). Так, на

одного пациента в среднем приходится 3,6 заболеваний из вышеперечисленного списка, во второй группе – 3,4; в третьей – 3,5, а в четвертой – 3,3 (рис. 3).

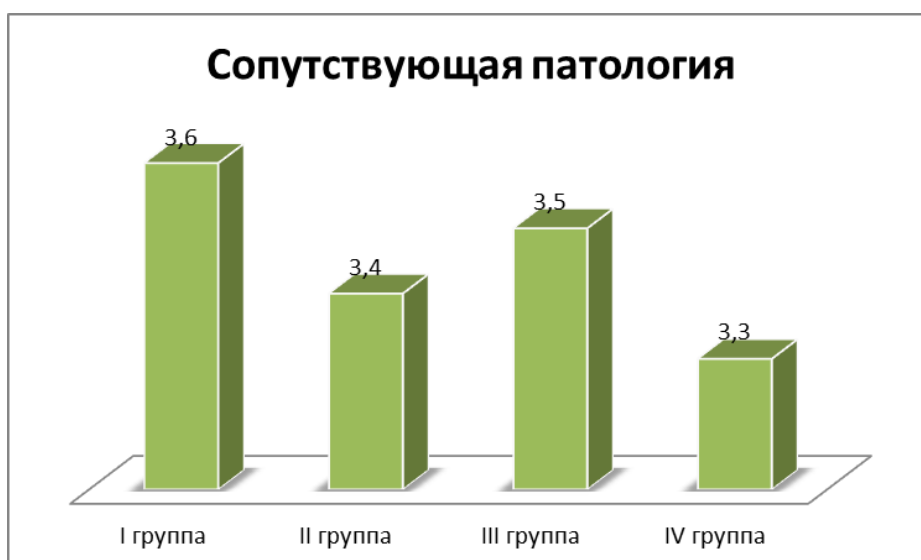


Рисунок 3. Распространенность сопутствующей патологии в различных группах пациентов (представлены значения средней)

В амбулаторной практике врачей первичного звена в настоящее время существуют определенные трудности ранней диагностики и последующей терапии когнитивных расстройств. Наиболее вероятными причинами недостаточного выявления данной патологии на ранних стадиях со стороны врачей первичного контакта являются отсутствие активных жалоб пациентов на когнитивный дефицит и явных клинических симптомов нарушений познавательной сферы, недостаток временного ресурса, необходимых навыков и сомнения врачей в курабельности данных расстройств.

В качестве клинического примера демонстрируем реальную ситуацию из практики: пациент 78 лет с признаками деменции (оценка по шкале MMSE составила 6 баллов), инвалид второй группы. Диагноз: ГБ 3 стадии, ИБС: ПИКС (ОИМ от 2014 и 2019 года), ХСН 2А, ФК 2. Данный пациент с трудом отвечает на вопросы анкеты, пришел на прием к врачу-терапевту участковому в сопровождении родственников. Со слов родных, проявления когнитивной дисфункции развивались постепенно, в течение 6-8 лет. Долгое время симптомы оставались малозаметными, существенно прогрессировали после перенесенного инфаркта миокарда, когда начала резко снижаться память, пациент стал мало

узнавать членов семьи, снизилась способность к самообслуживанию. В настоящее время обратились на прием к участковому терапевту для решения вопроса об изменении группы инвалидности.

Деменцию необходимо заподозрить в случае наличия стойкого снижения познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых. В отличие от умственной отсталости (олигофрении), слабоумия врожденного или приобретенного в младенчестве, представляющих собой недоразвитие психики, деменция – это распад психических функций, происходящий в результате поражений мозга. В целом деменция проявляется наличием выраженных когнитивных нарушений.

Развитие деменции зависит от многих факторов, которые можно разделить на внутренние (исходные генетические и приобретенные) и внешние (связанные с условиями окружающей среды). Однако самым сильным фактором, повышающим вероятность деменции, является возраст, т. к. по мере старения у человека ряд заболеваний приобретают хроническую форму и в нервных клетках начинаются необратимые изменения [4].

К огромному сожалению, на сегодняшний день довольно часто когнитивные расстройства диагностируются на той стадии, когда лечение уже не представляется возможным. Поздняя диагностика обусловлена не только поздней обращаемостью пациентов, ограниченным временем приёма пациента врачом, но и отсутствием широкого внедрения скрининговых программ, которые позволили бы диагностировать развитие когнитивных расстройств уже на ранних стадиях. Многие пожилые пациенты и их близкие не обращают внимание на появление признаков

когнитивного дефицита, принимая появившиеся отклонения за типичную для их возраста «норму». С другой стороны, необходимо отметить также недостаточно высокую чувствительность нейропсихологических тестов, что также может негативно сказываться на качестве и своевременности диагностики изучаемой патологии. На современном этапе доказано, что применение скрининговых шкал всем пациентам с подозрением на снижение памяти позволяет значительно ускорить процесс ранней диагностики когнитивных расстройств

Выводы

1) В практике врача-терапевта участкового среди пациентов общесоматического профиля в пожилом и статическом возрасте широко распространены различные проявления когнитивных нарушений, при этом доминируют признаки умеренных когнитивных расстройств.

2) В структуре общесоматической хронической патологии у пациентов с когнитивными дисфункциями преобладают болезни системы кровообращения (ИБС, ГБ) и суставная патология (остеоартроз).

3) Признаки деменции выявлены в 15,0% случаев, причем среди лиц более старшей возрастной категории. Последнее свидетельствует о необходимости совершенствования работы врачей первичного звена здравоохранения для эффективного скрининга и диагностики когнитивных дисфункций на ранних стадиях, а также информирования и обучения населения выявлению ранних проявлений нарушений памяти.

Литература / References

1. Фролова Е.В. Деменция // Справочник врача общей практики– 2018 – № 9 [Frolova E. V. Dementsiya. *Spravochnik vracha obshchey praktiki*. 2018; (9). (In Russ)]
2. Екушева Е.В. Когнитивные нарушения – актуальная междисциплинарная проблема // Русский медицинский журнал – 2018 – № 12 (1) —с. 32-37 [Ekusheva E.V. Kognitivnye narusheniya – aktual'naya mezhdistsiplinarnaya problema . *Russkiy meditsinskiy zhurnal* . 2018;(12): 32-37(In Russ)]
3. Старческая астения: клинические рекомендации 2020 [Starcheskaya asteniya:

- klinicheskie rekomendatsii ,2020 . (In Russ).] Доступно по: https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-starcheskaja-asteniya-utv-minzdravom-rossii_1/ . Ссылка активна на 12.02.2021.
4. Батмитова Р.Р. Деменция у пожилых людей как актуальная проблема современности // Евразийское научное объединение – 2018– № 6 – с. 118-120 [Batmitova R. R. Dementsiya u pozhilykh lyudey kak aktual'naya problema sovremennosti . *Evraziyskoe nauchnoe ob"edinenie* . 2018;(6): 118-120. (In Russ)]

УДК 617.586/.588-007.24-053.1-053.2

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП У БОЛЬНЫХ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

^{1,2}Крестьяшин И.В., ^{1,2}Крестьяшин В.М., ^{1,2}Разумовский А.Ю.,
³Кужеливский И.И.

¹ГБУЗ города Москвы детская городская клиническая больница имени Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы, Россия (123001, г. Москва, ул. Садовая-Кудринская, 15)

²ФГБОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Минздрава России, Москва, Россия (117997, ул. Островитянова, 1)

³ФГБОУ ВО "Сибирский государственный медицинский университет" Минздрава России, Томск, Россия (634055, Томск, Московский тракт, 2)

Резюме.Повышение результатов коррекции pes equino-varus с использованием процедуры Понсети, а также коррекцией vertical talus по Доббсу у детей в сочетании с массажем, физиотерапией и ЛФК. В период с 2015 по 2020 гг. проведено обследование и лечение 109 детей на клинической базе ГБУЗ г. Москвы ДГКБ имени Н.Ф. Филатова. В ходе исследования выявлено, что ортопедическая патология стоп у детей в условиях отсутствия должной коррекции нередко сопровождается болевым синдромом, функциональными изменениями и высоким риском развития инвалидности у ребенка, что определяет высокую социальную значимость изучаемой нозологии. У всех обследованных детей после комплексной оценки и сочетания консервативных и оперативных методик коррекции врожденная деформация стопы была полностью устранена. Для достижения полной коррекции pes equino-varus необходимо тщательное соблюдение процедуры Понсети. Эффективным является раннее начало коррекции изменений.

Ключевые слова: косолапость, приведенная стопа, вертикальный таран, врожденная деформация стоп, процедура Понсети, pes equino-varus, metatarsus varus, vertical talus, pes varus, pes planovalgus, pes cavus.

SURGICAL CORRECTION OF FOOT DEFORMITY IN CHILDREN UNDER 3 YEARS OF AGE

^{1,2}Krestyashin I.V., ^{1,2}Krestyashin V.M., ^{1,2}Razumovskiy A.Yu., ³Kuzhelivskiy I.I.

¹ Children's City Clinical Hospital named after N.F. Filatov of Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia (123001, Moscow, Sadovaya-Kudrinskaya St., 15)

² Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia (117997, Ostrovityanov St., 1)

³*Siberian State Medical University, Tomsk, Russia (634055, Tomsk, Moskovsky trakt, 2)*

Summary. The aim of the study is to improve pes equinovarus treatment outcomes using the Ponseti method as well as vertical talus correction using the Dobbs method in children. The procedures were combined with massage, physiotherapy and therapeutic exercise. In 2015 - 2020 109 children were examined and treated at GBUZ Children's City Clinical Hospital of Moscow Department of Healthcare named after N.F. Filatov, Moscow. The study has revealed that orthopedic foot pathology in children is often accompanied by pain, functional changes and a high risk of developing disability if the patients don't get proper correction therapy. These factors determine a high social significance of the medical condition under discussion. After a comprehensive assessment and a combination of conservative and surgical correction techniques, the congenital foot deformities in all the examined children were completely eliminated. In order to achieve a complete pes equino-varus correction the procedure must be carefully followed. Early start of correction techniques is expected to lead to more effective outcomes.

Key words: clubfoot, pes equino-varus, metatarsus varus, vertical talus, congenital foot deformity, the Ponseti method, pes varus, pes planovalgus, pes cavus.

Введение

Деформации стоп врожденного этиопатогенеза представлены такими нозологиями, как Pes equino-varus (косолопость), metatarsus varus (приведенная стопа), vertical talus (вертикальный таран), pes varus (варусная стопа), pes planovalgus (плоская стопа), pes cavus (полая стопа). Согласно МКБ-10 код Q66.5. эпидемиология pes equino-varus составляет 1 на 1000 новорожденных [1], тогда как vertical talus и metatarsus varus встречаются достаточно редко [2].

Перечисленные нозологии сопровождаются выраженным болевым синдромом, функциональными изменениями стопы, что вынуждает больного использовать ортопедическую обувь. При отсутствии должной хирургической коррекции высок риск инвалидизации. Функциональные нарушения влияют на качество жизни больного и определяют высокую социальную значимость перечисленных нозологий [1].

На сегодняшний день существует ряд классификаций врожденной патологии стоп. Согласно Зацепину - Бому выделяют две клинических формы Pes equino-varus: типичную и нетипичную. Исходя из доступной нам литературы, на типичный вариант деформации приходится 80% случаев. Данный вид деформации хорошо поддается таким методам лечения, как бинтование и гипсование.

Также различают три типа вовлечения мягкотканного компонента – мягкотканый и костный (ригидный). Принадлежность к тому или иному типу патологии различают по возможности и эффективности консервативного способа лечения. В литературе описан ряд мягкотканых типов деформации, как наиболее часто встречающихся [3].

Цель исследования: улучшение результатов лечения pes equino-varus с использованием процедуры Понсети, а также коррекцией vertical talus по Доббсу у детей в сочетании с массажем, физиотерапией и ЛФК.

Основное содержание

Материал и методы

В период с 2015 по 2020 годы на клинической базе ГБУЗ г. Москвы ДГКБ имени Н.Ф. Филатова проведено двойное проспективное когортное исследование. Было отобрано 109 детей с врожденными деформациями стоп для лечения предложенными способами.

При обследовании у 102 детей (93,6%) была диагностирована типичная и у 7 (6,4%) атипичная форма *pes equino-varus*. Мягкотканная форма встречалась в 51,4% случаев (у 56 детей), в 48,6% – костная форма (53 ребенка). У 24 детей (22,1% случаев) мы встречали левосторонний тип; у 20 детей (18,3% случаев) – правосторонний и у 65 детей (59,6% случаев) двусторонний тип деформации.

По возрасту, в котором была выявлена деформация, больные распределились следующим образом. В 73,4% случаев деформацию диагностировали до 3 месяцев (80 детей), в 6,4% случаев с 3 до 6 месяцев – (7 детей), в 20,2% случаев – в возрасте старше 6 месяцев (22 ребенка). В среднем клинические наблюдения и лечение начинались с месячного возраста ребенка. Сроки выполнения оперативного вмешательства составили в среднем 3,0 (+/- 1,25) месяца.

Хирургическая коррекция проводилась у всех 103 больных с *pes equino-varus* и у 3 при *vertical talus*. *Metatarsus varus* у всех больных подвергался консервативному лечению. Оперативное лечение проведено 106 детям (выполнена ахиллотомия у 103 детей с *pes equino-varus* и у 3 с *vertical talus*).

У всех детей с *pes equino-varus* и у 11 (91,7%) из 12 детей с *metatarsus varus* использовали процедуру Понсети. Это консервативная техника гипсования врожденной косолапости, которая заключается в поэтапном выведении всех компонентов деформации в положение коррекции, основанная на биомеханике голеностопного сустава и дополняемая чрезкожной ахиллотомией.

У всех детей с *vertical talus* была применена техника по Доббсу. Это консервативная техника гипсования врожденной эквинувальгусной деформации стоп, заключающаяся в поэтапном выведении всех компонентов деформации в положение коррекции, основанная на биомеханике голеностопного сустава, дополняемая чрезкожной ахиллотомией и в некоторых случаях фиксацией первого луча стопы спицей Киршнера.

Комплексное лечение детей с *metatarsus varus* включало процедуры массажа. У пяти детей (83,3%) из шести с *vertical talus* применяли массаж. Детям с *pes equino-varus* процедуры массажа не проводились. Курсы физиотерапевтических процедур применялись в двух случаях (16,7%) из двенадцати у детей с *metatarsus varus*. Комплексные занятия лечебной физкультурой при *metatarsus varus* проводились в 70,3% случаев (64 ребенка из 91) и в 33,3% случаев при *vertical talus* (4 из 6 детей). Дети с *pes equino-varus* комплексные занятия лечебной физкультурой не получали.

Оценка результатов лечения исчислялась согласно шкале Pirani (1995). Классификация включает в себя анализ 6 описываемых клинических признаков, при этом их значение определяется в положении максимальной коррекции стопы. Каждый из признаков оценивается по балльной шкале: 0, 0,5 и 1 балл (в зависимости от степени выраженности).

Статистическую оценку результатов исследования проводили с использованием ноутбука и пакета программ «Statistica» (for Windows, version 6.0). Данные результатов исследования оценивали способом вариационной статистики.

В работе использовались следующие статистические методы исследования:

1. критерий знаковых рангов Уилкоксона (для оценки статистически значимых различий до и после лечения в каждой клинической группе больных);
2. Критерий Манна-Уитни (для оценки статистически значимых различий в стационарной и амбулаторной группах);

3. Точный критерий Фишера (для оценки статистически значимых различий у больных с дорсифлексией $>15^\circ$ и $<15^\circ$;

4. Двухфакторный анализ Фридмана (для оценки статистически значимых различий до и после лечения по классификации Пирани).

Результаты исследования

Критериями эффективности проведенного лечения являлись: пустота пятки, степень ригидности кавуса, оценка медиальной складки, форма изгиба латерального свода стопы, эквинус стопы и степень дорсифлексии. Изменения стопы определяли по классификации Пирани (1995):

1. Состояние заднего отдела стопы по Пирани до лечения имело более выраженные статистические различия, чем после коррекции (согласно критерию Уилкоксона = -8,955; $p<0,001$); 2. Степень ригидности кавуса по классификации Пирани до лечения имело более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -9,125; $p<0,001$); 3. Оценка медиальной складки стопы до лечения имела более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -9,105; $p<0,001$); 4. Изгиб наружного края стопы до лечения имел более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -9,364; $p<0,001$); 5. Эквинус стопы до лечения имел более выраженные статистические, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -8,879; $p<0,001$); 5. Оценка задней складки пятки по системе Пирани до лечения имел более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -8,791; $p<0,001$).

Общее количество баллов согласно критериям Пирани до лечения составило 4,5 (3,0; 6,0), после коррекции – 0 (0;0) баллов. Полученные различия считались значимыми при уровне $p<0,001$ (использовали дисперсионный анализ Фридмана для связанных выборок).

В нашем исследовании 61 ребенок получал хирургическое лечение в амбулаторном режиме и 45 больных в условиях стационара ($n = 106$). Оставшиеся 3 ребенка находились под динамическим наблюдением.

Результаты амбулаторного хирургического лечения. Изменения стопы по классификации Пирани распределились следующим образом: 1. Пустота пятки по классификации Пирани до лечения выявила статистически значимые различия при уровне $p<0,001$, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -6,705, 1,0 (0,5;1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 2. Ригидность кавуса по классификации Пирани до лечения имела более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -6,628; $p<0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 3. Оценка медиальной складки стопы до лечения имела более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -6,628; $p<0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 4. Изгиб наружного края стопы до лечения имел более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -6,683; $p<0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 5. Эквинус стопы до лечения имел более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -6,753; $p<0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 6. Оценка задней складки пятки по классификации Пирани до лечения имел более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -6,662; $p<0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции).

Таким образом, общий балл по классификации Пирани до лечения составил 5,0 (4,0; 6,0), после коррекции – 0 (0;0) баллов. Полученные различия считались значимыми при уровне $p<0,001$ (согласно дисперсионному анализу Фридмана).

Результаты стационарного хирургического лечения. Изменения стопы по классификации Пирани распределились следующим образом: 1. Пустота пятки по классификации Пирани до лечения имела более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -5,665; $p < 0,001$, 1,0 (0,5; 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 2. Ригидность кавуса по классификации Пирани до лечения имела более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -5,557; $p < 0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 3. Оценка медиальной складки стопы до лечения имела более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -5,516; $p < 0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 4. Изгиб наружного края стопы до лечения имел более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -5,631; $p < 0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 5. Эквинус стопы до лечения имел более выраженные статистические различия, чем после коррекции (критерий Уилкоксона = -5,674; $p < 0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после коррекции); 6. Оценка задней складки пятки по классификации Пирани до лечения имела более выраженные статистические различия, чем после

коррекции (критерий Уилкоксона = -5,631; $p < 0,001$, 1,0 (0,5, 1,0) до лечения против 0,0 (0,0; 0,0) после лечения).

Таким образом, общий балл по классификации Пирани до коррекции составил 5,5 (4,0; 6,0), после лечения – 0 (0;0) баллов. Различия статистически считались значимыми при уровне $p < 0,001$ (согласно двухфакторному анализу Фридмана).

Сравнение групп стационарного и амбулаторного лечения. До лечения группы стационарного и амбулаторного лечения были сопоставимы по всем критериям классификации Пирани: 1. Пустоте пятки (критерий Манна-Уитни, $p = 0,466$); 2. Ригидности кавуса (критерий Манна-Уитни, $p = 0,611$); 3. Медиальной складке стопы (критерий Манна-Уитни, $p = 0,986$); 4. Изгибу наружного края стопы (критерий Манна-Уитни, $p = 0,978$); 5. Эквинусу стопы (критерий Манна-Уитни, $p = 0,663$); 6. Задней складки пятки (критерий Манна-Уитни, $p = 0,671$).

Исходя из критериев эффективности лечения согласно классификации Пирани, можно сопоставить клинические группы сравнения по степени достигнутой дорсифлексии.

Достигнутая дорсифлексия больше 15 градусов наблюдалась в 57 случаях хирургического лечения (93,4±10,9%) в амбулаторных условиях и в 39 случаев (86,6±11,2%) хирургического лечения в стационарных условиях (таблица 1).

Таблица 1 – Достигнутая дорсифлексия в группах сравнения

			Группы сравнения		p ₁	p ₂
			Амбулаторная n=61	Стационарная n=45		
Достигнутая дорсифлексия	< 15°	Количество, чел.	4	6	0,178	0,664
		Частота, %	6,5±7,5%	13,3±6,2%		
	> 15°	Количество, чел.	57	39	0,038	0,120
		Частота, %	93,4±10,9%	86,6±11,2%		

Примечание: p₁ – уровень статистической значимости различий при попарном сравнении амбулаторной и стационарной групп больных; p₂ – уровень статистической значимости различий при попарном сравнении групп больных в зависимости от степени достигнутой дорсифлексии.

Из приведенной таблицы следует, что различия между группами статистически незначимы (точный критерий Фишера, точная значимость (2-сторонняя) = 0,139). По общему баллу (критерий Манна-Уитни, $p=0,917$). Таким образом, группы сравнимы между собой по этим показателям.

Неблагоприятные исходы стационарного и амбулаторного лечения. После оперативной коррекции в условиях стационара одному ребенку потребовалось проведение повторного оперативного вмешательства по причине рецидива (была дополнительно проведена ахиллотомия).

Исходя накопленного опыта, раннее выявление рецидивов патологии – это залог успешного устранения вторичных деформаций. Их причиной, как правило, является нарушение правил использования реабилитационных ортезов, брейсов и ортопедической обуви после завершения основного этапа оперативной коррекции. Рецидив, как правило, выявляется в период интенсивного роста стопы – до 10-13 летнего возраста. Поэтому вначале подросткового периода такие дети должны регулярно наблюдаться ортопедом [4].

У 6 (9,8%) из 61 ребенка, получавших амбулаторное лечение, наблюдали ограничения объема движений в дистальной части голени, тогда как это же осложнение в стационаре наблюдалось у 3 (6,6%) из 45 больных. Различия в сравниваемых группах статистических различий не имели (критерий Фишера, точная значимость (2-сторонняя) = 0,387).

Таким образом, и амбулаторный и стационарный варианты лечения детей с патологией стопы одинаково влияли на оценочные критерии эффективности лечения. В 100% случаев оперативной коррекции были достигнуты

удовлетворительные результаты. При выборе способа лечения (амбулаторный или стационарный) принципиальными критериями необходимо считать не только степень социальной адаптации больного, но и экономические факторы, так как клиническая эффективность данных подходов лечения была одинакова.

Обсуждение

В современной детской ортопедической практике лечение *pes equino-varus* по способу Понсети является «золотым стандартом» лечения. Для достижения полной успешной коррекции *pes equino-varus* с предупреждением рецидивов или других деформаций необходимо тщательное соблюдение протокола Понсети. Изначально процедура Понсети применялась только у детей до двух лет, однако современные исследования демонстрируют эффективность коррекции *pes equino-varus* у более старших возрастных групп [5].

По мнению авторов, применение предложенного протокола лечения деформации стоп эффективно и согласуется с данными, полученными другими авторами. Процедура Понсети в 94-96% случаев успешна и безрецидивна [6].

Мы считаем, что наиболее предпочтительным возрастом для коррекции деформации является ранний возраст, и придерживаемся позиции о необходимости раннего начала лечения деформаций (сразу после постановки диагноза). Исходя из изученной доступной нам литературы, позднее начало коррекции прямо пропорционально степени вероятности рецидива и длительности лечения [1].

Заключение

Исходя из полученных данных, мы рекомендуем лечить *pes equino-varus* как можно раньше после рождения (3-5 мес.), для предупреждения рецидивов и обеспечения полной коррекции деформации. Также у таких пациентов

необходимо строгое соблюдение протокола Понсети.

При коррекции *vertical talus* консервативная коррекция в комплексе с малоинвазивными оперативными техниками позволяет предупредить

развитие осложнений, наблюдавшихся ранее при выполнении обширных хирургических процедур.

Используемый нами способ коррекции по Доббсу более прост и эффективен у детей раннего возраста. Наши данные согласуются с сообщениями о превосходных результатах других авторов. Способ коррекции по Доббсу является менее инвазивным, он позволяет

избежать рисков, связанных с более обширными операциями [7].

Нами не было выявлено значимых различий по выбору амбулаторного или стационарного способа лечения. Учитывая экономический фактор, в условиях статистически значимых одинаковых клинических исходов, амбулаторный режим лечения наиболее предпочтителен.

Литература / References

1. Ansar, A., Rahman, E. Systematic review and meta-analysis of global birth prevalence of clubfoot : a study protocol. *BMJ Open*. 2018 ; 6 (3) : 545–556.
2. Sanzarelo, I. et al. One-stage release by double surgical approach for neglected congenital vertical talus : results in a series of walking children in Tanzania. *J. Pediatr. Orthop*. 2019 ; 28 : 586–590.
3. Чочиев, Г. М., Алборов, О. И., Ганькин, А. В. Комплексная реабилитация больных с косолапостью с применением французского функционального метода ГУЗ ВО НПЦ специализированных видов медицинской помощи, г. Владимир // Вестник российской гильдии протезистов-ортопедов. СПб. 2012. № 3. С. 97–99. [Chochiev, G. M., Alborov, O. I., Gankin, A. V. Comprehensive rehabilitation of patients with clubfoot using the French functional method GUZ VO SPC for specialized types of medical care in Vladimir. *Bulletin of the Russian Guild of Prosthetists-Orthopedists*. Spb. 2012 ; 3 : 97–99 (In Russ)].
4. Thomas, H. M., Sangiorgio, S. N. Relapse Rates in Patients with Clubfoot Treated Using the Ponseti Method Increase with Time : A Systematic Review. *JBS Rev*. 2019 ; 7 : 125–129.
5. Spiegel, D. A. Results of Clubfoot Management Using the Ponseti Method : Do the Details Matter? A Systematic Review. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2014 ; 472 (5) : 1617–1619.
6. Pavone, V. et al. Congenital idiopathic talipes equinovarus : an evaluation in infants treated by the Ponseti method. *Euro Rev. Med. Pharmacol. Sci*. 2013 ; 17 : 2675–2679.
7. Wright, J., Coggings, D. Reverse Ponseti-type treatment for children with congenital vertical talus : comparison between idiopathic and teratological patients. *Bone Joint J*. 2014 ; 96 : 274–278.

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

УДК 1.122/129

ФЕНОМЕН СМЕРТИ В ФИЛОСОФИИ

Будина Д.О., Зеленина А.Е., Ногтев К.С., Трапезников М. В.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112),
e-mail: diana.budina@yandex.ru*

Резюме. Представленная в статье информация является обзорной и содержит данные интернет-источников о видах смерти, отношении к смерти в истории человечества и в религии, а также включает в себя рассмотрение философских аспектов смерти.

Ключевые слова: смерть, история человечества, религия, философские аспекты.

THE PHENOMENON OF DEATH IN PHILOSOPHY

Budina D. O, Zelenina A. E, Nogtev K. S, Trapeznikov M. V

Kirov state medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx street, 112), email: diana.budina@yandex.ru

The information presented in the article overviews data from Internet sources on the types of death, attitudes to death in the history of mankind and in religion, as well as philosophical aspects of death.

Keywords: death, human history, religion, philosophical aspects

Введение

Все сущее различается в жизни и уравнивается в смерти. Пока живем, есть среди нас мудрецы и глупцы, знатные и низкие — этим мы различаемся. А после смерти — смрад и гниль, распад и разложение, и это всех уравнивает.

Ян Чжу

Феномен смерти — это феномен, предполагающий очень сложные отношения человека к себе. Эту проблему мы стараемся не поднимать в обыденной жизни, но при этом каждый из нас когда-либо задумывался о ней, либо осознавая самого себя, либо думая о других людях. Феномен смерти в человеческом

существовании действительно один из самых сложных феноменов.

В течение долгого времени тема окончания человеческой жизни была под запретом, о смерти не принято было говорить или писать. В медицинской документации слово «смерть» заменялось латинским «exitus», что в переводе означало «уходить». Именно поэтому

сейчас используются такие синонимичные выражения, как «ушел», «удалился в иной мир», «покинул нас».

Основное содержание

Смерть – прекращение жизни, естественный конец живого существа в связи с полной остановкой физиологических процессов в организме.

Человек, в отличие от других живых существ, сознает свою смертность, смерть выступает для него как конститутивный момент его жизни и мировоззрения – с точки зрения осознания факта и смысла смерти как завершающего момента жизни.

Виды смерти:

Необходимо различать следующие виды смерти: смерть естественную и смерть неестественную.

Естественная смерть – это смерть физиологическая. Она наступает вследствие старения организма или физиологического недоразвития недоношенного плода, не способного к продолжению жизни вне организма матери.

Неестественная смерть – это смерть патологическая. К ней должна быть отнесена смерть от болезней, в том числе внезапная или скоропостижная смерть, и смерть, обусловленная действием внешних факторов.

Отношение к смерти в истории человечества

В конце XIX и особенно в XX веке смерть, являясь закономерным завершением жизни, стала таким же объектом научных исследований, как и сама жизнь.

Знаменитый француз Клод Бернар в «Лекциях по экспериментальной патологии» писал: «...Чтобы знать, как живут организмы животного, человека, необходимо видеть, как множество их умирает, ибо механизмы жизни могут быть вскрыты и обнаружены лишь знанием механизмов смерти».

Смерть, ранее несшая в себе отпечаток мистики и таинственности, в начале XX века превратилась в объект для исследования, требующий специального анализа. Объект, позволяющий не только

Что же такое смерть? И почему человека так тревожит и волнует данная тема? На эти вопросы мы постараемся ответить в этой статье.

понять причины прекращения жизни, но и даже изучить саму жизнь, понять основы, отличающие живые объекты от неживых.

Французский историк Ф. Арьес, один из ученых, достигший успеха в изучении данного вопроса, анализируя происхождение массовых представлений о смерти, выделил пять этапов в ее развитии и дал характеристику изменений отношения к ней в истории цивилизации:

Первый этап «Смерть прирученная». Представление о смерти, взятое ученым за первоначало в своем анализе, исходит из Раннего Средневековья. Но при дальнейшем углублении в данный вопрос становится ясно, что этот образ еще старше: смерть, вне зависимости от того, какой она была на протяжении долгих эпох древнейшей истории, находится вне времени. Люди на данном этапе, как их описывает Арьес, воспринимали смерть как необходимость, которая постигнет всех, поэтому они относились к нему как к обычному явлению, которое не вызывало каких-либо страхов. В те времена граница между естественным и сверхъестественным была зыбкой, и вследствие этого человек верил в существование загробного мира. Уход из мира живых не воспринимался как полный разрыв. Внешним признаком этого являлось, по мнению Арьеса, то, что именно в средние века стали появляться захоронения на территории поселений. Согласно взглядам того времени, умершие погружались в сон, который будет длиться «до конца времен», то есть второго пришествия Христа. После чего большинство, исключая грешников, отягощенных особо тяжкими грехами, войдут в царствие небесное. Данная система понимания была распространена вплоть до XIX века [1].

Второй этап «Смерть своя». Становлению второго этапа в период с XI по XII век способствовало появлению идеи

Страшного суда, созданной интеллектуальной элитой того времени. В XI столетии происходит изменение представлений. На смену концепции о «суде над родом человеческим» приходит «суд индивидуальный», происходящий в момент смерти человека. Похоронная церемония превращается в важное средство спасения души усопшего [1].

Данные перемены историк растолковывает как рост индивидуального сознания, испытывающего потребность соединить все факты существования человека в одно целое. В своей смерти человек индивидуализируется, идентичность индивида пересиливает подчинение коллективной судьбе [1].

Третий этап «Смерть далекая и близкая». В течение всего Средневековья значение смерти человека увеличивалось, последствием чего стало сосредоточение мыслей и чувств на самом моменте физической смерти индивидуума. Достигнув наивысшей точки, развитие останавливается. Именно в этот момент происходит девальвация старых устоев в отношении смерти. Результатом этого становится снижение сакрального смысла смерти, она теряет свое магическое значение. На смену приходит новая модель, где смерть престаёт быть событием мирным и тихим. Она также не выступает больше моментом наивысшего морального и психологического сосредоточения личности.

Попытки священнослужителей внушить страх перед смертью сыграли обратную роль. Теперь смерть в глазах людей выражалась людьми церкви в пугающих образах. Интересным фактом является то, что этот безумный страх рождается именно в эпоху, когда что-то изменяется в многовековой близости человека и смерти. Начинаются извращенные игры со смертью, вплоть до эротического соития с ней. Устанавливается связь между сексом и смертью, которая завладевает человеком, как секс. Когда страх смерти является, он остается поначалу заточенным в том мире, где так долго находила себе убежище

любовь, и откуда только поэты, романисты и художники осмеливались ее выводить: в мире воображаемого.

Давление этой тревоги слишком сильно, и в течение XVII – XVIII вв. безумный страх вырывается за пределы мира воображаемого и проникает в реальность жизни, в сферу чувств создаваемых и выражаемых, однако еще в ограниченной форме, и не простирается на всю область мифа о кажущейся смерти и живых трупях [1].

Четвертый этап «Смерть твоя». На смену страху смерти пришло воспоминание о покойном. В XIX в. все выглядит так, словно все поголовно уверовали в продолжение после смерти земных привязанностей и дружб. Трагические эмоции, наводимые гибелью родных, по мнению автора, – новое явление, сопряжённое с укреплением внутрисемейных эмоциональных контактов. В связи с изменением влияния веры в загробные кары меняется и отношение к смерти. Теперь её воспринимают как возможность слияния с близким человеком, принявшим смерть. Гибель близкого существа становится более тягостной утратой по сравнению с собственной смертью. Смерть начинает прятаться, несмотря на видимую публичность, которой она окружена. Смерть прячется за красотой [1].

Пятый этап «Смерть перевёрнутая». В конце XX века страх смерти начинает развеиваться, и следующий этап Арьес обозначил как «Смерть перевернутая». В обществе появляется склонность к вытеснению понятия смерти из сознания масс, постепенно увеличиваясь и достигая пика сегодня. Согласно мнению Арьеса, в наше время поведение общества выглядит так, словно человек не замечает смерти окружающих людей. Человеческая смерть никак не влияет на структуру общества. В западных странах появляется тенденция к тому, что явление смерти волнует только врача и владельца похоронного бизнеса. Смерть изолируется от взглядов общества, её пытаются отгородить от умирающего,

стараясь не нагружать его мыслями о грядущей смерти. Теперь похороны проходят короче и проще, кремация превратилась в норму, тяжесть переживания оценивается как одно из проявлений душевного нездоровья [1].

Смерть и религия

Большинство религий схожи в том, что для осознания смерти необходимы глубокие размышления. Однако, в результате этих размышлений они кардинально различаются. Причем выводы эти весьма неоднозначны.

Смерть с точки зрения буддизма

Главной целью в буддизме считается освобождение от страданий, поэтому смерть помогает человеку в этом, она является оптимальным финалом жизни.

Существуют три варианта судьбы: мгновенное перерождение (переселение душ, сансара), попадание в ад и уход в нирвану.

Душа человека, согласно закону кармы, проходит ряд переселений, воплощаясь во все живое. Человек же должен прервать цепь переселений. Ведь перерождения – это страдания, которые ждут рожденного, от болезней, старости и смерти. Буддисты стремятся положить конец бесконечному процессу перерождений и выйти из «колеса Сансары», вступив на «восьмеричный путь» праведной жизни.

Смерть с точки зрения ислама и христианства

Ислам и христианство сходятся во взглядах с иудейской верой в Суд после смерти и воскресение из мертвых. Они гласят, что особая благая участь ждет мучеников за веру. Есть общее убеждение: тело и душа в воскресении объединяются. Затем все люди предстают на Суд, и оправданные допускаются в рай/Эдем/небеса. За различными трактовками у этих религий кроется общий смысл.

В исламе существует специальный термин – «могильное наказание». Он означает малый суд над людьми сразу после смерти. Могила является аналогом христианского чистилища, в котором

определяется наказание или награда. Грешники наказываются мучительным давлением, а праведники получают покой до Дня воскресения.

Особенность христианства состоит в уникальности роли Христа. Человек умирает, а затем воскресает – вслед Христу, воскресшему из мертвых. Подобно иудаистам и мусульманам, христиане верят не только в бессмертие души и духа, но и в воскресение тела.

Философские аспекты смерти

Смерть – это переход живой материи в неживую. Это не отсутствие жизни, а лишь завершающее ее событие.

В философском осмыслении смерти можно выделить следующие подходы: восприятие собственной смерти и восприятие смерти ближнего.

Восприятие смерти другого в биологическом смысле – этап естественного природного круговорота рождений и умираний. В другом же смысле это не смерть биологического организма, а смерть личности. Само развитие личности всегда сопровождается умиранием ее частных аспектов. Такие изменения затрагивают: характер, мировоззрение, жизненные ценности и поведение. Чаще всего это приводит к рождению нового человека и личности. Ведь старая личность не может больше существовать и претерпевать новые изменения. Такая смерть не характеризуется признаками физического умирания. Именно поэтому с точки зрения философии психические состояния, не предполагающие физического умирания, являются формами смерти.

Двумя основными характеристиками смысла любого явления являются контекстуальность и интенциональность. Смысл смерти зависит от того, в каком контексте мы воспринимаем смерть, а смысл жизни зависит от того, в каком контексте мы воспринимаем жизнь. Интенциональность подразумевает наше отношение к явлению не просто как к некоторому тексту, структуре статичных связей, а его движение в какой-то направленности, в системе следствий,

причин и т. д. По отношению к проблеме смерти это вопрос о том, какие следствия для жизни имеет смерть, точнее, её осознание, осмысление. Есть смерть как медицинский факт, есть смерть как знание, и есть смерть как понимание, как смысл, как психологический факт, не сводящийся к знанию [2].

О смерти нельзя говорить отдельно от жизни, а о жизни отдельно от смерти: отдельно друг от друга, то и другое смысла не имеет. Смерть – это факт собственного бытия. Здесь можно выделить три подхода:

1. Осмысление своего движения к смерти – опыт движения своего к концу. Это предполагает ценностное осмысление смерти.

2. Осмысление опыта умирания – феноменологическое описание умирания.

3. Осмысление посмертного бытия – раскрытие историко-культурных представлений о посмертном существовании человека.

М. Хайдеггер говорил, что «смерть – это то, что придает нашей жизни смысл». «Что значит быть?» или «Что значит Я?» Ответы на эти вопросы связаны с существованием. По мнению М. Хайдеггера, есть два вида существования:

- 1) Существование вещей самих по себе. Они автономны, равнодушны к существованию другого, они просто «есть».

- 2) Существование человека, т.е. того, кто понимает и осознает свое собственное существование [3].

М. Хайдеггер пишет, что «... мы осознаем свое существование с помощью феномена смерти, т.к. человека может не быть». Другими словами, истинное существование человека – это осознание своей смерти. По его мнению, у смерти две явные характеристики: несомненность и неопределённость. М. Хайдеггер сформулировал определение смерти: «... это конец пребывания, это наиболее свойственная, безотносительная, несомненная и неопределенная возможность пребывания», т.е. это то, что мы не можем объяснить и увидеть сами, когда переживаем собственную смерть. Подлинное существование – это осознание

человеком своего конца, историчности, неповторимости и уникальности. Неподлинное существование – осознание человека лишь с его объективной стороны, человек – объект этого мира [3].

Платон в своем произведении «Федон» писал: «Избавившись от безрассудства тела, мы, по всей вероятности, объединимся с другими такими же, как и мы, и собственными силами познаем все чистое, а это, скорее всего, и есть истина. А нечистому касаться чистого не дозволено» [4].

Демокрит, в отличие от Платона, не признавал иной реальности, кроме мира, в котором мы живем. И в этом мире, по его мнению, нет ничего, кроме атомов и пустоты. Как и все прочее, душа состоит из атомов, и, подобно всем прочим вещам, она должна когда-нибудь распасться на атомы и прекратить существование. Но смерть в представлении Демокрита не абсолютный конец жизни. Прекращается существование конкретной индивидуальной души, но ее "бессмертные" атомы могут войти в состав новой души.

В свою очередь у А. Камю писал: «... смерть – это есть то, что обесмысливает жизнь, где нужно решить для себя: стоит ли жизнь того, чтобы мы ее проживали или нет». Размышляя о жизни человека, А. Камю делает вывод, что «... в какой-то определенный момент времени человек понимает, что миру до нас нет совершенно никакого дела. Мир всегда не то, что мы о нем думаем». По его мнению, человек в процессе жизни приходит к бессмысленности и абсурдности. В то же время абсурден не мир, а абсурдно чувство человека примерить то, что «Я» думаю об этом мире и отношение мира ко мне.

По его мнению, есть два ада:

1. человек, который связан с абсурдом;

2. мир, который связан с абсурдом.

Исчезновение абсурда возможно только, если исчезнет одна из сторон (человек или мир). В связи с этим существуют варианты выхода из абсурда. Отвернуться от мира, уйти внутрь самого себя или совершить самоубийство. Однако,

А. Камю считает, что самоубийство — это не решение проблемы. Потому что осознание абсурдности, а именно чувство абсурдности делает честь человеку и приводит его к осознанию происходящего, тогда возникает «бунт». Он говорит: «... бессмысленность существования только подчеркивает величие отдельного человека, который научился по-человечески жить в этом мире, который научился противостоять миру внутри себя».

В качестве примера А. Камю приводит миф о Сизифе, который обманул и надсмеялся над богами, заковав смерть в оковы. И тогда боги наказали Сизифа вечно

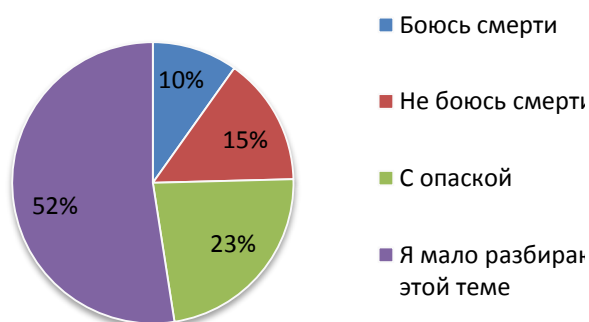
затаскивать камень, который постоянно скатывается. В свою очередь А. Камю поясняет, что когда камень скатывается вниз, то Сизиф свободен и может надсмехаться над ними. Безусловно, в мифе о Сизифе прослеживается метафора «зебры», т.е. после черной полосы следует белая, и когда она наступила, то нужно насладиться ей по максимуму [5].

С целью выяснения отношения к смерти в современное время нами был проведен социологический опрос среди 60 студентов Кировского Государственного Медицинского Университета, в котором были освещены следующие вопросы (рис):

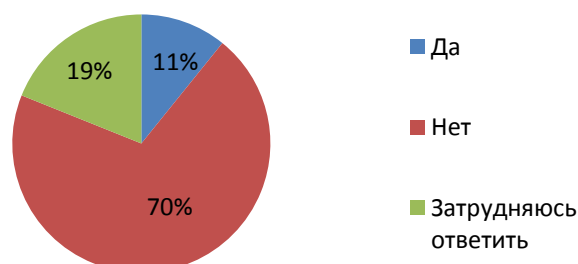
Можете ли Вы открыто говорить на тему смерти?



Как Вы относитесь к смерти?



Считаете ли Вы самоубийство гармоничным завершением жизни?



Верите ли Вы в загробную жизнь, карму или в перерождение?

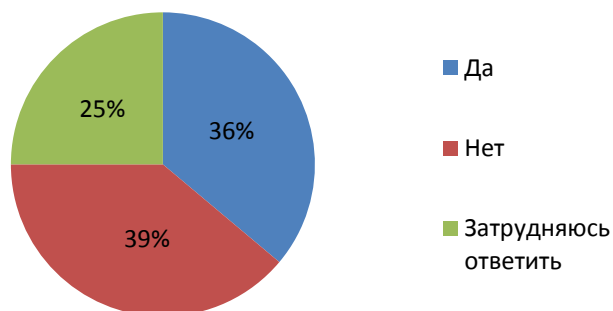


Рисунок. Результаты анкетирования студентов.

Исходя из результатов, мы видим, что большинство студентов не боятся говорить на тему смерти. Также большая часть обучающихся полагает, что самоубийство не является гармоничным завершением жизни. 52% опрошенных мало разбираются в подобной проблеме и не могут высказать свое точное отношение к смерти. Мнение между студентами разделилось в вопросе о жизни после смерти. С этим нельзя не

согласиться, ведь данная проблема всегда волновала человека. Каждый определяет сам для себя, верить ли ему в загробную жизнь, в карму или в перерождение, исходя из его вероисповедания и взглядов на жизнь.

Цель данного опроса заключалась в том, чтобы показать, пусть даже и на маленькой группе людей, отношение их к феномену смерти

Заключение

Подводя итоги, следует отметить, что в ранних этических системах смерть рассматривается как результат, связанный с моральной оценкой личности умершего, его отношениями с окружающими людьми и «высшими силами».

По мере развития цивилизации отношение к данному феномену изменялось и обновлялось. Современные исследователи считают, что сейчас смерть все чаще понимается не как конец личного бытия, а как момент радикального его изменения, за которым жизнь приобретает

в таинстве смерти новую сущность и продолжается в иных формах.

Понятие смерти способствует прояснению нравственного смысла и ценности человеческой жизни. Сознание неповторимости каждого ее мгновения.

Смерть – это не отсутствие жизни, а её окончание, завершение, противостоящее не жизни, а рождению. Это вполне естественный процесс перехода из живого состояния в неживое. Ведь живое и неживое – это две стороны единой окружающей нас природы.

Литература / References

1. Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. – М., 1992 [Ar'es F. *Chelovek pered litsom smerti*. Moscow, 1992 (In Russ)]
2. Леонтьев Д.А. Методика предельных смыслов (методическое руководство). – М.: Смысл, 1999 [Leont'ev D.A. *Metodika predel'nykh smyslov (metodicheskoe rukovodstvo)*. Moscow: Smysl, 1999 (In Russ)]
3. Хайдеггер М. Бытие и время. – М., 1927 [Khaydegger M. *Bytie i vremya*. Moscow, 1927 (In Russ)]

4. Платон. Собрание сочинений в 4 т. Т. 2 // Философское наследие, т. 116. РАН, Институт философии. – М.: Мысль, 1993. [Plato. *Sobranie sochineniy v 4 t. T. 2* In: *Filosofskoe nasledie*, t. 116. RAN, Institut filosofii. Moscow: Mysl', 1993. (In Russ)]
5. Камю А. Миф о Сизифе. – М., 1942. [Kamyu A. *Mif o Sizife*. Moscow, 1942 (In Russ)]

УДК 343.828:616.9

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ МЕДИЦИНА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Мильчаков Д.Е., Романова А.В., Колосов А.Е.

*ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Киров, Россия (610998, г. Киров, улица К. Маркса, 112)
kf22@kirovgma.ru*

Резюме. Показатели заболеваемости среди заключённых социально значимыми болезнями всегда были выше и преобладают в настоящее время над таковыми среди простых граждан, что влияет на эпидемическую ситуацию в целом. Внедрение в пенитенциарную систему России национальных стандартов по ведению больных, включающих в себя широкий спектр заболеваний, представляет значительные трудности, так как она не является подведомственной структурой Министерства здравоохранения РФ. Одним из основных препятствий является структура медицинской службы уголовно-исполнительной системы, аналога которой в общественном здравоохранении не существует. Поэтому целью работы является статистический анализ заболеваемости заключенных для последующей оценки эффективности пенитенциарной медицины, а также определение уровня возможной опасности, в связи с трудностями диагностики и лечения заключенных, для простых граждан. Основными документами для анализа послужили данные Федеральной службы исполнения наказаний. Как показали результаты исследования, основными социально значимыми заболеваниями в местах лишения свободы являются ВИЧ-инфекция и туберкулез, в связи с трудностями их диагностики и лечения в системе пенитенциарной медицины. При таком объеме медико-санитарного обеспечения существующая структура материально-технического оснащения, штат медицинской части, а также недостаточное финансирование не позволяют в полной мере придерживаться медико-экономических стандартов.

Ключевые слова: Пенитенциарная медицина, социально значимые заболевания.

PENITENTIARY MEDICINE IN A MODERN WORLD

Milchakov D.E., Romanova A.V.

Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia, (610998, Kirov, K. Marx St, 112) kf22@kirovgma.ru

Summary. The incidence rates among prisoners with socially significant diseases have always been higher and currently prevail over those among ordinary citizens, which affects the overall epidemic situation. The introduction of national standards for the management of patients into the Russian penitentiary system, which includes a wide range of diseases, presents significant difficulties, since it is not a subordinate structure of the Ministry of Health of the Russian Federation. One

of the main obstacles is the structure of the medical service of the penal system, which does not exist in public health. Therefore, the aim of the work is a statistical analysis of the incidence of prisoners for the subsequent evaluation of the effectiveness of prison medicine, as well as determining the level of possible danger, due to difficulties in diagnosing and treating prisoners, for ordinary citizens. The main documents for analysis were data from the Federal Penitentiary Service. As the results of the study showed, the main socially significant diseases in prisons are HIV infection and tuberculosis, due to the difficulties of their diagnosis and treatment in the system of penitentiary medicine. With such a volume of health care, the existing structure of material and technical equipment, the staff of the medical unit, as well as insufficient funding do not allow fully adhering to medical and economic standards.

Keywords: penitentiary medicine, socially significant diseases.

Введение

Федеральная служба исполнения наказаний в России проходит период коренного реформирования, направленного на усовершенствование условий содержания лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, соблюдения их прав и законных интересов. План модернизации уголовно-исполнительной системы до 2020 года призван обеспечить основу для дальнейшего прогресса и стремления к международным стандартам и потребностям в большей гуманизации. Одно из направлений Концепции – усовершенствование медицинской помощи заключенным, снижение заболеваемости, смертности лиц, находящихся в местах лишения свободы. Проблемы поиска путей оптимизации правового регулирования организации медицинской помощи осужденным нуждаются в дальнейшем обсуждении: одни из них остаются дискуссионными, другие лишь обозначены, третьи – получили неточную трактовку [1]. Одну из основополагающих ролей в

Цель работы. Анализ эпидемической ситуации по социально значимым заболеваниям и мониторинг состояния организации медицинской помощи в местах лишения свободы.

Материалы и методы. Изучение статистических данных о заболеваемости в местах заключений социально значимыми заболеваниями. Основополагающие данные

становлении пенитенциарной медицины сыграл московский врач немецкого происхождения Федор Петрович Гааз, который считал, что независимо от национальности, пола и возраста, социального положения, необходимо видеть в пациенте только его человеческую личность и разделять с ним его несчастье. Недаром в народе его называли «святой доктор». В своей медицинской деятельности он уделял особое внимание тюремным заключенным. Федор Петрович считал, что несчастье, болезнь и преступление находится в тесной связи друг с другом, и к заключенным необходимо проявлять сострадание и призрение [2]. Безусловно пенитенциарная медицина подверглась большим изменениям, но даже в нынешних условиях, будучи отдельной системой от Минздрава РФ, эпидемиологическая обстановка в местах заключения остается напряженной.

об эпидемической ситуации взяты из ФСИН-6 «Сведения о социально значимых заболеваниях у лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, и отдельных показателях деятельности медицинской службы», а также № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», № 33 «Сведения о больных туберкулезом», № 9 «Сведения о

заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными

болезнями» за период 2011 – 2018 гг

Основное содержание

Результаты. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. № 715 туберкулез, ВИЧ-инфекция и инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, относятся к социально значимым заболеваниям и заболеваниям, представляющим опасность для окружающих. На заболеваемость осужденных влияют такие факторы, как: санитарные условия содержания, питание, окружение и социальные связи осужденных как в учреждении, так и за его пределами. Санитарные условия в местах лишения свободы на данный момент оцениваются как неблагоприятные. Минимальное количество жилого помещения на человека, тесное скопление людей, недостаточные условия для проведения личной гигиены заключенными, отключение или отсутствие горячей воды, отсутствие средств личной гигиены – все это непосредственно влияет на состояние здоровья осужденных, повышает риск заражения даже здоровых лиц спецконтингента. Основными болезнями, которыми страдает большинство осужденных, являются: туберкулез, ВИЧ и СПИД, гепатит, сифилис. По сравнению со средними показателями по России в целом, в местах лишения свободы (на 2018 год) заболеваемость выше: туберкулезом в 19,4 раза, ВИЧ-инфекцией в 26,9 раза, сифилисом в 8,9 раза. Среди впервые зарегистрированных случаев туберкулеза в учреждениях ФСИН практически каждый второй больной (43,8%) находится в возрасте 25–34 лет. Следствием своевременности выявления туберкулеза является регистрация преимущественно ранних форм туберкулеза в местах лишения свободы. Но есть и положительная динамика: за период 2011–2018 гг. количество освободившихся пациентов с активными формами туберкулеза

сократилось в 1,7 раза – с 15 712 до 9027 человек. Развитие лабораторной службы в учреждениях УИС позволило поддерживать стабильно высокую долю впервые выявленных больных туберкулезом, обследованных как с использованием микроскопии (2017 г. – 99,9%), так и с использованием культуральной диагностики (2017 г. – 92,4%). Среди новых случаев туберкулеза, а также в случаях рецидива туберкулеза прослеживается отрицательная динамика с увеличением летальности от различных причин, в первую очередь от ВИЧ-инфекции. В местах лишения свободы также растет доля зараженных ВИЧ среди уже состоящих на учете больных туберкулезом: 2011 г. – 12,8%; 2017 г. – 26,8%; 2018 г. – 32,3%. В учреждениях ФСИН среди состоявших на учете больных туберкулезом сочетанная патология отмечается чаще, чем среди общего населения России. Умерших от туберкулеза пациентов регистрируют преимущественно как умерших от ВИЧ-инфекции, поскольку при смерти от туберкулеза, в большинстве случаев, ВИЧ-инфекция находится в поздней стадии. В 2018 г. 97,9% смертельных случаев зарегистрированы как умершие в результате ВИЧ-инфекции, даже в том случае, если заключенный, больной туберкулезом, погибал вследствие туберкулеза, но был инфицирован ВИЧ, даже когда не было проявлений понижения иммунитета (количество клеток CD4 больше 350). Как итог – снижение показателя «смертность от туберкулеза» происходит частично вследствие записи причины смерти от ВИЧ-инфекции. Уровень заболеваемости сифилисом в 2018 г. в местах лишения свободы составил 209,3 на 100 тыс. среднесписочного состава спецконтингента, что превышает среднероссийский показатель в 8,9 раза (23,5 на 100 тыс. населения). Однако,

данное заболевание имеет неуклонную тенденцию к снижению с 2011 г. В

следственных изоляторах было впервые выявлено 96% случаев сифилиса.

Заключение

Распространение социально значимых заболеваний в местах лишения свободы оказывает существенное влияние на эпидемическую ситуацию в целом в большинстве стран мира. В России это связано с тем, что с санитарно-эпидемиологической точки зрения учреждения УИС, особенно следственные изоляторы, представляют собой экстремальную, искусственно созданную среду обитания, создающую значительную нагрузку на организм часто очень молодого и не совсем сформировавшегося человека. Несмотря на прогрессивные методы лечения, разработку новых медикаментов для лечения социально значимых заболеваний, в местах лишения свободы показатели таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция и туберкулез, достаточно трудно

поддаются своевременной диагностике и лечению, маскируясь в виде других заболеваний, или же протекая в качестве сочетанной патологии, которая, исходя из данных, неуклонно прогрессирует, что, соответственно, увеличит риск заболеваемости мирного населения при освобождении осужденных. Проблема должного оказания медицинской помощи в исправительных учреждениях может быть сопряжена еще и с тем, что медико-санитарная служба ФСИН и Минздрав России работают не сообща, что, вероятно, замедляет процесс диагностики, оказания квалифицированной помощи и правильного своевременного лечения социально значимых заболеваний, что затем и отражается в статистических материалах.

Список литературы / References

1. Стерликов С.А. и др. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в учреждениях Федеральной службы исполнения наказаний Российской Федерации // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2018. №. 4. [Sterlikov, S. A., Belilovskiy, E. M., Ponomarev, S. B., Postolnik, G. A., Tuberculosis in the prisons of Russian

Federation . *Current problems of health care and medical statistics*. 2018 ; (4) (In Russ)].

2. Чичирина А.А. Федор Петрович Гааз и его вклад в развитие русской этики врачевания // Научный альманах. 2019. №. 5–3. С. 156–158. [Chichirina, A. A. Fedor Petrovich Haaz and his contribution to the development of the Russian ethics of healing. *Nauchnyi al'manah*. 2019 ; (5–3) : 156–158 (In Russ)].

УДК 616-008

РАСПРОСТРАНЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛЫХ СОЦИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ИХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Милячаков Д.Е., Колосов А.Е.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса 112),
e-mail: kf22@kirovgma.ru

Резюме. В статье представлен комплексный анализ социально-значимых заболеваний населения Кировской области на основе литературных данных и

собственного опыта, а также достоверной статистики об этих страшных заболеваниях практически во всех областях нашего региона. Это туберкулез, злокачественные опухоли, венерические заболевания, диабет, ожирение и клещевой энцефалит с болезнью Лайма. Эти специфические заболевания поражают в основном людей трудоспособного возраста, приводят к инвалидности, а иногда и к смерти. Возникает парадокс: факторы риска, причины, клинические проявления, схемы лечения каждого заболевания хорошо известны врачам, но у нас все еще есть проблемы со снижением их заболеваемости во всем регионе. Они по-прежнему создают значительную социальную напряженность и становятся серьезным экономическим бременем для общества. Региональные органы здравоохранения совместно с местными властями должны разработать комплексную программу борьбы с этими смертельными заболеваниями.

Ключевые слова: Кировская область, социальные болезни, современные методы снижения заболеваемости

INCIDENCE OF THE MOST SERIOUS SOCIAL DISEASES IN KIROV REGION AND POSSIBILITIES TO REDUCE THEM

Mylchakov D.E., Kolosov A.Y.,

Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia, (610027, Kirov, K. Marx St, 112) kf22@kirovgma.ru

Summary. The paper presents multifaceted analysis of socially significant diseases of the population of Kirov region based on literature data and our own experience, as well as reliable statistics about these terrible diseases in almost all areas of our region. They are tuberculosis, malignant tumors, sexually transmitted diseases, diabetes, obesity and tick-borne encephalitis with Lyme disease. These specific diseases affect mostly people of working age, lead to disability and sometimes death. There is paradox: risk factors, causes, clinical manifestations, treatment regimen of each disease are well-known to doctors, but we still have trouble reducing their incidence throughout the region. They still produce significant social tension and become a serious economic burden for the society. Regional health authorities together with local government must develop a comprehensive program to combat these fatal diseases.

Key words: Kirov region, socially significant diseases, modern methods for reducing disease incidence.

Введение

Социальные болезни – это патология, охватывающая значительный контингент населения с неблагоприятными бытовыми, экологическими и профессиональными

условиями, а также с низким материальным уровнем и распущенным образом жизни (алкоголизм, наркомания, сифилис, ВИЧ).

Социальные болезни имеют почти поголовный статус в слаборазвитых странах Азии, Африки и Южной Америки. Борьбу с ними осуществляет ВОЗ в порядке международного сотрудничества и помощи.

В России в средних географических широтах в сильно заселенных крупных городах заболеваемость социальными болезнями также высока, что, несомненно, вызывает тревогу и настороженность медицинских работников.

Основное содержание

В номенклатуру социальных болезней Кировской области вошли: туберкулез, злокачественные опухоли, клещевой энцефалит, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, сахарный диабет и ожирение [1,2].

Туберкулез

Наиболее тяжелым социальным недугом является туберкулез или чахотка (phtisa), который в общей структуре летальных исходов взрослого населения констатируется главенствующим по отношению к совокупности остальных инфекционных болезней. Социальная значимость туберкулеза в том, что страдают люди трудоспособного возраста (66,5% 25-54 лет). Наичаще разрушительному поражению подвергаются легкие, а также костный скелет и внутренние органы, включая головной мозг. Возбудитель туберкулеза – микобактерия Коха, источником заражения служит больной человек с активной формой болезни, выделяющий

Поскольку в литературе обобщающих публикаций о медико-социальных проблемах в разных регионах нашего государства нам не встретилось, мы в этой статье представили наиболее полную характеристику социальных болезней в Вятском крае в сравнении с рядом областей Приволжского Федерального округа.

возбудителей туберкулеза во внешнюю среду воздушно-капельным путем. Благодаря своему строению микобактерия очень живуча, много лет сохраняется в штукатурке и в полу квартиры чахоточного больного, а также в его одежде, устойчива к холоду, длительно выживает в уличной пыли. Усугубляют эпидемическую ситуацию по туберкулезу выходцы из тюрем и эмигранты. Они создают резервуар туберкулезной инфекции. В Кировской области по состоянию на 1 января 2018 года на диспансерном учете у врачей-фтизиатров зарегистрировано 11 118 человек, из них 1317 больных с активной формой туберкулеза [2, 3].

В 25 административных районных территориях Вятского края показатели заболеваемости туберкулезом выше среднеобластного уровня, в том числе в 9-ти цифры заболеваемости превышают даже среднероссийский [4]. Наиболее высокие уровни представлены в табл. 1 (из расчета на 100 тыс. населения).

Табл. 1

Орловский	137,7
Богородский	71,3
Афанасьевский	90,7
Опаринский	70,9
Оричевский	80,7
Шабалинский	67,6
Верхошижемский	76,9
Юрьянский	63,9
Яранский	75,6

Кировская область	44,4
Российская Федерация	66,6

Злокачественные опухоли

В Кировской области на учете с тем или иным видом злокачественного процесса 25,5 тысяч человек. Заболеваемость имеет тенденцию к росту. Ежегодно у нас выявляется около 5 тысяч новых случаев, а в 2017 году поставлен диагноз рак у 6214 человек. Каждые сутки злокачественные новообразования становятся причиной смерти 8 пострадавших, а за 2017 год умерло 3045 больных. Мы превышаем показатели заболеваемости даже по сравнению с Российскими показателями. На 100 тысяч населения приходится 477 онкобольных по Кировской области, по стране всего – 408 человек [5].

У женщин чаще встречается рак молочной железы, а у мужчин – рак легкого. В областном центре

функционирует Хоспис – дом для тяжелых раковых больных.

В ПФО в целом темп прироста онкологической заболеваемости в 10 раз выше, чем в Кировской области – 107,4% и 10,7% соответственно. В один год в округе умирают более 60 тысяч жителей, этим зримо демонстрируется социальная проблема относительно онкологической катастрофы в ПФО [6].

Рак молочной железы

Этот рак в настоящее время занимает первое место среди причин смертности женщин в возрасте 50–65 лет. В Кировской области ежегодно заболевают такими формами карцином 390–400 женщин. Высокая распространенность рака молочной железы среди женского населения (стандартизированный показатель на 100 тыс. населения) прослеживается на рис. 1.



Рис. 1. Распространенность рака молочной железы среди женского населения Кировской области

Одновременно выявляются запущенные разновидности неоплазм (III – IV клиническая стадия) в 9 районах нашего региона (Афанасьевский, Богородский, Лузский, Малмыжский,

Омутнинский и др.). Поэтому ежегодно в Кировской области от рака молочной железы умирает около 180 женщин. При этом у них находят отечно-инфильтративные протоковые раки IV

стадии, опухолевые узлы больших размеров, низкой степени гистологической дифференцировки и метастазы в легких, костях или головном мозге [7].

Рак яичников

Пагубность овариальных карцином в том, что они протекают бессимптомно, больные обращаются за медицинской помощью в запущенных III–IV стадиях заболевания. Средний возраст возникновения рака яичников составляет 56 лет. Отдаленные результаты лечения пострадавших показывают, что 5-летняя выживаемость за последние 20 лет существенно не увеличилась и в целом не превышает 35% (при распространенных формах заболевания не более 20%). А по данным долгосрочного прогнозирования в последующие годы подобная карциноматозная тревожная обстановка будет сохраняться, причем одновременно станут возрастать и показатели смертности. Поэтому рак яичников признан одной из самых фатальных локализаций гинекологической патологии. Эксперты установили, что в США каждые 45 минут наступает смерть от карциномы яичников [7, 8].

В Кировской области рак яичников по рангу заболеваемости занимает 3 место после рака тела и шейки матки (8,2%, 6,2% и 5% соответственно), но по показателям смертности опережает рак тела и шейки матки, занимая 5-е место среди причин смерти от всех опухолей у женщин. Данная ситуация является медико-социальной проблемой и требует более пристального внимания органов здравоохранения.

Рак шейки матки

Оценивая современное состояние и перспективы онкологической заболеваемости, можно заключить, что удельный вес больных раком шейки матки III–IV стадий не снижается, запущенность доходит почти до 40% [9].

Этот рак фиксируется в группе женщин 45–55 лет, в то же время отмечается его омоложение. Прогностическим фактором служит

гистологическое строение рака шейки матки. Так, например, 5-летняя выживаемость больных аденокарциномой ниже, чем у пациенток с плоскоклеточным раком (при III стадии – соответственно 34,6% и 45,8%). Для железистого рака характерно раннее метастазирование и рецидивирование (до 12 мес.), а при плоскоклеточном раке генерализация возможна лишь через 36 месяцев.

Ученые обнаружили связь между раком шейки матки и вирусными инфекциями (генитальный герпес, вирус папилломы человека HPV). К факторам риска относят также раннее начало половой жизни, частые аборт, смена половых партнеров, венерические заболевания и другие причины [10].

В диагностике рака шейки матки, в выявлении рецидивов и метастазов может оказать помощь определение карциноэмбрионального антигена (РЭА), а также положительная реакция к циклину Д1.

Частым смертельным осложнением является широкая инвазия карциномы в соседние ткани и органы со сдавлением мочеточников и развитием уремии или перитонита. Кроме того, после лучевой терапии случаются лучевой проктит, геморрагический цистит и перфорация толстой кишки [9, 11].

Перечисленные объективные факторы являются мотивацией для неотложной ликвидации подобных запущенных раков у молодых женщин с визуальными формами поражения, к которым относятся карциномы шейки матки. Такие зримые формы рака необходимо выявлять с дотошностью, порой прибегая в небольших поселениях и городах областного подчинения даже к подворовому обходу. Визуальные формы рака должны выявляться на ранних стадиях заболевания.

Рак тела матки

В нашей стране рак эндометрия занимает второе место среди онкологических болезней женщин, уступая лишь раку молочной железы, и

главенствующее положение среди опухолей женской половой сферы.

Страшит то, что наблюдается неуклонное увеличение удельного веса женщин молодого возраста. Тревожность объясняется тем, что это не только репродуктивно значимая, но и активная в социальном отношении группа.

Рак эндометрия подразделяется на 2 клинических типа: тип 1 – эстрагенозависимый, представлен высоко- или умеренно- дифференцированными аденокарциномами, выявляется у женщин 40–50 лет, прогноз после гистерэктомии более благоприятный, чем при типе 2, который не зависит от эстрогенов, и встречается он у старых женщин низкодифференцированный и агрессивный, представлен в основном серозными и светлоклеточными карциномами с высокими уровнями экспрессии p 53 и Ki – 67. У таких больных прогноз неблагоприятный [12].

В Кировской области рак матки также главенствует среди гинекологических новообразований: рак тела матки 8,2%, рак шейки матки 6,2%, рак яичников 5%. Причем в последние годы наибольший прирост заболеваемости раком эндометрия замечен среди женщин в возрасте до 29 лет (за 10 лет на 50%).

Запущенные случаи рака тела матки (III–IV стадии) были зафиксированы у нас на 12 территориях (из 39) в первой половине XXI века: это Вятскополянский, Кирово-Чепецкий, Котельнический, Куменский, Лузский, Малмыжский, Омутнинский, Опаринский, Слободской, Шабалинский, Юрьянский и Яранский районы.

Основные прогностические факторы при раке эндометрия: стадия заболевания, гистологическая структура рака и дифференцировка опухоли, глубина инвазии в миометрий, карциноматозная эмболия и площадь поражения тела матки. Пятилетняя выживаемость больных после лучевой терапии в зависимости от локализации опухоли: верхние 2/3 полости матки 65,1%, вся полость 58,7%, переход на цервикальный

канал 43,9%. Рецидивы обнаруживаются в среднем через 1,3 года, причем в 5 раз чаще при втором патогенетическом типе. Рецидив подтверждается с помощью высокоинформативного опухолевого маркера СА – 125.

Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах снижает 5- летнюю продолжительность жизни до 23,5%. Имеет значение также число лимфатических узлов, замещенных метастазами: при 3-х и более метастатических узлах прогноз безнадежен [13].

Рак щитовидной железы

В Вятском крае заболеваемость раком щитовидной железы за 5 лет увеличилась в 2 раза, высокие шансы развития такой патологии в Зуевском и Советском районах. Он чаще появляется в возрасте 30–50 лет, преобладают женщины, в сравнении с лицами мужского пола – 5:1.

Частота диагностики рака щитовидной железы в IV стадии достоверно выше среди больных сельской местности, что обусловлено качеством диагностики данного заболевания [10]. Для снижения рисков возникновения этой патологии необходимо усилить контроль за профилактикой дефицита йода в питании. Одновременно особую заботу надо проявить к детям, подросткам, беременным и кормящим женщинам. Повышенное внимание дефициту йода объясняется тем, что недостаток его в организме создает не только грозную онкологическую опасность, но и задерживает интеллектуальное развитие детей, снижает память. Ученые подтверждают, что в йоддефицитных районах в 2 раза чаще встречается умственная отсталость. Следовательно, создается двойная социальная напряженность среди взрослых и детей.

Меланома кожи

Она расценивается как одно из грозных злокачественных новообразований человека, так как способна быстро расти и рано давать метастазы. Врачу чрезвычайно важно

помнить, что удвоение (увеличение в 2 раза) размера меланомы наступает за 6 месяцев. В этой связи задержка медицинского пособия в прямом смысле смерти подобна [13].

В Кировской области заболеваемость и смертность от меланомы выше, чем в среднем по России. Например: в конце 2011 года состояло на учете 772 человека с меланомой, а умерло 45, причем 17 из них не прожили и года после постановки диагноза; а в 2012 году заболело еще больше – 825 человек и у 22,4% из них меланомы были в запущенной стадии, когда лечение уже малоэффективно [10].

Установлено, что у светлокожих людей с голубыми глазами и блондинов исход болезни хуже, чем у смуглых пациентов; с увеличением возраста показатели продолжительности жизни тоже падают [14].

Меланома у детей до периода полового созревания почти не встречается. Склонность к рецидивам, которые развиваются в кожном рубце в среднем через 13,5 месяцев после операции, приписывается слабо пигментированным опухолевым узлам интрадермального гистогенетического типа эпителиоидноклеточного строения с толщиной новообразования выше 2 мм и уровнем инвазии по Кларку глубже третьего. При этом заметно снижается 5-летняя продолжительность жизни до 25,2%.

Социальная значимость меланомы в том, что она чрезвычайно агрессивна, дает незамедлительно метастазы как лимфогенно, так и гематогенно в головной мозг, поэтому прогноз катастрофичен, такие тяжелые больные живут не более 7,5 месяцев [13].

В целом при анализе летальности при меланоме кожи необходимо учитывать, что жизнь сокращается, когда меланома беспигментная, смешанноклеточная или баллонообразная, на коже спины, стопе, кисти, либо волосистой части головы; толщиной выше 3 мм, III–IV уровня инвазии; с

выраженной митотической активностью опухолевых клеток; у пожилых людей (старше 60 лет). В социальном плане главное своевременная диагностика и незамедлительность медицинского вмешательства.

Клещевой энцефалит

Эндемические очаги клещевого энцефалита и болезни Лайма существуют на Урале и в Сибири. Вспышки возникают в мае – июне, в сезон размножения иксодовых клещей, от которых РНК-арбовирус попадает к человеку. Кировская область относится к неблагоприятным регионам по этим инфекционным формам, у нас заболеваемость клещевым энцефалитом превышает средние показатели по России в 8 раз. Это тяжелая смертельная патология с поражением головного мозга возникает у людей на садовых участках и в лесу при сборе грибов и ягод. Иногда клещи заносятся в дом на одежде, с домашними животными и букетами полевых цветов.

Единственным методом профилактики такого заболевания является вакцинация (прививка), а в случае укуса клещом назначается специфический гаммаглобулин. Удаленного клеща надо сдать в лабораторию поликлиники для определения инфицированности его вирусом энцефалита и боррелиями (болезнью Лайма).

Лица, работающие и живущие в местности, где эти болезни эндемичны, должны использовать защитную одежду и обувь, ежедневно осматривать себя с целью обнаружения присосавшихся клещей, а вблизи жилища производить расчистку лесных и кустарниковых зарослей.

Для Кировской области данная патология создает высокую социальную напряженность, поскольку страдают люди всех возрастов, и констатируется значительная летальность населения [11].

Венерические болезни

Это инфекционные заболевания, передающиеся преимущественно

половым путем. В Кировской области часто регистрируются сифилис, гонорея и СПИД, вызываемый РНК-вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Сифилис – (французская или срамная болезнь) вызывается бактериями вида *treponema pallidum* (бледная спирохета), которая обладает 100% вирулентностью (заражаемостью). Поражаются кожа, слизистые оболочки, внутренние органы, кости и нервная система, протекает по стадиям, встречается врожденный сифилис и бытовой. Чаще всего сифилисом болеют молодые люди 20–29 лет и мужчины, и женщины, что прямо отражается на экономике региона, тем более, что в Кировской области больные сифилисом регистрируются во всех административных территориях, а в 15 районах показатели уровня заболеваемости превышают среднеобластной (35,2 на 100 тысяч населения), доходя даже до 124,6 (Омутнинский) и 182,6 (Свечинский).

Гонорея (триппер). В городе Кирове заболеваемость в 2 раза превышает среднеобластной уровень (среди всех заболевших гонореей на долю жителей областного центра приходится 72,3% пострадавших) [10].

Гонококк передается при половых контактах и распространяется во влагалище, предстательной железе и прямой кишке, а также мочевых путях. Грозным осложнением у женщин является бесплодие из-за воспалительных процессов в матке и придатках.

СПИД (AIDS) – это синдром приобретенного иммунного дефицита развивается вследствие заражения ВИЧ-инфекцией (смертельным РНК-вирусом) при половом акте (до 86%), при переливании крови или беременности и с молоком матери; добавляют новые случаи ВИЧ-инфекции люди с временной регистрацией и эмигранты из других регионов.

Чаще всего ВИЧ-инфекция регистрируется среди молодого и трудоспособного населения (от 30–40 лет).

В Кировской области в 2013 году появилось 147 новых случаев, а всего на учете 1233 больных. В настоящее время число инфицированных ВИЧ неуклонно растет и в России, и в Кировской области. Срок жизни при СПИДе не более 12 лет.

Сахарный диабет и ожирение

Повсеместно число лиц с сахарным диабетом (СД) и ожирением увеличивается. Эти патологические процессы сопровождают друг друга, поскольку при них поражается поджелудочная железа и расстраивается обмен веществ как углеводный, так и жировой.

СД бывает 2 типов: у детей СД 1 типа, а у взрослых – СД 2 типа.

Сахарный диабет 1 типа – неизлечимое аутоиммунное заболевание. В Кировской области наиболее высокие показатели встречаемости СД 1 типа в 5 районах региона: в Вятскополянском, Кирово-Чепецком, Омутнинском, Оричевском и Слободском. А самая высокая частота СД 1 типа у детей в городе Кирове (в 2014 – 122 случая, а в 2015 г. – 145).

Аналогичная тяжелая ситуация наблюдается и у взрослого населения с СД 2 типа. Заболеваемость в Кирове в 2014 году – 17599 случаев, а в 2016 г. – 19672 случая.

Как известно, при сахарном диабете развиваются сосудистые осложнения (ангиопатии) в сетчатке глаз и почках, что приводит к отслойке сетчатки, атрофии зрительного нерва, слепоте и гломерулосклерозу с явлениями уремического состояния. Сочетание СД и ожирения неотвратимо обеспечивает раннюю инвалидность и затем летальность, поэтому социальная значимость их высокая [15].

Заключение

Результаты тщательного анализа клинических характеристик и статистических показателей социально значимых болезней у населения Кировской области за последние годы убеждают в том, что в нашем регионе существует явная недооценка угрозы широкой инвалидности и снижения общей продолжительности жизни пострадавших пациентов трудоспособного возраста. При такой острой социальной ситуации неизбежно констатируются значительные материальные потери в экономическом отношении. Наряду с этим создавшееся

трагичное положение свидетельствует о том, что в Кировской области недостаточная диагностика, профилактика и эпидемический контроль за туберкулезом, раком, сифилисом, СПИДом, клещевым энцефалитом и другими тяжелыми нозологическими формами. Такое состояние дел в отношении социально значимых заболеваний на территории Кировской области требует смещение акцента в сторону качественного улучшения борьбы с этой патологией.

Литература / References

1. Отчеты департамента здравоохранения Кировской области за 2003 - 2013 г. [Reports of the Department of Health of the Kirov Region for 2003 – 2013 (In Russ.)]
2. Всероссийская организация здравоохранения. Вопросы здравоохранения. Туберкулез. [All-Russian Health Organization. Health Issues. Tuberculosis. (In Russ.)] Available at: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/ru/>.
3. Заяц Е.А. Туберкулёз – проблема актуальна. [Zayats E.A. Tuberculosis - the problem is relevant (In Russ.)] Available at: <http://www.ncgb.by/index.php/informatsiya-o-sokhraneni-zdorovya/16-poleznye-stati/237-tuberkulez-problema-aktualna>.
4. Мильчаков Д.Е., Колосов А.Е. Социально значимые заболевания населения Кировской области в начале XXI века. Киров, 2018. . [Milchakov D.E., Kolosov A.E. Socially significant diseases of the population of the Kirov region at the beginning of the XXI century. 2018. (In Russ.)]
5. Злокачественные новообразования в России [Malignant neoplasms in Russia (In Russ.)]. Available at: https://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/ (accessed 16.01.2017).
6. Состояние онкологической помощи населению России (статистический отчет). [Sostoyanie onkologicheskoy pomochi naseleniy v Rossii (statisticheskii otchot). (In Russ.)] Доступно по: <http://www.oncology.ru>. Ссылка активна на 19.01.2020
7. Мильчаков Д.Е., Колосов А.Е. Актуальные вопросы диагностики и лечения серозных и муцинозных опухолей яичников (по материалам научно – практических разработок). Киров, 2008.. [Milchakov D.E., Kolosov A.E. Actual issues of diagnosis and treatment of serous and mucinous ovarian tumors (based on materials of scientific and practical developments). 2008. (In Russ.)]
8. Нейштадт Э.Л., Ожиганова И.Н. Опухоли яичника. Санкт – Петербург; 2014. [Neustadt E.L., Ozhiganova I.N. Tumors of the ovary. St. Petersburg; 2014. (In Russ.)]
9. Нейштадт Э.Л., Крулевский В.А. Дифференциальная диагностика опухолей шейки матки. Санкт – Петербург; 2012. [Neustadt E.L., Krulevsky V.A. Differential diagnosis of cervical tumors. St. Petersburg; 2012. (In Russ.)]
10. Состояние онкологической помощи населению России (статистический отчет). [Sostoyanie onkologicheskoy pomochi naseleniy v Rossii (statisticheskii otchot). (In Russ.)] Доступно по: <https://www.oncology.ru/service/statistics/condition>. Ссылка активна на 19.01.2020
11. Статистическая информация Минздрава России. Заболеваемость всего

населения России в 2015 году. Статистические материалы Часть II. Москва 2016. [*Statistical information of the Ministry of Health of Russia. The incidence of the entire population of Russia in 2015. Statistical materials Part II.* Moscow 2016. (In Russ.)]

12. Нейштадт Э.Л., Крулевский В.А. Дифференциальная диагностика опухолей тела матки Санкт – Петербург; 2009. [Neustadt E.L., Krulevsky V.A. *Differential diagnosis of tumors of the uterus.* St. Petersburg; 2009. (In Russ.)]

13. Колосов А.Е. Продолжительность жизни при раке, саркоме, меланоме,

лейкозе и лимфогранулематозе. Киров 2007. [Kolosov A.E. *Life expectancy in cancer, sarcoma, melanoma, leukemia and lymphogranulomatosis.* Kirov; 2007. (In Russ.)]

14. Кисличко А.Г. Рак кожи. Меланома кожи, УМП, Киров; 2013. [Kislichko A.G. *Skin cancer. Skin melanoma, UMP,* Kirov; 2013. (In Russ.)]

15. Allan Zhao et al. 3 polyunsaturated fatty acids ameliorate type 1 diabetes and autoimmunity. *The Journal of clinical investigation* 2017;127(5):1757-1771.

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

УДК 378.016: 06.017.2

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Ворсина Е.В.¹, Савельева М.Г.²

¹ФГБОУ ВО Ижевская государственная медицинская академия (426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail: phizika@igma.udm.ru

²ФГБОУ ВО "Удмуртский государственный университет" (426000 Республика Удмуртия, г. Ижевск, ул. Университетская, д. 1, корп. 6), e-mail: Kaf-pedagogika@yandex.ru

Резюме. В статье поднимается вопрос о реализации принципа междисциплинарности в высшем профессиональном медицинском образовании. Рассматриваются трудности выстраивания междисциплинарного педагогического взаимодействия, связанные со сложностью координации этого процесса, особенностями профессионального образования самих преподавателей и большой их загруженностью, недостатками нормативных документов. Приводится авторское определение термина «междисциплинарное педагогическое взаимодействие» и этапы его осуществления.

Ключевые слова: междисциплинарное педагогическое взаимодействие, междисциплинарные связи, медицинское образование, организация междисциплинарного педагогического взаимодействия.

INTERDISCIPLINARY PEDAGOGICAL INTERACTION IN MEDICAL UNIVERSITY

Vorsina E.V.¹, Savelyeva M.G.²

¹Izhevsk State Medical Academy (426034, Izhevsk, Kommunny st., 281) phizika@igma.udm.ru

²Udmurt State University (426000 Republic of Udmurtia, Izhevsk, Universitetskaya st., 1, building 6) Kaf-pedagogika@yandex.ru

Summary. The article discusses implementation of the interdisciplinarity principle in higher professional medical education. The difficulties of interdisciplinary pedagogical interaction organization are considered. They are connected with the coordination of this process, the peculiarities of the teachers' professional education and their heavy workload, weak points of the regulatory

documents. The author's definition of the term "interdisciplinary pedagogical interaction" and the stages of its implementation are given.

Keywords: interdisciplinary pedagogical interaction, interdisciplinary communication, medical education, organization of interdisciplinary pedagogical interaction.

Введение

Одним из современных направлений совершенствования процесса обучения студентов вуза является переосмысление теории и практики установления, организации, внедрения в учебный процесс междисциплинарных связей. Междисциплинарность, с одной стороны, не является новым словом в педагогике высшей медицинской школы [1]. С другой же стороны, в связи с современными тенденциями развития науки, техники (большая скорость обновления знаний, цифровые технологии, конвергенция наук и др.), общества (например, появление новых вызовов в связи с COVID-19), междисциплинарность становится не просто полезным, но и необходимым инструментом образовательного процесса.

Говоря об актуальности междисциплинарности в высшем

профессиональном образовании, стоит также упомянуть, что в новых ФГОС в качестве образовательных результатов есть универсальные компетенции, которые можно сформировать только в ходе совместных согласованных действий преподавателей и установления междисциплинарных связей в содержании дисциплин.

Таким образом, наиболее эффективным процесс актуализации междисциплинарных связей становится в условиях междисциплинарного педагогического взаимодействия, поскольку конечный продукт всегда лучше, когда он получается благодаря разнообразию мыслей и подходов субъектов деятельности.

Основное содержание

Авторы [2], рассматривая подходы и перспективы междисциплинарного взаимодействия в современной науке, дифференцируют созвучные термины «междисциплинарность», «междисциплинарные взаимодействия», «междисциплинарный подход». С их точки зрения, междисциплинарные взаимодействия – это термин, обозначающий «интегрирующие факторы, способствующие образованию логических структур комплементарных монодисциплин, которые приводят к расширению горизонтов научного мировоззрения», а междисциплинарный подход – это «способ расширения научного мировоззрения в направлении обогащения знаний, методологии и языка одной научной дисциплины за счет знаний, методологии и языка другой научной

дисциплины...». Данные определения вполне подходят и к ситуации образовательного процесса вуза, когда установление междисциплинарных связей служит целям реализации основной профессиональной образовательной программы высшего образования, расширяя возможности построения целостной модели выпускника вуза и процесса становления профессионального мышления студентов – будущих специалистов.

Сочетание «педагогическое взаимодействие» давно укоренилось в образовательной сфере [3, с. 127]. Под педагогическим взаимодействием в научно-педагогической литературе, как правило, понимается взаимодействие между обучающимся и учителем/преподавателем, учителем и родителями, между

преподавателями с точки зрения вопросов передачи знаний [4]. Разновидностью такого взаимодействия может являться и взаимодействие преподавателей различных дисциплин для установления и оправданного использования в образовательном процессе междисциплинарных связей. Согласно [3, с. 128] определение «педагогическое» указывает на сферу реализации взаимодействия; таким образом прилагательное центрирует внимание на собственно педагогической – образовательной, познавательной, воспитательной, учебной и т. д. – науке и практике.

Рассматривая ценностные приоритеты современных преподавателей вуза, А.А. Факторович [5] отмечает наметившуюся тенденцию разрушения традиционной ситуации, при которой «взаимодействие преподавателей связано с вопросами развития науки. Проблемы образования не часто становятся предметом исследования кафедр...». Пересмотр стиля работы преподавателей вуза предполагает, в том числе, «сотрудничество преподавателей с целью проектирования результатов образования, социально-культурной среды вуза, содержания преподаваемых дисциплин и способов его презентации, приоритетных образовательных технологий».

Педагогический аспект категории «межпредметные связи» изучается в работе [6]. Приведенные определения данной категории позволили автору выделить подходы к межпредметным связям как к взаимной согласованности учебных программ; как к по-разному раскрываемому у разных авторов дидактическому условию (В.Н. Федорова, Д.М. Кирюшкин, П.Н. Новиков, М.М. Левина, А.В. Усова); как к конструкции содержания учебного материала, принадлежащего двум и более учебным дисциплинам (В.Н. Келбакиани); как к одному из проявлений дидактического принципа систематичности (И.Д. Зверев); как к системе работы учителя и учащихся (П.Г. Кулагин); как к единству целей, функций, содержательных

и структурных элементов предметов (Г.И. Беленький); как педагогическую категорию для обозначения синтезирующих, интегративных отношений между объектами, явлениями и процессами реальной действительности (Г.Ф. Федорец). Дополнить предложенный обзор можно работой И.Е. Торшиной [7], в которой междисциплинарные связи рассматриваются как «средство, обеспечивающее взаимную согласованность учебных программ по разным дисциплинам...». Таким образом, единого подхода к интерпретации сущности междисциплинарных связей на данный момент не существует. С нашей точки зрения, на практике чаще всего междисциплинарные связи понимают как у В.Н. Келбакиани и И.Е. Торшиной: их связывают с интеграцией содержания, согласованностью освоения дидактических единиц. Мы разделяем более широкий подход к определению междисциплинарных связей Г.Ф. Федорец: как интеграцию отношений, явлений и процессов.

Выведение понятия междисциплинарного педагогического взаимодействия неразрывно связано с понятием междисциплинарных связей. *Междисциплинарное педагогическое взаимодействие* в вузе, по нашему мнению, – это совокупность совместных действий преподавателей различных дисциплин, в ходе и в результате которых выявляются, проектируются и внедряются в образовательный процесс междисциплинарные связи для более эффективного решения образовательных задач.

При выстраивании междисциплинарного взаимодействия в медицинском вузе необходимо учитывать ряд особенностей. Приведем лишь некоторые примеры. В статье [8] автор отмечает причины, по которым «междисциплинарные связи просматриваются в большей степени на уровне методических документов и публикаций». Среди них на первом месте – сложности в обеспечении действенной

координационной интеграции. Задаваясь вопросом зависимости эффективности обучения выпускающих кафедр от его эффективности на предыдущих этапах, автор констатирует фактическую независимость в преподавании клинических и фундаментальных дисциплин. Очевидно, что при таком подходе образовательный результат студентов на выходе оказывается дискретизированным – дисциплинарные области знаний обособлены, и целостная картина профессии у будущего специалиста не складывается.

Следующая проблема связана с возможностями самих преподавателей: в вузах чаще всего лишь небольшая часть преподавателей имеют глубокие знания сразу по нескольким дисциплинам и областям знаний. А в медицинских вузах преподаватели фундаментальных и гуманитарных дисциплин, как правило, не имеют медицинского образования, а «преподаватели клинических дисциплин, не имея специального педагогического образования, часто плохо владеют методикой преподавания» [7, 9].

Междисциплинарное взаимодействие также может быть осложнено из-за невозможности «отработки практических навыков «у постели больного» в связи с отсутствием «профильных» и «тематических» больных и учащением их

отказа от осмотра и консультации в соответствии с правами пациента» [7].

Также в качестве одного из существенных препятствий при совместной работе различных кафедр следует признать большую загруженность преподавателей вузов в рамках обязательных учебных программ. Это связано, в том числе, и со скоростью изменения условий, нормативной документации, неоднородностью контингента студентов – появление в группах студентов с ограниченными возможностями здоровья, иностранных студентов из ближнего зарубежья. Загруженность преподавателей медицинских вузов отмечают и авторы [10]: у преподавателей отсутствует свободное время и материальные ресурсы для реализации концепции междисциплинарности.

Проведенный анализ УМК базовых дисциплин, изучаемых на лечебном факультете Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА), показал, что документальные следы установления междисциплинарных связей можно обнаружить в УМК по дисциплинам (2008 г.), которые содержали пункт «Структура курса (место дисциплины, межпредметные связи)», а среди разновидностей представления материалов названного выше пункта наиболее часто встречаются три типа:

1. Блок-схема

2. Таблица: Тема Д1 – Тема Д2 – Вопросы для согласования

Тема в Дисциплине 1	Тема в Дисциплине 2	Вопросы для согласования
Тема Х Д1	Тема Y Д1	Изучаемые вопросы
...	...	
Тема М Д1	Тема N Д1	Изучаемые вопросы

3. Таблица: Тема – Основная информация (Д1) – Дополнительная информация (Д2)

Тема	Дисциплина 1	Дисциплина 2
Тема 1	Изучаемые вопросы	Изучаемые вопросы
...	...	
Тема n	Изучаемые вопросы	Изучаемые вопросы

В качестве примера результатов установления междисциплинарного взаимодействия также можно привести разработанные в ИГМА межкафедральные программы [11, 12]. В [12] авторы сводят в едином документе темы лекций, темы практических занятий раздела «Внутренние болезни (терапия)» на различных кафедрах и курсах обучения, а также объем их преподавания, а в [11] составлены перечни практических умений, отрабатываемых студентами во время обучения на терапевтических кафедрах лечебного факультета.

Несмотря на приведенные примеры, проведенный анализ УМК и межкафедральных программ позволил сформулировать выводы, являющиеся косвенными доказательствами недостаточности специально осуществляемой работы по организации междисциплинарного педагогического взаимодействия в медицинском вузе:

- в локальных нормативных документах, сопровождающих образовательный процесс, нет единой формы представления междисциплинарных связей, следовательно, для обеспечения единообразия требований необходимо соответствующее методическое сопровождение;

- вместо установления связей присутствует разделение материала по дисциплинам; таким образом, необходимо прояснение вопроса «что может являться результатом установленной междисциплинарной связи?»;

- не указывается тип связи материалов изучаемых дисциплин (например, причинно-следственная, общее-частное и т.д.); значит, необходим подбор или разработка соответствующей классификации междисциплинарных связей;

- устанавливается связь исключительно на уровне содержания изучаемых дисциплин; направление совершенствования мыслительных, познавательных, навыков, практических умений и других элементов профессиональной деятельности не затрагиваются; не находят отражение

универсальные компетенции (метакомпетенции) как возможный результат междисциплинарных связей и процесс их формирования;

- нет обоснования выбора кафедры-партнера по взаимодействию, т.е. процесс установления и организации междисциплинарных связей является стихийным.

Логика выстраивания междисциплинарного педагогического взаимодействия в медицинском вузе видится нам следующим образом. При организации и осуществления междисциплинарного педагогического взаимодействия необходимыми этапами являются:

1. Возникновение запроса на установление и документальное обеспечение/закрепление междисциплинарных связей (например, в связи с обновлением формата Рабочей программы дисциплины или другой документации, сопровождающей образовательный процесс в медицинском вузе).

2. Сбор рабочей группой кафедры первичной информации о содержании дисциплин, изучаемых на данном направлении подготовки на основе анализа рабочих программ; выявление наиболее перспективных для взаимодействия дисциплин (например, учитывая трудоемкость дисциплины, ее включенность в базовую или вариативную часть учебного плана и др.).

3. Процесс переговоров между рабочими группами кафедр (например, в форме совместного методического заседания кафедр) для выявления «точек соприкосновения» дисциплин, формирования единой цели.

4. Организация и осуществление совместной деятельности (например, составление объединенного тезауруса, банка ситуационных задач, внесение изменений в рабочие программы дисциплин и др.).

5. Работа по внедрению в образовательный процесс результатов междисциплинарного взаимодействия.

6. Рефлексия результатов обновления образовательного процесса на основе междисциплинарного взаимодействия и его коррекция.

Как видно из представленной последовательности, теми самыми «интегрирующими факторами» при

установлении междисциплинарных связей могут быть как различные коммуникативные процессы, так и деятельность по созданию междисциплинарного «продукта», и, собственно, сам «продукт» взаимодействия.

Заключение

Таким образом, междисциплинарность – один из современных трендов обучения. Его реализация требует целенаправленных, совместных усилий преподавателей различных дисциплин. Организация

педагогического междисциплинарного взаимодействия в медицинском вузе имеет ряд особенностей и может быть выстроена согласно определенной последовательности действий.

Список литературы / References

1. Коржуев А.В., Морохина С.Л. Модель «включенного участия» фундаментальных учебных дисциплин в высшем медицинском и фармацевтическом образовании // Медицинское образование и ВУЗовская наука. 2018. № 2 (12). С. 19-24. [Korzhuiev A.V., Morokhina S.L. Model of "included participation" of fundamental training disciplines in higher medical and pharmaceutical education. *Medical Education and University Science*. 2018;2(12):19-24 (In Russ).]
2. Мокий В.С., Лукьянова Т.А. Междисциплинарные взаимодействия в современной науке: подходы и перспективы // Экономическая наука современной России. 2017. № 3(78). С. 7-21. [Mokiy V.S., Lukyanova T.A. Interdisciplinary collaboration in contemporary science: approaches and perspectives. *Economics of Contemporary Russia*. 2017;3(78):7-21 (In Russ).]
3. Коротаева Е.В. Теория и практика педагогических взаимодействий: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры. М: Юрайт, 2019. 242 с. [Korotaeva E.V. *Teoriya i praktika pedagogicheskikh vzaimodejstvij: uchebnik i praktikum dlya bakalavriata i magistratury*. M: Yurajt, 2019;242 (In Russ).]
4. Коротаева Е.В. «Педагогика взаимодействий в образовательном пространстве»: научная школа установлении междисциплинарных связей могут быть как различные коммуникативные процессы, так и деятельность по созданию междисциплинарного «продукта», и, собственно, сам «продукт» взаимодействия.
5. Е.В. Коротаевой // Педагогическое образование в России. 2016. № 2. С. 195-199. [Korotaeva E.V. *Pedagogy of interaction in educational space: scientific school of E.V. Korotaeva. Pedagogical Education in Russia*. 2016;2:195-199 (In Russ).]
5. Факторович А.А. Ценностные приоритеты современных преподавателей вуза // Вестник ПСТГУ, IV: Педагогика. Психология. 2011. № 4(23). С. 46-52. [Faktorovich A.A. Value priorities of modern university lecturers. *St. Tikhon's University Review. Series IV: Pedagogy. Psychology*. 2011;4(23):46-52 (In Russ).]
6. Нассер М. Ретроспективный взгляд на межпредметные связи в обучении и их роль в профессиональной подготовке // Вестник РУДН, серия Психология и педагогика. 2008. № 2. С. 96-102. [Minur Nasser The retrospective view on the intersubject connections in training and their role in the preparation of students in higher school. *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: Psikhologiya i pedagogika*. 2008;2:96-102 (In Russ).]
7. Торшина И.Е. Ситуационная задача как объект междисциплинарного взаимодействия в обучении дерматовенерологии // Смоленский медицинский альманах. 2017. № 2. С. 111-116. [Torshina I.E. Case study as an object of interdisciplinary interaction in teaching dermatology and sexually transmitted diseases.

Smolensk medical almanac. 2017;2:111-116 (In Russ).]

8. Баринов Э.Ф. Проектирование междисциплинарной интеграции в медицинском университете на платформе электронного обучения // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2016. № 1. С. 41-48. [Barinov E.F. Approach for a multidisciplinary integration in medical university via elearning platform. *Journal of telemedicine and e-health*. 2016;1:41-48 (In Russ).]
9. Лапочкина Е.В., Стаковецкая О.К. Междисциплинарная интеграция и оптимизация процесса обучения в медицинском вузе // Вестник науки и образования. 2018. № 16-2. С. 32-35. [Lapochkina E.V., Stakovetskaya O.K. Interdisciplinary integration and the optimization of instructional process in medical high school. *Vestnik nauki i obrazovaniya*. 2018;16-2:32-35 (In Russ).]
10. Пономарева Е.Ю., Ребров А.П., Афанасьева Г.А. Преемственность преподавания фундаментальных и клинических дисциплин при изучении

внутренних болезней // Саратовский научно-медицинский журнал. 2016. № 3 : Т. 12. С. 415-417. [Ponomareva E.Yu., Rebrov A.P., Afanasyeva G.A. The teaching continuity of basic and clinical disciplines in the study of internal diseases. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2016;12(3):415–417 (In Russ).]

11. Межкафедральная программа освоения практических умений по специальности «внутренние болезни» / Ворсина Е.В., Савельева М.Г. – Ижевск, ИГМА, 2020 [Mezhkafedral'naya programma osvoeniya prakticheskikh umeniy po spetsial'nosti «vnutrennie bolezni» / Vorsina E.V., Savel'eva M.G. – Izhevsk, IGMA, 2020 (In Russ)]

12. Межкафедральная программа преподавания специальности «внутренние болезни (терапия)» / Ворсина Е.В., Савельева М.Г. – Ижевск, ИГМА, 2020 [Mezhkafedral'naya programma prepodavaniya spetsial'nosti «vnutrennie bolezni (terapiya)» / Vorsina E.V., Savel'eva M.G. – Izhevsk, IGMA, 2020 (In Russ)]

УДК 378. 1: 61

АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОПЫТА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Кузнецова Е.В., Попова А.С.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112),
e-mail: kusnecovaev@mail.ru

Резюме. Данная статья посвящена одной из актуальных тем в подготовке студентов медицинского вуза, так как современное высшее медицинское образование главной своей целью ставит реализацию профессиональной составляющей развития личности специалиста. Требования, предъявляемые к специалисту-медику, как субъекту профессиональной деятельности, касаются не только специальных знаний, но и затрагивают личность в целом. Достаточная мотивация обучающихся позволяют достичь хороших результатов в формировании профессиональных и социально-личностных

компетенций в процессе обучения в медицинских университетах, подготовить специалистов, отвечающих современным запросам здравоохранения.

Ключевые слова: современное высшее медицинское образование, профессиональные навыки и умения, профессиональный опыт студента-медика.

ANALYZING PROFESSIONAL EXPERIENCE OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

Kuznetsova E.V., Popova A.S.

Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kirov, Russia, (610027, Kirov, K. Marx street, 112) kusnecovaev@mail.ru

Summary. This article is topical as it is devoted to students' training at a medical university. Higher medical education sets its main goal to implement the professional component of the development of a specialist's personality. The requirements for a medical specialist as a subject of professional activity, relate not only to special knowledge, but also influence a student's personality. Sufficient motivation allows students to achieve good results in professional, social and personal competencies within training at medical universities, to become specialists who meet up-to-date healthcare demands.

Keywords: higher medical education, professional skills and abilities, professional experience of a medical student.

Введение

Современное высшее медицинское образование, как и любое профессиональное образование, главной своей целью ставит реализацию профессиональной составляющей развития личности. Процесс профессионализации начинается с момента выбора и принятия решения о будущей профессии, и заканчивается, когда человек прекращает активную трудовую деятельность.

Выбор профессии и обучение в вузе – один из судьбоносных моментов в жизни человека. Успешность учебной деятельности студентов вузов детерминирована уровнем развития мотивационной сферы личности как совокупности стойких мотивов, имеющих определенную иерархию и выражающих направленность личности. Мотив – это внутренне побуждение личности к тому

или иному виду активности (деятельность, общение, поведение), связанное с удовлетворением определенной потребности и достижением целей.

У одних студентов она мотивирована стремлением к познанию, желанием овладеть высокими профессиональными навыками и умениями по выбранной специальности. У других ведущим мотивом может явиться получение диплома о высшем образовании для удовлетворения собственных амбиций, а это, в свою очередь, не принесет существенной пользы развитию общества. Поэтому нужно стремиться к формированию познавательного интереса к выбранной профессиональной сфере, что поможет дать толчок формированию успешной профессиональной готовности студентов.

Основное содержание

Результативный выбор специальности после окончания медицинского вуза – достаточно сложный процесс. Лишь малая доля людей аргументирует свой выбор способностями, склонностями, особенностями темперамента и характера. Зачастую выпускник пользуется лишь ограниченным количеством размытых аргументов, которые в лучшем случае несут в себе интуитивный характер желания заниматься той или иной профессией, мотивируя себя ожидаемой заработной платой, значимостью и престижностью выбранной специальности в медицинском сообществе. Имея уже определенный набор знаний об особенностях строения и функционирования человеческого организма, выпускник медицинского вуза не использует их на практике с целью наиболее результативного выбора подходящей ему специальности. В связи с этим часто выбор становится ошибочным, что приводит к вынужденной смене специальности или уходу из профессии.

Призыв к «образованию на всю жизнь» переходит в новую парадигму «образование через всю жизнь», требующую учитывать в подготовке специалистов области медицины проблемы и специфику развития профессионального мировоззрения как устойчивых взглядов специалиста на медицину и ее значимость в своей жизни. Развитие профессионального мировоззрения студента медицинского вуза, его ценностных отношений к самому себе, своей профессии, пациенту, обществу, окружающей природе является наиболее актуальной проблемой современного медицинского образования [1, с. 97–98].

Будущий компетентный специалист должен уметь воспринимать и реализовывать сложнейшую систему получаемых знаний, а также иметь навык профессионального мышления.

Прежде чем перейти к анализу профессионального опыта студента-медика, необходимо обозначить,

что же подразумевает под собой «профессиональный опыт».

Профессиональный опыт определяется как единое системное образование, которое включает содержательный, операциональный и личностный компоненты, характеризующееся уникальностью, осознанностью, готовностью к решению задач профессиональной деятельности.

Существует очень распространенное мнение о том, что профессиональный опыт человека зависит от его возраста. Но ведь это совсем не так! Нет прямой доказанной и однозначной зависимости между возрастом и опытом как студента, так и специалиста: зрелый специалист не всегда будет более профессионален, нежели молодой. Профессиональным опытом становится лишь то, что осмыслено и проработано. Когда человек анализирует свою деятельность и делает правильные выводы, как раз и формируется профессиональный опыт.

Важно отметить и то, из каких компонентов наиболее часто складывается профессиональный опыт студента.

1. Анализ собственных достижений, которые реализует студент.

2. Анализ собственных ошибок и неудач. Не стоит при проработке и осмыслении своего профессионального опыта заикливаться лишь на своих достижениях. Ошибки и неудачи делают человека лишь сильнее.

3. Знание своих «сильных» и «слабых» особенностей характера и интеллекта. Профессиональный опыт очень сложно будет проанализировать, если студент не будет знать свои стороны характера. Характер играет далеко не последнюю роль в формировании поступков, достижении поставленных целей.

4. Наличие развитых способов саморегуляции (самоконтроля, сдерживания).

5. Умение правильно анализировать свои достижения и ошибки

, выделяя как объективные, так и субъективные условия ситуации. Порой, анализируя свои поступки, которые приводят к достижениям или неудачам, мы обращаем внимание либо только на собственное поведение, либо на поведение и действия других людей. А где же объективность? Разве не она важна при анализе профессионального опыта?

6. Умение позитивно изменять самого себя, развиваться и совершенствоваться.

Необходимо также остановиться на таких составляющих профессионального опыта, как интересы, образование, навыки и умения студента медицинского вуза.

Интересы студента медицинского вуза меняются не только на протяжении всего времени обучения, но и жизни в целом. Проанализировать их является достаточно сложной задачей. Однако, можно выделить какие-то общие черты интересов. Для одних студентов важно направлять свои интересы на реализацию целей, на достижение эффективности своей деятельности. Интересы в большинстве своём характеризуются интересом к окружающему миру, к новым знаниям, которые помогают познать взаимосвязи окружающего его мира.

Среди наиболее встречаемых интересов, можно выделить такие сферы, как:

- чтение художественной и научно-популярной литературы. И здесь вовсе не обязательно присутствует лишь медицинская тематика. Очень ценно то, что врачи, в век технологий, не отказываются от чтения книг. Согласитесь, начитанного и образованного студента видно издалека.

- музыка;

- спорт. Ну кто как не студент-медик знает о важном влиянии спорта на собственное здоровье.

- работа в качестве волонтеров, эта сфера интересов очень полезна и действительно интересна для будущего врача. Ведь еще не приступив к осуществлению врачебной деятельности,

студент-медик уже имеет возможность помогать людям и дарить им добро. Начиная осуществление волонтерской деятельности, студент уже понимает, какую отдачу он получает за свою бескорыстную помощь.

- изучение иностранных языков. Ни для кого не секрет, что в настоящее время выходит очень большое количество всевозможных ценных и значимых источников на иностранных языках. Порой, ожидая выхода перевода книг, журналов, исследований на русском языке, может пройти немало времени, поэтому студенты начинают сами изучать иностранные языки.

В числе менее популярных увлечений студентов – поэзия, прикладное искусство, творчество. Но не стоит думать, что студенты на это не способны! Как раз наоборот. Немалое количество высококвалифицированных врачей пишут стихи, музыку, увлекаются искусством и посещением выставок. Просто студенты очень часто на первое место ставят обучение, а своё творчество зарывают, боясь, что это помешает им в процессе образования.

Поговорим об образовании. Бесспорно, что медицинское образование отличается сложной многоступенчатой структурой. Медицинское образование требует от студента изучения широкого спектра разнообразных дисциплин. Длительность обучения на программах специалитета составляет минимум 5 лет (фармацевтика, стоматология), после окончания которых выпускник сможет начать врачебную практику, но также при условии прохождения аккредитации. Но большинство студентов всё-таки продолжают своё обучение в ординатуре и получают конкретную специальность.

Процесс образования предполагает систематическое и ежедневное обучение. В процессе обучения в медицинском университете студент получает огромное количество информации, и его задача уловить главное и ориентироваться во второстепенном. Процесс накопления знаний очень труден, но в тоже время

невероятно интересен и познавателен. Очень важна профессиональная адаптация, которая представляет собой процесс включения, приспособления студента к профессиональной деятельности, условиям труда. Следует отметить, что профессиональная адаптация в условиях обучения в вузе – это процесс познания и приспособления студента, будущего специалиста, к особенностям избранной профессии [2, с. 62].

Рассмотрим основные навыки и умения студента медицинского вуза.

1. Полное владение предоставленной информацией. Студент получает большое количество информации во время обучения. Здесь важно уметь в ней ориентироваться и разделять на важную и второстепенную.

2. Операционные навыки. Этот навык содержит в себе, помимо саморегуляции и умения принимать решения, профессиональное творчество и адекватную профессиональную

самооценку. Студент, придя на первые курсы не особо понимает, кто он есть. Не понимает своё истинное «Я». Однако за время обучения студенту удастся оценивать себя, свои действия, понимать, то чего он хочет от этой жизни.

3. Коммуникативный навык – это владение навыками взаимодействия с окружающими людьми, умение работы в группе.

4. Умение решать проблемы – спокойное, рассудительное и творческое разрешение повседневных проблем, особенно межличностных.

5. Порядочность – выполнение обязанностей при строгом соблюдении норм этики и понимании, что хорошо, а что плохо.

6. Открытость – усвоение новых идей, адаптация к новым диагнозам и методам лечения.

7. Способность убеждать – умение выслушать других и убедить их в правильности своей точки зрения спокойно, не повышая голос.

Заключение

Таким образом, молодому специалисту-медику в современном обществе необходимо быть готовым к деятельности в постоянно меняющихся экономических и социальных условиях, к непрерывному обучению в течение всей

жизни. Он должен уметь быстро анализировать информацию, принимать правильные решения, обладать коммуникативными навыками, он должен владеть приемами логического клинического мышления.

Литература / References

1. Корнилова Е.Л. Значение формирования мировоззрения врача у студентов медицинских вузов // Сборник научных трудов заочной межрегиональной научно-практической конференции «Воспитательный процесс в медицинском вузе: теория и практика», Иваново, 2018. с. 97-98. [Kornilova E..L. Znachenie formirovaniya mirovozzreniya vracha u studentov meditsinskih vuzov (Conference proceedigs). Zaochnaya mezhregional'naya nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Vospitatel'nyy protsess v meditsinskom vuze: teoriya i praktika», 2018. Ivanovo. p. 97-98. (In Russ)]

2. Кузнецова Е.В. Успешность адаптации студентов медицинского вуза к особенностям избранной профессии // Материалы Седьмого межрегионального (с международным участием) конкурса научно-практических работ «Твое призвание», посвящённого памяти доктора педагогических наук, профессора Василия Федоровича Сахарова. Отв. редакторы В.А. Сахаров, Л.Г. Сахарова. 2020, с. 60-64. [Kuznetsova E.V. Uspeshnost' adaptatsii studentov meditsinskogo vuzha k osobennostyam izbrannoy professii In: Materialy Sed'mogo mezhregional'nogo (s mezhdunarodnym uchastiem) konkursa

nauchno-prakticheskikh rabot «Tvoe Vasiliya Fedorovicha Sakharova. Ed. V.A.
prizvanie», posvyashchyonnogo pamyati Sakharov, L.G. Sakharova. 2020, p. 60-64. (In
doktora pedagogicheskikh nauk, professora Russ)]

УДК. 37.374.

**ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЦЕННОСТНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ МОТИВАЦИИ К ОБУЧЕНИЮ
В КОНТЕКСТЕ ХУДОЖЕСТВЕННО-ЭСТЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ**

Махнева М.А.

*ФГБОУ ВО Вятский государственный университет, (610000, г.
Киров, ул. Московская, 36), e-mail: marina780897@mail.ru*

Резюме. Статья посвящена анализу практической мотивационной деятельности педагога, направленной на художественно-эстетическое развитие и формирование здорового образа жизни обучающихся. Автор рассматривает концепцию мотивации, основанную на пяти структурных элементах: мотив, желание, интерес, потребность и цель. Методом включенного наблюдения проанализировано применение всех пяти элементов мотивации и доказана эффективность применения данной концепции для достижения устойчивого успеха в обучении детей.

Ключевые слова: эмоциональный фактор, художественно-эстетическое развитие, здоровый образ жизни, мотивация, интерес, обучающиеся.

**EMOTIONAL AND VALUE ASPECTS IN FORMING
POSITIVE MOTIVATION TO LEARNING IN THE CONTEXT
OF ARTISTIC AND AESTHETIC DEVELOPMENT AND HEALTHY
LIFESTYLE PROMOTION AMONG STUDENTS**

Makhneva M.A.

*Vyatka State University, (610000, Kirov, Moskovskaya street, 36)
marina780897@mail.ru*

Summary. The article is devoted to the analysis of teachers' practical motivational activity aimed at students' artistic and aesthetic development and healthy lifestyle promotion among students. The author studies the concept of motivation based on five structural elements: motive, desire, interest, need and purpose. Using the method of participatory observation, the application of all five elements of motivation was analyzed and the effectiveness of the application of this concept for achieving sustainable success in teaching children was proved.

Key words: emotional factor, artistic and aesthetic development, health promotion, motivation, interest, students

Введение

В наши дни возрастает интерес к проблемам художественно-эстетического воспитания как важнейшему средству формирования отношения к действительности, средству нравственного и умственного воспитания, формирования гармонично развитой и духовно богатой личности. Не случайно выдающиеся писатели, педагоги, деятели культуры (Д.Б. Кабалевский, А.С. Макаренко, Б.М. Неменский, В.А. Сухомлинский) подчеркивают исключительную важность формирования художественно-эстетической культуры личности.

Эмоционально-ценностный аспект художественно-эстетического воспитания реализуется в организации педагогической деятельности, при которой в содержание, формы и методы воспитания вводятся эмоциональные компоненты, стимулирующие творческое воплощение нравственно воспитывающих ситуаций, содержащие потенциальные возможности для интериоризации личностью эстетических и нравственных ценностей.

Говоря о критериях воспитанности, исследователи отмечают среди них «высокую степень эмоциональной отзывчивости по отношению к ... произведениям искусства (показатели: эмоциональность, адекватность оценок, осмысленность, широта и устойчивость интереса)» [13].

Одной из важнейших задач эстетического воспитания является приобщение детей к художественному творчеству и формирование положительной мотивации к обучению. В то же время можно наблюдать связь между развитием мотивации и формированием здорового образа жизни обучающихся [14, с. 58].

Под здоровым образом жизни следует понимать «формы жизнедеятельности человека, которые он осознанно выбирает и воспроизводит самостоятельно в повседневном быту, это образ жизни, состояние здоровья, физическое развитие и психоэмоциональное состояние, ... которые взаимосвязаны и в значительной степени детерминируются соответствием организации обучения и воспитания в образовательных учреждениях, функционального состояния и адаптационным возможностям организма учащихся» [6, с. 113].

Анализ научно-теоретической литературы позволяет утверждать, что здоровье является сложным многоплановым понятием и рассматривается нами с позиции взаимосвязи его физических, психических, социальных аспектов в тесном взаимодействии с окружающей средой. Национальная программа «Здоровье нации» определяет четыре аспекта здоровья: физическое, психологическое, духовное и социальное [12]. К сфере психического здоровья относят индивидуальные особенности психических процессов (потребности, интересы, мотивы, стимулы, установки, цели, чувства) и свойств человека (характер, способности, возбужденность, эмоциональность, чувствительность).

Таким образом, можно видеть, что развитие мотивации к обучению у учащихся является не только одним из направлений их художественно-эстетического воспитания, но и одним из компонентов формирования здорового образа жизни у молодежи.

Основное содержание

Мотивация и ее структурные элементы

Мотивация (от латинского *movere*) – побуждение к действию; психофизический процесс, управляющий поведением

человека, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость, способность человека деятельно удовлетворять свои потребности [18].

Психологическая наука традиционно делит мотивацию на внешнюю и внутреннюю. Эта градация, например, подробно рассмотрена Т. О. Гордеевой [5]. Также к изучению особенностей внутренней и внешней мотивации и их взаимодействию обращались такие ученые, как Божович Л.И., Морозова Н.Г., Славина Л.С., Якобсон П.М., Матюхина М.В.

Внешняя мотивация базируется, соответственно, на внешних стимулах, например, на поощрении, похвале, хорошей оценке, признании достижений ребенка родителями, педагогами, сверстникам, обществом, публикой. Это с одной стороны, а с другой, – это может быть неодобрение и даже наказание. Внутренняя же мотивация – это такое состояние психики, души, мышления ребенка, которое вызывает у него **потребность** в предмете деятельности. В самом общем случае внешняя мотивация постепенно перерастает во внутреннюю. По крайней мере, так должно быть, если конечно и педагоги, и родители сумели запустить действенные механизмы мотивации ребенка к занятиям. Личностному развитию учащегося способствует именно внутренняя мотивация. Через мотивацию у ребенка формируется **интерес**, положительное отношение, тяга и даже азарт к предмету учебной работы, ему становятся понятны **цели** педагога, которые постепенно становятся собственными целями ребенка.

Применительно к оркестровому исполнительству, система мотивации, прежде всего, основывается на отношении воспитанников коллектива к руководителю, концертмейстерам, осваиваемому репертуару и к самому процессу создания оркестрового произведения. Это отношение начинает складываться у ребенка на базе естественного содержания природы человека. Элементом этого содержания генетически на Руси является внутренняя потребность к воспроизведению музыки, поскольку Россия всегда славилась исполнительскими традициями в различных аспектах и по различным поводам. В принципе, как

гипотезу того, а что же является собственно **мотивом** к исполнению музыки на инструменте, мы можем принять психологическую необходимость у ребенка самовыражения, воплощения своих душевных порывов в каком-либо виде творчества, в данном случае, коллективном оркестровом исполнительстве. Психологические и педагогические условия формирования положительной мотивации учащихся на репетициях оркестра – это позитивные межличностные отношения в оркестровом коллективе, умение педагога сконцентрировать внимание детей на процессе изучения произведений, любыми способами вызвать у детей **желание** участвовать в увлекательном творческом процессе по созданию очередной концертной программы. В основе всего этого лежит доброжелательный стиль общения всех участников процесса: руководителя, музыкантов, солистов, концертмейстеров, их взаимное уважение, требовательность педагогов к воспитанникам и учет индивидуальных способностей и возможностей каждого из них.

О мотивации своих учеников Владимир Трефилов говорит так: «Весь секрет в том, что для достижения хороших результатов необходима комфортная среда, которая включает доброжелательную атмосферу, гуманный стиль общения и поведения, сотворчество и многое другое. Мои коллеги и я, считаем, что наш коллектив – это творческая лаборатория. Её микроклимат требует создания такой рабочей обстановки, где каждый человек – и учитель, и ученик – ощущал бы свою значимость и мог проявить инициативу». То есть каждый урок Трефилов и его коллектив создают ту ситуацию, в которой учебный процесс идет благоприятно, естественно, ситуацию, которая нравится их воспитанникам.

Опираясь на психологические закономерности проблемы мотивации, в педагогическом процессе важно создавать «привлекательность» трех составляющих: ситуации, действия и результата [16], [18]. Опыт показывает, что для ученика

«привлекательность», прежде всего, определяется личностной ценностью, приоритетностью и значимостью, а также осознанием того, что успех в обучении может привести к желательным последствиям, а низкие результаты и неудачи – к негативным.

Главная цель учеников Трефилова, когда они первоклашками поступают в классы духовых инструментов, это попасть в оркестр. Это для каждого значимо и приоритетно. С 11 лет он сажает учеников в оркестр, а дальше участие в оркестре – это самая настоящая личностная ценность для каждого маленького музыканта. Принципиально, что осознание мотивов обучения происходит не автоматически, а в результате целенаправленных усилий преподавателя по обретению учеником личностных смыслов, коррелирующих с социальной значимостью внутренней мотивации на данном современном этапе. Эмпирически доказано, что в педагогическом процессе необходимо стремиться распознавать личностные смыслы каждого ребенка, так как в каждом конкретном случае они являются глубоко индивидуальными. При этом крайне важно установить доминанту учебной мотивации и при определении траектории педагогического воздействия опираться на нее.

В последние десятилетия некоторые исследователи (Е.В. Волювач, О.А. Дюжева, Е.А. Косыгина, А.И. Кормин, О.В. Нартова, А.А. Савельев, В.Н. Тарасов и др.) сфокусировали свое внимание на определении конкретных педагогических условий формирования учебной мотивации школьников.

Актуальность проблемы мотивации для оптимизации музыкально-педагогической среды также обусловило исследование различных ее аспектов непосредственно в контексте музыкального образования (А.Д. Алферов, П.В. Анисимов, В.В. Алеев, Е.С. Гобов, О.С. Гребенюк, Т.Н. Кичак, З.П. Морозова, Т.И. Науменко, Л.А. Рапацкая, Т.В. Чельшева, Г.М. Цыпин, Е.И. Юдина, и др.). Частные вопросы, касающиеся данной проблемы,

разработаны в трудах педагогов-практиков (П.В. Анисимов, Е.В. Волювач, А.А. Савельев, Е.И. Юдина, Ю.Ф. Яковенко и др.). Но в целом проблема недостаточно исследована в музыкально-педагогической среде, и необходимо более детальное ее рассмотрение с учетом современных особенностей реформирования и преобразования музыкально-педагогической практики. Для современного этапа обновления и реорганизации системы музыкально-педагогического образования характерна и трансформация проблемы мотивации, что делает тему исследования актуальной и научно значимой. Изучение этой проблемы целесообразно вести, именно погружаясь в среду музыкальной педагогики [18, с. 48]. Особую ценность данному исследованию придает тот факт, что его практическая часть ведется на реальном материале, на действующем успешном детском музыкальном коллективе, которым руководит живой классик духовой музыки, педагог с более чем полувековым стажем, носитель опыта, традиций, огромного таланта, как музыкального, так и педагогического.

Результативность работы оркестра и развития его воспитанников обуславливается, прежде всего, высокой степенью вовлеченности детей в процесс, положительными эмоциями, доверительностью педагогического взаимодействия всех участников образовательного процесса, направленного на личностный рост каждого и на достижение общей цели.

Для профессиональной деятельности, связанной с детьми, понимание мотивационных процессов особенно важно, ведь формирование личности, как индивидуальности, с одной стороны, и как члена общества, с другой, только начинается, и начинается именно педагогом. На этот момент обращал внимание в своих трудах видный отечественный деятель музыкальной культуры и педагогики, композитор Д.Б. Кабалевский [8].

Итак, понятие учебной мотивации в образовательном процессе базируется на пяти структурных элементах: мотив, потребность, интерес, желание, цель.

Мотив (в психологии) – это динамический процесс физиологического и психологического плана, управляющий поведением человека, определяющий его направленность, организованность, активность и устойчивость. В российской науке мотив часто определяется как «опредмеченная потребность» [9, с. 58], то есть человек стремится к чему-то конкретному, понимает, к чему, что-то для этого делает, он идет к удовлетворению своей потребности в чем-то конкретном, и это «конкретное» и есть его мотив. Мотив дается человеку от природы, и от того, как эта данность разовьется, на какой уровень выйдет, зависит, воплотится ли природная способность, талант во что-то конкретное или нет.

Мотив – это своего рода толчок к началу и продолжению деятельности, ведущей к удовлетворению той или иной **потребности**. Иерархия потребностей человека разработана в книге «Мотивация и личность», автором которой является Абрахам Харольд Маслоу – известный американский психолог, основатель гуманистической психологии. Эта иерархия представлена им в виде широко известной «Пирамиды Маслоу» — диаграммы, иерархически представляющей человеческие потребности [10, с. 72].

Низшие потребности человека составляют биологические потребности, часто даже не осознанные. К потребностям первого уровня относятся также пища, одежда, жилище. Второй уровень составляют социальные потребности (любовь, дружба, уважение, признание). Высшие потребности человека – это познание, эстетические потребности, самореализация, саморазвитие и самоактуализация. Итак, мотив, как составляющая мотивации, обуславливается наличием другой составляющей – потребности, которая, в свою очередь, органично связана с мотивом и неотъемлема от него.

Потребность иначе может быть названа нуждой. Это – внутреннее состояние психологического или функционального ощущения недостаточности чего-либо, проявляется в зависимости от ситуационных факторов. Потребность — вид функциональной или психологической нужды или недостатка какого-либо объекта, субъекта, индивида, социальной группы, общества. Потребности живут в самом человеке и проявляются у каждого сугубо индивидуально. Потребности бывают врожденными и приобретенными, могут возникать у нас как осознанно, так и неосознанно. Человек удовлетворяет свои потребности, в том числе и музыкального характера, через деятельность, в ходе которой он приобретает интерес.

Интерес является эмоциональным проявлением познавательных потребностей человека. Люди с устойчивыми интересами чаще добиваются успехов в жизни, поэтому формирование мотивационной сферы на базе такого элемента, как интерес, является важной задачей развития личности. Для родителя важно заметить интерес ребенка, «подогреть» этот интерес, вовремя использовать его как сильный элемент мотивации к деятельности. На волне интереса именно ребенок способен очень на многое уже на начальном этапе деятельности. Деятельность, основанная на интересе, практически обречена на успех, и она приносит удовольствие. А получать удовольствие – это тоже потребность человека. К. Д. Ушинский писал о том, что «учение, лишенное всякого интереса и взятое только силой принуждения, хотя бы оно черпалось из лучшего источника – любви к воспитателю, убивает в учении охоту учиться». Ушинский считал, что «учебную работу нужно делать насколько это возможно интересной, не превращая при этом ее в забаву». [15, с. 112]

В соответствии с потребностями интересы подразделяются по своему содержанию на материальные и духовные, по своей широте – на ограниченные и разносторонние, а по своей устойчивости – на кратковременные и устойчивые. Более

успешны люди с устойчивыми интересами. Ограниченные либо разносторонние интересы не являются прямым аргументом успешности. Истории известно множество фактов, когда люди успешно проявляли себя в совершенно разных областях. Например, Леонардо да Винчи. Есть даже такая поговорка: «Талантливый человек талантлив во всем». Но это не только талант, данный свыше, это еще и интерес к самовыражению в разных сферах, интерес к познаниям в разных областях.

Бывают и диаметрально противоположные ситуации. Так, например, английский писатель Артур Конан Дойль представил своего знаменитого героя Шерлока Холмса, как человека с совершенно узкими интересами. Его интересы ограничивались лишь тем, что могло иметь отношение к распутыванию преступлений. Все остальное его просто не интересовало, он не хотел даже загружать свой мозг ненужной для него информацией. В жизни мы нередко встречаем таких людей, одержимых какой-то одной областью познания. Так и в музыкальном обучении. Узкий интерес имеет конкретную направленность. Отдельные учащиеся с самого начала обучения проявляют интерес к какому-то определенному музыкальному инструменту. Другие, наоборот, обнаруживают широкие интересы, с удовольствием занимаясь на нескольких инструментах, а кроме этого, и танцами, и театральной деятельностью. И тут особенно важно для родителей не подменять интересы ребенка своими собственными интересами, потому что именно с интересами тесно связаны желания.

Желание или вожеление — средняя степень воли, между простым органическим хотением, с одной стороны, и обдуманном решением или выбором — с другой. Желание – потребность, принявшая конкретную форму в соответствии с культурным уровнем и личностью индивида [4].

Исходя из определения, по-простому на вопрос: «Что такое мое желание?»

можно ответить так: «Это то, чего я хочу!». У А.С. Пушкина в «Сказке о Рыбаке и Рыбке» эта идея отчетливо проиллюстрирована. Золотая Рыбка исполняла желания старухи, а старуха их формулировала: «...хочу быть столбовою дворянкой», «... хочу быть вольною царицей». Применительно к нашей теме, желание ребенка петь в хоре должно выражаться именно его словами: «Я хочу играть в оркестре». Именно: «Я хочу», а не кто-то другой, не родители, не педагоги, не дирижер.

У американского писателя Томаса Майн Рида в романе «Всадник без головы» есть выражение мудрого пожилого человека: «Привести лошадь на водопой может и один человек, но и сорок не заставят ее пить». Воздействовать на желание пить практически невозможно. Это физиологическая потребность живого существа – потребность первого уровня, по Маслоу. А вот воздействовать на желание играть на инструменте, как на потребность уже высшего уровня, совершенно даже возможно. Воздействие можно оказать как положительное, так и отрицательное, можно развить и укрепить желание, а можно его убить. Здесь тоже очень важно, чтобы родители не путали желания детей со своими собственными желаниями. Люди, чьи детские желания, в частности в области музыки, не воплотились, «благодаря» желаниям их родителей, очень часто восполняют этот пробел, будучи уже взрослыми. Известный вятский певец, педагог по академическому вокалу Заслуженный артист России Валентин Герасимов говорил: «Если желание петь «сидит» в крови в ранге таланта, оно обязательно вырвется и обязательно воплотится». Получается так, что именно желания и обуславливают у нас постановку себе целей. «Я хочу...» Так и появляется цель.

Цель (нем. Ziel) – идеальный или реальный предмет сознательного или бессознательного стремления субъекта; конечный результат, на который преднамеренно направлен процесс; «доведение возможности до её полного

завершения»; осознанный образ предвосхищаемого результата.

Понятие цели можно трактовать следующим образом. Цель – это идеальный образ будущего, мысленная модель предвосхищаемого результата, на достижение которого направлено действие человека. Цель – это образ конечного результата, который необходимо достичь. Цель – это фиксация результата, который должен быть достигнут за определенный период времени.

Образ предвосхищаемого результата становится побудительной силой, именно он направляет действия и усилия ребенка, определяет выбор возможных способов достижения желаемых результатов. Целеполагание – это центральный момент в процессе подготовки любой деятельности и ее непосредственного осуществления, а также основной механизм перехода к новым следующим действиям. Осваивая целеполагание как самостоятельный, специальный и произвольный (не заданный никаким стандартом) процесс, ребенок не только учится собственно ставить цель, но и формировать план ее эффективного достижения. Ребенок дошкольного или младшего школьного возраста осуществляет процесс целеполагания совместно со взрослыми на основании собственных желаний, интересов, потребностей и при наличии определенных мотивов. Если ничего этого применительно к планируемой деятельности нет, то постановка цели бессмысленна. Это будет не цель ребенка, а цель взрослого. И рано или поздно мама услышит: «Это ты хочешь, чтобы я играл на саксофоне». Если же элементы мотивации у ребенка присутствуют, сформированы и развиваются, то цель будет поставлена им самим, пути ее достижения намечены тоже им самим, причем, что интересно, дети обычно выбирают именно оптимальные пути, потому что подсознательно они не хотят делать ничего лишнего, тратить лишние силы, лишнее время. Все потому что природа ребенка такова, что силы нужны на рост организма и излишнее переутомление вредно, поэтому организм,

как саморегулирующаяся система, дает сигнал, когда и сколько ресурсов отвести на ту или иную цель. Вот тут очень важно, чтобы ребенок сразу понимал, каковы признаки правильно поставленной цели. Ведь если цель поставлена некорректно, то действия по ее достижению результативными не будут. Цель должна быть понятна, достижима, измерима, определена во времени, значима или ценна.

Мотивационная деятельность руководителя детского духового оркестра

Анализ всего одной репетиции оркестра духовых и ударных инструментов Владимира Трефилова, посвященной работе над произведениями к юбилейной дате Великой Победы, показал наличие в активности коллектива всех 5 взаимосвязанных элементов мотивации участников и практическое применение дирижёром механизмов мотивации детей.

Первым произведением на репетиции стала песня Исаака Дунаевского «Моя Москва». Дирижёр сразу сформулировал оркестрантам мотив, то есть потребность коллектива в чем-то конкретном применительно к этому произведению: «Это мы точно повезем на концерт в Киров. Играем с учетом того, что исполнять будем с хором...». Детям понятно, для чего они это делают: достойно представить произведение на концерте в областном центре, и репетировать с особенностями аккомпанирования хору. Одной фразой дирижёр конкретизирует цель, заинтересовывает детей и пробуждает желание соответствовать его требованиям. Требования дирижёра установлены самим стилем его работы, заведенным порядком, которому дети следуют неукоснительно. Дирижер, глядя в ноты, в то же время видит, слышит и ощущает каждого оркестранта в отдельности и весь коллектив целиком.

Дети безусловно понимают и чувствуют, что дирижер, внимательно смотрящий в партитуру, видит каждого из них, видит их лица, глаза, настроение. В каждый момент времени каждый ребенок имеет для себя какую-то часть существа

дирижёра – его души, его мозга, его слуха, его взгляда и даже его тела, потому что малейшее движение не только рук, а именно всего тела дирижёра мгновенно улавливается музыкантами, трансформируется в требование и далее в желание этому требованию соответствовать. Сделать так, как ему надо, потому что он точно знает, как надо, чтобы цель была достигнута. Дирижёр высказывает свою неудовлетворенность игрой групп инструментов и отдельных музыкантов, прорабатывает материал с ними и ставит индивидуальные задачи.

А что же в это время остальные участники оркестра? А остальные в это время находятся в том эмоциональном тоне, который называется «интерес». Они реально заинтересованы в том, что говорит дирижёр их коллегам, они все до единого смотрят на него и слушают, хотя речь в принципе не о них, не об их инструментах, и дирижёр вообще повернулся к большинству спиной. Но оркестр – это единый организм, и ошибки одного, замечания одному, коррекция одного интересуют всех. Чтобы у того, кто «не дотянул», сразу возникло желание сделать так, как надо, дирижёр использует аналогию: взятие нот аналогично взятию веса при поднятии штанги. Он работает с мальчишками, в которых генетически заложена природой демонстрация физической силы. «Возьми ноту так, будто берешь вес...» Сама природа помогает мальчику понять, что от него требуется. Приём прост до гениальности, и это не что иное, как мотив – «опредмеченная потребность». Требуется взять ноту. А как? Одним словом, сказал, как мужчина мужчине. Так дирижёр удовлетворяет потребность ребёнка быть со взрослым «на равных». В работе оркестра, очевидно, очень важно это равенство, поскольку цель у всех общая, никто не реализуется за счет других. Отсюда и обращение дирижёра к детям: «уважаемые коллеги», «друзья мои», обращение по «имени-отчеству» к более старшим музыкантам.

Дирижёр постоянно напоминает ребятам о том, что оркестр – это когда все

вместе, как один. Это один оркестр, а не несколько десятков отдельных музыкантов. Одно из основных требований дирижёра – слаженная работа. В произведении «Моя Москва» дирижёр выводит оркестрантов на слаженность своими сильнейшими эмоциями. Сама мелодия, сам текст песни, как воплощение единения целого народа, дают ему эту возможность. Динамика движений дирижера вызывает у детей потребность «быть, как один». В итоге дети достигают поставленной цели и получают подтверждение от дирижёра. Ведомые именно сильными эмоциями, они вкладывают в исполнение все своё желание соответствовать его требованиям.

Потребность в новых свершениях всегда базируется на уже имеющихся достижениях, на так называемых «успешных действиях». Дирижёр заинтересовывает детей в повторении успеха, но на качественно новом уровне. Выступление в Ульяновске дирижёр подает, как успешное действие оркестра. Зная желание детей давать концерты в других городах (детям интересно и заманчиво ездить и выступать), дирижёр ставит цель: «надо играть так, чтобы приглашали снова и снова», «чтобы зритель в зале плакал от любви к вам», «чтобы зрители все, как один пели то, что вы играете». Все признаки правильно поставленной цели присутствуют в этих словах. Цель понятна. Зачем играть качественно? Чтобы пригласили выступать. Цель достижима – так ведь уже приглашали, значит, можем. Цель измерима. Чем? Уровнем эмоций и реакции зрителей – чтобы плакали и пели. Цель определена во времени – «снова и снова». Цель значима и ценна – «от любви к вам»! Не к музыке вообще, а именно «к вам». Признание публики – это всегда ценно для исполнителей.

Вторым произведением на репетиции стала «Песня Кости» Исаака Дунаевского из кинофильма «Веселые ребята». Здесь дирижёр как бы «греет интерес» детей к качеству исполнения. Он просит от них нежности, аккуратности, он проводит аналогию с признанием в любви, он просит

детей смотреть на него, предлагает им свою помощь в достижении поставленной им цели: «смотрите на меня, я вам покажу, я вам помогу». Эту песню дирижёр пропевает сам, отдавая в оркестр ту энергетику любви, которую он ожидает и добивается от своих музыкантов. Здесь цели он придает определенный лирический образ: «чтобы весь зал заплакал от любви к вам». Именно на этом произведении дирижер измеряет уровень качества исполнения музыки слезами зрителей. Так он напоминает детям о потребности музыканта в признании зрителями в зале. Так он определяет классическое восприятие качества любого продукта – мнение и реакция потребителя. В данном случае продукт оркестра – это музыка, исполненная так, что мнение и реакция зрителя (он же потребитель) – это слезы восхищения.

Следующее произведение – вальс «На сопках Маньчжурии» композитора Ильи Шатрова. Видя некоторую напряженность и возможную усталость детей, дирижёр делает паузу на рассказ смешного случая из собственной жизни. Но рассказ не просто так, чтобы дети посмеялись и отдохнули. Рассказ привязан к теме настройки музыкальных инструментов, он о нестандартном подходе к этой процедуре. Дети наверняка запомнят этот рассказ, а дирижёр вызвал у них интерес к теме настройки, заполнил паузу, дал передышку и снова «собрал» всех в единый организм, подняв руку. При работе над этим произведением дирижёр неоднократно высказывает неудовлетворенность исполнением и явно формирует детям мотив пробовать делать лучше. Он именно не требует мгновенного улучшения, а предлагает пробовать делать лучше. В результате дети сильно озабочены его неудовлетворенностью, у них возникает сильная потребность в его признании и похвале. Они начинают преследовать цель – добиться его признания и похвалы здесь и сейчас. Дирижёр улавливает старания детей и спокойно, постепенно приводит их к улучшению. Он высказывает свою

удовлетворенность показанным в итоге уровнем, хвалит – дети достигли цели.

Песня «Дороги» композитора Анатолия Новикова на слова Льва Ошанина оказалась большинству ребят незнакома. Лишь единицы слышали ее раньше. Дирижёр поясняет, что речь в ней идет о Великой Отечественной войне. Этого оказывается достаточно для нужного настроения ребят. Очевидно, что эти дети подготовлены морально к восприятию произведений о войне. При работе над «Дорогами» дирижёр достаточно образно высказывает свою неудовлетворенность. Ошибки он объясняет на аналогиях, чем вызывает интерес самих музыкантов: «Что же он такое имеет в виду»? Про игру трубача он не сказал прямо, «как что»? А выдал: «Сейчас не скажу. Вырастешь – скажу». Но цель достигнута – все поняли, что надо играть иначе. Здесь же дирижёр образно измеряет поставленную детям цель в конкретных единицах – в деньгах: «Играйте так, будто вам за это дают миллион».

Песня «Дороги» сама по себе не может не вызывать восхищения. Но у детей восхищение вызывает не только сама песня, но и движения дирижёра, который весь погружается в мелодию и текст, он пропевает песню, тем самым давая детям мотив сделать так, чтобы ему понравилось. Он удовлетворяет их потребность в энергии, которая необходима им, чтобы вложиться в эту песню. Дети, глядя все, как один, в свои партии, в то же время прекрасно видят дирижёра и следят за его движениями. Энергия этих движений передается детям мгновенно, вызывая в них желание отдать ему обратную связь в виде того исполнения, которого он ждет. Разбирая единичные ошибки отдельных музыкантов, дирижер попутно ставит цель – сыграть так, как для зрительного зала, как на концерте. Он отмечает, что песня очень известная, но не все присутствующие ее знают, и зрители тоже могут не знать. Дирижер вызывает у детей потребность в признании зрителей, которые должны от их исполнения запеть в зале. Отсюда цель – сыграть на зрителя так, чтобы понравилось,

и чтобы запели. Он подогрел интерес ребят к выполнению этой задачи – они представили себе поющий зал. Музыканты очень стараются, они желают его похвалы.

Сыграли, хвалят. Дети достигли цели – понравилось дирижеру, значит, и зритель в зале запоет.

Заключение

Так, применение метода включенного наблюдения на одной репетиции детского духового оркестра под управлением признанного мэтра оркестрового исполнительства, опытного педагога и талантливого музыканта Владимира Трефилова дало четкое практическое

подтверждение концепции мотивации, основанной на ее пяти структурных элементах: мотив, потребность, интерес, желание, цель. Отличный пример полноценной реализации теории мотивации на практике.

Литература / References

1. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирования личности. – Москва: Мысль, 1976. [Aseev, V. G. *Motivatsiya povedeniya i formirovaniya lichnosti*. –Moscow: Mysl', 1976. (In Russ)]
2. Асмолов А.Г. Психология личности. – Москва, АКАДЕМ'А, 2007. [Asmolov, A. G. *Psikhologiya lichnosti*. Moscow: АКАДЕМ'А, 2007. (In Russ)]
3. Бодалев А. А. Личность и общение. – Москва: Международная педагогическая академия, 1995. [Bodalev, A. A. *Lichnost' i obshchenie*. Moscow: Mezhdunarodnaya pedagogicheskaya akademiya, 1995. (In Russ)]
4. Гадаев А.В. Желание [Gadaev A.V. *Zhelanie* (In Russ)] Доступно по: <https://proza.ru/2020/08/26/1294> Ссылка активна на 12.02.2021.
5. Гордеева Т. О. Базовые типы мотивации деятельности: потребностная модель // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология.- 2014.- №3 -с.63-78. [Gordeeva T. O. *Bazovye tipy motivatsii deyatel'nosti: potrebnostnaya model'*. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psikhologiya*. 2014; (3):63-78. (In Russ)]
6. Диагностика здорового образа жизни детей и подростков/ авт.-сост.: А. А. Шабалина. - Челябинск : Цицеро, 2013 [Diagnostika zdorovogo obraza zhizni detey i podrostkov. Ed. A. A. Shabalina. Chelyabinsk : Cicero, 2013(in Russ)]
7. Дружинин В. Н. Психология общих способностей. – Санкт-Петербург, 1999. [Druzhinin, V. N. *Psikhologiya obshchikh sposobnostey*. Saint Petersburg, 1999. (In Russ)]
8. Кабалевский Д. Б. Воспитание ума и сердца. – Москва: Просвещение, 1984. [Kabalevskiy, D. B. *Vospitanie uma i serdtsa*. Moscow: Prosveshchenie, 1984. (In Russ)]
9. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. – Москва: Смысл ; Академия, 2005. [Leont'ev, A. N. *Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost'*. Moscow: Smysl; Akademiya, 2005. (In Russ)]
10. Маслоу А.Г. Мотивация и личность. – Санкт-Петербург: Евразия., 2003. [Maslow, A.G. *Motivatsiya i lichnost'*. Saint Petersburg: Evraziya., 2003. (In Russ)]
11. Мотивация [Motivatsiya (In Russ)] Доступно по: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Мотивация> Ссылка активна на 12.02.2021.
12. Национальная программа «Здоровье нации» [Natsional'naya programma «Zdorov'ye natsii» (in Russ)] Доступно по: <https://national-health.ru/> Ссылка активна на 12.02.2021.
13. Петракова Т.И. Духовно-нравственное воспитание в условиях общеобразовательной школы: категории, содержание, критерии [Petrakova T.I. *Dukhovno-nravstvennoye vospitaniye v usloviyakh obshcheobrazovatel'noy shkoly: kategorii, soderzhaniye, kriterii* (in Russ)]

Доступно по:
<http://www.verav.ru/common/mpublic.php?num=18> Ссылка активна на 12.02.2021.

14. 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. The formation of Healthy lifestyle of Soviet youth in 1920s-1930s. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015; (2):58-61 (in Russ)]
15. Ушинский К. Д. Педагогика. Избранные работы. – Москва: Юрайт, 2017. [Ushinskiy, K. D. *Pedagogika. Izbrannye raboty*. Moscow: Yurayt, 2017. (In Russ)]

16. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность — 2-е изд. — СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. [Khekkhauzen, Kh. *Motivatsiya i deyatel'nost'*. Saint Petersburg.: Piter; Moscow: Smysl, 2003. (In Russ)]

17. Цель [Tsel' (In Russ)]. Доступно по: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Цель> Ссылка активна на 12.02.2021.

18. Чернявская И. Ф. Мотивация будущего учителя музыки в процессе инструментальной подготовки // Человек в мире культуры. Региональные культурологические исследования.— 2017.— №1.— С. 46-53 [Chernyavskaya I. F. *Motivatsiya budushchego uchitelya muzyki v protsesse instrumental'noy podgotovki. Chelovek v mire kul'tury. Regional'nye kul'turologicheskie issledovaniya*. 2017;(1): 46-53 (In Russ)]

УДК 372.893

**ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНОЙ
ПОДГОТОВКИ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
(на примере реализации содержания федерального
государственного образовательного стандарта высшего
образования - специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело,
2020 г.)**

Сахарова Л.Г.¹, Сахаров В.А.².

¹ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail: slg75@rambler.ru

²ФГБОУ ВО Вятский государственный университет, (610000, г. Киров, ул. Московская, 36), e-mail: vas701@rambler.ru

Резюме. В данной статье рассматриваются особенности организации социально-гуманитарной подготовки обучающихся медицинского вуза на примере реализации содержания федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 Лечебное дело, 2020 г.

Ключевые слова: обучающийся, медицинский вуз, федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования, социально-гуманитарная подготовка.

**PECULIARITIES OF SOCIAL AND HUMANITARIAN ASPECTS IN
TRAINING STUDENTS AT A MEDICAL UNIVERSITY
(on the example of implementing the content of the federal state
educational standard of higher education
for the major 05.31.01 General Medicine, 2020)**

Sakharova L.G.¹, Sakharov V.A.²

¹*Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx street, 112)*

slg75@rambler.ru

²*Vyatka State University, (610000, Kirov, Moskovskaya street, 36)*

vas701@rambler.ru

Summary. This article examines the features of the organizing social and humanitarian training of students at a medical university on the example of implementing the content of the federal state educational standard of higher education, specialty 05.31.01 General Medicine, 2020.

Key words: student, medical university, federal state educational standard of higher education, social and humanitarian training.

Введение

В условиях развития современной техногенной цивилизации все большую актуальность приобретает ценность человеческого бытия в его гармонии с окружающим миром. В Российской Федерации прослеживается преемственность федеральных государственных образовательных стандартов в плане содержания требований к социально-гуманитарной подготовке выпускников. Однако, системная деятельность каждого вуза по подготовке специалиста медицинской сферы имеет свои особенности [8, 49]. По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье является синтезом физического, психического и социального благополучия человека.

Развитие социально-гуманитарной подготовки обучающихся медицинского вуза соответствует парадигме общественного развития начала XX века, когда в центре внимания находится человек, его развитие и ценности его жизни. В настоящее время происходит процесс неразрывного взаимодействия государства, общества, работодателей и учебных заведений в ходе реализации социально-педагогической функции вуза [2, 20].

Важнейшая цель современного медицинского образования в России – подготовка компетентного, высококвалифицированного и высоконравственного специалиста, свободно владеющего своей профессией, стремящегося к социальной мобильности.

Основное содержание

Главной задачей составления учебных планов по социально-гуманитарным специальностям является сохранение целостности и комплексности образовательного воздействия на обучающегося.

Анализ учебных планов медицинских вузов Российской Федерации начала XX века позволяет сделать вывод, что в медицинском образовании социально-гуманитарные дисциплины приравниваются к дисциплинам

специальности по своей важности. Воспитательная направленность социально-гуманитарных дисциплин определяет их тесную взаимосвязь с организацией воспитательной работы в вузе. По мнению современных педагогов-практиков: «В целом культура медицинского вуза должна быть ориентирована на культуру достоинства – тип культуры, в которой ведущей ценностью является ценность личности человека, независимо от того, можно ли что-либо получить от этой личности для выполнения того или иного дела или нет.

Таким образом, организация преподавания социально-гуманитарных дисциплин, приоритетные направления воспитательной работы вуза, особенности взаимоотношений в вузе – все это особое пространство, которое способствует усвоению ценностей гуманизма и формированию нравственности у будущих специалистов медицинской сферы.

На протяжении более чем двух десятилетий в Российской Федерации активно внедряется в систему высшего образования компетентностный подход. В первую очередь, это направлено на улучшение взаимодействия с рынком труда и повышение конкурентоспособности специалистов медицинской сферы. В связи с этой тенденцией осуществляется обновление содержания, методологии и соответствующей среды обучения в медицинских вузах страны. Социально-гуманитарной подготовке выпускников медицинских вузов по-прежнему уделяется большое внимание.

Большинство исследователей компетентностного подхода (И.А. Зимняя, А.В. Хуторской, Б.Д. Эльконин и др.) склоняются к тому, что отличие компетентного специалиста от квалифицированного в том, что первый не только обладает определенным уровнем знаний, умений, навыков, но способен реализовать и реализует их в работе [2, 1].

Используя позицию А.Г. Бермус, можно обосновывать опору на компетентностный подход при изучении всего комплекса дисциплин, включенных в

учебный план подготовки специалистов медицинской сферы. Педагог подчеркивает, что компетентностный подход рассматривается как современный коррелят множества более традиционных подходов (культурологического, научно-образовательного, дидактоцентрического, функционально-коммуникативного и др.); компетентностный подход, применительно к российской теории и практике образования, не образует собственную концепцию и логику, но предполагает опору или заимствование понятийного и методологического аппарата из уже сложившихся научных дисциплин (в том числе лингвистики, юриспруденции, социологии и др.) [1, 7–9].

Под профессиональной компетентностью в российской педагогике понимают обладание профессиональными умениями и навыками либо умение быстро и грамотно выполнять свои профессиональные обязанности [4, 184].

В соответствии с новыми федеральными образовательными стандартами по ряду медицинских специальностей, утвержденными в 2020 году, медицинский работник, особенно врач, должен обладать определенными качествами, позволяющими ему эффективно взаимодействовать в профессиональном плане с коллегами, клиентами и пациентами, отличающимися различными социокультурными характеристиками.

Так, программа специалитета 31.05.01 Лечебное дело (2020) должна устанавливать следующие универсальные компетенции:

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий;

УК-2. Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла;

УК-3. Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели;

УК-4. Способен применять современные коммуникативные

технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия;

УК-5. Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия;

УК-6. Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни;

УК-7. Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности

УК-8. Способен создавать и поддерживать в повседневной жизни и в профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечения устойчивого развития общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов;

УК-9. Способен использовать базовые дефектологические знания в социальной и профессиональной сферах;

УК-10. Способен принимать обоснованные экономические решения в различных областях жизнедеятельности;

УК-11. Способен формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению» [6, С. 8–9].

Цель и содержание каждой дисциплины социально-гуманитарной направленности выполняет определенную задачу по формированию общей культуры личности будущего врача. Общекультурные компетенции и основы миропонимания формируются в процессе изучения обучающимися таких дисциплин, как история, философия, биоэтика, история медицины, социология.

При этом обязательно должен использоваться принцип междисциплинарных связей. Каждая дисциплина способствует изучению определенного комплекса знаний и несет свою мировоззренческую нагрузку. Как

показывает анализ практики организации изучения дисциплины «Философия» в медицинском вузе, рабочие программы содержат ряд основных блоков: история философии, онтология, гносеология, социальная философия и философская антропология [8].

Так, дисциплины «История», «История медицины» и блок «История философии» дисциплины «Философия» направлены как на изучение основных этапов развития человечества, так и содержит значимые моральные идеи: человек должен опираться на опыт, формировать свои взгляды на место человека (врача) в мире, искать гармонию в многообразии отношений людей.

Дисциплина «Биоэтика» и блок «Онтологии» дисциплины «Философия» ориентируют обучающихся на активные размышления в рамках современной естественнонаучной парадигмы, например, в контексте биоэтических проблем нацеливают рассматривать основные жизненные процессы, а с точки зрения медико-биологических проблем – формы движения материи. Философский блок гносеологии способствует развитию логического мышления, что в будущем обучающимся будет необходимо для постановки диагноза.

Блоки философской антропологии и социального бытия дисциплины «Биоэтика» тесно связаны с вопросами дисциплины «Социология», так как у обучающихся формируется представление о связях биологического и социального, роли человеческих чувств, нравственной составляющей медицинской деятельности. Особое внимание здесь уделяется и вопросам здорового образа жизни.

При изучении дисциплины «История» особое внимание следует уделить формированию универсальной компетенции УК-5 (способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия).

При разработке рабочей программы перед педагогом возникает необходимость в формулировании индикаторов освоения

данной компетенции. Исходя из содержания данной универсальной компетенции, можно предложить следующий вариант.

Обучающийся должен (может):

- применять методы анализа и учета разнообразия культур в процессе межкультурного взаимодействия;

- использовать знание патриотических традиций для формирования гражданской позиции;

- овладеть приемами межкультурной коммуникации;

- осознавать ценность других людей, ценность человеческой жизни, проявлять нетерпимость к действиям и влияниям, представляющим угрозу жизни, физическому и нравственному здоровью и духовной безопасности личности, умение им противодействовать и др.

При изучении дисциплины «История» в медицинском вузе следует особое внимание уделять эмоционально-волевому компоненту, который отражает наличие эмпатии и саморегуляции у будущего врача. Он проявляется в практической деятельности, прежде всего, в общении с представителями различных культур в условиях медицинского учреждения.

В рамках учебных занятий по дисциплине «История» необходимо актуализировать эмоциональную сферу, то есть 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, 16].

Созданию условий, способствующих развитию эмоционально-волевого компонента, а именно положительного эмоционального настроя у обучающихся способствуют примеры из истории деятельности врачей в период военных конфликтов, реализации ими принципа

социальной справедливости, когда медицинская помощь оказывается всем нуждающимся «без различия пола, расы, национальности, религиозной принадлежности». Подобные примеры врачебной практики представлены в художественных произведениях, философских трактатах.

Как показывает опыт, всегда вызывает эмоциональный отклик у обучающихся изучение произведений известных врачей-мыслителей Гиппократ, Авиценна, Моисея Маймонида, А.П. Чехова, Святителя Луки Войно-Ясенецкого, Митрополита Антония Сурожского. Например, изучение молитвы иудейского врача Моисея Маймонида способствует развитию ориентации у обучающихся на важность реализации принципа равенства при оказании медицинской помощи различным социальным группам: «Укрепляй, усиливая меня телесно и душевно, дабы я везде и всегда был готов помочь и бедному и богатому, доброму и злому, другу и неприятелю – с тем, чтобы я узрел в нем больного человека!» [4, с. 85; 8, 125].

Эмоциональный отклик у обучающихся всегда вызывает ознакомление с письмом известного хирурга и священнослужителя Луки Войно-Ясенецкого в первые дни Великой Отечественной войны, которое он написал на имя Председателя Президиума Верховного Совета М. И. Калинина: «Я, епископ Лука, профессор Войно-Ясенецкий, отбываю ссылку в поселке Большая Мурта Красноярского края. Являясь специалистом по гнойной хирургии, могу оказать помощь воинам в условиях фронта тыла, там, где будет мне доверено. Прошу ссылку мою прервать и направить в госпиталь. По окончании войны готов вернуться в ссылку. Епископ Лука» [7, 2].

Данный исторический источник иллюстрирует пример беззаветного служения медицине и людям. Он способствует формированию гражданской позиции у обучающихся.

В рамках учебных занятий по дисциплинам «Психология» и «Педагогика» следует обратить внимание на формирование таких универсальных компетенций как УК-3 и УК-4.

Так, для формирования УК-4 – «Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия» – наиболее подходят темы, посвященные развитию коммуникативных навыков, изучению структуры общения («Психология»), стилей

педагогической коммуникации («Педагогика»).

Разделы дисциплины «Психология», посвященные изучению психологии групп и коллектива, психологическим аспектам управления и стилям руководства, а также разделы «Педагогика», рассматривающие принципы и методы педагогического взаимодействия в коллективе, в наибольшей мере способствуют формированию УК-3 – «Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели».

Заключение

Таким образом, в рамках формирования профессиональной компетентности будущего врача при изучении социально-гуманитарных предметов должно уделяться особое внимание разработке содержания и подбору учебного материала, способствующего развитию эмоционально-

волевого компонента профессиональной деятельности. Формирование профессиональной компетентности должно осуществляться на основе принципа развития междисциплинарных связей между предметами социально-гуманитарного цикла.

Литература / References

1. Бермус А.Г. Проблемы и перспективы реализации компетентностного подхода в образовании // Интернет-журнал "Эйдос". - 2005. - 10 сентября. [Bermus A.G. Problemy i perspektivy realizatsii kompetentnostnogo podkhoda v obrazovanii. *Internet-zhurnal "Eydos"*. 10.09. 2005. (In Russ)] Доступно по: <http://www.eidos.ru/journal/2005/0910-12.htm> Ссылка активна на 12.02.2021.
2. Воспитательная среда университета : традиции и инновации: монография / А. В. Пономарев [и др.]. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2015. [*Vospitatel'naya sreda universiteta : traditsii i innovatsii : monografiya* / A. V. Ponomarev [et al.]. Ekaterinburg : Ural. un-ta, 2015. (In Russ)]
3. Мединцева И. П. Компетентностный подход в образовании // Педагогическое мастерство : материалы II Междунар. науч. конф. (г. Москва, декабрь 2012 г.). - Москва : Буки-Веди, 2012. [Medintseva, I. P. Kompetentnostnyy podkhod v obrazovanii .

- In: Proceedings of the II Mezhdunarodnaya nauchnaya konferentsiya. "Pedagogicheskoe masterstvo". Moscow, December, 2012. Moscow: Buki-Vedi, 2012. (In Russ)]. Доступно по: <https://moluch.ru/conf/ped/archive/65/3148/> Ссылка активна на 12.02.2021.
4. Моше Бен-Маймон Испанец. Молитва//Ле Порье Э. Врач из Кордовы .- Иерусалим: Библиотека-Алия, 1989.-С.289 [Moshe Ben-Maymon *Ispanets. Molitva*. In: Le Por'e E. Vrach iz Kordovy. Jerusalem: Biblioteka-Aliya, 1989. p.289(In Russ)]
 5. 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. Razvitie navykov korporativnogo vzaimodeystviya u studentov v protsesse formirovaniya ikh professional'noy kompetentsii. *Vestnik*

Orenburgskogo universiteta. 2010; (9):184-188. (In Russ)]

6. Приказ Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988 «Об утверждении федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования - специалитет по специальности-13.05.01-Лечебное дело» (зарегистрировано в минюсте 26.08.2020 №59493. [*Prikaz Minobrnauki Rossii ot 12.08.2020 № 988 «Ob utverzhdanii federal'nykh gosudarstvennykh obrazovatel'nykh standartov vysshego obrazovaniya - spetsialitet po spetsial'nosti-13.05.01-Lechebnoe delo»* (zaregistrirovano v minyuste 26.08.2020 №59493. (In Russ)]

Доступно по: [https://www.amursma.ru/upload/iblock/ac8/Prikaz_Minobrnauki_Rossii_ot_12.08.2020_988_Ob_utverzhdanii_Federalnogo_Gosudarstvennogo_Obrazovatel'nogo_standarta_vysshego_obrazovaniya-](https://www.amursma.ru/upload/iblock/ac8/Prikaz_Minobrnauki_Rossii_ot_12.08.2020_988_Ob_utverzhdanii_Federalnogo_Gosudarstvennogo_Obrazovatel'nogo_standarta_vysshego_obrazovaniya-specialitet_po_specialnosti_31.05.01_Lechebnoe_delo.pdf)

[specialitet_po_specialnosti_31.05.01_Lechebnoe_delo.pdf](https://www.amursma.ru/upload/iblock/ac8/Prikaz_Minobrnauki_Rossii_ot_12.08.2020_988_Ob_utverzhdanii_Federalnogo_Gosudarstvennogo_Obrazovatel'nogo_standarta_vysshego_obrazovaniya-specialitet_po_specialnosti_31.05.01_Lechebnoe_delo.pdf) Ссылка активна на 12.02.2021

7. Пять лет Отечественной войны Святителя Луки.- [*Pyat' let Otechestvennoy voyny Svyatitelya Luki*. (In Russ)] Доступно по: <https://www.pravmir.ru/5-let-otechestvennoj-vojny-svyatitelya-luki/> Ссылка активна на 12.02.2021.

8. Рабочая программа по дисциплине «Философия» для специальности 13.05.01 «Лечебное дело»/Сост. А.Е. Михайлов, Н.В. Коротков.-Киров: Кировский ГМУ, 2019. [*Rabochaya programma po distsipline*

«Filosofiya» dlya spetsial'nosti 13.05.01 «Lechebnoe delo» . Ed. A.E. Mikhaylov, N.V. Korotkov. Kirov: Kirovskiy GМУ, 2019. (In Russ)]

9. Сахарова Л.Г. Воспитание культуры межрелигиозного общения у студентов медицинского вуза в процессе формирования общекультурных компетенций // *Медицинское образование сегодня*. – 2018.- № 1. – С.116-133. [Sakharova L.G. *Vospitanie kul'tury mezhreligioznogo obshcheniya u studentov meditsinskogo vuza v protsesse formirovaniya obshchekul'turnykh kompetentsiy. Meditsinskoe obrazovanie segodnya*. 2018; (1): 116-133. (In Russ)]

10. Сергеева Т.Б., Горбатько О.И. Значение гуманитарного знания в формировании культурного пространства вуза//*Медицинский вестник Северного Кавказа*. - 2007.- № 4.- С.49-54. [Sergeeva T.B., Gorbat'ko O.I. *Znachenie gumanitarnogo znaniya v formirovanii kul'turnogo prostranstva vuza . Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza*. 2007; (4):49-54. (In Russ)]

11. Яновская М.Г. Эмоциональный фактор в процессе формирования интеллигентности будущего специалиста. – Киров: Изд-во ВятГГУ, 2008.[Yanovskaya M.G. *Emotsional'nyy faktor v protsesse formirovaniya intelligentnosti budushchego spetsialista*. Kirov: VyatGGU, 2008. (In Russ)]

УДК 612.821

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШКОЛЬНИКОВ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОВЛАДЕНИЮ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКОМ

Частоедова И.А.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия, (610998, г. Киров, ул. К. Маркса, 112),
e-mail: kf17@kirovgma.ru*

Резюме. В статье проводится сравнительный анализ психофизиологических характеристик у школьников двух групп: 1 группа – учащиеся, успешно осваивающие иностранный язык и 2 группа – учащиеся, имеющие трудности в освоении английского языка. Установлено, что для школьников, успешно осваивающих английский язык, характерны следующие психофизиологические особенности: высокий уровень устойчивости внимания (эффективности работы), средний или высокий объем памяти, преобладание словесно-логического и/или наглядно-образного мышления, достаточный уровень креативности, смешанный тип или доминирование правого полушария.

Ключевые слова: устойчивость внимания (эффективность работы), объем памяти, тип мышления, полушарное доминирование, школьники.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SCHOOLCHILDREN RESPONSIBLE FOR MASTERY OF A FOREIGN LANGUAGE

Chastoyedova I.A.

*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia Kirov,
Russia (610998, Kirov, K. Marx St, 112) kf17@kirovgma.ru*

Summary. The article provides a comparative analysis of psychophysiological characteristics of students in two groups: group 1 – students who are successfully mastering a foreign language and group 2 – students who have difficulties in learning English. It has been established that students who are successfully mastering English are characterized by the following psychophysiological features: a high level of attention stability (work efficiency), medium or high memory volume, the predominance of verbal logical and/or visual thinking, a sufficient level of creativity, a mixed type hemisphere involvement or the right hemisphere dominance.

Key words: persistence of attention (efficiency of work), memory volume, type of thinking, hemispheric dominance, schoolchildren.

Введение

В современных условиях в связи с прогрессивным развитием общества наблюдается все больший интерес к иностранному языку. Самым популярным иностранным языком считается английский. Между тем неоднократно подмечалось, что изучают английский язык многие, а по-настоящему хорошо владеют им единицы. В наши дни ведется активный методический поиск эффективных способов освоения английского языка. Однако успех в освоении языка зависит от множества факторов, причем не только сугубо методических [1]. Для повышения мотивации к изучению иностранного языка преподавателю необходимо учитывать психологические особенности старшего школьного возраста при выборе методов, технологий и подходов к преподаванию английского языка в группах такого возраста [2].

К основным компонентам лингвистических способностей относят объем вербальной механической и смысловой памяти, логическое мышление, ассоциативное мышление, способность к предвосхищению элементов языка, гибкость трансформационных процессов [3]. Выявлено, что наиболее влияющим на успешность обучения речевой деятельности является показатель оперативной памяти и мышление. Главное содержание умственного развития у учащихся – переход процесса мышления от наглядно-образного к словесно-логическому и связанная с этим перестройка всех остальных процессов [4].

Одним из важнейших свойств индивидуальности является функциональная асимметрия мозга: она определяет особенности восприятия, запоминания, стратегию мышления, эмоциональную сферу человека. Поэтому, рациональная методика работы по усвоению знаний и формированию всех необходимых навыков при обучении иностранным языком существенно обогащается благодаря теории о функциональной асимметрии мозга человека и может включать: на первой

ступени – обучение с учетом лево- или правополушарного менталитета; на второй – развитие нефункционирующих полушарий с целью раскрытия потенциальных возможностей личности; на третьей – совершенствование обучения путем синхронизации полушарий мозга. Без включения в работу двух полушарий мозга не достичь сформированности необходимых навыков и видов речевой деятельности, как того требуют школьные программы [5]. Имеются данные о том, что изучаемый язык влияет на характер функциональной специализации полушарий человеческого мозга [6].

Таким образом, успешность овладения английским языком зависит от целой группы факторов, что представляет интерес для исследований.

Цель исследования. Выявить психофизиологические особенности школьников, способствующие овладению иностранным языком.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования школьников 10 классов Лицея естественных наук г. Кирова. Всего было обследовано 43 подростка (14 юношей и 29 девушек). Все школьники были разделены на 2 группы: 1 группа – 25 человек (5 юношей и 20 девушек), успешно овладевающие иностранным языком, и 2 группа – 18 человек (11 юношей и 7 девушек), имеющих трудности в освоении иностранного языка. Распределение на группы проведено по результатам оценок по английскому языку и характеристике учащихся учителем английского языка.

При анализе результатов исследования использовали компьютерные пакеты Excel и программу Statistica 13. Проверку на нормальность распределения данных осуществляли с помощью критерия Шапиро-Уилка. Результаты описательной статистики для данных, подчиняющихся закону нормального распределения или имеющих распределение, близкое к нормальному, представлялись в виде средней арифметической (M) и стандартной ошибки средней ($\pm m$). Для

сравнения количественных показателей двух независимых выборок (2 групп) применяли параметрический критерий Стьюдента. Оценку качественных

показателей осуществляли с помощью критерия хи-квадрат. Достоверными считали различия и корреляции при $p < 0.05$.

Основное содержание

У всех учащихся проводили определение устойчивости внимания и динамики работоспособности по таблицам Шульте. С помощью этого теста вычисляли эффективность работы (ЭР), степень вработываемости (ВР), психическую устойчивость (ПУ) (по Ю. Козыревой). Определение объема кратковременной памяти осуществляли по методу Джекобса. Тип мышления оценивали с помощью опросника «Тип мышления» (в модификации Г.В. Резапкиной), в котором по количеству баллов определяется уровень развития предметно-действенного, абстрактно-символического, словесно-логического, наглядно-образного мышления и уровень креативности. Функциональную асимметрию полушарий определяли с помощью теста на

полушарное доминирование (Н.М. Тимченко).

При сравнении средних показателей эффективности работы (ЭР), степени вработываемости (ВР) и психической устойчивости (ПУ) в исследуемых группах (рис. 1), мы выявили, что у школьников 1 группы (успешно осваивающих английский язык) средние показатели эффективности работы в 1,2 раза выше ($p = 0,00008$), чем у школьников 2 группы. Средние показатели степени вработываемости и психической устойчивости не имели отличий в сравниваемых группах.

Для учета гендерных особенности мы провели сопоставление средних показателей, характеризующих внимание у девушек и юношей. Гендерных различий показателей у юношей и девушек в группах не выявлено.

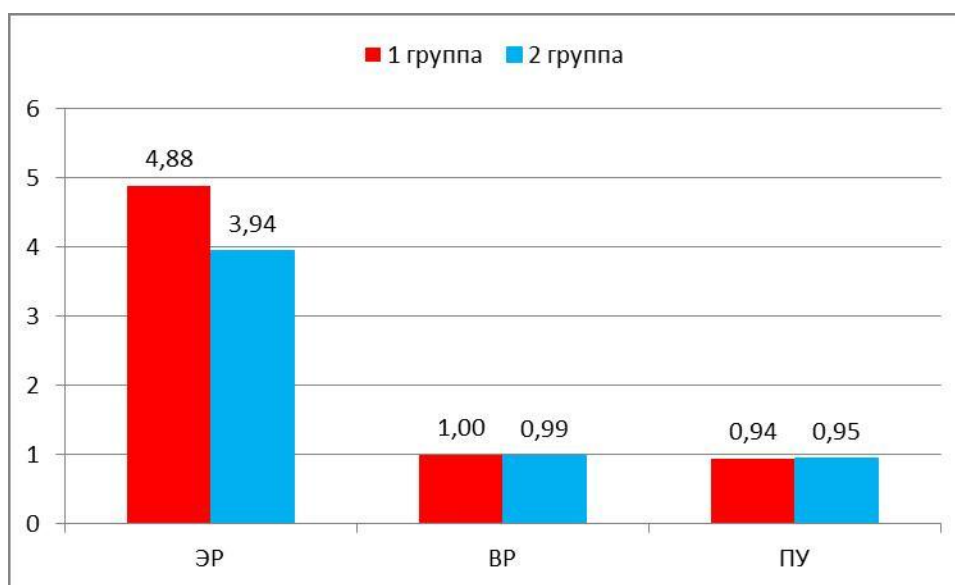


Рис. 1. Средние показатели (в баллах) эффективности работы (ЭР), вработываемости (ВР) и психической устойчивости (ПУ) в исследуемых группах

Отличная эффективность работы отмечена у большинства школьников 1 группы (22 человека, 88%) и только у трети (6 человек, 33%) школьников 2 группы, различия достоверны ($p = 0,0002$ по

критерию хи-квадрат). У 3 школьников (17%) 2 группы – удовлетворительная эффективность работы и у 2 (11%) – плохая.

Средние показатели объема памяти в сравниваемых группах имеют незначительные отличия ($p=0,44$ по критерию t-Стьюдента): в 1 группе показатель составил $7,24 \pm 0,16$ баллов, во 2 группе – $7,00 \pm 0,29$ баллов. Качественный анализ по уровням объема памяти также показал, что нет достоверных различий по частоте встречаемости различных уровней.

Оценив средние показатели по типам мышления в сравниваемых группах, мы выяснили, что у школьников 1 группы достоверно выше средние значения таких типов мышления, как словесно-логическое, наглядно-образное и выше уровень креативности, чем у школьников 2 группы (табл. 1).

Таблица 1

Средние показатели по типам мышления в исследуемых группах ($M \pm m$)

Типы мышления	1 группа, n=25	2 группа, n=18	p-уровень по критерию t-Стьюдента
предметно-действенное	$4,08 \pm 0,28$	$3,44 \pm 0,39$	0,18
абстрактно-символическое	$2,56 \pm 0,40$	$2,89 \pm 0,27$	0,53
словесно-логическое	$4,44 \pm 0,27$	$3,39 \pm 0,41$	0,028
наглядно-образное	$5,36 \pm 0,32$	$3,28 \pm 0,54$	0,0011
креативность	$4,84 \pm 0,31$	$3,33 \pm 0,51$	0,011

У 9 (50%) школьников 2 группы выявлен низкий уровень развития наглядно-образного мышления, у школьников 1 группы низкий уровень не обнаружен. Достоверно выше ($p=0,026$ по критерию хи-квадрат) отмечался и низкий уровень развития словесно-логического мышления у учащихся 2 группы (5 человек, 62,5%) в сравнении с 1 группой (1 человек, 4%). Низкий уровень креативности также достоверно чаще ($p=0,0018$ по критерию хи-квадрат) встречался у школьников 2 группы (9 человек, 50%) в сопоставлении с

показателями школьников 1 группы (2 человека, 8%).

При оценке типа полушарного доминирования были получены следующие результаты: у школьников 2 группы в 2 раза чаще отмечен левополушарный тип (у 10 человек, 56%), чем у школьников 1 группы (6 человек, 24%), различия достоверны ($p=0,034$ по критерию хи-квадрат). Различия в частоте встречаемости смешанного и правополушарного типов не достигали уровня значимости.

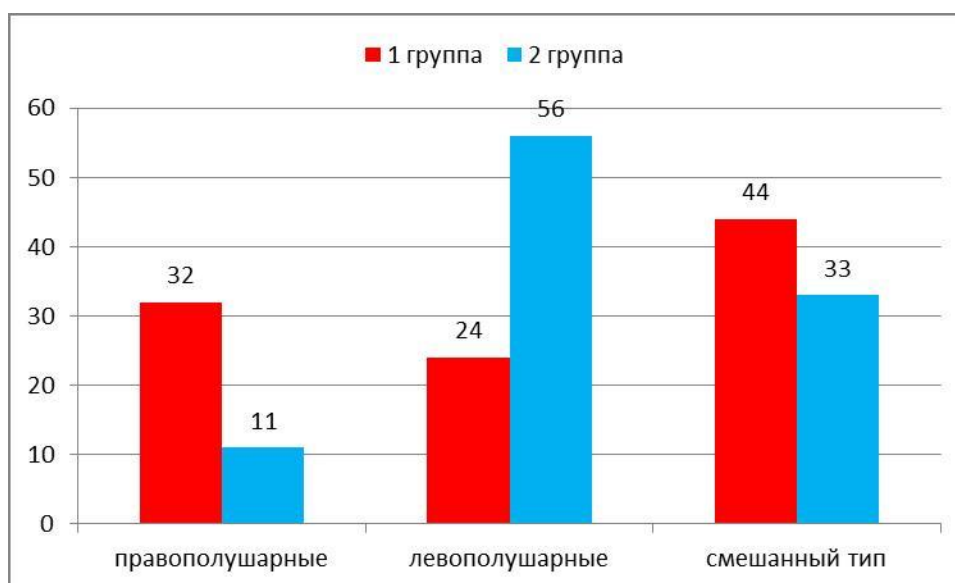


Рис. 2. Процентное распределение школьников по типу полушарного доминирования в исследуемых группах

Корреляционный анализ показал наличие следующих взаимосвязей между показателями: у школьников 1 группы (успешно осваивающих английский язык) прямая положительная связь средней силы между уровнем психической устойчивости и полушарным доминированием ($r=0,42$, $p=0,030$), уровнем предметно-действенного мышления и уровнем креативности ($r=0,52$, $p=0,007$). Хуже психическая устойчивость при выполнении монотонных заданий у лиц с правополушарным типом асимметрии полушарий. При высоком уровне предметно-действенного мышления выше уровень креативности учащихся.

У школьников 2 группы (имеющих трудности в освоении иностранного языка) выявлены иные корреляционные взаимосвязи: отрицательная связь средней силы между объемом памяти и типом полушарного доминирования ($r=-0,55$, $p=0,021$). У лиц с правополушарным типом ниже показатель объема памяти. Также была обнаружена прямая положительная

связь средней силы между эффективностью работы и уровнем психической устойчивости ($r=0,56$, $p=0,01$). Т.е. при повышении эффективности работы ухудшается психическая устойчивость при выполнении монотонной работы.

Таким образом, данное исследование позволило составить психофизиологический портрет школьника, успешно осваивающего английский язык. Это школьник с высоким уровнем устойчивости внимания (эффективностью работы), средним или высоким объемом памяти, с преобладанием словесно-логического и/или наглядно-образного мышления, средним или высоким уровнем креативности, смешанного или правополушарного типа. Развитие устойчивого внимания, наглядно-образного и словесно-логического мышления, креативности, увеличение объема памяти, включение в работу правого полушария будут способствовать успешному освоению английского языка школьниками.

Выводы

1. У школьников, успешно осваивающих английский язык, выше средние показатели устойчивости внимания (эффективности работы), чаще отмечался высокий уровень эффективности работы.

2. Средние показатели словесно-логического и наглядно-

образного типов мышления и уровень креативности в 1 группе выше, чем во 2 группе.

3. У школьников 2 группы чаще регистрировался низкий уровень развития словесно-логического и наглядно-образного мышления, уровня креативности.

4. У школьников 2 группы чаще встречался левополушарный тип, чем в 1 группе.

5. Выявлен разный тип корреляционных взаимосвязей показателей в 1 и 2 группе.

Литература / References

1. Алешинская Е.В. К вопросу о психологических аспектах изучения английского языка // *Litera*. – 2014. – № 4. – С.119-139. [Aleshinskaya E.V. On the psychological aspects of learning English. *Litera*.2014;(4):119-139 (In Russ).] DOI:10.7256/2409-8698.2014.4.14990.
2. Пахомова Н.Ю. Учет психологических особенностей старшего школьного возраста как способ повышения мотивации к изучению языка//Научно-методический электронный журнал «Концепт». –2016. – №9. – С.141-145. [Pahomova N.Ju. Uchet psihologicheskikh osobennostej starshego shkol'nogo vozrasta kak sposob povyshenija motivacii k izucheniju jazyka. *Nauchno-metodicheskij jelektronnyj zhurnal «Koncept»*. 2016; (9): 141-145(In Russ).] Доступно по: <http://e-koncept.ru/2016/16197.htm> Ссылка активна на 12.02.2021.
3. Черноморова О.Н. Индивидуально-психологические и возрастные особенности студентов при обучении иностранному языку//Известия Южного федерального университета.– 2011. –№10(123). – С. 143-150. [Chernomorova O.N. Individual'no-psihologicheskie i vozrastnye osobennosti studentov pri obuchenii inostrannomu jazyku. *Izvestija Juzhnogo federal'nogo universiteta*. 2011; 10(123): 143-150. (In Russ).]
4. Павлова К.В., Безукладников К.Э. Мышление как основа развития иноязычных способностей школьников//

- Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. Серия №1. Психологические и педагогические науки, – 2015. – №2. – С.174-178. [Pavlova K.V., Bezukladnikov K.Je. Myshlenie kak osnova razvitiya inojazychnyh sposobnostej shkol'nikov// *Vestnik Permskogo gosudarstvennogo humanitarno-pedagogicheskogo universiteta. Serija №1. Psihologicheskie i pedagogicheskie nauki*. 2015; (2):174-178. (In Russ).]
5. Гришечкина А.М. Рациональная методика обучения иностранным языкам с учетом теории о функциональной асимметрии мозга//Вестник Брянского государственного университета – 2013. – № 1. – С. 108-114. [Grishechkina A.M. Racional'naja metodika obuchenija inostrannym jazykam s uchetom teorii o funkcional'noj asimmetrii mozga. *Vestnik Brjanskogo gosudarstvennogo universiteta*.2013; (1):108-114(In Russ).]
 6. Бауэр Е. А. Некоторые аспекты индивидуально-психологических особенностей в овладении иностранным языком // Молодой ученый. –2016. – №7.6. – С. 26-28. [Baujer E. A. Nekotorye aspekty individual'no-psihologicheskikh osobennostej v ovladenii inostrannym jazykom. *Molodoj uchenyj*.2016; (7.6):26-28 (In Russ).] Доступно по: <https://moluch.ru/archive/111/27741/> Ссылка активна на 12.02.2021.

ОБЗОРЫ

УДК 6.61.614.3

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ НОРМ В РАБОТЕ ГОСТИНИЦ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСА COVID-19 (международный и российский подходы)

Сахаров Р.В.

ГАОУ ВО Ленинградской области "Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина" (196605, Санкт-Петербург, г. Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10 лит. А), e-mail: slg75@rambler.ru

Резюме. В данной статье рассматриваются теоретические основы и практическая реализация временных санитарно-гигиенических правил работы гостиниц в Российской Федерации и за рубежом в условиях пандемии коронавируса COVID-19 в 2020-2021 гг.

Ключевые слова: гостиница, отель, ресторанная зона отеля, пандемия коронавируса COVID-19, санитарно-эпидемиологические нормы.

FEATURES OF IMPLEMENTING SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL STANDARDS IN OPERATION OF HOTELS DURING THE COVID-19 PANDEMIC (international and Russian approaches)

Sakharov R.V.

Pushkin Leningrad State University (St. Petersburg , Pushkin, 196605 , St. Petersburg sh., 10 A) slg75@rambler.ru

Summary. This article examines the theoretical foundations and practical implementation of temporary sanitary and hygienic rules in operation of hotels in the Russian Federation and abroad in the context of the COVID-19 pandemic in 2020-2021.

Keywords: hotel, hotel restaurant area, coronavirus, COVID-19 pandemic, sanitary and epidemiological standards.

Введение

Актуальность исследования данного вопроса обусловлена пандемией коронавируса COVID-19 в 2020 году, которая внесла существенные изменения в привычный образ жизни каждого человека независимо от того, в каком государстве мира он проживает. Существенно ограничены передвижения по миру,

пострадали такие сферы, как туризм и гостиничный бизнес [1, С. 16].

В 2020 году гостиничная сфера должна была в короткие сроки приспособиться к новым реалиям, перестроить свою работу в соответствии с новыми санитарно-гигиеническими требованиями, обусловленными необходимостью профилактики и борьбы с

эпидемией. Государствами были приняты беспрецедентные меры, направленные на исключение заражения от инфицированного человека и профилактику заболевания.

В гостиницах существует высокая степень взаимодействия между гостями и

персоналом. Гостиницы предоставляют многочисленные услуги (питание и напитки, уборка, организация развлекательных и спортивных мероприятий). Организация деятельности гостиниц требует особого внимания.

Основное содержание

Анализ литературы и нормативно-правовых источников позволяет сделать ряд выводов об особенностях перестройки деятельности учреждений гостиничной сферы. В первую очередь осуществим анализ нормативной базы, регулирующей деятельность гостиничной сферы.

Важнейшим документом, регулирующим деятельность гостиниц во всем мире, стали временные рекомендации Всемирной организации здравоохранения [3, 4]. Этот документ представляет собой обновленную версию временных рекомендаций, опубликованных 31 марта 2020 г. по результатам внутриорганизационных консультаций ВОЗ, ЮНВТО и ЮНИСЕФ на основе новых знаний, полученных о COVID-19, включая профилактику передачи и контроль случаев предполагаемой или подтвержденной инфекции.

Задачей данного документа является выработка для национальных и местных служб эпиднадзора и реагирования общих правил и подходов по принятию необходимых мер в связи с возникновением в гостиницах событий, которые могут нанести вред гражданам (туристам).

В условиях пандемии в 2020 году Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека выработаны и утверждены национальные «Рекомендации по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в учреждениях, осуществляющих деятельность по предоставлению мест для временного проживания (гостиницы и иные средства размещения» (МР 3.1./2.1.0193-20) [7].

Гостиницы продолжают руководствоваться и иными нормативно-правовыми актами, а именно Постановлением Правительства РФ от 25.04.1997 № 490 «Об утверждении правил предоставления гостиничных услуг в Российской Федерации». Продолжается и реализация целевых программ, например, «Культура и туризм 2019–2021 годы», с учетом эпидемиологической ситуации.

Международные и российские рекомендации регламентируют следующие направления работы гостиниц с целью профилактики инфекции:

- распределение ресурсов (назначить ответственных сотрудников гостиниц, контролирующих соблюдение данных рекомендаций);

- организация контрольной документации (журналов регистрации инструктажа на рабочем месте, журналов регистрации использования дезинфицирующих средств и др.);

- организация социальной рекламы в гостиницах (плакатов, листовок по вопросам обработки рук, соблюдения социальной дистанции, индивидуальных мер профилактики инфекции) [3, С. 1–4].

- перечень необходимого оборудования на стойке регистрации гостиницы (дезинфицирующее средство и салфетки для очистки поверхностей; медицинская маска и защита для глаз, отдельные или комбинированные, защитный щиток для лица, очки (одноразового использования); перчатки (одноразового использования); пластиковый защитный фартук (одноразового использования) и др.).

В соответствии с временными рекомендациями Всемирной организации

здравоохранения (от 25 августа 2020 года) [4] и российскими «Рекомендациями по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в учреждениях, осуществляющих деятельность по предоставлению мест для временного проживания (гостиницы и иные средства размещения)» (МР 3.1./2.1.0193-20) [7], особое внимание рекомендуется уделять организации питания в гостиницах. В частности, осуществлять реализацию следующих профилактических мер:

- проведение в местах общего пользования (холлы, вестибюли, столовые) обеззараживания воздуха с применением соответствующего оборудования согласно инструкции;

- организация и проветривание помещений каждые 2 часа;

- организация работы предприятий общественного питания в гостиницах осуществляется согласно рекомендациям;

- нанесение специальной разметки на полу при организации питания по типу «шведский стол» или с использованием линии раздачи;

- увеличение продолжительности времени питания в гостиницах;

- проведение термометрии гостей при заезде в гостиницу, при входе в гостиницу в течение дня и в предприятие общественного питания в гостинице с использованием бесконтактных средств измерения;

- государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование и др. [3, С. 1-4; 6]

Гостиницам рекомендуется либо перейти на питание гостей «по меню», либо на «индивидуальное обслуживание в номерах». Особая популярность питания по типу «шведский стол», особенно во время завтрака в зоне ресторана гостиницы, способствует особой его регламентации: «Обеспечение при организации питания по типу «шведского стола» или с использованием линии раздачи расстановки блюд с соблюдением принципа социального дистанцирования, включая использование системы информирования отдыхающих и нанесения

сигнальной разметки на полу. Увеличение продолжительности периода предоставления завтрака в отеле в зависимости от объемов гостиниц» [2, 6].

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения также: «Шведский стол и аппараты для разлива напитков. В контексте заболеваемости COVID-19 шведский стол не рекомендуется и не должен быть предложен в качестве способа подачи пищи. При использовании аппаратов для разлива напитков должны быть предусмотрены соответствующие средства гигиены рук, регулярная очистка и дезинфекция любой посуды, используемой для аппаратов, а также регулярная очистка и дезинфекция самого аппарата. При использовании таких аппаратов те части, к которым чаще прикасаются пользователи, следует чистить и дезинфицировать как минимум после каждого обслуживания, а при необходимости – еще чаще». [6, С.7–8].

Данные рекомендации совпадают с национальными российскими в плане сервировки столов: «Необходимо следовать национальным рекомендациям относительно того, разрешена ли подача пищи внутри помещения. В помещениях должна обеспечиваться надлежащая вентиляция. По возможности рекомендуется размещать максимум по 4 человека на 10 кв. м внутри помещения. Столы должны быть расставлены таким образом, чтобы спинки стульев находились на расстоянии более 1 м, а гости были расположены лицом друг к другу на расстоянии не менее 1 м» [7].

Анализ деятельности ряда мировых сетей отелей позволяет сделать вывод об универсальном подходе к реализации санитарно-гигиенических норм по профилактике коронавирусной инфекции (COVID-19). Приведем ряд примеров применения профилактических мер в отелях в местах общего пользования, в частности в зоне ресторанов:

- Hilton: помимо введения максимально гибких правил бронирования, Hilton сотрудничает с производителем дезинфицирующих средств RB и клиникой

Mayo Clinic, чтобы внедрить высочайшие стандарты чистоты: гигиена в отелях превыше всего. Заехать и выехать можно бесконтактно – с помощью цифрового ключа. Еще для дезинфекции во всех гостиницах сети применяются электростатические спреи и ультрафиолетовые лампы.

- Hyatt Hotels: разрабатывают международный протокол сертификации по вопросам гигиены, согласно которому в каждом отеле сети будет свой эксперт по чистоте и безопасности для здоровья или специальная команда. Измерение температуры и другие проверки хорошего самочувствия организуются в разных локациях в соответствии с местной эпидобстановкой и требованиями медицинских властей. Самые контактные предметы, которые с трудом поддаются дезинфекции, из номеров удалены.

Дополнительные услуги можно заказать через приложение World of Hyatt. А еще для всей группы отелей действуют специальные расширенные условия отмены и изменения брони, а также акции и приятные бонусы.

- Marriott Hotels: используют широкий набор технологий (включая электростатические спреи и ультрафиолетовое излучение) во всех отелях сети. Дезинфекция номеров происходит с использованием средств, которые применяют в больницах, а для гостей доступны дезинфицирующие салфетки в неограниченном количестве. По всей территории отелей установлены автоматы с санитайзерами. Есть разметка для социального дистанцирования. А зарегистрироваться, войти в номер и заказать рум-сервис можно через апп- Marriott» [5].

Заключение

Таким образом, организация деятельности гостиниц в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 регламентируется рядом общих рекомендаций, зафиксированных в официальных документах Всемирной организации здравоохранения и национальных законодательных актах, в том числе нормативно-правовых актах Российской Федерации. Данные

рекомендации имеют универсальный характер для всех гостиниц в мире. Практическая реализация рекомендаций по профилактике инфекции в гостиницах всего мира осуществляется в соответствии с установленными санитарно-гигиеническими нормами, направленными на профилактику и борьбу с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Литература / References

1. Антропова А. О. Влияние коронавируса (COVID-19) на международный туризм. // Вестник научных конференций. 2020. — № 2–2 (54). – С.16-18. [Antropova A. O. Vliyanie koronavirusa (COVID-19) na mezhdunarodnyy turizm. Vestnik nauchnykh konferentsiy. 2020;2–2 (54):16-18. (In Russ)]
2. Иринарина О.Е., Балдина А.М., Анурина Е.Е. Организация завтрака как неотъемлемая часть имиджа отеля // Сборник статей XII Международной научно-практической конференции “Экономика, управление и право: инновационное решение проблем”: в 2 ч. –

- Пенза, 2018– Пенза: Наука и просвещение, 2018 – С. 182-187. [Irinina O.E., Baldina A.M., Anurina E.E. Organizatsiya zavtraka kak neot'emlemaya chast' imidzha otelya. In: Proceedings of the XII Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii “Ekonomika, upravlenie i pravo: innovatsionnoe reshenie problem”. Penza, 2018. Penza: Nauka i prosveshchenie, 2018. pp. 182-187. (In Russ)]
3. Контроль COVID-19 в гостиницах и других местах размещения в секторе гостиничного обслуживания. Всемирная организация здравоохранения. Временные рекомендации 25 августа 2020 г. [Kontrol'

COVID-19 v gostinitsakh i drugikh mestakh razmeshcheniya v sektore gostinichnogo obsluzhivaniya. Vsemirnaya organizatsiya zdavookhraneniya. Vremennye rekomendatsii 25.08.2020 (In Russ)] Доступно по: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333992/WHO-2019-nCoV-Hotels-2020.3-rus.pdf> Ссылка активна на 12.02.2021.

4. World Health Organization. Operational considerations for COVID-19 management in the accommodation sector - Interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331937> Accessed February 12, 2021

5. Новый гостиничный мир: как будет выглядеть проживание в отеле после коронавируса [Novyy gostinichnyy mir: kak budet vyglyadet' prozhivanie v otele posle koronavirusa (In Russ)] Доступно по: <https://www.skyscanner.ru/news/oteli-i-gostinitsy-posle-coronavirusa> Ссылка активна на 12.02.2021.

6. Осипова, Л. Б. Гостиничный и туристический бизнес во время пандемии коронавируса COVID-19 // Молодой ученый. — 2020. - № 23 (313). - С. 429-433. [Osipova, L. B. Gostinichnyy i turisticheskiy biznes vo vremya pandemii koronavirusa COVID-19 . *Molodoy uchenyy*. 2020;23 (313:429-433 (In Russ)]

7. Рекомендации по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в учреждениях, осуществляющих деятельность по предоставлению мест для временного проживания (гостиницы и иные средства размещения (МР 3.1./2.1.0193-20). [Rekomendatsii po profilaktike novoy koronavrusskoy infektsii (COVID-19) v uchrezhdeniyakh, osushchestvlyayushchikh deyatel'nost' po predostavleniyu mest dlya vremennogo prozhivaniya (gostinitsy i inye sredstva razmeshcheniya (MR 3.1./2.1.0193-20). (In Russ)] Доступно по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74156338/> Ссылка активна на 12.02.2021.