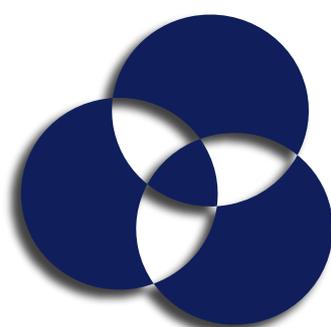


ISSN 1997-3276

УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9

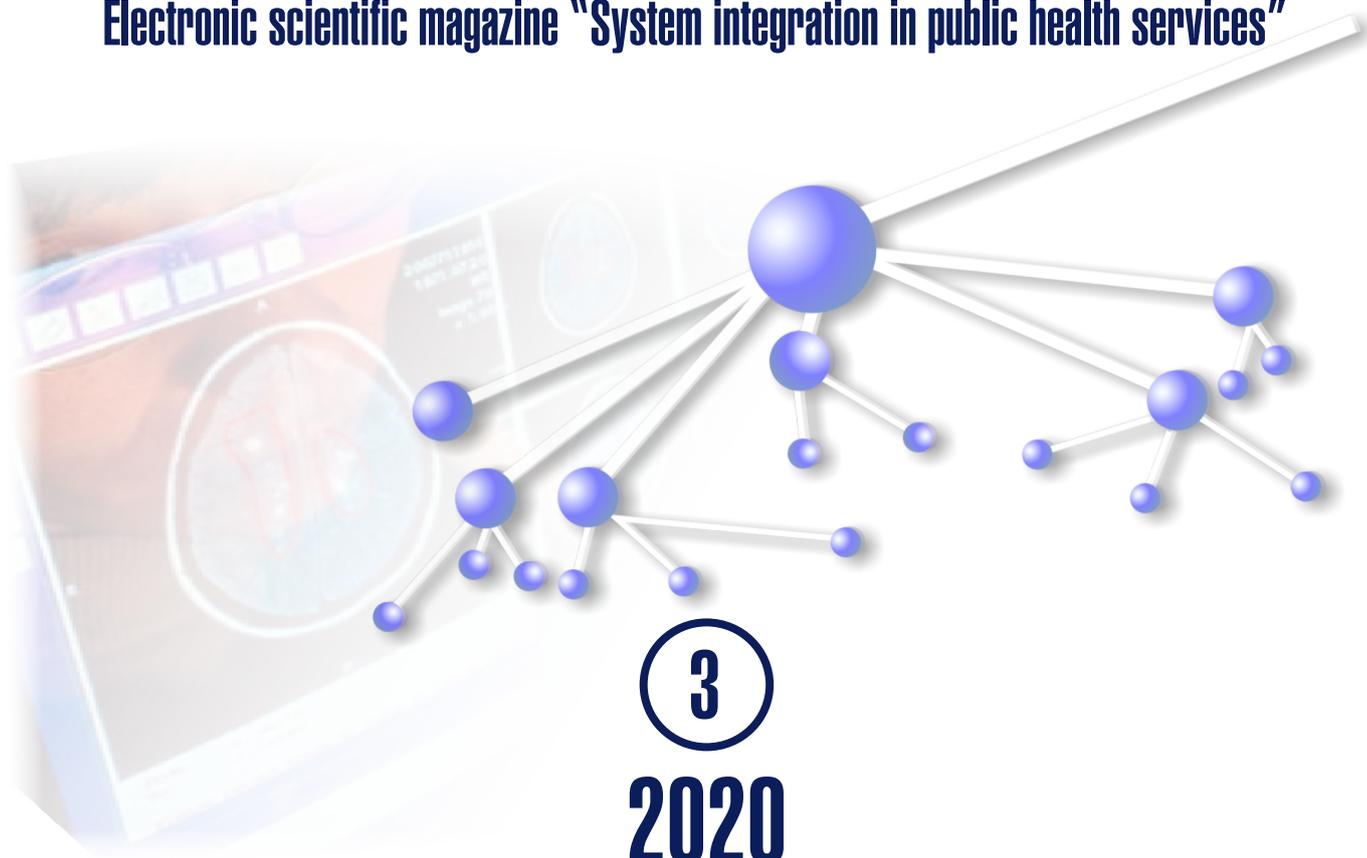
ББК 5+65.495+60.5+88+74

3 445



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



3

2020

**УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ**  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ  
КЛИНИЧЕСКИЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР  
“БОНУМ”  
[www.bonum.info](http://www.bonum.info)

Государственное учреждение  
Научный центр здоровья детей  
Российской академии  
медицинских наук

Свердловский филиал

[www.nczd.ru](http://www.nczd.ru)

**АДРЕС РЕДАКЦИИ**

г. Екатеринбург,  
ул. Академика Бардина, 9а  
тел./факс (343) 2877770, 2403697  
Почтовый адрес: 620149,  
г. Екатеринбург, а/я 187

[sys-int@sys-int.ru](mailto:sys-int@sys-int.ru)  
[www.sys-int.ru](http://www.sys-int.ru)

Электронный научный журнал  
“Системная интеграция в  
здравоохранении”  
зарегистрирован Федеральной  
службой по надзору в сфере  
массовых коммуникаций, связи и  
охраны культурного наследия  
Российской Федерации  
Свидетельство Эл №ФС77-32479  
от 09 июня 2008 г.

ISSN 1997-3276

При использовании материалов  
ссылка на журнал “Системная  
интеграция в здравоохранении”  
обязательна.

© ГАУЗ СО «МКМЦ «Бонум», 2020



электронный научный журнал  
**СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ  
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

[WWW.SYS-INT.RU](http://WWW.SYS-INT.RU)

ЭЛЕКТРОННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И  
УПРАВЛЕНИЯ, ИНФОРМАЦИОННЫХ  
ТЕХНОЛОГИЙ, ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И  
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**№ 3 (49) 2020**

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Главный редактор Е.А.ДУГИНА  
Заместители главного редактора  
С.И.БЛОХИНА, С.Л.ГОЛЬДШТЕЙН



### Уважаемые читатели!

Перед вами очередной номер нашего журнала. Представленные в журнале статьи по тематике довольно разноплановы, но есть и объединяющий аспект: важнейшие проблемы и практической медицины, прикладная научная деятельность, информационные проблемы современного здравоохранения и проблемы преподавания в медицинских учебных учреждениях, представлены с исторической точки зрения.

Довольно часто мы слышим фразу, приписываемую Георгу Гегелю: «История учит человека тому, что человек ничему не учится из истории. Эту фразу с удовольствием произносят и те, кто не желает её учить. Действительно, история показывает, что людям свой-

ственно повторять ошибки. Тем не менее, зная исторические прецеденты, особенно в нашей профессиональной деятельности, мы можем избежать неправильных решений или принимать правильные. Грабли для нас всегда в положении «наготове», но имея о них историческую информацию, мы на них не наступим.

Кроме того, на пути каждого врача встречается человек, про которого врач может сказать: «это мой учитель». Учитель в нашей профессии – это такой человек, являющийся не только высоким профессионалом, но и носителем нашей истории. Благодаря их опыту мы получаем не только практические знания и формируем практические навыки. От них мы перенимаем важнейшую для жизни и работы субстанцию, медицинскую ментальность, включающую врачебное мировоззрение, интуицию, этические границы.

Мы желаем нашим читателям, особенно молодым специалистам, встреч с такими людьми. А о тех учителях, которые на нашем пути встретились – помнить.

доктор медицинских наук, профессор,  
анестезиолог-реаниматолог МКМЦ «Бонум»

Елькин И.О.

**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

Борзунов О.И. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ.....	5
--	---

**ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ И  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Гольдштейн С.Л., Грицюк Е.М., Донцов О.Г. ОЦЕНКА СТРУКТУРНОЙ СЛОЖНОСТИ СИТУАЦИИ СОЗДАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО- КОМПЬЮТЕРНОГО ПРОДУКТА ДИАЛОГАМИ В МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	10
---	----

**ПСИХОЛОГИЯ, ПЕДАГОГИКА И СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА**

Кузьмин К.В., Киселев А.Ф. ПОРТРЕТ ВОЛОНТЕРА ДВИЖЕНИЯ «АБИЛИМПКС» В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	17
---	----

Невоструев Н.А. ПРОТИВОРЕЧИЯ И ТРУДНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН НА МЛАДШИХ КУРСАХ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	31
---	----

Шапошников Г.Н. КУРС ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В ВУЗАХ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ И ТЕОРИИ ИСТОРИЧЕСКОГО ПОЗНАНИЯ.....	37
---	----

Набойченко Е.С., Чупракова С.В., Устинов А.Л. ИСТОРИЯ МИРОВЫХ ПАНДЕМИЙ: ПЕРИОДИЗАЦИЯ И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИ- СТИКА.....	51
--	----

Вершинина Т.С., Хайрулин А.Р., Блинков В.В. ВЛИЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА РАЗВИТИЕ РЕЧИ.....	56
--	----

Капшутарь М.А. ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИ- ОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ АСПИРАНТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА.....	62
---	----

**ЭКОНОМИКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

Скороходова Л.А. ЭКОНОМИКА СВОБОДНОЙ ЗАНЯТОСТИ (ГИГНОМИКА) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19.....	68
--	----

**ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ**

Елькин И.О. ШКОЛА ПРОФЕССОРА В.М. ЕГОРОВА: НАУЧНАЯ ИСТОРИЯ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ «МКМЦ «БОНУМ».....	74
---	----

Шурыгина Е.П., Столин А.В. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА В.А. КОЗЛОВА.....	81
---	----

## СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОЦЕНКУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

**Борзунов О.И.**

*ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, РФ*

**Резюме.** Ряд заболеваний органа зрения не поддаются полному излечению, а значит, наиболее важными показателями эффективности лечения являются отсутствие снижения зрительных функций и замедление/прекращение прогрессирования дегенеративных изменений на глазном дне. Помимо инструментальных показателей органа зрения, важной является оценка зрительной работоспособности пациента и оценка качества жизни. Целью данного исследования является краткий обзор основных опросников, применяемых в офтальмологической практике.

**Ключевые слова:** заболевания органа зрения, качество жизни

### **Actual review on quality of life assessment in patients with eye diseases**

Borzunov O.I.

*GUAZ SO MKMC "BONUM", Yekaterinburg, Russian Federation*

**Summary.** A number of diseases of the organ of vision cannot be completely cured, which means that the most important indicators of the effectiveness of treatment are the absence of a decrease in visual functions and slowing / stopping the progression of degenerative changes in the eye fundus. In addition to instrumental indicators of the organ of vision, it is important to assess the patient's visual performance and assess the quality of life. The aim of this study is to provide a brief overview of the main questionnaires used in ophthalmic practice.

**Key words:** diseases of the organ of vision, quality of life

### **Введение**

Наибольший удельный вес в структуре заболеваний органа зрения, приводящих к слабовидению, слепоте и инвалидности по зрению имеют: осложненная миопия, глаукома, диабетическая ретинопатия и возрастная макулярная дегенерация («сухая» форма). Указанные заболевания не поддаются полному излечению, а значит, наиболее важными показателями эффективности лечения являются отсутствие снижения зрительных функций и замедление/прекращение прогрессирования дегенеративных изменений на глазном дне. Помимо инструментальных показателей органа зрения,

важной является оценка зрительной работоспособности пациента и оценка качества жизни (КЖ). На сегодняшний день существуют целые наборы общих и специализированных опросников, позволяющих получить данные о состоянии пациента, страдающего дегенеративными заболеваниями органа зрения.

**Целью** данного исследования является краткий обзор основных опросников, применяемых в офтальмологической практике.

### **Материалы и методы исследования.**

Показатели эффективности лечения больных дегенеративными заболеваниями органа зрения не всегда детально разработаны, однако надежным обобщающим критерием эффективности выбранной тактики ведения является улучшение КЖ пациента. Первые упоминания о понятии КЖ в Index medicus датированы 1977 годом, а в наши дни является одним из важнейших интегральных показателей эффективности лечения и замедления прогрессирования болезни. В широком смысле, КЖ — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [1]. Однако для оценки КЖ в медицинских исследованиях более актуально и репрезентативно понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» или «health related quality of life (HRQL)» в англоязычной литературе, позволяющее оценить физические психические и социальные аспекты жизнедеятельности человека, а так же их динамику в ходе проводимого лечения. Непосредственным инструментом для оценки КЖ является стандартизованный опросник, заполняемый пациентом.

### **Результаты исследования и обсуждение**

На основании мета-анализа исследований, касающихся КЖ у пациентов офтальмологического профиля, проведенного в базах Elibrary, Pubmed, Cochrane library удалось установить, что в настоящее время разработано и применяется большое количество как общих, так и специализированных опросников, позволяющих оценить КЖ. Принципиально их можно разделить на 2 категории: общие и местные (узкоспециализированные). К общим относятся:

- 1) EUROQOL - EuroQOL Group - Опросник оценки КЖ Европейской группы изучения КЖ;
- 2) Medical Outcomes Study-Short Form (MOS- SF 36) - Краткая форма оценки здоровья;
- 3) Quality o. Well-Being Index (QWBI) - Индекс благополучия;

- 4) Sickness Impact Profile (SIP) - Профиль влияния болезни;
- 5) Nottingham Health Profile (NHP) - Ноттингемский профиль здоровья;
- 6) Quality o. Life Index (QLI) - Индекс качества жизни;
- 7) Psychological General Well-being Index (PGWI) - Индекс общего психологического благополучия;
- 8) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - Шкала беспокойства и депрессии;
- 9) McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ) - Опросник здоровья Мак Мастера [64].

К специализированным офтальмологическим опросникам относятся [2]:

- 1) Activities of Daily Vision Scale (ADVS) - Шкала повседневной зрительной активности [3];
- 2) National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ) - Анкета зрительных функций [4], а так же, модернизированный вариант NEI-VFQ -25;
- 3) Visual Function (VF-14) -Зрительные функции.

Существуют опросники, специализированные под конкретные заболевания органа зрения, в частности, глаукому [5]:

- 1) The Glaucoma Symptom Scale (GSS);
- 2) Comparisson of Ophthalmic Medicaion for Tolerability (COMTOL);
- 3) Glaucoma Quality of life – 15 (GQL-15);
- 4) Symptom Impact Glaucoma Score (SIG);
- 5) Glaucoma Health Perceptions index (GHPI);
- 6) The Auckland Glaucoma Knowledge Questionnaire (AGKQ);
- 7) Eye Drop Satisfaction Questionnaire (EDSQ) [6].

Улучшение КЖ - одна из первостепенных задач в ходе лечения больных с дистрофическими заболеваниями органа зрения. По этой причине показатели КЖ относят к важным критериям эффективности у изучаемой категории пациентов. Таким образом, в качестве критериев эффективности комбинированного лечения у больных с дистрофическими заболеваниями органа зрения должны быть использованы показатели, отражающие стабилизацию зрительных и периметрических функций, предотвращение ухудшения томографических показателей и визуализируемых изменений на глазном дне, а также показатели КЖ офтальмологических пациентов.

### Заключение

Основываясь на данных литературных источников и руководств [5], оценку КЖ у пациентов с дегенеративными заболеваниями органа зрения целесообразно оценивать на основании одного общего опросника, например SF-36 [7], позволяющего оценить выраженность психофизических изменений и одного специализированного офтальмологического опросника, например Visual Function (VF-14) [8], как наиболее универсальном и удобном для определения степени влияния нарушения зрительных функций на КЖ. Опросник VF-14 состоит из 18 вопросов, которые охватывают 14 видов повседневной деятельности: чтения мелкого шрифта, чтения шрифта обычной величины, чтения газеты или книги, узнавания других людей, дорожных знаков и указателей, шитья, заполнения квитанции, возможности играть в настольные игры, заниматься спортом, самостоятельно готовить пищу, а также просмотра телевизионных передач, вождения автомобиля в условиях нормальной и сниженной освещенности [2, 9].

### Выводы:

- 1) Качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии.
- 2) Учитывая объем информации, получаемый человеком через зрительный анализатор, снижение зрительных функций существенно влияет на результаты общего и местного опросника.
- 3) Учитывая широкий арсенал общих и специализированных опросников, применяемых для оценки качества жизни, целесообразно применение двух опросников (по одному из каждой группы) для объективной оценки общего состояния здоровья и влияния конкретного заболевания на качество жизни и зрительную работоспособность пациента.

### Список литературы

1. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. / А.А. Новик, Т.И. Ионова // 2-е издание под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». 2007. - 315 с.
2. Малышев А.В. Изучение качества жизни пациентов при проведении офтальмохирургических вмешательств/ А.В. Малышев, В.Н. Трубилин, С.М. Маккаева и др. //Электронный научный журнал Современные проблемы науки и образования. 2014. - № 5. - 440 с.

3. Евсеева А.А. Методы изучения качества жизни у офтальмологических больных / А.А. Евсеева, С.Л. Кузнецов // Практическая медицина. 2012. – №4 (Том 2). Офтальмология. – С.224-226.
4. Yelin E. Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace / E. Yelin // NAP. – 1999. - P.100-161.
5. Егоров Е.А. Национальное руководство по глаукоме. / Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, А.Г. Щуко // М.: ГЭОТАР-Медиа. 2013. – С.: 429-437.
6. Skalicky S.E. Glaucoma Australia educational impact study: a randomized short-term clinical trial evaluating the association between glaucoma education and patient knowledge, anxiety and treatment satisfaction./ S.E. Skalicky, G. D'Mellow, P. House et al // Clin. Exp. Ophthalmol. 2017. - doi: 10.1111/ceo.13016.
7. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1993.
8. Parrish RK II. Visual impairment, visual functioning, and quality of life assessments in patients with glaucoma. Trans Am Ophth Soc. 1996; 94: 919-1028 (page 924).
9. Малышев А.В. Современные методы исследования качества жизни при оперативном лечении глазных заболеваний / А.В. Малышев, В.Н.Трубилин, С.М. Маккаева и соавт. // Фундаментальные исследования. 2014. – № 7-4. – С. 743-747.

## Оценка структурной сложности ситуации создания информационно-компьютерного продукта диалогами в медицинском учреждении

Гольдштейн С.Л.<sup>1</sup>, Грицюк Е.М.<sup>2</sup>, Донцов О.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УрФУ, Екатеринбург

<sup>2</sup>ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», Екатеринбург

**Резюме.** Проведена оценка структурной сложности ситуации «Создание медицинского информационно-компьютерного продукта (МИКП)», исходя из диалогового режима ее разрешения. Показано, что технология создания МИКП сложна и требует дополнительных компетенций на уровне системного инжиниринга. А объекты создания либо очень сложны (например, для медицинских интегрированных информационных систем), либо просто сложны (для информационно-аналитических материалов медицинского учреждения) и просты лишь для отдельных программных модулей.

**Ключевые слова:** создание медицинского информационно-компьютерного продукта, ситуация, диалог, структурная сложность, медицинское учреждение.

### Assessment of the structural complexity of the situation of creating a computer information product through dialogues in a medical institution

Goldshtein S.L.<sup>1</sup>, Grutsuk E.M.<sup>2</sup>, Dontsov O.G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UrFU, Ekaterinburg, Russia

<sup>2</sup>GAUZ SO MKMC «Bonum», Ekaterinburg, Russia

**Summary.** The structural complexity of the situation "Creation of a Medical Information Computer Product" was assessed based on a dialogue mode for its resolution. It is shown that the technology of creating MICS is complex and requires additional competencies at the level of system engineering. And the objects of creation are either very complex (for example, for medical integrated information systems), or simply complex (for information and analytical materials of a medical institution) and simple only for individual software modules.

**Key words:** creation of an medical information-computer product, situation, dialogue, structural complexity, medical institution.

### Введение

Разрешение проблемных ситуаций, связанных с созданием МИКП в медицинском учреждении (МУ), требует привлечения нескольких аспектов: диалогового, коммуникативного, продуктового и других с их системной интеграцией [1]. При этом одна из первых задач – оценка сложности проблемной ситуации создания МИКП, связанных с ней диалогов и объектов деятельности по известным видам: структурная, алгоритмическая, кибернетическая и т. д. [2].

В статье поставлена и решена задача оценки структурной сложности ситуации создания МИКП, реализуемая диалогами между заинтересованной субъектами МУ.

### Представление технологии создания МИКП в МУ как IDEF0-модели

Будем исходить из того, что эта ситуация может быть представлена, прежде всего, как технология в нотации IDEF0 (рис. 1).

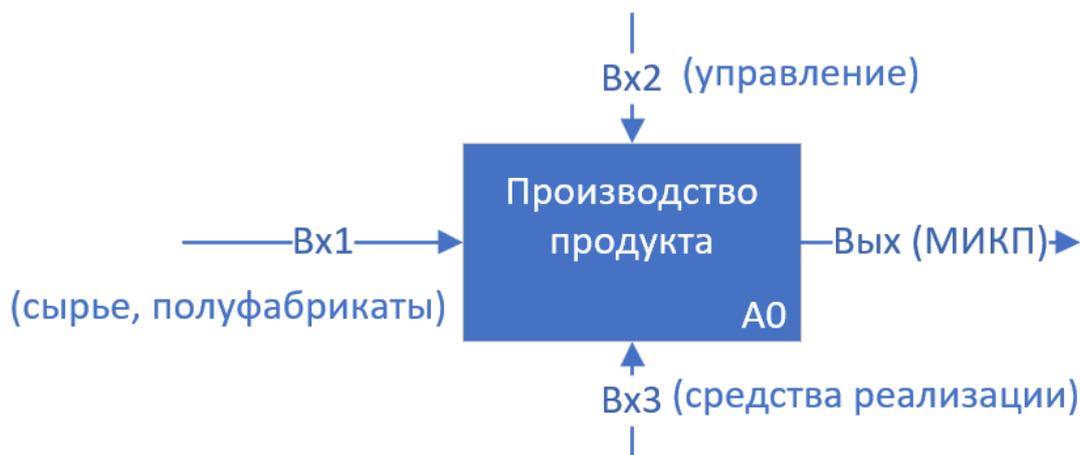


Рисунок 1 – Классика общего вида технологии.

Детализация технологии создания (ТС) МИКП представлена затем в формализме кортежных моделей:

$$ТС = \langle Vx1, Vx2, Vx3, ПП, МИКП; R1 \rangle, \quad (1)$$

где  $Vx1, Vx2, Vx3$  – входы, ПП – производство продукта, то есть передел входов в выход,  $МИКП \in Vых, R1$  – матрица связи;

$$Vx1 = \langle И, М, Э, Ф; R11 \rangle, \quad (2)$$

где ресурсы: И – информация, М – материя, Э – энергия, Ф – финансы,  $R11$  – матрица связи;

$$Vx2 = \langle ПК, ТХ, УП, НТ; R12 \rangle, \quad (3)$$

где документация: ПК – проектно-конструкторская, ТХ – технологическая, УП – управленческая, НТ – нормативная;  $R12$  – матрица связи;

$$Vx3 = \langle ИС, ИН; R13 \rangle, \quad (4)$$

где ИС – исполнители, ИН – их инструменты,  $R13$  – матрица связи;

$$ПП = \langle МД, ПТ, АЛ, КД, ТС, ДВ, ОТ; R14 \rangle, \quad (5)$$

где научно-технические и производственные процессы передела: МД – моделирование, ПТ – проектирование, АЛ – алгоритмизация, КД – кодирование, ТС – тестирование, ДВ – доводка, ОТ – отчетность,  $R14$  – матрица связи;

$$МИКП = \langle ЛС, ОП, ИП; R15 \rangle, \quad (6)$$

где ЛС – листинг, ОП – описание листинга, ИП – инструкция пользователя,  $R15$  – матрица связи;

На нижеследующем уровне представлены детализации кортежей (3)-(6)

$$ПК = \langle СТ, ЭТ, ПД; R121 \rangle, \quad (7)$$

где СТ и ЭТ – документация по стадиям и этапам проектирования МИКП соответственно, ПД – парадигма проектирования,  $R121$  – матрица связи (при этом ИКП как объект диалога представлен наименованием, его структурой и функциональностью);

$$ТХ = \langle ИПР, ИТС, \dots; R122 \rangle, \quad (8)$$

где пакет инструкций: ИПР – по программным приложениям, ИТС – по тестированию, ...,  $R122$  – матрица связи;

$$УП = \langle ПЖ, РС, ПР, СТ, УТ; R123 \rangle, \quad (9)$$

где ПЖ – пожелания, РС – распоряжения, ПР – приказы, СТ – согласования, УТ – утверждения,  $R123$  – матрица связи;

$$НТ = \langle ЮД, СР; R124 \rangle, \quad (10)$$

где ЮД – юридическая документация, СР – IT-стандарты;

$$ИС = \langle ИС1, ИС2, ИС3; R131 \rangle, \quad (11)$$

где ИС1 – медицинский персонал, ИС2 – менеджеры МУ, ИС3 – IT-специалисты,  $R131$  – матрица связи;

$$ИН = \langle ИН1, ИН2, \dots, ИНj; R132 \rangle, \quad (12)$$

где  $ИНj$  – j-ый инструмент по ролям сотрудников,  $R132$  – матрица связи;

$$МД = \langle КМ, ССМ; R141 \rangle, \quad (13)$$

где КМ – пакет концептуальных моделей, ССМ – пакет системно-структурных моделей;

$$ПТ = \langle ЛПТ, СПТ, ДПТ; R142 \rangle, \quad (14)$$

где ЛПТ – логика проектирования, СПТ – статика проектирования, ДПТ – динамика проектирования;

$$АЛ = \langle АЛ1, \{АЛ\}2, \{АЛ\}3; R143 \rangle, \quad (15)$$

где создание: АЛ1 – старшего алгоритма, {АЛ}2 – подмножества средних алгоритмов, {АЛ}3 – подмножества младших алгоритмов, R143 – матрица связи;

$$КД = \langle СЛ, СК; R144 \rangle, \quad (16)$$

где создание: СЛ – листинга, СК – комментариев к листингу, R144 – матрица связи;

$$ТС = \langle СТ, ПРТ; R145 \rangle, \quad (17)$$

где СТ – создание тестов, ПРТ – проверка МИКП по тестам, R145 – матрица связи;

$$ДВ = \langle \{ИСП\}k; R146 \rangle, \quad (18)$$

где {ИСП}k – множество исправлений, R146 – матрица связи;

$$ОТ = \langle \{ОТ\}m; R147 \rangle, \quad (19)$$

где {ОТ}m – создание множества ответов на запросы модели (9), R147 – матрица связи.

При необходимости уместна дальнейшая декомпозиция этих кортежей.

### **Структурное представление ситуации создания МИКП**

Структура ситуации как кортеж систем (ССС) представлена в виде:

$$ССС = \langle ИД, ОБ, СБ, УР, ЦЛ, РС, ИН; R2 \rangle, \quad (20)$$

где системы: ИД – исходных данных, ОБ – объектов, СБ – субъектов, УР – уровней, ЦЛ – целеполагания, РС – ресурсов, ИН – инструментов для разрешения, R2 – матрица связи.

Системы определим как кортежи блоков:

$$ИД = \langle КР, ПР, ТН, ПГ; R21 \rangle, \quad (21)$$

где блоки: КР – координат ситуации в пространстве-времени: реальном/виртуальном, ПР – параметров в момент фиксации ситуации, ТН – тенденций развития, ПГ – прогноза развития без вмешательства, R21 – матрица связи;

$$ОБ = \langle ПО, СВ, ОО; R22 \rangle, \quad (22)$$

где блоки представления: ПО – объектов ситуации по классам: физической или виртуальной реальности / живой или неживой природы / простых или сложных, СВ – связей между объектами, ОО – оценок ПО и СВ, R22 – матрица связи;

$$СБ = \langle АК, КП; R23 \rangle, \quad (23)$$

где блоки: АК – поведения: активность/пассивность, КП – компетентности: значения, умения, навыки, R23 – матрица связи;

$$УР = \langle ПЛ, СТ, ТК, ТХ; R24 \rangle, \quad (24)$$

где блоки уровней ситуации: ПЛ – политики, СТ – стратегии, ТК – тактики, ТХ – технологий, R24 – матрица связи;

$$ЦЛ = \langle ЛЗ, ГЦ, ЛЦ, ЗД, АН, ПТТ, КР; R25 \rangle, \quad (25)$$

где блоки: ЛЗ – лозунгов, ГЦ – глобальной цели, ЛЦ – локальных целей, ЗД – задач, функций, параметров, значений параметров, АН – аналогов, ПТТ – прототипов, КР – критериев качества разрешения ситуации, R25 – матрица связи;

$$РС = \langle ФН, МТ, ЭН, ЛД, ИФ, ВР; R26 \rangle, \quad (26)$$

где блоки по видам ресурсов: ФН – финансовые, МТ – материальные, ЭН – энергетические, ЛД – людские, ИФ – информационные, ВР – временные, R26 – матрица связи;

$$ИН = \langle АС, ГИ; R27 \rangle, \quad (27)$$

где блоки: АС – аспектов разрешения ситуации: диалогового, коммуникативного, продуктового, ГИ – групп инструментов: старта, онтологий, оценок, решений, моделирования, проектирования, реализации, инвестирования, управления, R27 – матрица связи.

### **Структурное представление диалога по созданию МИКП**

Структура систем диалога как кортеж систем представлена в виде:

$$ССД = \langle ГТ, ЯЗ, СД, ЛД, ДД; R3 \rangle, \quad (28)$$

где ГТ – главная тема, ЯЗ – язык, СД – статика, ЛД – логика, ДД – динамика диалога, R3 – матрица связи.

Положим, что

$$ГТ \equiv ССС, \tag{29}$$

$$ЯЗ \equiv \langle ЕС, ИС; R31 \rangle, \tag{30}$$

где ЕС, ИС – естественный и искусственный языки, R31 – матрица связи.

$$СД = \langle СПУД, СНО, ЗЮ, ФНЗ; R32 \rangle, \tag{31}$$

где СПУД – средства позиционирования участников диалога, СНО – средства запросов/ответов, ЗНО – зоны нападения/обороны, ФНЗ – фонд мнений/заклучений как продукт диалога, R32 – матрица связи;

$$ЛД = \langle П, Р, М, З, НЛС; R33 \rangle, \tag{32}$$

где П – посылки, Р – рассуждения, М – мнения, З – заключения, НЛС – набор логических следований, R33 – матрица связи;

$$ДД = \langle СПД, ПРХ, ВХ, ВЫХ, ВР; R34 \rangle, \tag{33}$$

где СПД – состояния/позиции диалога, ПРХ – переходы, ВХ – входная функция диалога, ВЫХ – выходная функция/производительность диалога, ВР – время, R34 – матрица связи.

### Фрагменты тезауруса понятий (пример по МИКП)

Тогда с учетом моделей (1)-(33) ситуацию создания МИКП посредством аналогов можно представить иерархией понятий (рис 2 и 3).

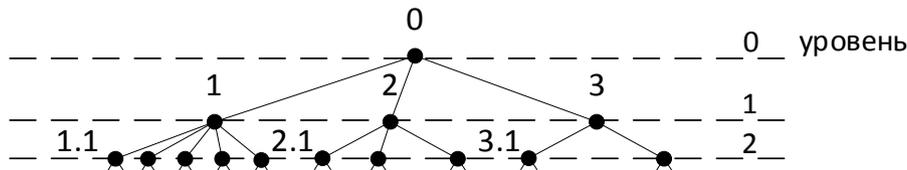


Рисунок 2 – Фрагмент 1 иерархии понятий к термину «Создание информационно компьютерного продукта (0) (Вершины: 1 – технология создания, 2 – объекты создания МИКП, 3 – задача, 1.1 – вход 1, 1.2 – вход 2, 1.3 – вход 3, 1.4 – производство продукта, 1.5 – МИКП, 2.1 – объект диалога, 2.2 – структура объекта, 2.3 – функции объекта, 3.1 – цели, 3.2 – условия)

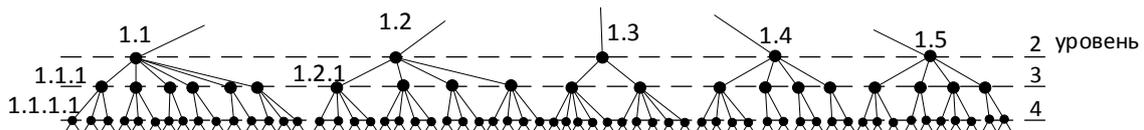


Рисунок 3 – Фрагмент 2 иерархии понятий к составляющим термина «Технология создания МИКП» (1) (Вершины: 1.1.1 – информация, 1.1.2 – материя, 1.1.3 – энергия, 1.1.4 – кадры на переподготовку, 1.1.5 – время, 1.1.6 – финансы, 1.1.1.1 – инфосырье (списки, таблицы), 1.1.1.2 – аналоги, 1.1.1.3 – прототипы, 1.1.2.1 – бумага, 1.1.2.2 – порошок, 1.1.2.3 – картриджи, 1.1.3.1 – теплоэнергия, 1.1.3.2 – электроэнергия, 1.1.4.1 – студенты, 1.1.4.2 – вновь принятые сотрудники, 1.1.5.1 – в день, 1.1.5.2 – в месяц, 1.1.6.1 – зарплата, 1.1.6.2 – амортизация, 1.1.6.3 – стимулирование, документация: 1.2.1 – нормативная, 1.2.2 – проектно-конструкторская, 1.2.3 – технологическая, 1.2.4 – управленческая, 1.2.1.1 – юридическая, 1.2.1.2 – финансовая, 1.2.1.3 – технические стандарты, 1.2.1.4 – административная, 1.2.2.1 – техническое задание, 1.2.2.2 – эскизный проект, 1.2.2.3 – технический проект, 1.2.2.4 – рабочий проект, инструкции: 1.2.3.1 – на программное обеспечение, 1.2.3.2 – на среды, 1.2.3.3 – на языки программирования, 1.2.4.1 – пожелания, 1.2.4.2 – распоряжения, 1.2.4.3 – согласования, 1.2.4.4 – приказы, 1.3.1 – исполнители, 1.3.2 – их инструменты, 1.3.1.1 – IT-специалисты, 1.3.1.2 – топ-менеджеры, 1.3.1.3 – старший

руководитель, 1.3.1.4 – непосредственный руководитель, 1.3.1.5 – врач; средства: 1.3.2.1 – административного обещания, 1.3.2.2 – планирования, 1.3.2.3 – финансирования и логистики, 1.3.2.4 – управления кадрами, 1.3.2.5 – профильных технологий, 1.4.1 – планирование, 1.4.2 – исполнение планов, 1.4.3 – организация, 1.4.4 – отчетность, 1.4.1.1 – потребности в МИКП, 1.4.1.2 – разработки МИКП, 1.4.1.3 – внедрения МИКП, 1.4.1.4 – затрат на МИКП, 1.4.2.1 – по участникам диалогов, 1.4.2.2 – по ролям участников, 1.4.3.1 – организация индивидуальной работы, 1.4.3.2 – организация диалогов, 1.4.4.1 – индивидуальная, 1.4.4.2 – коллективная, 1.5.1 – версия МИКП, 1.5.2 – описание МИКП, 1.5.3 – документы приемки и внедрения, 1.5.4 – документы защиты новизны, 1.5.1.1 – исследовательская, 1.5.1.2 – опытная, 1.5.1.3 – рабочая, 1.5.2.1 – технологическое описание, 1.5.2.2 – инструкция пользователя, 1.5.3.1 – акты приемки/сдачи, 1.5.3.2 – рекламации, 1.5.3.3 – акты испытаний и внедрения, 1.5.4.1 – свидетельства на ПП, 1.5.4.2 – патенты.

Уровни на рис. : 0 – технология создания МИКП, 1 – модель технологии, создаваемые объекты и решаемые задачи, 2 – составляющие технологии, объектов и задач 2-ого уровня, 3 – составляющие 3-ого уровня, 4 – составляющие 4-ого уровня и т.д.)

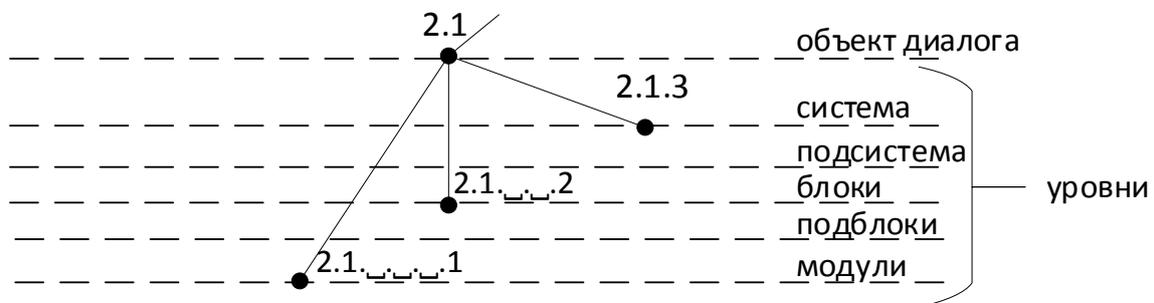


Рисунок 4 – Фрагмент иерархии понятий к термину «Объект диалога по созданию МИКП»

(2.1 – объект диалога, задачи: 2.1.1 – на модуль, 2.1.2 – на информационно-аналитические материалы (ИАМ), 2.1.3 – интегрированную информационную систему МУ)

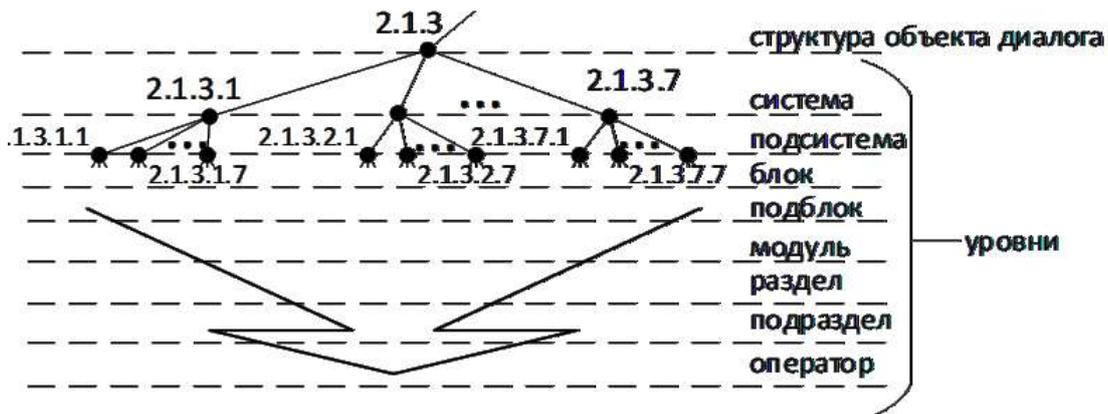


Рисунок 5 – Фрагмент иерархии понятий к термину «Структура старшего объекта диалога» (2.1.3), ↘ - по аналогии вниз

### Оценки структурной сложности создания МИКП в диалогах

Оценки по ситуации и диалогам приведены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 – Оценки структурной сложности ситуации по модели (20)

Структурные элементы ситуации		Количество элементов (n): *)			Оценка структурной сложности ситуации		
					по элементам концептуально	по связям **)	
№	кортеж	блоки	подблоки	модули		количественно	концептуально
1	ИД	4	28	196	низкая	$3,8 \cdot 10^4$	высокая
2	ОБ	3	21	147		$2,2 \cdot 10^4$	
3	СБ	2	14	98		$9,6 \cdot 10^3$	
4	УР	4	28	196		$3,8 \cdot 10^4$	
5	ЦЛ	6	42	294		$8,6 \cdot 10^4$	
6	РС	6	42	294		$8,6 \cdot 10^4$	
7	ИН	2	14	98		$9,6 \cdot 10^3$	
Σ	ССС	27	189	1323	высокая	$2,9 \cdot 10^5$	очень высокая

\*) увеличение 7:1 по правилу Ингве-Миллера

\*\*)  $n(n-1)$

Таблица 2 – Оценки структурной сложности диалога при создании МИКП по модели (28)

Структурные элементы диалога		Количество элементов (n): *)			Оценка структурной сложности диалога		
					по элементам концептуально	по связям	
№	кортеж	блоки	подблоки	модули		количественно	концептуально
1	ГТ	7	49	343	низкая	$1,2 \cdot 10^5$	высокая
2	ЯЗ	2	14	28		$7,6 \cdot 10^2$	
3	СД	4	28	112		$1,2 \cdot 10^4$	
4	ЛД	5	35	175		$3,0 \cdot 10^4$	
5	ДД	5	35	175		$3,0 \cdot 10^4$	
Σ	ССД	23	161	833	средняя	$1,9 \cdot 10^5$	очень высокая

Количество уровней указано, исходя из анализа доступной информации об IDEF0-моделях реальных объектов, например [3], то есть ~5-6 уровней вложения. Исходя из этого можно оценить структурную сложность рассматриваемой технологии по элементам. На 4-ом уровне (см. рис. ) имеем 60 элементов, 5-ый и 6-ой уровни добавляют еще ~5-ти-кратное увеличение каждый. Тогда общее количество элементов  $60 \cdot 5 \cdot 5 \approx 1,5 \cdot 10^3$ . Учитывая известные оценки для границы начала сложности  $>(10^3 \div 10^4)$ [2], оценим ситуацию в МУ с освоением и применением технологии создания МИКП в идеологии IDEF0 как близкую к сложной, доступной на уровне не ниже компетенций системного инжиниринга.

Оценку (в диалоге) структурной сложности объекта создания МИКП также свяжем с онтологией понятий (рис. ), аналогично [4].

Для старшего объекта диалога (вершина 2.1.3 на рис. 4) потребуется пройти все уровни (от системы до оператора), а для модуля (вершина 2.1.1 на рис. 4) – только 4 нижних (рис. 5). Количество элементов (N) для вершины 2.1.3 на уровне подсистем – 7 (правило Ингве-Миллера). Далее еще 6 уровней вниз, поэтому  $N_{2.1.3}$  составит  $7^7$ ,  $N_{2.1.2}$  может дать максимум  $7^5$ , а  $N_{2.1.1} \approx 7^3$ . Оценка приведена в таблице 3.

Таблица 3 – Оценки структурной сложности объектов диалога при создании МИКП

Составляющие МИКП как объекта диалога	Количество элементов (max)	Оценки структурной сложности МИКП	
		количественно	концептуально
Модуль	$7^3 \approx 3,5 \cdot 10^2$	$4 \cdot 10^2 / (10^3 \div 10^4) \approx 0,4 \div 0,04$	низкая
ИАМ	$7^5 \approx 10^4$	$10^4 / (10^3 \div 10^4) \approx 10 \div 1$	высокая
ИИС МУ	$7^7 \approx 5 \cdot 10^5$	$5 \cdot 10^5 / (10^3 \div 10^4) \approx 500 \div 50$	очень высокая

Таким образом, сложность ситуации создания МИКП в МУ по двум составляющим: технология и объекты, выходит для технологии на высокую оценку, а для МИКП – от низкой для модуля до высокой (для ИАМ) и очень высокой (для ИИС МУ). Кроме того, следует обратить внимание и на вершину 3 (рис. 2), поскольку в зависимости от соотношения целей и условий задача из ситуации может стать проблемой. Оценки структурной сложности ситуации создания МИКП – высокие по числу элементов и очень высокие по связям.

Представленный материал позволяет в дальнейшем перейти к оценкам и других видов сложности.

### Результаты и выводы

1. Поставлена и решена задача оценки структурной сложности ситуации создания информационно-компьютерного продукта, разрешаемой диалогами в медицинском учреждении.
2. В качестве методологической основы представления этой технологии использованы IDEF0-формализм и кортежные модели.
3. Представлены структуры проблемной ситуации, диалогов и объекта создания медицинского информационного-компьютерного продукта.
4. Приведены фрагменты иерархии основных понятий.
5. Даны оценки структурной сложности рассмотренной ситуации, диалогов и продукта.
6. Сделан вывод о возможности перехода к оценкам по другим известным видам сложности.

### Список литературы

1. Гольдштейн С.Л. Системная интеграция интеллектоемких технологий (обзор деловой активности): Сборник материалов / С. Л. Гольдштейн – Екатеринбург: Изд.«ДжиЛайм» ООО, 2019. – 188 с.
2. Гольдштейн С.Л. Введение в системологию и системотехнику / С. Л. Гольдштейн, Т. Я. Ткаченко – Екатеринбург: ИРРО, 1994. – 198 с.
3. Лощенко В.Л. Иерархическое представление основных понятий в деятельности руководителя холдинга / В. Л. Лощенко, С. С. Печеркин и др. // Сб. «Интеллектика, логистика, системотехника». – Челябинск: ЧТИ, вып.6, 2001. – С.108–118.
4. Донцов О.Г. Системная интеграция в оценке деятельности IT-специалиста как элемента многоуровневого управления / О. Г. Донцов, С. Л. Гольдштейн, Е. М. Грицюк и др. // Экономика и менеджмент систем управления. – 2019. – Т. 1 – № 34 – С.139–149.

© Кузьмин К.В., Киселев А.Ф.

УДК 364.044.68

## ПОРТРЕТ ВОЛОНТЕРА ДВИЖЕНИЯ «АБИЛИМПИКС» В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Кузьмин К.В., Киселев А.Ф.

*ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», Екатеринбург*

**Резюме.** Обращение к социальной модели понимания инвалидности и внедрение принципов инклюзии в систему образования, воспитания и оказания социальной помощи позволяют, в частности, по-новому осмыслить феномен волонтерского движения. В целом, доминирующие в ответах респондентов качества и характеристики волонтеров «Абилимпикс» соответствуют таким наиболее значимым компетенциям волонтера, как мотивация, ответственность, стрессоустойчивость, работа в команде, коммуникация, лидерство и проактивность. Результаты исследования позволяют составить представление о контингенте обучающихся и специфике их ориентаций в рамках волонтерского движения, что дает возможность корректировки учебных программ подготовки волонтеров движения «Абилимпикс».

**Ключевые слова:** волонтеры движения «Абилимпикс», инклюзивная культура, мотивы выбора волонтерской деятельности

### **A Portrait of a Volunteer of the "Abilympics" Movement in the Sverdlovsk region on the basis of sociological research**

Kuzmin K.V., Kiselev A.F.

*Sverdlovsk Regional Medical College, Yekaterinburg*

**Summary.** The appeal to the social model of understanding of disability and the introduction of the principles of inclusion in the system of education, upbringing and demonstration of social assistance allow, in particular, to understand the phenomenon of volunteer movement. In general, dominating the responses of respondents to the quality and characteristics of volunteers "Abilympics" in general correspond to the most important competencies of the volunteer, such as motivation, responsibility, teamwork, resilience, resilience, resilience. The results of the study allow to make a presentation on the contingent of learners and the specifics of their orientations in the framework of volunteer movement, so that in the long run it is possible to adjust the Volunteer's training program.

**Key words:** "Abilympics" movement volunteers, inclusive culture, motives for choosing volunteer activity

### **Введение**

С 2015 года в России в рамках Национального чемпионата движения «Абилимпикс» на региональных и федеральном уровнях проводятся конкурсы профессионального мастерства среди лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья

(ОВЗ). Движение «Абилимпикс», возникшее в начале 1970-х годов в Японии и вскоре завоевавшее признание в форме периодического проведения международных чемпионатов, реализует инклюзивные принципы современного общества, включающие в себя идеи автономности личности, ее безусловного принятия в социуме, предоставления полноценных возможностей участия в общественной жизни и усиления социальных связей.

Здесь следует заметить, что и сам феномен инклюзии – явление, имеющее совсем недавнюю по времени историю, берущую свое начало с рубежа 1960-1970-х гг., когда начался очень важный переход от медицинской модели восприятия инвалидности к модели социальной. Ведь до недавних пор в понимании инвалидности и ограничений здоровья господствовали два основных, связанных между собою, подхода – медицинский и рационально-трудоустройственной.

С одной стороны, инвалидность понималась как яркая картина патологий в развитии человеческого организма, в том числе находящих свое отражение и в ущербности социализации индивида. Ограничения в передвижении, недостаточность зрения или слуха, ментальные нарушения, задержки в развитии речи превращались в своеобразные «ярлыки», и человек с инвалидностью становился объектом социальной стигматизации – зримым носителем «изъянов», предопределяющих его место в обществе. С этими «ярлыками», «стигмами», мы до сих пор сталкиваемся в повседневной жизни: всем известны слова-«ярлыки» типа «слепец», «калека», «даун», «припадочный», «псих», «дебил», «заика» и др., унижающие достоинство человека и сводящие его ценность к минимуму.

С другой стороны, восприятие инвалидности предполагало определение ценности индивида, исходя из рационально-трудоустройственных установок, то есть насколько инвалид способен к самостоятельному обслуживанию и насколько он способен приносить своим трудом пользу обществу. На рационально-трудоустройственных началах строились методики обучения людей с инвалидностью, к примеру, глухонемых и слепых. Тем самым ценность человека сводилась к его возможностям трудиться на благо общества.

Неслучайно еще в середине XIX века в странах Западной Европы и в России оформилась, по меткому выражению М. Фуко, «карцерная» система социальной помощи людям с инвалидностью, с одной стороны, предполагающая фиксацию их минимальных жизненных потребностей в пище, одежде, обучении, медицинском обслуживании и т.д., а с другой стороны – определяющая возможности и ограничения применения

их труда. При этом инвалид оказывался в своеобразном «карцере», он становился изгоем общества, отрезанным от мира, как правило, окруженным людьми, ему подобными. Его жизненный путь, жизненный сценарий предписывался теми ограничениями, которые диктовало ему общество. На определение ценности инвалида с точки зрения его способности к труду ориентировалась и работа врачебно-трудовых экспертных комиссий, созданных в СССР в 1930-е годы.

На рубеже 1960-1970-х годов начался поворот в понимании инвалидности, отразившийся, в частности, в появлении новых международных правовых документов: так, в 1969 году была принята Декларация социального прогресса и развития, особо подчеркнувшая необходимость защиты прав инвалидов и людей, страдающих физическими и умственными недостатками, а в 1975 году – декларация ООН «О правах инвалидов». Появилась новая модель в понимании инвалидности и ограничений здоровья – модель социальная, принципиально меняющая акценты: не инвалид для общества – не что он может и должен сделать для блага общества, а общество для инвалида – что оно может и должно сделать для изменения условий жизнедеятельности всем без исключения его членам, вне зависимости от особенностей физического или психического развития.

Возникновение, в связи с этим движения «Абилимпикс» вполне закономерно, и в последние годы особенности его становления и развития в России стали объектом изучения исследователей. В частности, «Абилимпикс» рассматривается: как инновационная форма трудоустройства и повышения качества профессионального образования молодежи [1-9]; как действенный практический инструмент повышения социально-профессиональной активности, профессиональной адаптации и самореализации людей с инвалидностью и ОВЗ [10-13]; как проявление инклюзивных принципов образования и средство совершенствования современных методик преподавания в сфере среднего профессионального и высшего образования [14-20]. Тем самым, основные акценты в исследованиях отечественных авторов сконцентрированы на проблемах профессионального самоопределения и будущего трудоустройства молодых инвалидов и лиц с ОВЗ.

В то же время следует заметить, что организация чемпионатов-конкурсов профессионального мастерства требует не только соответствующей профессиональной подготовки их непосредственных участников, но и столь же профессионального сопровождения со стороны волонтеров, а это обязательное условие проведения

чемпионатов. Волонтеры «Абилимпикс» ныне являются, наверное, самым молодым отрядом российского волонтерского движения, и исследований, им посвященных, еще очень мало [21-24]. Но именно к волонтерам «Абилимпикс» предъявляются повышенные требования: они не только должны обладать желанием помогать участникам чемпионатов, но также владеть основными технологиями волонтерской работы с носителями разных нозологий: с лицами с нарушением опорно-двигательного аппарата, нарушениями органов зрения или слуха, ментальными нарушениями, а также с людьми, испытывающими затруднения в речи. Не менее важным требованием является выработка особых навыков коммуникации, так как последняя «становится отдельной отраслью исследований социальной действительности», когда «поза, интонация, внешний вид – все это обладает коммуникативным потенциалом» [25]. При этом восприятие инвалидности до сих пор не стало частью обыденной медицинской культуры, носителями которой, в частности, призваны стать волонтеры «Абилимпикс» [26].

Такие условия предполагают организацию специального обучения волонтеров. В Свердловской области обучением волонтеров «Абилимпикс» занимается Волонтерский инклюзивный центр, созданный в структуре ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», при участии Координационного научно-методического центра по социальной работе в системе здравоохранения. И это не случайно, так как волонтерское движение также является неотъемлемой частью социальной работы с лицами с инвалидностью и ОВЗ.

**Цель работы:** анализ мотивации волонтеров накануне их обучения по методике «Волонтер “Абилимпикс”».

### **Материалы и методы**

В июле-сентябре 2020 года Координационный научно-методический центр по социальной работе в системе здравоохранения провел социологическое исследование среди обучающихся по методике «Волонтер “Абилимпикс”».

Задачи исследования:

1. Составить обобщенный портрет волонтера «Абилимпикс».
2. Оценить представления респондентов о значении, месте, целях и задачах волонтерского движения в целом и движения «Абилимпикс», в частности.
3. Определить ведущие мотивы выбора у респондентов.

Анкета – анонимная, электронная – включила в себя 18 закрытых вопросов с одиноким выбором, 2 закрытых вопроса с множественным выбором (не более 3-х

вариантов ответа) и 1 открытый вопрос, ориентированный на выяснение личного мнения респондентов по поводу поддержки волонтеров движения «Абилимпикс». Выборка целевая доступная – к опросу был приглашен каждый учащийся, анкета заполнена 95% волонтеров. Это дает основание считать полученные результаты представительными для изучаемой группы волонтеров.

### **Результаты и обсуждение**

В исследовании приняли участие 667 респондентов (17,8% опрошенных составили мужчины, 82,2% – женщины). Гендерный дисбаланс не выглядит случайным – большинство волонтеров – женщины. Распределение респондентов по возрасту показало, что наибольший интерес движение «Абилимпикс» вызывает у учащейся молодежи. В связи с этим можно выделить две примерно равные возрастные когорты: первая – в возрасте от 14 до 17 лет (44,1% опрошенных), вторая – от 18 до 20 лет (43,3% опрошенных), что также непосредственно подтверждается данными по уровню образования и по основному виду деятельности респондента в настоящее время.

Так, в разных типах образовательных организаций учатся 89% опрошенных (87% – в средних профессиональных учебных заведениях), а еще 5,8% совмещают работу и учебу. Работают 5,1% респондентов, что косвенно подтверждается соответствующим возрастным диапазоном опрошенных старше 20 лет.

Исходя из вышеприведенных социально-демографических характеристик, можно кратко нарисовать обобщенный (или – усредненный) портрет волонтера движения «Абилимпикс». Как правило, это 16-18-летняя девушка, обучающаяся в среднем профессиональном учебном заведении (колледж, техникум).

Согласно схеме жизненного цикла Э. Эриксона, именно этот возраст, приходящийся на завершение стадии юности, является самым важным периодом в психосоциальном развитии человека. Это возраст окончательного установления доминирующей позитивной идентичности, связанной со способностью в концентрированном виде выражать для самого себя свою принадлежность к различным социальным, экономическим, профессиональным, политическим и прочим группам или общностям, воплощая в себе присущие им свойства. Именно тогда будущее, в обозримых пределах, становится частью сознательного плана жизни.

С другой стороны, юность – это попытка развития автономности, отражающая факт столкновения с новыми социальными ролями (переход в среднее профессиональное учебное заведение – уже не школа, но еще и не взрослая самостоятельная жизнь) и

связанными с ними требованиями. На стадии юности человек оценивает мир и собственное отношение к нему, размышляя об идеальной семье и общественном устройстве и осуществляя стихийный поиск новых ответов на важные вопросы: Кто он есть и кем он станет? Ребенок он или взрослый? Каково отношение к нему окружающих? В чём будет заключаться его истинная подлинность, истинное тождество как взрослого человека? Такие вопросы часто вызывают болезненную озабоченность тем, что о нем думают другие и что он сам должен думать о себе.

Задача состоит в том, чтобы собрать воедино все имеющиеся к этому времени знания о самом себе и создать единый образ себя (эго-идентичность), включающий осознание как прошлого, так и предполагаемого будущего. При этом переход от детства к взрослому состоянию вызывает серьезные психологические изменения, проявляя себя во внутренней борьбе между стремлением к независимости, с одной стороны, и желанием сохранить зависимость от тех людей, которые о тебе заботятся, желанием быть свободным от ответственности за то, что ты взрослый человек, с другой стороны.

Положительное качество, связанное с успешным выходом из кризиса периода юности, – это верность себе, способность сделать свой выбор, найти путь в жизни и оставаться верным взятым на себя обязательствам, принять общественные устои и придерживаться их.

В этой связи само приобщение к культуре инклюзии становится важнейшим фактором воспитания толерантного отношения к себе и к другим, в том числе отличающимся, имеющим те либо иные «отклонения» или «нарушения» в физическом, психическом, ментальном плане. Принятие «других» как «равных» и «полноценных» вне зависимости от господствующих представлений о «норме» и «аномалии» создает основу для восприятия людей с ограниченными возможностями здоровья как полноценных участников общественной жизни.

В основе инклюзии лежит социальная модель инвалидности, в рамках которой люди с инвалидностью – это люди с нарушениями, однако они являются инвалидами из-за существующих в обществе физических, организационных или отношенческих барьеров, предрассудков и стереотипов. Тем самым обучение волонтеров движения «Абилимпикс» является важным шагом на пути преодоления тех стереотипов, которые присущи общественному сознанию.

В соответствии с опросником будущим волонтерам были заданы вопросы, ориентированные на выяснение их индивидуальных представлений о состоянии волонтерского

движения в России. Показательно, что подавляющее большинство опрошенных очень позитивно оценивает состояние и перспективы развития волонтерского движения в нашей стране: почти половина (48,4%) уверены, что движение активно набирает популярность, а более трети (34%) убеждены, что оно имеет самое широкое распространение. Пессимистов в рядах будущих волонтеров «Абилимпикс» почти нет: 2,5% отметили вариант, что волонтерское движение «теряет позиции», 1,3% указали – «совсем не распространено» (возможно, здесь сказывается некий субъективный негативный опыт из прошлой деятельности респондента), затруднились же с ответом 9,7% опрошенных.

Небезынтересным является факт, что лишь две пятых (40,9%) осведомлены о том, что, согласно российскому законодательству, любой желающий, достигший 14-летнего возраста, может примкнуть к волонтерской деятельности. Вторая большая группа – 31,9% – выбрали вариант, что «в разных волонтерских организациях установлены свои правила», а третья значимая группа – 17,2% – убеждены, что волонтером можно стать, только преодолев 16-летний возрастной рубеж.

Такой «разброд» мнений, скорее всего, объясняется тем, что молодые люди «сталкиваются» с волонтерством, уже поступив в среднее профессиональное или высшее учебное заведение. Средняя общеобразовательная школа, по-видимому, включена в волонтерское движение «постольку-поскольку», зачастую оставаясь в стороне от участия в добровольческой деятельности.

Неслучайно, в связи с этим, почти три четверти опрошенных (72,1%) указали, что волонтерской деятельностью, как правило, заняты учащиеся средних профессиональных учебных заведений (колледжей, техникумов); лишь 14,4% респондентов склонились в пользу варианта «студенты вузов». О нераспространенности волонтерства в средней общеобразовательной школе свидетельствует и тот факт, только 7,2% респондентов указали в своем ответе школьников. Интересным также является и то, что среди волонтеров респонденты почти «не увидели» «взрослых людей» (только 3,3% выбрали данный вариант ответа) и вовсе «не обнаружили» пожилых людей.

Такая грань между «юношескостью» и «взрослостью» косвенно подтверждается ответами на вопрос «Есть ли у Вас знакомые/друзья, являющиеся волонтерами?». Свыше половины опрошенных (55%) ответили на данный вопрос утвердительно, имея в виду, по всей видимости, своих же сверстников; еще 27,7% указали, что у них имеются знакомые, которые занимались или занимаются сейчас волонтерской

деятельностью. Наконец, лишь 14,8% респондентов только слышали, что есть люди, занимающиеся волонтерством. Как бы то ни было, желание следовать позитивному примеру значимой для респондента социальной группы является важной характеристикой того обобщенного портрета волонтера, который был представлен в данном исследовании.

В то же время практически полное отсутствие «взрослых» в представлениях волонтеров свидетельствует о той границе, которая ныне разделяет современные поколения. Речь здесь уже не идет о той традиционной дихотомии «отцов и детей», которая возникла в индустриальную эпоху, а, возможно, что нынешнее поколение «гаджета» (рожденные в 2000-е годы) противопоставляет себя поколению «компьютера» (рожденным во второй половине 1980-х – 1990-е годы).

Тем не менее, поддержка близкого окружения является очень значимой для волонтеров: свыше двух третей респондентов (67,9%) ощущают поддержку со стороны своих близких в их желании стать волонтером; 15,7% указали, что отношение «в целом положительное, но без особой поддержки». На равнодушие и/или нейтральность близких обратили внимание 15,4% опрошенных, на резко негативную реакцию – 3,4%. На необходимость поддержки близкого окружения указывает и тот факт, что половина респондентов (49,6%) так или иначе сталкивалась с негативной реакцией окружающих по отношению к волонтерам.

При составлении собирательного портрета волонтера движения «Абилимпикс» крайне важным является выяснение мотивации сделанного выбора, то есть насколько он был осознанным. Ведь сам характер волонтерской деятельности в данном случае предъявляет особые требования к личности и характеру волонтера, так как общение с людьми, имеющими разные нозологические особенности (слабослышащие, слепые, с ментальными нарушениями, с расстройствами аутистического спектра и др.), может оказаться непосильным бременем для волонтера.

В этой связи показательными являются ответы респондентов на вопрос «Почему вы решили стать волонтером Абилимпикс»: так, менее трети опрошенных (31%) стремятся «ответить людям за добро добром», а больше половины респондентов в первую очередь задумываются над тем, как опыт волонтерской работы будет востребован и полезен в будущем для них самих. Неслучайно самая весомая группа – 43,9% – желает обрести опыт работы в данной сфере, а еще 15,6% – применить свои знания на практике. Ну и, наконец, сугубо личные, «корыстные», мотивы присутствуют у каждого

десятого респондента: «познакомиться с нужными людьми» хотят 5,1%, а стремятся «посещать определенные мероприятия» – 4,5%.

О прагматичности выбора отчасти свидетельствуют ответы на вопрос: «Каким образом государство должно поддерживать волонтерскую деятельность?». Почти половина респондентов (49,6%) выбрала такой вариант «поощрения», как бесплатные билеты в театры, на концерты, путевки в дома отдыха; на возможность «предоставления льгот» указала четверть опрошенных (22,3%); на присвоение «званий» – 13%, а сугубо материальные ценности («премирование») предпочтительны для 15,1%. Тем самым, по мнению респондентов, труд волонтера должен иметь и личную полезность для них самих.

О том же свидетельствуют и ответы респондентов на открытый вопрос анкеты с просьбой написать личное мнение по поводу поддержки волонтеров: *«Льготный проезд, бесплатное питание, материальная поддержка, сертификаты/грамоты/медали, реклама в СМИ»; «Выдавать трудящимся заслуженную премию за работу»; «За активное участие – путевки на всероссийские конкурсы»; «Оказать поддержку в обучении, сделать дополнительное образование доступным»; «Создавать все необходимые условия для работы волонтеров, не исключается материальная поддержка, создавать различные форумы и сборы»; «Поддерживать волонтеров можно, устраивая конкурсы, чтобы дать возможность волонтерам показать себя и применить знания»; «Вручение сувенирной продукции, расширение географии и повышение уровня мероприятий, организация обучения для волонтеров, например, изучение языка»; «Организовать отряды поддержки волонтеров, массовый отдых для волонтеров, показывать их обществу как пример, на который стоит равняться»; «Поддержка известных людей придает уверенность в своих силах, дает понимание их работы, идей и начинаний для общества»; «Помогать в каких-либо трудностях, предоставлять возможность поехать куда-либо».*

В то же время, реалистичность («у меня есть опыт») и прагматизм выбора («мне это пригодится») большинства респондентов ярко представлен в ответах на вопрос: «Что стало решающим фактором при принятии решения стать волонтером Абилимпикс?». Свыше половины опрошенных (51,4%) указали в качестве главного фактора выбора «заинтересованность в данной деятельности», что вполне сочетается с желанием «обрести опыт работы в данной сфере»; на наличие необходимого опыта работы (10,6%), а на «наличие свободного времени» указали 11,5% респондентов, что также

подтверждает определенный прагматизм в выборе – можно потратить время на полезную деятельность. «Пример друзей» стал решающим фактором только для 4,2%, а на «престижность и обретение социального статуса» указали лишь 1,5%. Наконец, можно увидеть значительную группу «подневольных», пришедших на обучение «по направлению организации», – 20,1%.

При этом заметно, что роль общественных институтов (в частности, средств массовой информации, школы и пр.) в популяризации волонтерского движения прослеживается очень слабо. Неслучайно, отвечая на вопрос: «Как сделать волонтерский труд более популярным?», 48,1% выбрали вариант «приучать к волонтерству с юных лет», на необходимость поощрения указали 31,3%, а на важность рекламы – лишь одна пятая часть респондентов (20,7%).

О желании обрести «новый опыт» косвенно свидетельствует и тот факт, что половина обучающихся методике «Волонтер “Абилимпикс”» или уже имели опыт волонтерской деятельности ранее (35,2%), или являются волонтерами в настоящее время (13,3%). 34% опрошенных никогда не занимались волонтерской деятельностью, а 17,4% респондентов, не имея необходимого опыта, стремятся ею заняться.

В то же время, недостаточность опыта волонтерской работы в движении «Абилимпикс» является сдерживающим фактором в представлениях о своей будущей деятельности, о чем свидетельствуют ответы на вопрос: «Какая именно волонтерская деятельность в Абилимпикс Вам ближе?» Почти половина опрошенных (48,5%) указала на «помощь в организации и сопровождении общественных мероприятий». На непосредственную работу с людьми с разными нозологиями настроены очень немногие: на волонтерскую работу с лицами с нарушениями опорно-двигательного аппарата – 12,7%, с нарушениями зрения – 13,2%, с нарушениями психического развития – 9,6%, с затруднениями в речи – 3,6%, с нарушениями слуха – 3,9%. Наконец, 8,5% опрошенных отметили, что их вообще не привлекает ни одно из направлений деятельности. Возможно, ответы на данный вопрос отражают тот стереотип «инаковости», который сопровождает обыденную жизнь и распространяется на людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья («калека», «заика», «глухой», «слепец», «даун» и пр.), порождая бессознательные «страхи» перед общением с ними.

Таким образом возможность разрешать различные задачи волонтерской деятельности может быть сформирована только путем приобретения соответствующего опыта, то есть через деятельность. Отсюда возникает вопрос мотивации. Волонтерская работа должна быть интересна и создавать ситуацию успеха.

И все же, органичное сочетание прагматизма и альтруизма – вот те характерные черты, которые присущи «цифровому» поколению волонтеров и которые заметны при анализе ответов на вопрос: «Волонтерский труд для Вас лично – это...»

Подавляющее большинство респондентов видит в основе волонтерской деятельности мотивы, либо связанные с «проявлением альтруизма, желанием бескорыстно делать добро» (43,2%), либо ориентированные на достижение общественного блага («улучшить качество жизни других» – 36,8%; «бороться с определенной проблемой» – 4,5%). Весомая доля опрошенных (13,3%) определяют волонтерскую деятельность либо как «достойную цель жизни» (4,6%), либо как «способ самореализации» (8,7%).

Анализ мотивации волонтеров, казалось бы, порождает противоречие: с одной стороны, очевидны прагматические, сугубо «меркантильные» мотивы, ориентированные на получение выгод для самого волонтера (получить опыт работы, обрести уверенность в будущем, добиться признания заслуг и пр.); с другой стороны, опрошенные подчеркивают свое «желание делать добро», помогать «бескорыстно» из чувства сопричастности. Совместить два ведущих мотива достаточно просто: в представлениях опрошенных господствуют идеи о том, что собственное благополучие неразрывно связано с благополучием окружающих, и прагматизм и альтруизм оказываются взаимодополняющими.

Неслучайно доминирующими в ответах о качествах волонтера движения «Абилимпикс» стали (предлагалось выбрать не более 3 вариантов ответа) ответственность (75,9%), стрессоустойчивость (66,5%) и доброжелательность (63,6%). Менее значимыми оказались такие качества, как трудолюбие (48,5%), дисциплинированность (46,6%) и энергичность (24,6%). По мнению опрошенных, волонтер должен быть готовым прийти на помощь (61,5%), быть вежливым (63,8%), дружелюбным (45,2%) и коммуникабельным (38,6%). Меньше всего ответов набрали такие характеристики, как «быть умным» (13,9%) и «быть открытым» (18,6%).

При этом важно заметить, что дальнейшее формирование наиболее значимых качеств волонтера, а также его компетенций, должно происходить в процессе

вовлечения в мероприятия, в ходе которых можно получить опыт конструктивного взаимодействия как с другими волонтерами, так и с лицами с инвалидностью и ОВЗ, освоив новые формы и технологии волонтерской работы.

**Выводы:**

1. Основную массу волонтеров «Абилимпикс» составляет учащаяся молодежь: учатся 89% опрошенных, 5,8% совмещают работу и учебу; работают 5,1% опрошенных. Исходя из социально-демографических характеристик опрошенных, можно кратко нарисовать обобщенный портрет волонтера движения «Абилимпикс». Как правило, это 16-18-летняя девушка, обучающаяся в среднем профессиональном учебном заведении (колледж, техникум).

2. Оценивая общие представления респондентов о волонтерстве, можно заметить их адекватность в связи со значимостью волонтерского движения для современного российского общества. При этом почти три четверти опрошенных (72,1%) уверены, что волонтерской деятельностью, как правило, заняты учащиеся средних профессиональных учебных заведений (колледжей, техникумов), лишь 14,4% респондентов склонились в пользу варианта «студенты вузов». Среди волонтеров респонденты почти «не увидели» взрослых людей и вовсе не нашли пожилых людей.

3. Анализ мотивации волонтеров «Абилимпикс» демонстрирует противоречие: с одной стороны, очевидны прагматические, сугубо «меркантильные» мотивы, ориентированные на получение выгод для самого волонтера (получить необходимый опыт работы, обрести уверенность в будущем, добиться признания заслуг и пр.); с другой стороны, опрошенные подчеркивают свое «желание делать добро», помогать «бескорыстно» из чувства сопричастности.

4. Доминирующие в ответах респондентов качества и характеристики волонтеров «Абилимпикс» в целом соответствуют таким наиболее значимым компетенциям волонтера «Абилимпикс», как мотивация, ответственность, стрессоустойчивость, работа в команде, коммуникация, лидерство и проактивность.

Результаты проведенного исследования позволяют составить представление о контингенте обучающихся и специфике их ориентаций в рамках волонтерского движения, что в дальнейшем даст возможность корректировки учебных программ подготовки волонтеров движения «Абилимпикс».

Список литературы

1. Бикбулатова А.А. Создание центров содействия трудоустройству инвалидов и лиц с ОВЗ в высших учебных заведениях / А.А. Бикбулатова, А.А. Солдатов, М.В. Невская // Вестник УГУЭС. Наука, образование, экономика. Серия Экономика. - 2015. - № 3 (13). - С. 36-40.
2. Блинов В.И. Базовые ценности профессионального образования / В.И. Блинов, Е.Ю. Есенина, И.С. Сергеев // Профессиональное образование и рынок труда. - 2019. - №1. - С. 4-15.
3. Бутко Г.П. Особенности инновационных изменений в профессиональном образовании / Г.П. Бутко, И.В. Тесленко // Вопросы управления. - 2019. - № 1 (37). - С. 225-234.
4. Григорьев С.И. Повышение качества профессиональной ориентации старшеклассников с нарушением слуха в условиях школы-интерната / С.И. Григорьев, Р.И. Егорова // Мир науки, культуры, образования. - 2019. - № 4 (77). - С. 117-120
5. Гусейнова А.А. Механизмы содействия трудоустройству выпускников с инвалидностью и ОВЗ, завершивших обучение по программам среднего профессионального образования // Проблемы современного педагогического образования. - 2019. - № 63-2. - С. 139-141.
6. Зайцева Т.М. Чемпионат по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья «Абилимпикс» как форма профориентационной работы / Зайцева Т.М., Кадышева О.С. // Инновационное развитие профессионального образования. - 2018. - № 4 (20). - С. 72-76.
7. Линьков В.В. Направления развития профессионального образования в сурдопедагогическом аспекте / В.В. Линьков, И.А. Каташев // Наука и Школа. - 2019. - № 3. - С. 203-209.
8. Мануйлова В.В. Сопровождение лиц с инвалидностью и ОВЗ молодого возраста в процессе их трудоустройства // Проблемы современного педагогического образования. - 2018. - № 59-2. - С. 199-203.
9. Чернецкая А.А. Конкурс профессионального мастерства как ресурс трудоустройства молодежи на рынке труда / А.А. Чернецкая, Н.О. Казакова, В.Ю. Рыбалкина // Профессиональная ориентация. - 2017. - № 2. - С. 125-127.
10. Бикбулатова А.А. Национальный чемпионат конкурсов профессионального мастерства для людей с инвалидностью «Абилимпикс» как механизм профессионального становления обучающихся с инвалидностью / А.А. Бикбулатова, Е.А. Петрова, С.А. Картошкин и др. // Гуманитарные науки. - 2018. - № 2. - С. 104-112.
11. Зудилова Л.В. Практика реализации модели социально-профессиональной активности студентов колледжа / Л.В. Зудилова, В.Н. Куровский // Научно-педагогическое обозрение. - 2017. - № 1 (15). - С. 39-46.
12. Мануйлова В.В. Комплексный механизм вовлечения лиц с интеллектуальными нарушениями в конкурсное движение профессионального мастерства / В.В. Мануйлова, О.В. Титова // Проблемы современного педагогического образования. - 2019. - № 62-1. - С. 186-189.
13. Сидоров В.В. Движение «Абилимпикс» как один из способов повышения мотивации к профессиональному самоопределению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья / В.В. Сидоров, О.С. Куницына // Инновационное развитие профессионального образования. - 2016. - № 9. - С. 75-77.
14. Благирева Е.Н. Социокультурная инклюзия: дефиниции и позитивные отечественные практики // Вестник культуры и искусств. - 2019. - № 3 (59). - С. 73-81.
15. Глузман А.В. Современная инклюзивная образовательная среда: специфика и новации // Гуманитарные науки. - 2018. - № 2. - С. 8-10.
16. Ломакина И.С. К вопросу об оценке качества и эффективности реализации инновационных образовательных проектов / И.С. Ломакина, И.Р. Сташкевич // Инновационное развитие профессионального образования. - 2017. - № 3 (15). - С. 15-20.
17. Романенкова Д.Ф. Конкурсы профессионального мастерства для людей с инвалидностью как эффективный механизм содействия их трудоустройству // Инновационное развитие профессионального образования. - 2017. - № 3 (15). - С. 20-24.

18. Тютюева И.А. Уровневая классификация задач движения «Абилимпикс» и подготовка студентов-инвалидов и с ОВЗ к участию в чемпионатах / И.А. Тютюева, Т.Н. Филютина // Современное педагогическое образование. - 2019. - № 9. - С. 118-121.
19. Федосеева З.А. Дополнительное профессиональное образование педагогов СПО в сфере инклюзивного образования: проблемы и возможности // Инновационное развитие профессионального образования. - 2019. - № 3 (23). - С. 67–73.
20. Чешко С.Л. Конкурсы профмастерства для людей с инвалидностью — эффективный инструмент мотивации к трудовой деятельности // Профессиональное образование лиц с инвалидностью и ОВЗ. - 2018. - № 4. - С. 32-38.
21. Веричева О.Н. Добровольчество как технология социально-педагогического сопровождения маломобильной молодежи / О.Н. Веричева, М.А. Смирнов // Вестник Костромского гос. университета. Серия Педагогика. Психология. Социокинетика. - 2018. - № 4. - С. 296-299.
22. Мартынова Т.Н. Социальная волонтерская деятельность студентов вуза в условиях инклюзивного образования / Т.Н. Мартынова, Е.А. Гавло, К.А. Цвеклинская // Профессиональное образование в России и за рубежом. - 2019. - 1 (33). - С. 153-159.
23. Пилипенко А.Ю. Опыт развития студенческого волонтерства и обучения волонтеров в Псковском государственном университете // Вестник Череповецкого гос. университета. - 2018. - № 6. - С. 191-199.
24. Рудзинская Т.Ф. Включение молодежи в волонтерское движение "Абилимпикс" как условие формирования инклюзивного общества / Т.Ф. Рудзинская, А.В. Рябихина // Казанский вестник молодых учёных. Исторические науки. - 2017. - Т. 1. - № 3 (3) - С. 120-124.
25. Кузьмин К.В. Коммуникация врача и пациента: прошлое, настоящее, будущее (исторический и медико-социологический анализ) / К.В. Кузьмин, Е.В. Семенова, Л.Е. Петрова и др. - Екатеринбург: Издательство УГМУ, - 2016. - 304 с.
26. Петрова Л.Е. Повышение уровня обыденной медицинской культуры: причины и следствия для общества и профессиональной группы врачей / Л.Е. Петрова, К.В. Кузьмин, Е.В. Семенова // X международная научная конференция "Сорокинские чтения" "Здоровье российского общества в XXI веке: социологические, психологические и медицинские аспекты": Сб. мат.. - М.: МГУ им. М.В. Ломоносова. Издат. дом (типография), - 2016. (Электронное издание).

© Невоструев Н.А.

УДК 378.147.34

## ПРОТИВОРЕЧИЯ И ТРУДНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРЕПОДАВАНИИ ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН НА МЛАДШИХ КУРСАХ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

**Невоструев Н.А.**

*Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера, г. Пермь, кафедра истории Отечества, истории медицины, политологии и социологии*

**Резюме.** Основываясь на практический опыт преподавания гуманитарных дисциплин в медицинском вузе, автор сосредотачивается на проблемах внедрения инновационных методов и объективных трудностях в этом процессе. Современная информационная цивилизация делает вызов всей традиционной системе преподавания и, чтобы соответствовать новым её реалиям, необходимо преодолевать известные образовательные стереотипы, начиная с адаптации студентов к системе высшей школы и заканчивая осознанным отношением к гуманитарным дисциплинам, как одному из эффективных инструментов будущего клинического медицинского мышления. Особо отмечается и анализируется новая образовательная парадигма в условиях пандемии и повсеместного внедрения системы дистанционного образования. Даются обоснованные выводы о содержании гуманитарного образования для будущих медиков.

**Ключевые слова:** медицинское образование; информационная цивилизация; методика преподавания; пандемия; дистанционное образование.

### CONTRADICTIONS AND DIFFICULTIES IN APPLYING INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN THE TEACHING OF HUMANITIES JUNIOR COURSES AT MEDICAL SCHOOL

Nevostruev N.A.

*Perm State Medical University. E.A. Wagner, Perm, Department of Homeland History, History of Medicine, Political Science and Sociology*

**Summary.** Based on the practical experience of teaching humanities in medical school, the author focuses on the challenges of introducing innovative methods and objective difficulties in this process. Modern information civilization challenges the entire traditional system of teaching and, in order to meet its new realities, it is necessary to overcome well-known educational stereotypes, from the adaptation of students to the higher education system and to the conscious attitude to the humanities, as one of the effective tools of future clinical medical thinking.

**Keywords:** medical education; information civilization; teaching method; pandemic; distance education.

#### **Введение**

Как известно, инновационные педагогические технологии обучения – это технологии, предназначенные для достижения единства обучающих, воспитательных и развивающих целей образовательного процесса путем рационального применения активных средств и методов обучения [1]. Тем не менее, эта тема продолжает оставаться

актуальной. Преподаватели нашей кафедры уже давно и достаточно успешно применяют наиболее типичные и разработанные методики, призванные активизировать учебный процесс, вызвать интерес к изучаемой проблеме, сформировать навыки публичного выступления, умения вести диалог с аудиторией и друг с другом. Среди них зарекомендовали с лучшей стороны такие педагогические инновации, как: научная дискуссия, работа «малыми группами», защита рефератов, диспуты, «брейн-ринги», домашние задания по созданию кроссвордов, пресс-релизы о проведенных внеучебных мероприятиях (экскурсии в музеи, художественную галерею, театральные постановки) и др. Все эти формы доказали свою эффективность, и преподаватели кафедры продолжают их совершенствовать.

### **Основная часть**

В ходе изучения гуманитарных дисциплин, особенно на первом курсе (сюда входят по новому образовательному стандарту такие предметы, как: история Отечества, история медицины, культурология, политология и социология), выявляется ряд объективных противоречий, связанных с вхождением будущих специалистов в студенческую жизнь.

**Во-первых**, они отражают значительный разрыв в целеполагании учебной работы ученика образовательной школы и студента высшего учебного заведения, где одним из основных требований является «натаскивание» в подготовке к тестированию ЕГЭ. В многочисленных статьях учителей школ, посвященных этой проблеме, подчеркивается главный минус в такой подготовке – снижение интереса к познавательной деятельности в обучении, превалирование прагматизма в освоении учебного материала [2, 3]. Поэтому, приходя в стены ВУЗа, студенты младших курсов «по-инерции» продолжают генерировать эту модель обучения. Проводимые анкетирования на первом занятии показывают, что большинство студентов не только не воспринимают эти предметы, как развивающие их интеллектуальный багаж, но и даже выражают сомнение в целесообразности их включения в учебный план высшего медицинского образования. Поэтому многие из них искренне недоумевают по поводу вопросов, которые ставит на занятиях преподаватель, направленные на выработку самостоятельного суждения на основе знания конкретного содержания материала, где требуется освоение логических законов мышления. Именно этот аспект преподавания становится одной из причин, почему предметы гуманитарного блока являются самыми сложными для них. Стереотипы средней школы не позволяют им перестроиться на работу в активном

режиме, сформулировать и выразить элементарный вывод, задать вопрос. Поэтому преподаватель значительную часть учебного времени вынужден заниматься, прежде всего, выработкой у студентов элементарных навыков публичного выступления. Здесь хорошим подспорьем служат фиксированные выступления, подготовленные для последующего обсуждения в ходе семинарского занятия. Важно только не зародить у студентов чувство неуверенности и страха по поводу возможной неудачи. Поэтому необходим педагогический такт и уважительное отношение к выступающему, не дать ему «уронить лицо» перед товарищами. Также положительно зарекомендовал себя в качестве развивающего метода обучения подготовка доклада или реферата. Необходима на первых порах существенная помощь со стороны преподавателя на стадии подготовки этих выступлений на индивидуальных консультациях. После первых занятий преподаватель уже составляет для себя своеобразную интеллектуальную карту своей группы, которая дает возможность построить работу групп рациональным образом, используя возможности каждого студента.

**Во-вторых**, в общественном сознании, причем не только обыденном, но и в научном дискурсе, присутствует разделение областей знаний на естественные и гуманитарные. В естественных науках, изучающих природу, в том числе и человека, призванных сформировать представления о мире, прагматическая значимость задана а priori, поэтому объективность не входит в противоречие с ожиданиями студентов. Гуманитарные же науки, помимо объективных научных знаний, призваны дать студентам представления о должном, и поэтому истины гуманитарных наук совпадают с ценностями. Здесь и возникает определенная напряженность. Как языком научных категорий передать живые смыслы ценностей? как сохранить нейтральность и не допустить идеологизации учебного материала? Эти объективные трудности содержания наших предметов могут сформировать у студента состояние отчужденности и, как следствие, формального отношения к предмету. Этот аспект уже затрагивался нами, но проблема остается по-прежнему актуальной, и её решение имеет важное значение в условиях утверждения новых образовательных стандартов [4].

Так, при изучении истории Отечества есть опасность, связанная с интерпретацией исторических фактов. Преподаватель, стремясь избежать односторонности, приводит различные трактовки одних и тех же событий, часто противоречащих друг другу, а у студента может возникнуть иллюзия «зыбкости», неточности знаний. И эта неопределенность, неточность ассоциируется с многословностью, неоднозначностью,

расплывчатостью. В отличие от других естественнонаучных дисциплин, где знания можно формулировать коротко, четко и ясно. Преодолевать подобную трудность сознания помогают занятия по типу «малых групп». Студенческие группы разбиваются на подгруппы (оптимальное число – четыре), каждой из которых дается конкретный вопрос рассматриваемой темы и ограниченное время для подготовки. Причем, сами вопросы должны иметь максимальный объем материалов; чем они объемнее, тем сложнее их структурировать. Этим умением наши студенты, как правило, ещё не владеют, так как современное школьное тестовое образование приучило их к фрагментарности, разорванности мышления. Когда же вопрос обширен, а время ограничено, «что говорить» - становится проблемой. Сформированные таким образом знания являются не привнесенными извне, не «рассказанные преподавателем», а становятся итогом самоосмысления, когда мысль совершает движение от смутного «чего-то хочется» к ясному и отчетливому, насколько это возможно, знанию себя самого, своих возможностей и окружающей действительности. В конце занятия подводятся итоги, причем в ходе обсуждения подгруппы оценивают друг друга, а преподаватель делает общий вывод. Тем самым, такая работа выполняет две задачи: формирует навыки работы с эмпирическими данными, способствуют усвоению научных категорий на конкретном материале и через процесс самопознания ведет к выработке ценностных, мировоззренческих ориентаций. И именно здесь достигается столь необходимый синтез образования и воспитания.

В 2020 г. все вузы страны столкнулись с новой образовательной ситуацией, продолжающейся до последнего времени, связанной с пандемией COVID-19 и необходимостью перехода на дистанционное образование. Особенно остро она отразилась на системе медицинского образования, где многое «завязано» на тесное взаимодействие студента и преподавателя при формировании практических навыков и основ клинического мышления. Не обошла она и практики преподавания гуманитарных дисциплин в этих условиях. Первоначально основная трудность лежала в необходимости адаптации преподавателей и содержания учебного процесса к переходу на новые технологии, связанные с навыками работы в виртуальном пространстве интернета и использованием удаленных образовательных процедур на портале дистанционного образования. Нужно отдать должное и преподавательскому составу, и техническим службам университета, которые в течение недели смогли освоить основные приемы работы в новом формате и обеспечить достаточно стабильную связь со студентами. В конце

августа 2020 г. все преподаватели прошли специальное профессиональное обучение по 36-часовой программе практики работы в дистанционном формате, организованное нашим вузом. Конечно, переход давался достаточно трудно, особенно для преподавателей старшего возраста и потребовал от них больших интеллектуальных усилий. Кроме того, существенно возросла нагрузка на преподавателей и студентов, т.к. необходимо было организовать работу на семинарах для каждого студента и осуществлять контроль за выполнением заданий.

Несомненно, появились новые возможности для творческой работы в формах проведения семинаров и лекций. Раздвигаются рамки включения дополнительных материалов, использования гиперссылок, проведения тестов по отдельным темам и разделам. Наполняется новыми возможностями для студентов использовать расширенные материалы при выполнении рефератов, ответов на вопросы преподавателя. Стоит на очереди решение проблемы проведения в онлайн как лекций, так и семинарских занятий. Преподаватели кафедры уже используют такие известные платформы как Zoom, Webinar, YouTube, ряд других, пользуется успехом использование сервисов мобильной связи и возможностей электронной почты. Однако встает проблема контроля за деятельностью студентов во время прохождения особенно лекционного курса, их посещения в указанное время. И все мы по-прежнему скучаем по взаимодействию со студентами «в живую». В тоже время, этот период дает и нам, преподавателям, развиваться в рамках информационной цивилизации, выглядеть современными в глазах студентов.

«Постковидное» время потребовало кардинальных перемен в работе. На первое место сегодня выходят вопросы организации рабочего времени, рабочего места, умение работать в ограниченном пространстве своего жилища, общаться в «интернетовской» среде, формируя цифровую культуру общения. Необходимо совершенствовать цифровые навыки. Особенно применяя такие новые формы как работа в «онлайне» различными цифровыми методиками. И это касается не только студенчества, но и преподавателей. Также важно сохранить единство трудового коллектива в условиях удаленной работы, не дать угаснуть чувства совместной работы. Сегодня инновации – это не отвлеченное понятие, которым мы описывали гипотетические или идеальные формы работы. Сегодня инновации – это конкретное умение выстраивать отношения студент-преподаватель на новом качественном уровне общения, не выпуская из вида нашу главную задачу – формирование будущего врача.

### **Заключение**

Мы обозначили наиболее существенные проблемы высшего образования в медицинском вузе на современном этапе, хотя не менее важным является формирование у студентов с этого начального уровня обучения понимания чрезвычайно сложных и противоречивых процессов бесконечного реформирования российского общества применительно к нашей важной социальной сфере – медицине. Расширение здесь товарно-денежных отношений ставит много проблем и выявляет серьезные противоречия в этической составляющей медицинской деятельности. И здесь очень важен для будущих специалистов тот интеллектуальный багаж, который дается им в ходе обучения на гуманитарных дисциплинах.

### **Список литературы**

1. Николаева М.А. Инновационные педагогические технологии обучения / М.А. Николаева, Л.В. Карташова. М.: ОЦПКРТ, 2007. 32 с.
2. Патяева Е. ЕГЭ как травма // Скепсис. 2011, № 5. [Электронный ресурс]. URL: [http://scepsis.ru/library/id\\_3092.html](http://scepsis.ru/library/id_3092.html)
3. Мельников И.И. Современные проблемы системы образования // Мир образования-образование в мире. 2006, № 1. С. 186-193.
4. Невоструев Н.А. Особенности компетентностного подхода в преподавании исторических дисциплин студентам младших курсов медицинского вуза // Компетентностный подход к обучению студентов. Материалы учебно-методической конференции. Пермь, 2011. С.143-146.

## КУРС ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ В ВУЗАХ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ МЕТОДОЛОГИИ И ТЕОРИИ ИСТОРИЧЕСКОГО ПОЗНАНИЯ

**Шапошников Г.Н.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**Резюме.** В статье рассмотрены некоторые проблемы методологии истории медицины. Автор показал слабую методологическую основу курсов по истории медицины, которая наиболее наглядно проявляется в справочно - библиографической подаче материала, применении феноменологического и идеографического методов, что по мнению автора, не является собственно историей и характеризуется как летописание. Разобраны причины отказа от применения новых теоретических подходов при анализе исторического развития медицины. Автор и предлагает несколько современных теорий исторического познания и методику применения исторических принципов ретроспективного изучения медицины, обращая особое внимание на цивилизационный и модернизационный концепты и социальные аспекты истории медицины. Один из основных выводов статьи – история медицины должна создаваться совместными усилиями врачей и историков.

**Ключевые слова:** методология, теория исторического познания, исторические принципы и методы, цивилизационный и модернизационный концепты в истории медицины

### **Course of medical History in higher education institutions: some questions of methodology and theory of historical knowledge.**

Shaposhnikov G.N.

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Summary.** The article deals with some problems of the methodology of the history of medicine. The author showed a weak methodological basis of medicine history, which is most clearly manifested in the reference and bibliographic presentation of material, the use of phenomenological and ideographic methods, which, according to the author, is not history itself and is characterized as chronicle writing. The reasons for the refusal to use new theoretical approaches in the analysis of the historical development of medicine are analyzed. The author offers several modern theories of historical knowledge and a methodology for applying the historical principles of retrospective study of medicine, paying special attention to the civilizational and modernization concepts and social aspects of the history of medicine. One of the main conclusions of the article is the real history of medicine - the result of the joint work of physicians and historians

**Key words:** methodology, theory of historical knowledge, historical principles and methods, civilizational and modernization concepts in the history of medicine

### **Введение.**

Курсы истории медицины на медицинских факультетах российских университетов были введены в учебные программы еще в XIX в. Уже тогда эта дисциплина

рассматривалась как междисциплинарная: с одной стороны она была частью общетеоретического блока, в другой – пропедевтической. Междисциплинарный подход позволял рассматривать, как общие проблемы истории врачевания и медицины, так и историю отдельных клинических дисциплин [5,8]. В советское время отечественные историки медицины создали целостный пласт учебной литературы по истории медицины на основе марксистской концепции [1,4,7,11,13]. Анализ и оценки исторического пути мировой и отечественной истории медицины с позиций марксизма тогда полностью устраивал и общество, и врачей, и не вызывал каких –либо критических замечаний.

В период перестройки в 1986-1991гг. формационная теория подверглась ревизии. С конца прошлого – в начале нынешнего столетий в кругах специалистов ведутся дискуссии методологии изучения истории медицины. Отметим, что на западе проблемами истории медицины активно занимаются медики и профессиональные историки. В России эти дискуссии ведут, в основном, врачи, и отчасти, философы. Профессиональные историки в них практически не участвуют, поскольку эта сфера требует специальных знаний и достаточно сложна для дилетантов. **Цель данной публикации** – показать ряд принципиальных издержек, присущих курсам истории медицины, возникших при игнорировании методологии исторического познания, предложить новые концепции изучения общей истории медицины в вузовских курсах.

**Источники и материалы.** Автор проанализировал около сотни публикаций учебных и учебно-методических пособий и учебников, а также рабочих программ дисциплины, презентаций лекций и планов семинаров по курсу «История медицины», представленных в интернете. Обработанный материал достаточно репрезентативен для выводов и оценок.

### **Результаты**

Методология истории (частое ее называют философией истории) является теоретическим выражением практики любого исторического исследования в виде принципов, методов, научных понятий, рациональных концепций. Методология исторических дисциплин дает возможность сознательного применения научных приемов, протоколов и процедур для объективного анализа общих и частных исторических проблем. По сути, методология — это теоретическое выражение практики исторического исследования, это основа всей теории исторического познания.

Дискуссии по теоретическим проблемам истории медицины в начале XXI столетия выявили явное отсутствие интереса медиков к вопросам методологии и концепциям

исторического познания. Большинство медиков в исследованиях и подготовке лекционных курсов продолжают пользоваться концепциями советской историографии, прежде всего, формационной теорией. Можно сказать, что современные теории исторического познания медицины оказались на задворках отечественного общественно-научного знания, и эта дисциплина переживает методологический кризис. Как отметили Е.Е. Бергер, М.С. Титорская, история медицины оказалась периферийной, маргинальной областью, вдалеке от общей логики развития исторической науки [23; С.5]. В чем причины методологического тупика в преподавании истории медицины в вузах?

В большинстве вузов историю медицины читают врачи, как правило, преподаватели пожилого возраста. Они достаточно консервативны, не имеют базового гуманитарного образования, и не могут вникнуть в специфику изучения исторических процессов. О таких понятиях, как предмет и объект истории, проблемы смысла истории в медицине, ее социальные цели и функции, динамики исторического развития и медицинских исторических парадигм, принципов и методов исторического исследования, языка истории, альтернативности и нелинейности истории медицины, эти преподаватели даже слышать не хотят. А современные направления исторических исследований, такие как социальная или гендерная история, история повседневности медицины, демографическая, интеллектуальная история цивилизационный или модернизационный подходы, вводят их в ступор.

Отказ от концептуального осмысления истории медицины приводит к большим издержкам в ее изучении и преподавании. В чем это конкретно выражается методологический тупик?

Большинство учебных пособий и презентаций лекционных курсов по истории медицины написаны на основе хронологического изложения фактуры без какого-либо анализа изучаемого материала. В большинстве лекционных презентация в первых слайдах утверждается проблемное изложение материала, но в последующих слайдах, раскрывающих вопросы лекции, идет хронологическое изложение фактуры по темам врачевания древнего востока, античности, европейской медицины и т.д. [15,16, 19].

В текстах научных статей и презентаций преобладает восхвалительное, подчас, панегирическое воспроизводство фактуры, описание достижений и побед рационального медицинского знания над невежеством, темнотой и бескультурьем. Цель такого изложения понятна - выработать у студентов корпоративную

медицинскую культуру, привить им понимание высокой общественной значимости медицины. На практике это сводит изучение истории медицины к главному восточному принципу историзма: «**историю не нужно изучать, ее надо почитать**». Поскольку идеология современной правящей элиты в России, основана на патриотизме, такое понимание истории медицины находит всемерную общественную поддержку. Более того, это импонирует и студентам, которые без больших интеллектуальных усилий воспринимают упрощенные выводы, оценки и факты.

Понимание истории как последовательного изложения фактов в хронологической последовательности в научной среде получил название догуссерлевой феноменологии, т.е. описание фактуры без анализа предпосылок и сущности описываемого явления. Сегодня феноменологический подход получает большое распространение в исторических исследованиях, особенно в истории отдельных отраслей экономики, военной истории, истории науки и истории медицины. Возрастание интереса к использованию этого похода можно объяснить несколькими причинами. Историей сегодня активно занимаются краеведы, журналисты, члены различных исторических обществ, родоведы и просто любознательные люди. Общественный интерес к истории привел к развитию жанра популярной истории. На основе общего интереса в прошлом, появился целый пласт популярной литературы по истории медицины (книги С.М. Марчуковой, Е.В. Бачилло и др.) В них на первое место выходит именно фактура, эмоциональная составляющая и субъективный взгляд автора. Для такого видения исторических реалий не нужны научная методология, применение научных принципов для выявления сложных причинно - следственных связей для перевода исторического факта в научный. Не нужна и научная концепция, которая бы связала в единое целое весь курс, и, конечно, не нужны рассуждения о многомерности и неоднозначности истории медицины.

К сожалению, медики, занимающиеся историей, не избежали этих соблазнов. Многие преподаватели предпочитают пользоваться именно популярными изданиями, которые легко воспринимаются студентами. При этом, «героическое» видение истории медицины приводит к противоречиям между отдельными темами и сюжетами курса, которые многие медики просто не замечают. На наш взгляд, эта тенденция в первых лекция курса, которые посвящены введению в специальность.

В этой лекции преподаватель рассуждает о предмете и объекте, целях изучения, социальных и научных функциях, хронологии истории медицины. Большинство преподавателей ограничиваются перечислением одних и тех же положений, перенося их из

презентации в презентацию. Прежде всего, это относится к пониманию предмета истории медицины. История медицины является частью блока пропедевтических дисциплин и соединяет в себе методологию исторического исследования применительно к такому сложному междисциплинарному объекту познания, как медицина. С такой установкой предмета изучения истории медицины согласны все, только исследователи часто вкладывают различные смыслы в эту установку. Так, многие считают предметом изучения – развитие медицинской науки и практики в различных общественно-экономических формациях. [12; С.3] Другие рассматривают объект истории медицины как сосредоточение исследователя на онтологической и эпистемологической составляющих мышления, определяющих направления процесса познания в конкретной области научного знания на различных исторических этапах. [6; С.5]. Третьи предметом истории медицины называют изучение обстоятельств зарождения, становления и развития медицинской науки (как частной области общей науки) и практических знаний и ценностей (таких, как искусство врачевания)[17]. На наш взгляд самое нелепое определение предмета данной дисциплины дали Е.К. Складорова и Л.В. Жаров, которые увидели его в изучении студентами совокупности фактов, характеризующих состояние и развитие медицинских знаний и способов лечения. [20; С.2 аннотация]. Руководствуясь такой установкой, авторы этого пособия в разделе «Медицина и здравоохранение в новейшее время (1918-начала XXI века)» ограничились только хронологическим перечислением нобелевских лауреатов в области медицины и выдающихся советских врачей. [20; С.306-329]. В результате, одна из сложнейших и интересных тем всего учебного курса – история мировой и отечественной медицины в XX веке, в учебном пособии этих авторов вообще не раскрыта, все сводится к перечислению имен медиков нобелевских лауреатов, и к мортирологу советских выдающихся врачей. Последнее заметно обедняет содержательную часть всего учебника, делает его весьма показательным примером, как нельзя писать учебное пособие для вузов.

Различные определения предмета истории медицины можно продолжить, отметим только, что разноречивость в определениях предмета и объекта истории медицины затрудняет понимание студентами целей изучения и социальных функций этой дисциплины. В научной литературе можно и должно вести дискуссии по этой проблеме, но в учебно-методических пособиях и учебниках должно быть относительно единство в понимании предмета, целей и научных функций изучения истории медицины.

Было бы лучше давать одну дефиницию, наиболее полно отражающую мультидисциплинарную природу истории медицины.

Большинство историков сегодня рассматривает предмет истории, как изучение определенных закономерности прошлого, выявление внутренних связей и логики исторического развития. Факты –это только материал, с помощью которого создается здание научной теории или исторической концепции. К сожалению, только в немногих презентациях лекций и учебных пособиях предмет истории медицины раскрывается как познание закономерностей развития медицинских знаний и практической деятельности по сохранению здоровья людей на различных исторических этапах, как науки о возникновении и развитие современного состояния медицины. Примером может быть определение предмета истории медицины, предложенное коллегами из Северо Осетинской медицинской академии, которые считают, что истории медицины - наука, изучающую закономерности развития и историю врачевания, медицинских знаний и медицинской деятельности народов мира на протяжении всей истории человечества (с древнейших времен до современности) в неразрывной связи с историей, философией, достижениями естествознания и культуры. [24; С.2] К сожалению, в последующих разделах этого учебно – методического пособия воспроизводится хронологическое изложение «героической» фактуры, великих побед медиков над бескультурьем.

Много путаницы вносят и наборы методов, которые приводят преподаватели в своих работах. Из презентации в презентацию различных лекционных курсов бездумно переписываются одни и те же методы: исторический, археологический, аналитический, антропологический, философский, статистический, метод анализа и обобщения, и другие. [18] Любой обществовед скажет, что многих из вышеперечисленных методов не существует. Историки и археологи широко используют помимо общих и специальные методы: историко - системный, историко - проблемный, историко - типологический, историко- асинхронный и другие. Философы, антропологи пользуются десятками общих (диалектический и метафизический, феноменологический и др.) и специальных методов для того, что бы реконструировать и объяснить картину прошлого. Тоже можно сказать и о экономистах, которые используют многочисленные общие (экономико математическое моделирование, функциональный анализ, дедукции и индукции и др. и специальные статистические методы. Сводить многообразия научных методов исторического познания к одному знаменателю под именем исторического, археологического, философского, статистического, по крайней мере - некорректно.

Множественность определений предмета истории медицины, некорректные методы ее изучения и способствует упрощенному преподаванию этой дисциплины. Наиболее наглядно это проявляется в последних темах курса, посвященных особенностям развития мировой и отечественной медицины в XX – начале XXI веков. Сведение большинства лекционных презентации к простым хронологическим таблицам фактов выдающихся медицинских открытий и внедрения новых технологий лечения в это время, ведет к отказу от анализа современного состояния медицины в России.

К недостаткам большинство учебных пособий и презентационных материалов, которыми пользуются студенты, можно отнести линейность и схематизм. Они написаны вне контекста эпохи, без учета культурных особенностей народов, врачевание которых описывают авторы.. Как справедливо отметили Д. А. Балалыкин и Н.П. Щок, у нас отсутствуют методические пособия, которые объясняли бы цели и социальные функции изучения этой дисциплины, как важного междисциплинарного курса в структуре высшего медицинского образования, раскрыли бы принципы и методы исследования с учетом компетентного подхода. [6;С.9]. В результате, на практике, действительно реализуется тезис наших коллег из Ростова на Дону: студент – медик, в лучшем случае, будет знать только положительные факты из истории медицины. Но идеография (описание фактов) - это только начальный этап любого исторического исследования, следующий этап – аналитика и обобщения, на основе научных исторических методов, принципов и научных теорий. Именно анализ закономерностей представлений о человеческом теле на основе каких-либо исторических или философских концепций, и дают реальные знания о прошлом, навыки толерантности и научного анализа, умения вести рациональную дискуссию, формулировать выводы и оценки.

Методологическая безграмотность проявляется и в определении завершения курса. Какими событиями и каким периодом надо заканчивать изучение истории медицины. Большинство медиков считают, что это надо ограничиться периодом в 50 лет до времени, когда создается учебник. Эту позицию аргументировал академик Ю.П. Лисицин, который в издании своего ученика в 2008 г. прямо указал: сложность и грандиозность информации стали причиной того, что в курсы истории медицины последние десятилетия XX столетие обычно не включают, поскольку ранее чем спустя 50 лет об оценке исторического пути говорить нельзя, ввиду изменчивых и неустоявшихся взглядов на новейшие события. [10; С. 5]. Ему вторит авторитетный специалист в истории медицины- Бородулин В.И., который считает, что лучше говорить о

прошлом, которое отдалено от нас определенным временным промежутком (условно можно принять полувековой срок), что позволяет более взвешенно, опираясь на накопленный мировой исторической наукой багаж, оценивать значение достижений, теорий, открытий и т. д. в медицине, поскольку политическая история повседневно преподносит нам уроки. [3; С. 2].

Прошлое от настоящего отделяют секунды (минуты), следовательно, историей можно считать все, что произошло секунду (минуту) назад. Иными словами, если историк медицины взялся за написание учебника, он обязан довести повествование до самого последнего момента, когда он создает свой текст. При этом, интерпретировать состояние современной медицины историк должен исходя из исторической традиции и культуры своего народа, анализируя сюжеты прошлого, историк должен постоянно проводить параллели с настоящим, что бы наиболее полно реализовать принцип исторической преемственности. Стремление медиков ограничить курс истории медицины полувековой давностью, означает конформизм и боязнь автора отойти от официальной концепции истории медицины.

### **Применение новых теорий исторического познания к вузовскому курсу истории медицины.**

Д.А. Бабалыкин, и Н.П. Шок призвали использовать при изучении истории медицины эпистемологический подход, который позволяет провести реконструкцию всего процесса становления медицинских знаний и практик лечения в контексте философии и всемирной истории. [6.С.9] Для этого курс истории медицины надо строить на какой то единой научной концепции. При этом, любой автор оставляет за собой право выбора того концепта, который, по его мнению, наиболее полно может раскрыть специфику всего курса. Естественно, он должен обосновать свое научное предпочтение. К сожалению, среди многочисленных презентаций лекционных курсов, которые изучил автор этих строк, только одна была создана на основе стройной научной концепции: РПД по истории медицины для специалитета, разработанная преподавателями кафедры истории медицины Первого московского медицинского университета им Сеченова. При ее создании авторы выбрали интересную и несколько необычную для традиционных курсов истории медицины, теорию истории и философии науки. Они не только уверенно ввели научные категории и понятийный аппарат истории науки в учебный курс, но и предложили свою хронологию: этап протонауки, период научных

революций, период современной научной медицины.[17]. Высоко оценивая данный опыт, мы должны отметить, что курс истории медицины, основанный на концепции истории и философии науки подойдет больше к аспирантам и бакалаврам, которые и изучают эту дисциплину для сдачи кандидатского минимума, но не к студентам первого курса, для которых философские категории достаточно сложны.

Какие концепции исторического познания медицины можно предложить для лекционных курсов? В каждом теоретическом концепте имеются десятки самых различных теорий, которые исследователь выбирает для изучения своей темы, при этом исторические принципы и методы, цели и задачи остаются едиными, и не зависят от той или иной концепции. В современной отечественной историографии наибольшее распространение получили три теоретических концепта: **неомарксистский, цивилизационный и модернизационный**. Сегодня большинство историков медицины продолжают применить марксистский подход, только вместо понятий рабовладельческая или феодальная формации употребляют термины античность или средневековье, а понятийный аппарат социалистической формации вообще отбросили и при описании развития медицины и здравоохранения в СССР в XX в, стараются не употреблять никаких теоретических выкладок. Последнее обедняет анализ развития медицины в один из драматических, но своему прекрасных, периодов нашей отечественной истории. Одновременно это показатель методологической слабости наших историков медицины, поскольку принцип исторической преемственности не реализуется, и на лицо полный разрыв между советским периодом, когда медицина бурно развивалась и достигла впечатляющих успехов, и постперестроечным этапом, когда отечественная медицина находится в перманентном кризисе. Задача историка не констатировать это противоречие, а объяснить его с позиций исторической преемственности. В противном случае, задачи исследования или лекционного курса остаются не реализованы.

На наш взгляд, более продуктивно в истории медицины, могут работать цивилизационный и модернизационный концепты. В соответствие с первым, появляется уникальная возможность выявить особенности и специфические черты формирования и развития медицинских знаний и практик каждого народа или группы этносов, образующих одну цивилизацию, показать преемственность врачевания у различных народов. Только цивилизационный подход позволят с наибольшей полнотой выявить прямые и косвенные связи врачевания с особенностями культурного развития и природно – географической, ландшафтной средой данного народа. При этом, исследователь должен

понимать, что в цивилизационном концепте существуют разные теории цивилизаций, (теория локальных цивилизаций А. Тойнби, цивилизационных типов О. Шпенглера, теория стадий экономического роста У Ростоу, теория третьей волны А. Тоффлера и др.). Исследователь должен выбрать одну из них, обосновать свой выбор, придерживаться ее методологии и понятийного аппарата на протяжении всего курса.

Для курса истории медицины мы можем рекомендовать применение цивилизационной теории, А. Тойнби. В соответствии с ней, мировой исторический процесс развивается хаотично и не имеет каких либо общих закономерностей. В ходе его произошла смена 21 цивилизации, каждая из которых оставалась уникальной. Каждая цивилизация породила свои представления о медицине и практики врачевания, проходила определенные стадии развития и существовала до тех пор, пока ее правящая элита могла адекватно отвечать на т.н. «вызовы истории». В соответствии с этой концепцией, курс истории медицины следует разбить на три модуля:

- Врачевание и медицина восточных цивилизаций,
- Врачевание и медицина западных цивилизаций,
- Врачевание и медицина России –СССР, (поскольку А. Тойнби считал Россию особой цивилизацией.).

При этом, в рамках каждого модуля нужно рассматривать особенности развития врачевания и медицины по группам культур, этносов или стран с древних времен по настоящее время. Например, в модуле восточных цивилизаций нельзя ограничить изложение материала только древней и средневековой историей медицины востока, как это сделано в учебнике Т.С. Сорокиной. Необходимо показать весь путь развития восточных врачеваний, показать сильные и слабые стороны гигиены и реабилитации мусульманской, буддистской, китайской традиционной медицины и в древности, и средние века, и в новейшей истории Востока. В завершающей лекции по этому модулю необходимо дать анализ состояния восточной медицины в начале XXI века. Особое внимание надо уделить китайской традиционной медицине, поскольку сегодня ее авторитет в мировой медицине быстро нарастает. Если такое видение курса покажется для кого-то слишком революционным или вообще неприемлимым, то можно использовать модернизационный концепт.

Модернизационная теория возникла во второй половине XX в., но ее истоками явились идеи Просвещения XVIII в., а также эволюционизм и индустриализм XIX столетия.

В формирование теории модернизации свой вклад внесли многие обществоведы и историки, прежде всего Р. Арон, Дж. Гэлбрейт, Д. Белл, О. Тоффлер, С. Хантингтон.

С позиций этой теории процессы постоянно общественного обновления, переход от простых стадий развития к более сложным, и получили наименование модернизации. Модернизация – это разновидность глобального процесса инновационных изменений, в ходе которого формируется новое общество. Это комплексный (системный) процесс изменения всех сфер общества (политической, экономической, социальной, духовной и медицинской). Модернизация заканчивается тогда, когда общество овладеет культурой, которая соответствует новой стадии развития, когда общество научится рационально распоряжаться достижениями, которые оно получило в ходе модернизации. В конечном итоге, исследователи, изучающие мировой исторический процесс, выделяют три основные стадии мирового развития: аграрное общество, индустриальное общество, постиндустриальное (информационное) общество.

В обществе аграрном развивается врачевание, при переходе к обществам индустриальным формируется и быстро развивается медицина в современном понимании. Появление современной медицины определяется не столько научными открытиями и деятельностью выдающихся врачей, а потребностями индустриального общества, которое впервые в истории требует от медицины не столько лечения, сколько возвращения трудоспособности работникам массовых профессий. В обществе информационном медицина развивается наиболее динамично, поскольку становится ведущей составляющей всей социальной и экономической общественных сфер.

Модернизации проходят разными путями, в основном реформами и революциями, причем революционные пути наиболее предпочтительны. В ходе перехода от аграрного общества к индустриальному в Европе, в течение XVI –XIX вв., европейское общество претерпело и медико –биологическую революцию. Еще раз подчеркнем, что эти революции не сущность, но только инструменты общественных процессов.

Исследователи А.М. Стойчик, С.Н. Затравкин, В.С. Степин разработали оригинальную концепцию медицинских революций Нового времени в Европе. [21,22] От себя добавим, что переход от общества индустриального к информационному в Европе в XX в. также сопровождался очередной медицинской революцией, которая, по мнению автора, началась в 1930—1940 х гг. когда были открыты и начали широко внедряться антибиотики и продолжается и поныне.

Преподаватель, который будет готовить лекции по курсу на основе концепции модернизации, должен использовать концепцию медицинских революций и отойти от особенностей врачевания какой –либо культуры или народа. Его задача - сосредоточиться на анализе общих закономерностях развития врачевания в аграрных обществах и медицины в индустриальных в целом, выделяя общие черты и явления, опуская подробности и лишнюю фактуру. Так, он должен показать, что в аграрных обществах, не зависимо друг от друга, разные народы восточных и западных культур имели весьма близкие представления о анатомии человеческого тела, разработали схожие теории здоровья и болезней, причин заболеваемости и др. Иными словами, до европейской медицинской революции представлениях о функционировании человеческого тела и причинах болезней, даже такие разные системы лечения как китайская традиционная медицина и европейская, имели больше сходства и общих моментов, чем различий. Но и модернизационный подход предполагает анализ развития медицины в XXI в., а не ограничение хронологических рамок

второй половиной XX в. и констатацией образования Международной организации здравоохранения, как высшей точки развития медицины этого столетия.

Использование модернизационного подхода предполагает и особое внимание к социальным аспектам истории медицины. Социальные аспекты истории медицины стоят в центре внимания западной историографии с 1960 –х гг. [2;С.18-27; 9;С.5]. К сожалению, в отечественной историографии, не смотря на призывы отдельных исследователей, социальные сюжеты остаются без внимания. Если отечественные медики и стремятся поднять социальную проблематику, то делают это с многими оговорками. Так, Е.Е. Бергер, М.С.Туровская отмечают, что приход историков в историю медицины сильно расширил сферу исследований. Экономические, социальные, культурные последствия «черной смерти» для Европы были столь велики, что для историков возможности научной работы были просто бескрайними. В результате образовались так называемые «внутренняя» и «внешняя» истории медицины. «Внутренней» историей занимались врачи, которым была незнакома специфика исторического ремесла, а «внешней» — историки, которые слабо владели основами медицинских знаний.[23; С.5 ]. На наш взгляд, деление истории на проблемы «внутренние» «внешние» - некорректно, поскольку исторические процессы едины.

## Выводы

Преподавателям, читающим курсы по истории медицины необходимо отойти от идеографии и справочно библиографического изложения материала, осваивать методологию исторического познания, ее понятийный аппарат, методы и принципы. Также необходимо более активно использовать современные научные концепции обществознания. Сегодня нужны исследования по социальным аспектам истории медицины. Социальные проблемы нельзя ограничить эпидемиями или антропологическим изысканиями. При анализе развития медицины в западных и восточных цивилизациях нужно более основательно изучать вопросы общественного положения врача, возможности его профессионального роста, способности медиков к профессиональной самоорганизации, участию в общественной жизни, влиянию медицинских кругов на власть имущих и народные массы. Одной из болезненных проблем социальной истории отечественной медицины остается отношение пациента и общества к врачу, общественное доверие или общественная критика медицины, которые постоянно менялись в нашей истории на протяжении трех последних столетий. Наконец, особого изучения требуют и социальные последствия медицинской революции в конце XIX - начала XX века, превращения медицины в экономическую услугу и ее коммерциализацию. Эти новые задачи истории медицины требуют совместных усилий врачей и профессиональных историков.

## Список литературы

1. Балицкий К.П. У истоков отечественной медицины. Киев, 1954.
2. Шлюмба Ю. Болезнь и здоровье: новые походы к истории медицины./под. общ. ред. Ю. Шлюмба, М. Хагнера, И. Сироткиной. [пер.с англ. и нем. К.А. Левинсона]-СПб,2008.
3. Бородулин В.И. История клинической медицины: лекции. М.: РАМН. 2006.
4. Заблудовский П.Е. Медицина в СССР. М. 1971.
5. Гезер Г. Основы истории медицины. Казань, 1880.
6. Балалыкин Д.А. История медицины. Учебное пособие в трех книгах. Кн.1. Руководство к преподаванию. / Д.А. Балалыкин, Н.П. Шок.-М.:ГОЭТАР-Медиа, 2017.
7. Кавецкий З.Е. У истоков отечественной мдицины.М.1954.
8. Ковнер С. История медицины. Вып.1, Киев, 1878.
9. Линдерман. М. Медицина и общество в начале новой Европы. /История медицины. [текст]: учебно методическое пособие./О.С. Киценко и др. – Волгоград, ВолгГМУ,-2016
10. Лисицин Ю.П. История медицины: Учебник.-М.: ГОЭТАР- Медия, 2008.

11. Лушков А.Г. Лекции по истории русской медицины. М. 1956.
12. Пашков. К.А. Учебно – методическое пособие к семинарским занятиям по истории медицины. Московский государственный медико стоматологический университет. М.: 2004.
13. Петров В.Д. Очерки истории отечественной медицины. М. 1962.
14. Презентации лекций по истории медицины // [электронный ресурс]: <http://fmo.pskgu.ru/project>. дата обращения 17.07.2020.
15. Презентации лекций по истории медицины // [электронный ресурс]: <http://pp-online.org/47356>. дата обращения 27.07.2020.
16. Презентация История медицины от первобытных времен до Древнего Рима. // [электронный ресурс]: <http://multiurok.ru/files/priezientasii-istoria-medicine>. дата обращения 25.07.2020.
17. Презентация лекции по истории медицины. Ведение в историю медицины // [электронный ресурс]: <http://mypresentation.ru/presentation/lekcija-1-istoria-medicine> / дата обращения 26.07.2020.
18. Презентация лекции по истории медицины. История медицины как наука и предмет преподавания. Врачевание в первобытном обществе. // [электронный ресурс] <http://www.myshared.ru/slide/463416/> дата обращения 26.07.2020.
19. Сборник презентаций по истории медицины. // [электронный ресурс]: <http://infourok.ru/presentation-po-istorii-medicine/> дата обращения 27.07.2020.
20. Склярова Е.К. История медицины / Е.К. Склярова, Л.В. Жаров. // Ростов н/Дону: Феникс, 2014.
21. Степин В.С. История и философия медицины. Научные революции XVII-XIX вв. / В.С. Степин, А.М. Сточик, С.Н. Затравкин. // М.: Академический проект, 2017.
22. Сточик А.М., Затравкин С.Н. Картины реальности в медицине XVII – XIX веков / А.М. Сточик, С.Н. Затравкин // [электронный ресурс]: [http://vphil.ru/index.php?id=793&option=com\\_content&task=view](http://vphil.ru/index.php?id=793&option=com_content&task=view). Дата обращения 26.07.2020.
23. Бергер Е.Е. Хрестоматия по истории медицины / Е.Е. Бергер, М.С. Тутурская // Под ред. проф. Д.А. Балалыкина. М.: 2007.
24. Учебно – методическое пособие к семинарским занятиям по истории медицины. (история мировой медицины). Северо Осетинская государственная медицинская академия, 2012.

© Е. С. Набойченко, С. В. Чупракова, А. Л. Устинов

УДК 614.1/93

## ИСТОРИЯ МИРОВЫХ ПАНДЕМИЙ: ПЕРИОДИЗАЦИЯ И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

**Набойченко Е.С.<sup>1</sup>, Чупракова С.В.<sup>2</sup>, Устинов А.Л.<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования*

*<sup>2</sup>Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, управление кадровой политики и правового обеспечения*

*<sup>3</sup>Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра истории, экономики и правоведения*

**Резюме.** Авторы дают периодизацию и прослеживают этапы истории мировых пандемий. Дан обзор каждого этапа. Сделан вывод о психологическом климате в обществе в условиях мировых пандемий.

**Ключевые слова.** эпидемии, пандемии, этапы, угрозы, вирусы.

### **History of global pandemics: Periodization and general characteristics**

**Naboichenko E.S.<sup>1</sup>, Chuprakova S.V.<sup>2</sup>, Ustinov A.L.<sup>3</sup>**

*<sup>1</sup>Federal state educational institution of higher education "Ural state medical University" of the Ministry of health of the Russian Federation, department of psychological and social work and higher nursing education*

*<sup>2</sup>Federal state educational institution of higher education "Ural state medical University" of the Ministry of health of the Russian Federation, HR policy and legal support Department*

*<sup>3</sup>Federal state educational institution of higher education "Ural state medical University" of the Ministry of health of the Russian Federation, Department of history, Economics and Law*

**Summary.** The authors give a periodization and trace the stages of the history of world pandemics. An overview of each stage is given. The conclusion is made about the psychological climate in society in the conditions of global pandemics.

**Key words:** epidemics, pandemics, stages, threats, viruses.

### **Введение**

Проблема мировых пандемий в последнее время стала весьма актуальной. Пандемия COVID-19, объявленная в марте 2020 г., по оценкам ВОЗ, уже унесла более 1,4 млн. жизней по всему миру (по состоянию на конец ноября 2020 г.) [1]. Вирусы

мутируют, вслед за развитием медицины рождаются новые штаммы, и этой борьбе человека с силами природы нет конца. Конечно, современное развитие медицины, гигиены и санитарного дела позволяет не допускать столь разрушительных последствий эпидемий, которые мы знаем еще буквально сто лет назад. Но антропогенный фактор, вызвавший обострение экологической проблемы в мире, породил новые трудности.

**Цель работы:** обобщение накопленных знаний о мировых пандемиях, выработка периодизации их развития в истории человечества и анализ психологической атмосферы в обществе в период массовых эпидемий.

### **Материалы и методы**

Методологическую базу исследования составляют конкретно-исторические и статистические методы. К конкретно-историческим методам относятся проблемно-хронологический, ретроспективный, диахронный, историко-системный методы.

Весьма трудным вопросом при выявлении рамок и материалов исследования является выявление дефиниций пандемии и эпидемии. Согласно определению Большой Советской энциклопедии, Эпидемия – это «распространение какой-либо инфекционной болезни человека, значительно превышающее уровень обычной (спорадической) заболеваемости на данной территории» [2]. Всемирная организация здравоохранения в 2010 г. дала такое определение пандемии: «распространение нового заболевания в мировых масштабах» [3].

В качестве материала исследования будут взяты наиболее масштабные эпидемии, имевшие характер пандемии, т.е. распространенные на несколько стран, территорий и даже континентов.

### **Результаты и обсуждение**

В развитии пандемий, по нашему мнению, следует обозначить три периода:

1. Пандемии традиционного и раннего индустриального общества – это эпидемии, бушевавшие в античном мире, средние века и раннее новое время. Они характеризуются высоким уровнем смертности, антисанитарии, и в тоже время локализацией на отдельных регионах и континентах, обусловленной низким уровнем межэтнической коммуникации. Как правило распространение эпидемий на различные континенты было связано с процессом миграции населения, в Средние века – еще и крестовыми походами, а в раннее новое время – великими географическими открытиями и колонизацией Нового света.

2. Пандемии XIX – второй трети XX вв. – это эпидемии индустриальной эпохи. Их распространению способствовали общеевропейские и мировые войны, колониальная политика ведущих держав, процессы глобализации, урбанизации. В тоже время в абсолютном выражении они были уже не на столько разрушительными, что было связано с прогрессом в развитии медицины и санитарного дела. В XX веке «эксперименты на людях», связанные с разработкой и внедрением тех или иных штаммов вирусов, были поставлены на поток.

3. Современные пандемии, порожденные переходом к постиндустриальному (информационному) обществу. Развитие медицины позволило резко сократить смертность от эпидемий и пандемий. Однако вирусы стали чаще мутировать и приобретать новые формы, что заставляет ученых постоянно разрабатывать новые вакцины.

К пандемиям первого этапа мы отнесем антонинову чуму (165-180), юстинианову чуму (541-750), «бубонную чуму» черную смерть (1346-1353).

Антониеву чуму называют также чума Галена. Оценить экономические потери этой пандемии довольно сложно. Вместе с тем она имела довольно разрушительные последствия. Юстинианова чума вылилась в целую череду эпидемий на протяжении двух веков. Прокопий Кесарийский писал: «От чумы не было человеку спасения, где бы он ни жил — ни на острове, ни в пещере, ни на вершине горы... Много домов опустело, и случалось, что многие умершие, за неимением родственников или слуг, лежали по нескольку дней несожжёнными. В это время мало кого можно было застать за работой. Большинство людей, которых можно было встретить на улице, были те, кто относил трупы. Вся торговля замерла, все ремесленники бросили своё ремесло...» [4].

Третьей в истории пандемией чумы стала знаменитая «черная смерть» середины XIV в. Потери ее катастрофические, но к депопуляции населения Европы они не привели, население быстрыми темпами восстанавливается. «Черная смерть» - видимо, самая разрушительная чума в истории человечества, и именно ей посвящена большая часть исследований.

К крупнейшим эпидемиям второго этапа традиционно относят третью холерную пандемию (1846-1860), русский грипп (1889-1890), шестую холерную пандемию (1899-1923), испанский грипп (1918-1920), азиатский грипп (1957-1958), гонконгский грипп (1968-1970).

Третья холерная пандемия разразилась в 1846 г. Среди пандемий XIX века данная эпидемия является крупнейшей по уровню смертности. Только в России смертность от нее составила почти 700 тыс. чел. [5].

Вот что о пандемии писал А. И. Герцен во время поездки во Францию: «Я был всё время жесточайшей холеры 1849 в Париже. Болезнь свирепствовала страшно. Июньские жары её помогали, бедные люди мёрли, как мухи; мещане бежали из Парижа, другие сидели назаперти... Бедные работники оставались покинутыми на произвол судьбы» [6].

Не менее 1 млн. жизней по всему миру унесла пандемия русского гриппа 1889 – 1890 гг. [7]. Шестая холерная пандемия (1899-1923) – еще одно массовое распространение холеры [8, с. 531].

Испанский грипп стал самой масштабной пандемией за всю историю человечества как по числу зараженных, так и по числу умерших. Разразившаяся 1918 г., эта пандемия унесла по разным оценкам от 17 до 50 млн. жизней при общем числе инфицированных в 550 млн. чел. (около  $\frac{1}{3}$  населения планеты) [9, р. 1405—1406].

Следующими крупными пандемиями стали азиатский грипп 1957 – 1958 гг., унесший более 1 млн. жизней и гонконгский грипп, который унес не менее 1 млн. жизней [10].

Третий этап развития мировых пандемий берет свое начало в конце XX в. Самой страшной эпидемией конца XX в., не завершившейся до наших дней, стала пандемия ВИЧ. Это единственный неизлечимый вирус, с которым люди научились жить. По данным ООН, на данный момент в мире живет 35 млн. инфицированных [11].

XXI в. принес новые эпидемии – птичий грипп, эбола и т.д. Наиболее массовыми стали «свиной грипп» A/H1N1 и коронавирус COVID-19.

COVID-19, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2 – пандемия, до сих пор бушующая на планете. Чуть больше, чем за полгода число инфицированных в мире превысило 60 млн., умерших – 1,4 млн. В России эти показатели составили соответственно более 2,1 млн. и 38 тыс. чел. [1]. Цифры продолжают расти. Из-за остановки большинства предприятий мировая экономика вошла в длительную рецессию, наметились тенденции спада. А главное – нарастает масштабная истерия в обществе, инфицированных воспринимают как прокаженных.

### **Выводы:**

Массовые эпидемии и пандемии сопровождали всю историю человечества. При этом распространению эпидемий в древнем и средневековом обществе способствовали

рост скученности населения, полная антисанитария и неразвитость медицины. Эпидемии воспринимались как естественное зло, держа людей в постоянном страхе.

Развитие медицины в новое время позволили победить традиционные эпидемии, но им на смену пришли новые, мутирующие вирусы.

Пандемии часто сопровождали войны, а иногда и сами пандемии были следствием крупных войн, голода. Методы борьбы с пандемиями так же изменились, благодаря чему смертность от этих эпидемий сократилась.

### Список литературы

1. Онлайн карта распространения коронавируса. Коронавирус в России и мире // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://coronavirus-monitor.ru/> (дата обращения 26.11.2020 г.).
2. Эпидемия // Большая Советская Энциклопедия // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.вокабула.рф/энциклопедии/бсэ/эпидемия> (дата обращения 15.09.2020 г.).
3. Что такое пандемия? 24 февраля 2010 г. // [Электронный ресурс]: Режим доступа: [https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently\\_asked\\_questions/pandemic/ru/](https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/ru/) (дата обращения 15.09.2020 г.).
4. Милан Даниэл, Тайные тропы носителей смерти // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.sivatherium.narod.ru/library/Daniel/main.htm> (дата обращения 15.09.2020 г.).
5. Супотницкий М.В. А.А. Генрици и его воспоминания // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <http://www.supotnitskiy.ru/book/book2-1.htm> (дата обращения 15.09.2020 г.).
6. Герцен А.И. Былое и думы // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://www.litmir.me/br/?b=280148&p=1> (дата обращения 15.09.2020 г.).
7. Encyclopedia of Contemporary American Social Issues. — 2010.
8. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни: В 3 т. Т. 1; 2-е изд., перераб. и доп. — К.: "Здоровье", 2008.
9. Peter Spreuwenberg, Madelon Kroneman, and John Paget. The Authors Reply // American Journal of Epidemiology (англ.)русск. — 2019. — 2 March (vol. 188, no. 7).
10. Rogers, Kara Hong Kong flu of 1968. Encyclopaedia Britannica. Open Publishing (February 25, 2010). // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://www.britannica.com/event/1968-flu-pandemic> (дата обращения 15.09.2020 г.).
11. Осмоловская А. Главные эпидемии столетия: как мы живем с пандемиями ВИЧ, гриппа и холеры 12.03.2020 г. // [Электронный ресурс]: Режим доступа: <https://mixnews.lv/exclusive/2020/03/12/glavnye-epidemii-stoletiya-kak-my-zhivem-s-pandemiyami-vich-grippa-i-holery/> (дата обращения 16.09.2020 г.).

© Вершинина Т.С.

УДК 159.9+ 37.025

## ВЛИЯНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА РАЗВИТИЕ РЕЧИ

**Вершинина Т.С., Хайрулин А.Р., Блинков В.В.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра клинической психологии и педагогики, кафедра физической культуры. г. Екатеринбург*

**Резюме.** В статье представлены результаты эмпирического исследования, направленного на выявление корреляции между двигательной активностью студентов и уровнем развития у них речевых навыков. Представленные в статье результаты исследования подкрепляются данными зарубежных исследований, направленных на выявление роли двигательной активности в повышении когнитивных функций. Результаты исследования свидетельствуют о наличии взаимосвязи снижения двигательной активности на снижение академической мобильности и речевых навыков.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, двигательная активность, речевые навыки, когнитивные функции, учебная деятельность, психомоторная деятельность.

## INFLUENCE OF MOTOR ACTIVITY ON SPEECH DEVELOPMENT

Vershinina T.S., Khayrulin A.R., Blinkov V.V.

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Clinical Psychology and Pedagogy, Department of Physical Culture. Ekaterinburg*

**Summary.** The article presents the results of an empirical study aimed at identifying the correlation between students' motor activity and the level of development of their speech skills. The research results presented in the article are supported by data from foreign studies aimed at identifying the role of motor activity in increasing cognitive functions. The results of the study indicate the presence of a relationship of reduced motor activity to a decrease in academic mobility and speech skills.

**Key words:** healthy lifestyle, motor activity, speech skills, cognitive functions, educational activity, psychomotor activity.

### Введение

Во Всемирной декларации по здравоохранению указано, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого

человека. Здоровье является условием и предпосылкой благополучия и надлежащего качества жизни» [1] и зависит от образа жизни. Образ жизни, в свою очередь, зависит не только от питания или наличия вредных привычек, но и от физической активности, подразумевающей любое телодвижение, вызывающее затрату энергии. К неправильному образу жизни относится и гиподинамия как результат использования автоматизированного труда, распространения «сидячих» болезней, сознательного отказа от двигательной активности. Низкая физическая активность отрицательно сказывается на здоровье, она приводит к тяжелейшим последствиям – патологиям опорно-двигательной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма, нарушениям обмена веществ, невротическим и астеническим состояниям, расстройствам эмоциональной сферы. Снижение физической активности, рекомендованной ВОЗ для укрепления здоровья, связано с развитием хронических заболеваний и выступает фактором риска для таких заболеваний, как сахарный диабет 2 типа, ожирение; но, что особенно важно, по данным многочисленных исследований, увеличение физической активности способствует усилению когнитивных функций человека.

Исследования показывают, что даже однократная 10-минутная тренировка средней интенсивности улучшает когнитивные функции сразу после нее. Также работы зарубежных исследователей доказывают, что физическая активность связана с улучшением познавательной функции и повышением учебных навыков [1, 2], является «контррегулятором» снижения когнитивных функций [2], что препятствует сосудистой деменции, обусловленной атеросклеротическими изменениями сосудов головного мозга [3]. Также отмечается, что физическая подготовка и даже одиночные однократные тренировки приводят к усилению электрических потенциалов коры головного мозга, повышению скорости проведения нервных импульсов и, как следствие, повышению когнитивного контроля [4, 5], как у взрослых, так и у детей. Еще на заре физиологии Н.А.Бернштейн писал, что «в ходе онтогенеза каждое столкновение отдельной особи с окружающим миром, ставящее перед собой требующую решения двигательную задачу, содействует, иногда очень дорогой ценой, выработке в ее нервной системе все более верного и точного объективного отражения внешнего мира как в восприятии и осмыслении побуждающей к действию ситуации, так и в проектировке и контроле над реализацией действия, адекватного этой ситуации. Каждое смысловое двигательное отправление, с одной стороны, необходимо требует не условного,

кодového, а объективного, количественно и качественно верного отображения окружающего мира в мозгу» [6].

Для исследования обозначенной проблематики были использованы следующие **материалы и методы исследования**. В статье представлены результаты исследования, проводившегося в течение трех лет. В рамках исследования выявлялась корреляция между двигательной активностью и развитием речевых навыков студентов 1-го курса. В ходе исследования фиксировались результаты двигательной активности студентов 1 курса на занятиях физической культуры, а также уровень развития речевых навыков на практических занятиях, в рамках которых студенты имеют возможность продемонстрировать свои коммуникативные навыки, способность обрабатывать представленную в устной форме информацию и предъявить устно или письменно в форме высказываний или небольших текстов, соответствующих требованиям стилей и жанров, в соответствии с которыми они построены. Методы, использованные в нашем исследовании, - наблюдение, статистический анализ – выбраны в связи с тем, что на занятиях физической культуры физическую активность можно измерить количественно (показатели времени, скорости, длины и т.д.). Уровень развития речевых навыков исследовался путем наблюдения и фиксации длины и количества предложений в рамках высказывания, оценки сложности построения предложений, разнообразия лексики, регистрации речевых ошибок и времени произнесения высказывания/текста либо объема текста, изложенного письменно.

**Результаты исследования и обсуждение.** В результате анализа данных исследования было выявлено, что в течение трех лет снизилась в целом двигательная активность студентов университета, в частности: силовые способности снизились на 18%, скоростные качества – на 21%, выносливость – на 20%. Анализ корреляции между двигательной активностью, когнитивными способностями, речевыми навыками показал, что можно говорить о прямой зависимости между указанными показателями. Также в данном аспекте следует отметить и снижение уровня здоровья абитуриентов, поступающих в университет. Данная проблема решается через специальные медицинские группы, в которых в соответствии с медицинской группой здоровья студента подбираются соответствующие упражнения, направленные на восполнение недостающей активности на доступном (по состоянию здоровья) студенту уровне.

Студенты медицинского университета – будущие специалисты системы здравоохранения – должны обладать достаточно высоким уровнем здоровья, быть активными и

работоспособными, уметь организовать деятельность и свою, и коллектива, обладать управленческими навыками. Большие объемы информации, с которой сталкиваются студенты в образовательном процессе и которую необходимо переработать и запомнить, внедрение дистанционных технологий и все расширяющаяся виртуализация процесса обучения, обусловленные спецификой содержания подготовки объемы заданий для самостоятельной подготовки приводят к снижению физической активности и, как следствие, к гиподинамии. Несмотря на то что физическая культура как учебная дисциплина является частью учебного плана и обязательная для освоения в рамках подготовки специалистов, она не может существенным образом повлиять на повышение двигательной активности студентов, главным образом, это обусловлено отсутствием регулярности занятий – одно занятие в неделю и низкой замотивированностью современных студентов к работе над улучшением физических качеств и внешнего вида собственного тела.

Современные тенденции развития здравоохранения требуют не только модернизации образовательных программ, но и развития и повышения коммуникативной компетентности будущих врачей. Анализ работ, описывающих исследования в области совершенствования речевой культуры и повышения коммуникативной компетентности, показывает, что, как правило, они либо основаны на компьютерных технологиях и направлены на оценку уровня владения базовыми знаниями в области русского или иностранного языка, либо преследуют цель совершенствовать технику речи [7, 8] и являются в достаточной степени типовыми, т.е. не учитывают индивидуальных особенностей будущего врача, во-первых; и не выявляют факторов, влияющих на повышение речевых навыков, например, таких как, двигательная активность, повышающая работоспособность мозга.

Профессиональная деятельность врача, как показывает анализ, относится к сфере повышенной ответственности, равно как и к повышенной опасности. Коммуникативные навыки врача отличаются от тех, какие необходимы в других сферах – педагогической, бытовой и пр. Врач в своей профессиональной деятельности должен учитывать и обрабатывать большие объемы информации, выбирать и интерпретировать данные не только пациентов, но и коллег, демонстрируя навыки активного слушания и наблюдения, интегрированные и обобщенная в процессе общения информация должна быть затем представлена в устной или письменной форме. Таким образом, будущий врач должен, с одной стороны, в процессе обучения предъявить

академические результаты, чтобы закончить обучение и войти в профессиональную жизнь, а с другой, сформировать коммуникативные навыки и навыки работы с информацией. В связи с этим необходимо еще в стенах образовательной организации не только прилагать усилия в направлении достижения академических результатов и развития речевых навыков, но и стремиться к формированию привычки к поддержанию регулярной двигательной активности, оказывающей влияние на когнитивные функции, что обусловлено физиологическими изменениями в организме.

Исследования в области взаимосвязи двигательной активности и уровня развития когнитивных функций показывают, что физические упражнения могут «способствовать нейронной защите и синаптической пластичности благодаря повышенному уровню нейротрофического фактора мозга» [9], что «может облегчить обучение и поддерживать когнитивные функции, улучшая синаптическую пластичность и выступая в качестве нейропротекторного агента, что приводит к улучшению нейроэлектрической активности и усилению мозгового кровообращения» [10], а это, в свою очередь, будет способствовать и повышению качества речевой деятельности, которая тесно связана с двигательной активностью; интеграция речевой и двигательной активности влияет на развитие мнемо-когнитивных функций организма. «Движения, моторные действия и речь как средство общения обеспечивают возможность осуществления различных видов деятельности и вместе с тем могут выступать в качестве самостоятельной психомоторной или речевой деятельности» [11]. Например, ряд исследований показывает, что ожирение связано с низкой успеваемостью и когнитивной функцией (например, у детей и подростков [12, 13]).

Таким образом, результаты вышеизложенного позволяют сделать следующие **выводы**.

Систематические занятия спортом, доступные в соответствии с состоянием здоровья физические упражнения, иная двигательная активность на протяжении всего дня могут способствовать когнитивному развитию (концентрация, внимание, память), укреплению здоровья, снижению временных и психоэмоциональных затрат на подготовку к занятиям, повышению языковых (а также арифметических) навыков. Физическая культура в вузе призвана поддерживать когнитивное развитие студентов и успеваемость с сохранением объема двигательной активности в течение суток. В то же время она не может решить всех задач, связанных с повышением двигательной активности студентов в рамках учебного времени. Повышение двигательной активности

должно стать собственной ответственностью студента, в связи с чем студенты должны использовать различные возможности повышения своей двигательной или физической активности, не только предоставляемые университетом, но и в домашних условиях. Двигательная активность должна быть направлена на разные группы мышц, поскольку работоспособность мозга и нервной системы, стрессоустойчивость могут поддерживаться только при условии разнообразия упражнений (напряжение, расслабление, растяжение, сокращение, ритмическое чередование движений), интенсивности физических нагрузок.

#### Список литературы

1. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: введение (Европейская серия по достижению здоровья для всех, № 5). Копенгаген. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf)
2. Timmons B. W. Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0–4 years) / B. W. Timmons, A. G. Leblanc, V. Carson, et al. // *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. – 2012. – № 37(4). – P. 773–792.
3. Tucker P. The physical activity levels of preschool-aged children: a systematic review / P. Tucker // *Early Childhood Research Quarterly*. – 2008. – № 23(4). – P. 547–558
4. World Health Organization. Obesity and overweight. 2017. URL: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs311/en/>
5. Fisher A. Fundamental movement skills and habitual physical activity in young children / A. Fisher, J. J. Reilly, L. A. Kelly, et al. // *Medicine & Science in Sports & Exercise*. – 2005. – №37(4). – P. 684–688.
6. Бернштейн Н.А. Физиология движений и активность / Н.А. Бернштейн М.: Наука, 1990. – С. 373 – 392. <http://flogiston.ru/library/bernstein>
7. Даринская Л.А. Технологии педагогического мастерства / Л.А. Даринская. - СПб, 2010. – С. 45–79.
8. Чарели Э.М. Подготовка речевого аппарата к звучанию, роль дыхания в развитии голоса / Э.М. Чарели // *Сценическая речь*. – М., 1976. – С. 250 – 327.
9. Iivonen K. S. Relationship between fundamental motor skills and physical activity in 4-year-old preschool children / K. S. Iivonen, A. K. Sääkslahti, A. Mehtälä et al. // *Perceptual and Motor Skills*. – 2013. – № 117(2). – P.627–646.
10. Hillman C. H. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition / C. H. Hillman, K. I. Erickson, A. F. Kramer // *Nature Reviews Neuroscience*. – 2008. – № 9(1). – P. 58–65.
11. Дудьев В.П. Психомоторная недостаточность при системных нарушениях речи / В.П. Дудьев // *Сибир. психол. журн.* – 2003. – N 18. – С. 111.
12. Okely A. D. Relationship of cardiorespiratory endurance to fundamental movement skill proficiency among adolescents / A. D. Okely, M.L. Booth, J. W. Patterson // *Pediatric exercise science*. – 2001. – 13(4). – P. 380–391.
13. Fels I. M. J. van der. The relationship between motor skills and cognitive skills in 4-16 year old typically developing children: A systematic review / I. M. J. van der Fels, S. C. M. te Wierike, E. Hartman, M. T. Elferink-Gemser, J. Smith, C. Visscher // *Journal of Science and Medicine in Sport*. – 2015. – №18(6). – P.697–703.

## ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В КОНТЕКСТЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ АСПИРАНТА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

**Капшутарь М.А.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра высшего сестринского и социального образования, г. Екатеринбург,*

**Резюме.** В данной статье анализируется состояние подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре в условиях изменения ее места в системе российского образования. Цель статьи – обозначить значимость проблемы формирования методологической культуры аспиранта как компонента его профессиональной культуры. Рассмотрены понятие и структура профессиональной культуры аспиранта. Актуализирована компетентностная модель подготовки кадров высшей квалификации, показаны структура и функции методологической культуры.

**Ключевые слова:** аспирантура, подготовка кадров высшей квалификации, образовательная программа аспирантуры, профессиональная культура, компетентностный подход, компетенции, методологическая культура.

## THE SIGNIFICANCE OF METHODOLOGICAL CULTURE IN THE CONTEXT OF FORMING THE PROFESSIONAL CULTURE OF A MEDICAL GRADUATE STUDENT

**Kapshutar M.A.**

*Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg*

**Summary.** This article analyzes the state of training of highly qualified personnel in graduate school in the context of changing its place in the Russian education system. The purpose of the article is to identify the significance of the problem of forming the methodological culture of a graduate student as a component of his professional culture. The concept and structure of professional culture of a graduate student are considered. The competence model of training highly qualified personnel is updated, the structure and functions of methodological culture are shown.

**Key words:** postgraduate studies, training of highly qualified personnel, postgraduate educational program, professional culture, competence approach, competencies, methodological culture.

**Введение.** Актуальность обращения к проблеме профессиональной культуры аспиранта во многом связана с происходящим реформированием российской аспирантуры, ее трансформацией в третью ступень высшего образования, что является попыткой

разрешения проблемы недостаточной эффективности ее деятельности и качества подготовки аспирантов [1].

Однако анализ первых результатов реформы показал их неоднозначность. Объектами критики современных исследователей проблем аспирантуры являются нормативно-правовая неопределенность и внутренняя противоречивость новой модели аспирантуры, ее недостаточная проработанность и неподготовленность проведенных преобразований серьезное ослабление исследовательской компоненты аспирантуры, ее «выхолащивание» [2]. Таким образом, аспирантура перестает выполнять свою основную задачу – воспроизводство научно-педагогических кадров высшей квалификации. Кроме того, исследователи говорят о несовершенстве финансовых механизмов реализации реформы аспирантуры, связанном с традиционным дисциплинарным подходом в распределении контрольных цифр приема в аспирантуру, противоречащим направлениям научно-исследовательской деятельности [3].

Обозначенные проблемы побуждают к поиску оптимального содержания образовательной программы аспирантуры. Решение данной проблемы видится в реализации компетентностного подхода в подготовке аспирантов.

**Цель работы:** актуализировать проблему формирования методологической культуры аспиранта как одного из компонентов его профессиональной культуры.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на основе компетентностного подхода, ставящего своей целью непрерывное личностное и профессиональное развитие аспиранта в процессе его подготовки. Сделан анализ научно-педагогической литературы в области подготовки кадров высшей квалификации.

**Результаты и обсуждение.** В настоящее время компетентностный подход становится условием повышения эффективности деятельности аспирантуры. Исследователи описывают компетентностную модель подготовки аспирантов как совокупность трех основных блоков компетентностей: методологической, коммуникативной (иноязычной) и профессионально-педагогической [4]. В связи с тем, что основное место в подготовке аспиранта занимает научно-исследовательская деятельность, а основным рынком труда для выпускников аспирантуры является профессорско-преподавательский состав организаций высшего образования, мы полагаем, что ведущим фактором, влияющим на качество и результаты этой деятельности, становится уровень методологической подготовки аспиранта. Признавая приоритетность рынка профессорско-преподавательского состава вузов для выпускников аспирантуры, мы должны

отметить крайне неблагоприятную ситуацию, складывающуюся в этом сегменте рынка труда в последние годы. Статистические исследования показывают неуклонное сокращение рабочих мест профессорско-преподавательского состава в вузах: Так, если в 2005/2006 учебном году численность ППС организаций высшего образования составляла 358,9 тыс.человек, то в 2018/2019 учебном году всего 236,1 тыс.человек [5]. Данное обстоятельство актуализирует проблему трудоустройства и конкурентоспособности выпускника аспирантуры на рынке труда, побуждает обратить внимание на те компетенции, которые значимы и востребованы данным рынком труда. В данном контексте в качестве результата высшего образования следует рассматривать *профессиональную культуру* ее выпускника, понимаемую как совокупность «...общечеловеческих идей, профессионально-ценностных ориентаций и качеств личности, универсальных способов познания и гуманистических технологий профессиональной деятельности» [6, с.4].

Исследователи выделяют в структуре профессиональной культуры следующие компоненты: *гносеологический*, связанный с интеллектуальной, методологической и исследовательской культурой; *гуманистический*, определяющий духовную и нравственную культуру; *коммуникативный* – рефлексивную, речевую и культуру общения; *образовательный* – методическую и дидактическую культуру; *нормативный* – управленческую и правовую культуру; *информационный* – инновационную, диагностическую, цифровую культуру [там же].

Научно-методологическое образование в подготовке аспиранта следует рассматривать в качестве ее системообразующего фактора, характеризующегося непрерывностью и фундаментальностью. Целью научно-методологического образования исследователи [7] считают формирование методологической культуры исследователя, которую, в свою очередь, определяют как культуру мышления, основанную на рефлексии и включающую следующие элементы:

- понимание, осознание, формулирование и творческое решение научно-педагогических задач;
- научное обоснование, наукоемкое проектирование новых моделей педагогического процесса на междисциплинарной основе;
- методологическую рефлексию.

Методологическая культура аспиранта является компонентом его профессиональной культуры, который интегрирует следующие составляющие: ценностное *сознание*

аспиранта; его системные *знания* в области методологии научного познания; методологические умения проектировать, осуществлять и оценивать процесс и результаты научного поиска с позиции методологических норм; *метаспособности* (эвристичность, методологичность и рефлексивность научного мышления), индивидуальный интеллектуальный стиль; *опыт* осуществления и экспертизы научной деятельности [8].

В научной литературе понятие методологической компетентности рассматривается как:

- «...совокупность смысловых ориентаций, мотивов, методологических знаний, умений, опыта деятельности и рефлексии по отношению к определенному кругу объектов, необходимых для осуществления продуктивной деятельности в научно-исследовательской области» [9];

- составляющий компонент профессиональной компетентности, которая обеспечивает творческую креативность педагогической деятельности преподавателя, предполагает объективную оценку своих возможностей и возможностей обучающегося, владение общей культурой интеллектуальной (исследовательской) деятельности, умение ориентироваться в происходящих интеграционных процессах, тенденциях развития мирового образовательного пространства [10];

- готовность и способность к научному поиску, что предполагает проявление методологической культуры, умений качественно и эффективно организовать и провести исследование, обработать его результаты и сделать выводы, оформить научный текст, отражающий ход и результаты поиска, суметь ясно и четко представить и защитить свои результаты [11].

В структуре методологической компетентности выделяют мотивационный, когнитивный, деятельностно-технологический, саморегуляционный и рефлексивный компоненты [12].

Методологическая подготовка аспиранта выполняет познавательную-ориентационную, эвристическую и ценностно-смысловую функции. Таким образом, методологическую компетентность аспиранта следует рассматривать как специфический способ организации его знаний и умений в области научно-исследовательской деятельности, а также особую совокупность личностных качеств.

Важным аспектом проблемы формирования методологической компетентности аспиранта является вопрос о необходимых и достаточных условиях ее формирования.

Исследователи [12] выделяют три группы условий: педагогические, акмеологические и андрагогические.

К *акмеологическим условиям* относятся: самоактуализация способностей к методологической рефлексии; самоорганизация научно-образовательной и исследовательской деятельности; самовоспитание; самоконтроль, самокритичность в исследовательской деятельности; научная рефлексивность.

*Педагогическими условиями* развития методологической компетентности научно-педагогических кадров являются: структурирование содержания образовательных программ и спецкурсов с целью включения в них вопросов и проблем методологии науки; отбор проблемных, диалоговых, эвристических и других активных технологий обучения при изучении дисциплин и спецкурсов по развитию методологической компетентности аспирантов; развитие информационных, интеллектуальных и коммуникативных основ методологической компетентности; работа над развитием индивидуального стиля исследовательской деятельности аспиранта.

В *качестве андрагогических условий* развития методологической компетентности исследователи [там же, с.56-57] выделяют следующие: построение обучения в аспирантуре на андрагогических принципах обучения; учет жизненного и профессионального опыта обучающихся; процесс оценки результатов обучения с участием всех членов учебной группы; связь обучения с практикой научно-исследовательской деятельности аспирантов.

**Выводы.** Таким образом, компетентностный подход является важным условием формирования методологической компетентности аспиранта как элемента его профессиональной культуры.

В настоящее время исследования методологической культуры исследователей приобретает особую значимость, что обусловлено глобальными изменениями образовательного и социокультурного контекста.

Перспективным направлением исследований может стать поиск критериев и показателей уровня сформированности методологической культуры аспиранта.

#### Список литературы

1. Капшутарь М.А. Качество подготовки аспирантов и эффективность современной аспирантуры: проблема поиска новых показателей // Современные наукоемкие технологии. 2016. № 7. Ч. 1. С. 132-136.
2. Современная аспирантура и судьба института повышения квалификации: Круглый стол // Высшее образование в России. 2014. № 7. С. 71-85.

3. Гусев А.Б. Развитие аспирантуры в России: проблемы и решения // Наука. Инновации. Образование. 2015. № 17. С. 196-224.
4. Никонова З.В. Компетентностный подход в подготовке кадров высшей квалификации // Aspectus. 2014. № 1. С. 70-75.
5. Бондаренко Н.В. Индикаторы образования: 2020: статистический сборник / Н.В. Бондаренко, Д.Р. Бородина, Л.М. Гохберг и др.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: НИУ ВШЭ, 2020. 496 с.
6. Слостенин В.А. Стратегии модернизации высшего образования // Сибирский педагогический журнал. 2005. № 1. С. 3-13.
7. Краевский В.В. Методология педагогики: новый этап / В.В. Краевский, Е.В. Бережнова Учебное пособие для студ.высш.учеб.заведений. М.: Академия, 2008. 400 с.
8. Северин С. Н. О фундаментальности и непрерывности научно-методологического образования в эпоху методологического плюрализма // Непрерывное образование: XXI век. 2014. Вып. 3 (7). С. 1-12.
9. Никонова З.В. Компетентностная модель послевузовского профессионального образования // Вестник ТГУ, выпуск 1 (93). 2011. С. 111-115.
10. Смирнова В.В. Методологическая компетентность педагога в контексте непрерывного образования // Человек и образование № 4 (17) 2008. С.100-103.
11. Бордовская Н.В. Диалектика педагогического исследования: логико-методологические проблемы: Изд-во РХГИ. СПб., 2001. 512 с.
12. Никонова З.В. Основные принципы и условия подготовки методологически компетентных кадров высшей квалификации в вузе // Aspectus. 2013. № 1. С. 52-57.

© Скороходова Л.А.

УДК 331.108

## ЭКОНОМИКА СВОБОДНОЙ ЗАНЯТОСТИ (ГИГОНОМИКА) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

**Скороходова Л.А.**

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

**Резюме.** В статье рассмотрены современные аспекты формирования и развития гигонимики в современных условиях, как модели совместного использования экономических благ. Определены основные экономические отношения работодателя и работника, в условиях развития информационно-коммуникационных технологий, с применением моделей гигонимики. Обозначены особенности реализации гигонимики медицинских работников.

**Ключевые слова:** гигонимика, совместное потребление, гигонимика медицинских работников.

## ECONOMY OF FREE EMPLOYMENT (GIGONOMICS) IN THE COVID-19 PANDEMIC

Skorokhodova L.A.

*Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical university» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg*

**Summary.** The article examines the modern aspects of the formation and development of gigonomics in modern conditions, as a model for the joint use of economic benefits. The main economic relations between the employer and the employee have been determined in the context of the development of information and communication technologies, using the models of gigonomics. The features of the implementation of the gigonomics of medical workers are indicated.

**Key words** gigonomics, shared consumption, gigonomics of healthcare workers.

### Введение

Современные реалии взаимодействия работодателя и работника в условиях пандемии претерпели значительные изменения. Все более распространенной становится модель гигонимики, как социально-экономическое проявление совместного использования трудовых ресурсов, как для реализации отдельных проектов, так и выполнения разовых контрактов, с использованием цифровых платформ. Вопросы проявления гигонимики отмечены в трудах Е.Ю. Русяевой, В. Сердюкова, Е.П. Костенко и других ученых. Гигонимика, как новая форма формирования и оформления трудовых отношений также нашла свое применения на рынке медицинских работников, особенно в условиях по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции.

**Цель работы:** рассмотреть особенности проявления гигиены как социально-экономического явления на современном рынке труда, определить современные типы экономических отношений работодателя и работника с применением элементов гигиены, в том числе в системе здравоохранения в условиях пандемии COVID-19.

### **Материалы и методы**

Использованы методы контент-анализа, информационные и аналитические материалы российских информационных агентств, материалы исследований периодической печати, в том числе размещенные в сети Интернет.

### **Результаты и обсуждение**

Гигиена, как один из принципов организации занятости на временной работе, по договору, с разовыми принципами оплаты труда, без постоянного работодателя, является разновидностью sharing – экономики, базовыми концепциями которой является совместное потребление [1].

Модель современного шеринга совместного использования экономических благ без приобретения в собственность, например формирование временного коллектива, для реализации проекта, стала наиболее актуальной в условиях всеобщей ускоренной цифровизации, в том числе обусловленной новыми реалиями ограничений распространения нового вируса.

Общая концепция совместного потребления представляет собой подходы к использованию благ без владения им, а оплатой временного доступа к ним. В качестве примера могут быть рассмотрены сервисы проката, аренды, общественный сектор экономики и др. Доступ к активам временного доступа может быть охарактеризован рядом показателей [2]:

- временность, даже в условиях долгосрочного взаимодействия, сохранение временного фактора пользования;
- анонимность или публичность, при непосредственном использовании объекта совместного доступа может соблюдаться как принцип анонимности, например использование службы такси с помощью цифровой платформы, потребитель как правило, не оглашает своих персональных данных и публичность, например при участии в совместном проекте;
- рыночное посредничество цифровых платформ, через общий доступ к объектам и услугам, принадлежащих иным собственникам;

- вовлеченность потребителей, проявляется уровнем заинтересованности в потреблении предлагаемых рыночных продуктов;
- ценность, выражается мотивационной заинтересованностью реальных и потенциальных консументов, как правило, может быть обусловлена социально - экономическими аспектами.

Современные реалии трансформировали эту концепцию в цифровой шеренговый сервис, в том числе и с позиции шеринга персонала, или гигномики.

Экономическая модель взаимодействия работника и работодателя, продавца и потребителя претерпела, в новых условиях значительные изменения. Большинство профессий вынуждены были пройти этапы «оцифровки» [3]. Предпочтения потребителей изменились и компании вынуждены были перейти на иной формат взаимодействия с ними. На онлайн-работу перешли музеи, выставочные залы, учреждения образования. Физическое присутствие консумента перестало иметь какое-либо значение, поскольку изменениям подвергся сам по себе формат познавательно – развлекательных мероприятий. Вырос как спрос, так и предложение на онлайн – курсы и онлайн - платформы в системе образования.

Экономические отношения работодателя и работника, в условиях развития информационно-коммуникационных технологий, и реализации бизнес-процессов с использованием онлайн-технологий и применении гигномики, можно разделить на следующие типы:

1. традиционные сотрудники: оформлены в штат, заняты как полный, так и неполный рабочий день, осуществляют деятельность на территории работодателя, требуют высоких затрат на свое содержание и принимают корпоративные нормы и правила поведения;
2. традиционные удаленные сотрудники: оформлены в штат, ориентированы на цифровые коммуникации, работают в онлайн-режиме, мало вовлечены в корпоративную культуру;
3. открытые сотрудники: не оформлены в штат, принимают участие во временных проектах, ориентированы на фрилансинг – занятость через отдельные, специализированные биржи и краудсорсинг – занятость на виртуальных платформах, не вовлечены в корпоративную культуру [4].

Таким образом, гигномика - это новая модель формирования и оформления трудовых отношений, как правило основанная на краткосрочных, разовых контрактах для

реализации отдельного проекта, не предполагающая социальных обязательств, основу которой составляют цифровые платформы [5].

Рассмотрим примеры и перспективы гигномики, обусловленные ситуацией пандемии для рынка медицинских работников.

Во-первых, при открытии новых учреждений здравоохранения и перепрофилировании имеющихся в центры и госпитали по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции наиболее востребованными специальностями в сфере здравоохранения стали: врач инфекционист и врач анестезиолог – реаниматолог. В этой связи, приглашаются врачи этих и иных смежных специальностей учреждений здравоохранения регионов в крупнейшие мегаполисы страны на временную работу по срочному трудовому договору, с достаточно высокой оплатой труда, до 450 тыс. рублей в месяц, но на сложных условиях работы, включающих не менее 15 смен за месяц работы. Привлечение высоким уровнем заработка при невыгодных для работника условиях, можно обозначить как проявление гигномики, использование временного труда высококвалифицированного персонала, без социальных обязательств, поскольку врач, в условиях борьбы с новой коронавирусной инфекцией, находясь в ковидном центре на срочном контракте, фактически не является его сотрудником, и все гарантии необходимого и достаточного социального обеспечения остаются за его работодателем.

Во-вторых, новые условия осуществления профессиональной деятельности врача, определяют необходимость наличия новых знаний и компетенций. Массовое обучение, в рамках реализации дополнительных образовательных программ, позволило врачам иных специальностей, получить необходимые навыки необходимые врачу инфекционисту, в том числе через образовательные цифровые платформы, для реализации отдельного, востребованного в сложившихся реалиях проекта по борьбе с распространением коронавируса, что также является элементом гигномики, быстрого реагирования на изменяющийся рыночный спрос той или иной профессии.

В-третьих, образовательные программы для обучающихся 6 курсов медицинских университетов дополнились новым модулем «Деятельность врача терапевта участкового в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции», с практикой на участках в учреждениях здравоохранения, без оплаты, что может быть отнесено к гигномике, как участие в разовом проекте, без какой бы то ни было социальной защиты.

Данный список проявления гигиены среди медицинских работников не является исчерпывающим и требует отдельного исследования.

Исходя из вышеизложенного обозначенные ранее экономические отношения работодателя и работника, в условиях развития информационно-коммуникационных технологий, и реализации бизнес-процессов с использованием онлайн-технологий и применении гигиены, можно дополнить следующим типом - привлеченные сотрудники: оформленные исключительно по срочному контракту, на конкретно обозначенных условиях, имеющие соответствующее образование, осуществляющие деятельность в офлайн-формате, числящиеся в штате иного работодателя (образовательного учреждения), социальные обязательства, практически отсутствуют.

Таким образом, современная гигиена – это инновационная модель разовых трудовых отношений по актуальным проектам, построенная без особых социальных обязательств, которая характеризуется временностью, возможностью использования цифровых платформ, вовлеченность массового числа потребителей, определенной ценности для консумента.

С позиции отношений работодатель - работник настоящие реалии определяют: традиционных сотрудников, состоящих в штате и осуществляющих деятельность в помещениях компании; традиционных удаленных сотрудников, находящихся в штате, но работающих на удаленном доступе и открытых сотрудников, привлекаемых для временных проектов, использующих цифровые коммуникации и осуществляющих реализацию проектов исключительно в онлайн-режиме.

В качестве основных направлений реализации гигиены среди медицинских работников в условиях борьбы с распространением коронавирусной инфекции можно выделить: привлечение врачей на условиях временной занятости без увольнения с основного места работы; обучение новым компетенциям с применением цифровых образовательных платформ; привлечение выпускников высших медицинских образовательных учреждений в учреждения здравоохранения с первоначальными навыками без социального обеспечения.

#### **Список литературы**

1. Русяева Е.Ю. GIG – есопому (гигиена) и коронавируса [Текст] / Е.Ю. Русяева. Экономика коронакризиса: вызовы и решения. Сборник научных трудов. Под ред. Р.М. Нижегородцева. - Москва, 2020. - С. 226-245.
2. Сагинов Ю.Л. Экономика распределенного пользования: основные понятия, определения, характеристики [Текст] / Ю.Л. Сагинов, Д.В. Завьялов, О.В. Сагинова // Вопросы инновационной экономики, 2020 - Т.10. - №3. - С. 1403 – 1424.

3. Сердюков В. Человек неоцифрованный: до каких сфер скоро доберется уберизация [Электронный ресурс]: <https://pro.rbc.ru/demo/5d2896769a7947fda239da53> (дата обращения 01.01.2020)
4. Костенко Е.П. Трансформация механизма управления персоналом в условиях формирования нового технологического уклада [Текст] / Е.П. Костенко // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки, 2020 - №2 - С.58-69.
5. Муравьева А.Н. Гигиена и высшая школа: вызовы и возможности [Текст] / А.Н. Муравьева, О.Н. Олейникова // Вестник ТвГУ. Серия «Психология и педагогика», 2020. Выпуск 2 (51). - С 121-133.

## ШКОЛА ПРОФЕССОРА В.М. ЕГОРОВА: НАУЧНАЯ ИСТОРИЯ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ «МКМЦ «БО- НУМ»

**Елькин И.О.**

*ГАУЗ СО МКМЦ «Бонум», г. Екатеринбург, РФ*

**Резюме.** Профессору Владимиру Михайловичу Егорову, научному консультанту нашего центра исполнилось 80 лет. Основное направление научных исследований профессора - анестезия и интенсивная терапия в педиатрии. Он и его ученики разработали концепцию адаптивной анестезиологической защиты. Рассмотрены основные этапы развития этой концепции.

**Ключевые слова:** интенсивный этап лечения, качество жизни, когнитивный потенциал, кетамин, севофлюран, десфлюран.

### **School of Professor V.M. Egorov: scientific history of our department of anesthesiology and resuscitation**

**Elkin I.O.**

*GUAZ SO MKMC "BONUM", Yekaterinburg, Russian Federation*

**Summery.** Professor Vladimir Mikhailovich Egorov, scientific consultant of our center turned 80 years old. The main area of the professor's scientific research is anesthesia and intensive care in pediatrics. He and his students developed the concept of adaptive anesthesiological protection. The main stages of development of this concept are considered.

**Keywords:** intensive stage of treatment, quality of life, cognitive potential, ketamine, sevoflurane, desflurane.

Нашему дорогому учителю Владимиру Михайловичу Егорову 16 сентября исполнилось 80 лет. Мы сердечно поздравляем с замечательной датой, желаем, прежде всего здоровья многие годы. Благодарим профессора за наши состоявшиеся научные судьбы, надеемся на долгое плодотворное сотрудничество!

Бессменный научный консультант анестезиологической службы нашего центра В.М.Егоров защитил кандидатскую диссертацию в 1971 году, доктор наук с 1981 года. В 1983 году присвоено звание профессора. С 1986 по 2007 гг. заведовал кафедрой анестезиологии и реаниматологии с курсом трансфузиологии ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии, в настоящее время профессор этой же кафедры. Заслуженный деятель науки, почетный профессор УГМА. Общий научно-педагогический стаж 48 лет. Под его руководством защищено 7 докторских и 25 кандидатских диссертаций. Основные направления научных исследований профессора В.М.Егорова: анестезия и интенсивная терапия в педиатрии; анестезия и интенсивная терапия в акушерстве; анестезия в челюстно-

лицевой и пластической хирургии; общая анестезия и психические функции; клиническая токсикология: кардиотоксическое действие токсикантов.

Под руководством основателя нашего центра, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Светланы Ивановны Блохиной создано уникальное научно-практическое учреждение для оказания специализированной помощи детям и подросткам с различной врожденной и приобретенной патологией, работа которого основана на принципах ранней, этапной, индивидуальной комплексной реабилитации. На сегодняшний день в составе учреждения объединены 10 высокоспециализированных областных детских центров, где оказывается помощь и детям других регионов России и постсоветского пространства.

Наша организация является базовой площадкой профессионального мастерства, взаимопомощи с периода становления в 90 годы прошлого столетия и по настоящее время, показывая пример врачебного и научного формирования новых подходов и технологий детской медицинской практики в педиатрической и неврологической службах, отоларингологии, челюстно-лицевой хирургии, анестезиологии.

Соответственно, идеологические позиции центра требовали особого подхода и к анестезиологической защите при оперативных вмешательствах, проводимых в условиях нашего учреждения. Этим требованиям полностью соответствует разработанная профессором, заслуженным деятелем науки РФ Владимиром Михайловичем Егоровым и его учениками концепция адаптивной анестезиологической защиты, сущность которой в ориентации на особенности пациента и максимальную сохранность качества жизни в послеоперационном периоде, как на интенсивном этапе лечения, так и отсроченном временном периоде.

Исторически первой научной работой, истоком рассматриваемой концепции явилась диссертационная работа на соискание степени кандидата медицинских наук Вола Евгения Ефимовича «Анестезия кетамин у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба», защищенная под руководством В.М. Егорова еще в 1992 году. В работе решена проблема быстрого восстановления защитных гортанноглоточных рефлексов после операции по восстановлению твердого неба и, соответственно, ранней и полноценной послеоперационной адаптации маленького пациента к дыханию, энтеральному питанию и выводу из интенсивного этапа лечения. В качестве решения предложено применение кетамина в качестве базового анестетика, и на том этапе развития анестезиологии это представлялось вполне рациональным [1].

Следующим этапом развития адаптивной концепции была работа нашего первого заведующего отделением анестезиологии и реаниматологии «Сравнительная характеристика психоповреждающего действия общей анестезии фторотаном, кетаминотаном и его коррекция у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба», научный руководитель профессор Егоров В.М., 1994 год. Следует отметить, что задача уменьшения психоповреждающего действия общей анестезии была поставлена педагогами школы для детей с тяжелыми речевыми нарушениями, ими отмечено значительное снижение успеваемости у учеников, перенесших реконструктивные операции по поводу врожденной челюстно-лицевой патологии. При исследовании обнаружено значительное снижение памяти и внимания у школьников, перенесших анестезию на основе кетамина, что приводило к отставанию в личностном и социальном развитии ребенка, ряду психологических проблем – снижению самооценки, выученной беспомощности. В качестве корректора применен энтеральный прием ноотропила и эта методика позволила адаптировать ребенка к школьным условиям к седьмым суткам послеоперационного периода, т.е. к моменту выписки ребенка из стационара [2].

Задача адаптации школьника у учебной нагрузке после амбулаторных операций (аденоидотомии, лечение множественного кариеса в условиях общей анестезии) решена в кандидатской диссертации Игоря Олеговича Елькина «Психоповреждающее действие кетаминотаном, бриеталовой анестезии и его коррекция в амбулаторных условиях у детей», 2000 год, научный руководитель профессор Егоров В.М. И здесь надо сказать, что необходимость введения адаптационных технологий была обозначена родителями, отметивших снижение успеваемости у детей после амбулаторного вмешательства. В качестве средства адаптации предложен комплексный нейротропный препарат инстенон, применение которого позволило сохранить когнитивный потенциал школьника, перенесшего амбулаторную операцию [3].

Выраженное психоповреждающее действие кетамина поставило под сомнение его оптимальность в качестве базового анестетика при челюстно-лицевых операциях у детей. В кандидатской диссертационной работе Владимира Александровича Шмакова (заведовавшего нашим отделением с 2000 по 2020 гг.) «Выбор обезболивания при ранней уранопластике у детей», защищенной под руководством нашего учителя в 2006 г., разработаны методы анестезии на основе современного газового анестетика севофлюрана, позволяющие сократить раннюю адаптацию пациентов и обеспечивающие сохранность психических функций [4].

Само время ставило задачи для наших научных исследований. Появление значительного потока офтальмохирургических пациентов создало необходимость разработки адаптивных методов анестезиологической защиты при этой категории оперативных вмешательств. Результатом изысканий стала диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук Игоря Александровича Горбунова «Использование ларингеальной маски в анестезиологическом обеспечении при офтальмохирургических операциях у детей», защищенной в 2006 году под руководством Владимира Михайловича. Следует отметить, что данная разработка позволила значительно сократить пребывание данной категории пациентов на интенсивном этапе лечения, обеспечить сохранность психических функций у пациентов школьного возраста и в конечном итоге – повысить доступность офтальмохирургической помощи [Горбунов И.А. Использование ларингеальной маски в анестезиологическом обеспечении при офтальмохирургических операциях у детей. Автореферат дис. ... кандидата медицинских наук Екатеринбург, 2006. - 22 с.].

Кандидатская диссертация Романа Борисовича Бростюка «Выбор анестезиологического обеспечения при эстетических операциях на лице и шее» (Защищена в 2010 году, научный руководитель Егоров В.М.) позволила распространить принципы адаптационной анестезиологической защиты на особенно сложную в психологическом плане категорию пациентов. Кроме подбора препаратов для анестезии автор обосновал необходимость и предложил варианты психологической подготовки таких пациентов, повышающей их удовлетворенность интенсивным этапом лечения [5].

Диссертационная работа на соискание степени доктора медицинских наук Елькина Игоря Олеговича «Нарушение высших психических функций у детей, обусловленные общей анестезией и операционным стрессом. Пути их профилактики и коррекции», защищенная в 2000 году при научном консультировании профессора Егорова Владимира Михайловича, явилась обобщением проведенных к этому времени наших исследований и позволила сформулировать принципы адаптации анестезиологической защиты к варианту оперативного вмешательства, особенностям пациента и возможностям лечебного учреждения [6].

Последней на настоящее время кандидатской диссертационной работой стал труд Максима Евгеньевича Швецова «Развитие системы управления анестезиологической защитой для маловесных недоношенных детей при витреоретинальных операциях», 2016 год, научный руководитель Елькин И.О. В нем решена так же поставленная временем задача: обеспечить возможности проведения поднаркозных объемных офтальмохирургических

вмешательств маловесным недоношенным детям в условиях непрофильного стационара. Его исследования позволили решить проблемы с респираторной и нутритивной поддержкой у таких детей, профилактикой нарушений терморегуляции, послеоперационным обезболиванием [7]. Здесь нам следует вынести огромную благодарность доценту Евгению Васильевичу Девайкину, передавшему нам свой огромный опыт работы с недоношенными детьми высокого операционного риска.

По результатам нашей научной деятельности опубликован ряд практических руководств и монографий. Наиболее значимыми мы считаем следующие: «Операционный стресс, общая анестезия и высшие психические функции», «Обезболивание при офтальмохирургических операциях у детей», «Общая анестезия при амбулаторных стоматологических вмешательствах у детей».

Нашу научную деятельность, курируемую профессором Егоровым, мы успешно продолжаем и на сегодняшний день. Ведется поисковая работа нынешними заведующими нашим отделением Владимиром Сергеевичем Ереминым «Развитие системы анестезиологической защиты при отоларингологических операциях у детей» с применением новейшего ингаляционного анестетика десфлюрана, позволяющего не только значительно сократить восстановление пациента, но и повысить безопасность самого наркозного этапа за счет уменьшения потребности в наркотических компонентах анестезии .

Владимир Михайлович – создатель уральской школы детских анестезиологов-реаниматологов, воспитавший целую плеяду молодых ученых, в том числе – и в стенах нашего Центра. Его труды и работы его учеников при высокой научной новизне всегда отличаются практической ценностью, и внедрение этих разработок в практику позволило сохранить жизнь и здоровье маленьких пациентов во многих сложнейших областях детской хирургии, значительно расширить возможности детской анестезиологии и реаниматологии. Научные наработки врачей нашего отделения используются в практической работе анестезиологами нашего региона и России в целом, в частности врачами Тюменской, Челябинской областей и Пермского края, Алтайского края, Татарстана, а так же ближайшего зарубежья - Казахстана.

#### Список литературы

1. Вол, Е. Е. Анестезия кетаминотом у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Автореферат дис. ... канд. мед. наук - Екатеринбург, 1992.- 32 с.: ил.
2. Вербук А.М. Сравнительная характеристика психоповреждающего действия общей анестезии фторотаном, кетаминотом и его коррекция у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Автореф. дисс...канд. мед. наук, Екатеринбург., 1994 – 23 с.
3. Елькин И.О. Психоповреждающее действие кетаминотом, бриеталотом анестезии и его коррекция в амбулаторных условиях у детей. Автореф. Дис... канд. мед. наук., Екатеринбург, 1999.-24 с.

4. Шмаков В.А. Выбор обезболивания при ранней уранопластике у детей. Автореферат дис. ... кандидата медицинских наук, Екатеринбург, 2006. - 22 с.
5. Бростюк Р. Б. Выбор анестезиологического обеспечения при эстетических операциях на лице и шее. Диссертация ... кандидата медицинских наук, Екатеринбург, 2010.- 96 с.
6. Елькин И.О. Нарушение высших функций у детей, обусловленные общей анестезией и операционным стрессом. Пути их профилактики и коррекции. Диссертация ... док.а мед. наук, Екатеринбург, 2010.- 176 с.: ил.
7. Швецов М.Е. Развитие системы управления анестезиологической защитой для маловесных недоношенных детей при витреоретинальных операциях. Автореферат дис. ... канд. мед. наук, Екатеринбург, 2016. - 48 с.



© Шурыгина Е.П.

Столин А.В.

УДК 929.73; 614.2; 617-089

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА ВИКТОРА АНДРЕЕВИЧА КОЗЛОВА

**Шурыгина Е.П., Столин А.В.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра хирургии, колопроктологии и эндоскопии*

**Резюме.** Статья посвящена проф. Козлову Виктору Андреевичу, Лауреату Государственной премии СССР, доктору медицинских наук, профессору кафедры хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, автору более 200 научных работ и 15 патентов, руководителю 42 кандидатских и докторских диссертаций, бывшему председателю ассоциации хирургов Екатеринбурга и Свердловской области, хорошему, честному человеку.

**Ключевые слова:** Козлов Виктор Андреевич, хирургия, Екатеринбург.

### **Activities of professor Victor Andreevich Kozlov**

Shurygina E.P., Stolin A.V.

*Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Summary.** The article is dedicated to prof. Kozlov Viktor Andreevich, Laureate of the State Prize of the USSR, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgical Diseases and Cardiovascular Surgery of the Ural State Medical University, the author of more than 200 scientific papers and 15 patents, the head of 42 candidate and doctoral dissertations, the former chairman of the Association of Surgeons of Yekaterinburg and Sverdlovsk region, a good, honest person.

**Key words:** Kozlov Viktor Andreevich, surgery, Yekaterinburg.

**Введение.** В этом году уральскому медицинскому университету исполняется 90 лет. Подходящее время для подведения итогов, осмысления пройденного пути, анализа кадрового потенциала. Наш университет помнит и чтит своих выпускников, преподавателей, профессоров. Среди достойнейших имен надо назвать и имя Виктора Андреевича Козлова,

Лауреата Государственной премии СССР, доктора медицинских наук, профессора кафедры хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии.

**Цель работы:** рассказать, чтобы помнили о жизни человека, деятельности профессора, доктора медицинских наук Козлова Виктора Андреевича.

**Материалы и методы.** В работе использованы воспоминания учеников и соратников В.А. Козлова, знавших его долгие годы, работавших с ним рука об руку. Изучены не многие, имеющиеся литературные источники [1,2], материалы из личных архивов авторов.

**Результаты и обсуждение.** Виктор Козлов родился 18 апреля 1932 года в Киеве. Детство прошло в Белоруссии. В самом начале Отечественной войны семья эвакуировалась на Урал. Здесь, в Свердловске, Виктор Андреевич окончил школу, а в 1956 году с отличием окончил Свердловский государственный медицинский институт.

В течение шести лет работал в Свердловской ГКБ № 1 ординатором хирургического отделения, результатом работы стала защита кандидатской диссертации. Интерес к работе, активность и хорошие мануальные возможности молодого хирурга были замечены. Заведующий кафедрой госпитальной хирургии А.Т. Лидский предложил Виктору Андреевичу тему кандидатской диссертации – использование капронового сита при хирургическом лечении больших послеоперационных и рецидивных грыж. Для того времени инновационная работа, это сейчас ненапряжные методы герниопластики являются «золотым стандартом». В 1962 году диссертация была успешно защищена. С защитой диссертации интерес к проблеме лечения грыж у врача В.А. Козлова не угас, он возвращался к этому вопросу в течение всей своей хирургической деятельности. В 2002 году под его руководством была защищена кандидатская диссертация Н.А. Антроповой «Оперативное лечение первичных сложных и рецидивных паховых грыж с аллопластикой по оригинальному способу».

В 1970 году Виктор Андреевич получил предложение профессора М.И. Сахарова занять должность ассистента кафедры общей хирургии на одной из клинических баз в городской больнице № 27. С тех пор вся деятельность В.А. Козлова была связана с этой больницей. Он принимал активное участие в строительстве нового здания, наборе и обучении хирургов клиники. Изменилось название больницы – сейчас это Центральная городская клиническая больница № 1, изменилось название кафедры – сегодня это кафедра

хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, но здесь до конца своих дней трудился ассистент, доцент, профессор, заведующий кафедрой Виктор Андреевич Козлов.

Переход на новую клиническую базу, позволил серьёзно заняться проблемой диагностики и хирургического лечения заболеваний поджелудочной железы. В.А. Козлов разрабатывал эту проблему всё жизнь, но начало было положено ещё в далеком 1963 году, когда Виктор Андреевич впервые выполнил папиллосфинктеротомию и впервые – резекцию поджелудочной железы. В 1964 году, ещё молодой хирург, одним из первых в стране прибегнул к панкреатэктомии, в 1968 году – к операции абдоминализации поджелудочной железы. Наконец, в 1970 году он со своими помощниками и учениками провели серию наблюдений по использованию локальной гипотермии у больных с тяжелыми формами панкреатитов. В 1974 году В.А. Козлов защитил докторскую диссертацию на тему «Диагностика и лечение хронического панкреатита».

В 1978 году, став профессором, возглавил кафедру факультетской хирургии Свердловского государственного медицинского института. Под руководством и с помощью профессора Козлова были защищены 42 кандидатские и две докторские диссертации. Это сухие цифры протокола, взгляните по-другому – более сорока молодых хирургов были приобщены к интересной научно-исследовательской работе, получили путевку в хирургию, науку, большую медицину. Позвольте представить некоторых.

Стародубов В.И. – академик и министр ЗД РФ в 1998-1999гг.

Никифоров А.И. – к.м.н., министр социальной политики СО.

Прудков М.И. – д.м.н., проф., зав.каф. Хирургии, колопроктологии и эндоскопии, главный хирург УрФО.

Чернядьев С.А. – д.м.н., проф., зав.каф. Хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, декан лечебно-профилактического факультета,

Попов В.П. – д.м.н., руководитель Территориального ЦМК СО.

Столин А.В. – к.м.н., доц. каф. Хирургии, колопроктологии и эндоскопии, главный хирург города Екатеринбурга.

В 1985 году В.А. Козлов был удостоен Государственной премии СССР за разработку методов лечения заболеваний поджелудочной железы.

В самом конце восьмидесятых годов Виктор Андреевич одним из первых в стране начал разрабатывать проблему криохирургии. Толчок к этим исследованиям положили отдельные наблюдения В.А. Козлова ещё в 1970 году. Но по настоящему глубоко и всесторонне он начал применять криохирургическое воздействие только в 1988 году, осуществив

криодеструкцию яичников при опухолях молочной железы. В 1994-1995 годах им с сотрудниками были поведены многочисленные криосимпатэктомии (грудная, поясничная, периаортальная) и криоваготомия. Для этого был сконструирован специальный инструмент. Операциям в клинике предшествовали эксперименты на животных. Под руководством проф. Козлова в 1995 году были проведены клинико-экспериментальные исследования криоваготомии и возможность её использования при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки молодым хирургом В.И. Овчинниковым, сейчас он зав. хирургическим отделением в ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга.

В 1996 году Виктор Андреевич с успехом осуществил криодеструкцию при первичном раке печени, а в 1999 году прибегнул к этому методу при опухолях матки.

Козлов В.А. всегда стремился всесторонне исследовать возможность применения лечебного фактора, так в исследовании его ученика А.Г. Макаровича криохирurgia применялась в комплексном лечении рожистого воспаления, в 2000 году предложен способ лечения рожи, позволяющий улучшить результаты, сегодня Макарович начмед по хирургии в ЦГКБ № 1.

Стремление к изучению и внедрению новых прогрессивных методов лечения хирургических заболеваний было свойственно В.А. Козлову. Об этом свидетельствует, например, исследование М.В. Лагунова «Магнитные билиодигестивные анастомозы в лечении непроходимости терминального отдела холедоха у больных с высоким операционным риском» проведенное в 1990г.

Профессор Козлов стоял у истоков развития и внедрения малоинвазивных методик оперативных вмешательств при urgentных заболеваниях органов брюшной полости, так проведенное под его руководством исследование «Минилапаротомия в лечении неотложных больных желчнокаменной болезнью» в 1999 году выполнил хирург Д.В. Айрапетов, являющийся в настоящее время главным врачом ЦГКБ № 1.

В одном интервью Виктора Андреевича спросили о качествах необходимых хорошему руководителю, вот выдержки из этого разговора: *«... Об основателе, руководителе клиники можно судить еще и потому, как она работает после его ухода. Если руководитель заболел, отсутствует, или вообще ушел, и работа встаёт, некому сделать сложные операции, то это - плохая клиника. Некому написать статью или книгу, то это серьезный недостаток. Любое дело имеет инерцию. И если после ухода руководителя инерция такова, что все замирает, то это - плохо... Я знаю клиники, которые разваливались, когда уходил руководитель. Многие сейчас изменилось, настали совершенно другие времена, пришли*

*другие люди, но машина работала всегда, хирургия не прекращалась. Это ли не заслуга человека, который ее создал?...* Эти слова были сказаны про другого, но они в полной мере относятся и к Виктору Андреевичу Козлову.

В Екатеринбурге проф. Козлов на базе ЦГКБ № 1 организовал специализированный городской «Центр экспериментальной и клинической хирургии», где ввёл в практику ряд уникальных методов диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости. Центр отлично оснащен, в нем трудится большой единый коллектив кафедральных сотрудников и больничных врачей.

Проф. Козлов разработал и внедрил в медицинскую практику оригинальные диагностические и лечебные методы в хирургической панкреатологии (реография поджелудочной железы, абдоминальная и локальная гипотермия поджелудочной железы), предложил метод этапных программированных санаций сальниковой сумки через бурсооментостому при некротическом панкреатите. Это была тема кандидатской диссертации его сына Игоря Викторовича Козлова, успешно защищенная в 1989г., за что И.В. Козлов стал лауреатом Государственной премии Ленинского Комсомола. Виктор Андреевич Козлов впервые на Урале выполнил диагностическую лапароскопию. Многие из методов, предложенных профессором Козловым, широко применяются не только в клиниках России, но и за рубежом.

Интересно, почему он стал хирургом, а спросить уже не у кого. 21 июля этого года после тяжелой продолжительной болезни ушел из жизни хороший человек – Виктор Андреевич Козлов. Но и память о нем, и труды его остались в нашем городе, университете, сердце...Как завещание звучат его слова: *«...Для развития какого-либо дела и достижения результатов необходимо уметь пофантазировать. Иногда только это дает возможность уловить оригинальную идею и принять оптимальное решение...»*

#### Список литературы

1. Шулутко М.Л. Выдающиеся хирурги Среднего Урала. – Екатеринбург: ООО «НИК–Форум», 2000. – С.161–166.
2. Дарующий жизнь. Профессор Михаил Львович Шулутко – основатель школы торакальной хирургии и фтизиопульмонологии на Урале. /Под редакцией проф. Л.М. Гринберга, проф. И.Я. Мотуса/ Екатеринбург: УГМА, 2013, с.178-182.