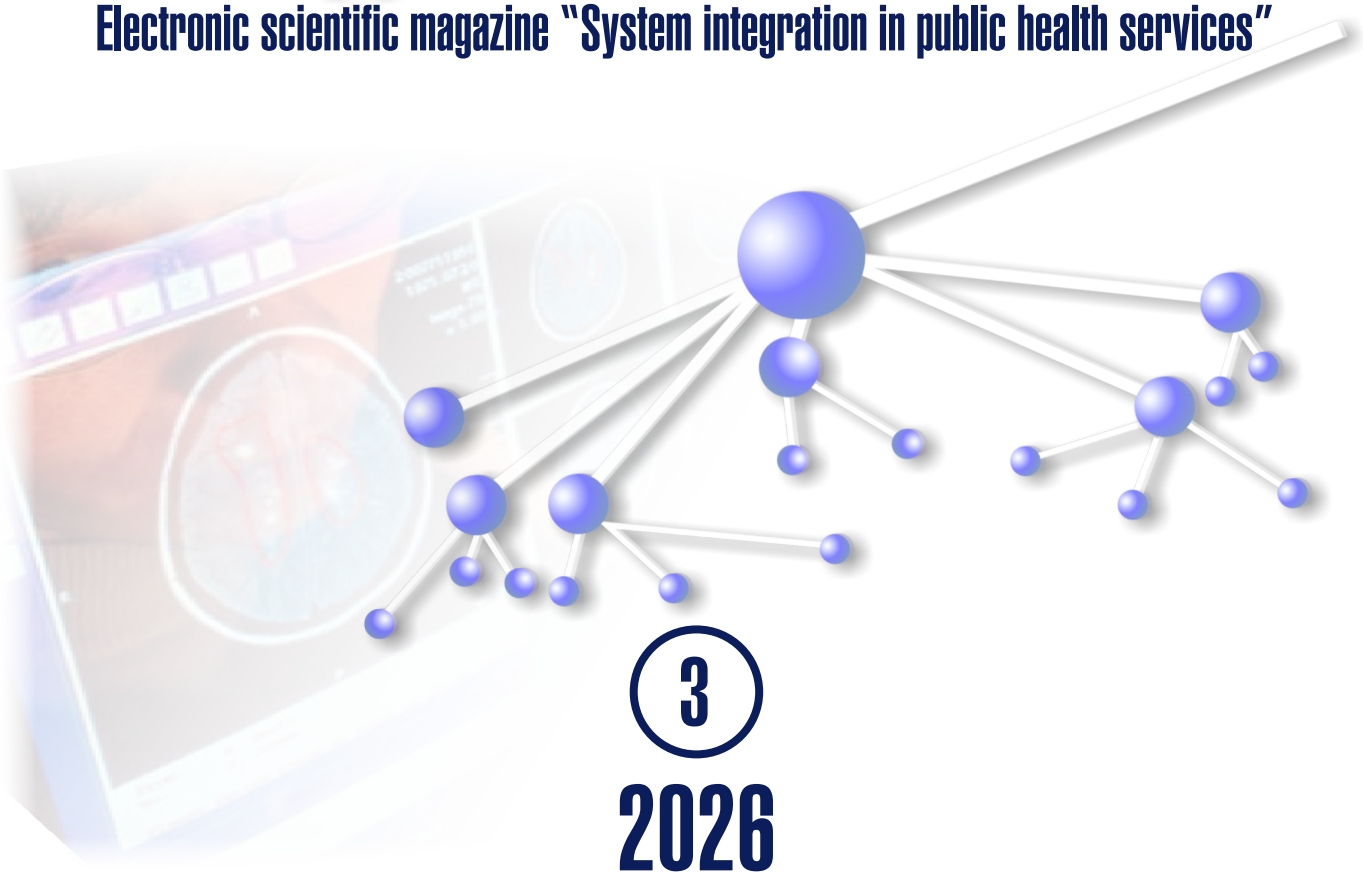
ISSN 1997-3276
УДК 616+614,2+004+316+37.013+159.9
ББК 5+65.495+60.5+88+74
З 445

электронный научный журнал

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Electronic scientific magazine "System integration in public health services"



3
2026

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ
АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
“БОНУМ”
www.bonum.info

Государственное учреждение
Научный центр здоровья детей
Российской академии
медицинских наук

Свердловский филиал

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
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», 2026

электронный научный журнал

СИСТЕМНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

WWW.SYS-INT.RU

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

№ 3 (73) 2026

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

Уважаемые читатели!



Предлагаем Вашему вниманию очередной выпуск журнала «Системная интеграция в здравоохранении», в котором представлены актуальные научные исследования молодых ученых и ведущих профессоров в области психологии, медицины, здравоохранения и истории медицины.

Выпуск, как и всегда, представлен тремя разделами: актуальные проблемы психологии и педагогики, актуальные проблемы медицины и здравоохранения и актуальные проблемы истории медицины. В первый раздел вошли работы, проблемам социально-конструктивистского подхода в спортивной педагогике, коллаборации в системе высшего образования. Второй раздел включает исследования о об эффективности реабилитации больных с остеоартритом коленных суставов, реабилитации пациентов с псориазом в сельской местности. В третий раздел вошли работы по санитарным последствиям Крымской войны и истории Аптекарского приказа. Раздел «Читальный зал» поднимает актуальную на сегодня проблему антикоррупционного образования в системе высшего медицинского образования.

Теодор Рузвельт писал: «Прошлое нельзя изменить, но можно извлечь из него уроки». Любой ученый, любой исследователь, не важно, в области психологии, в области медицины, или в любой другой области, не должен это забывать. В сборнике мы стремимся осветить наиболее важные вопросы, которые были актуальны как раньше, так не потеряли своей актуальности и сегодня.

Хочется выразить надежду, что данный выпуск будет представлять интерес как для научного сообщества, так и для широкого круга читателей.

Доктор психологических наук, профессор
главный внештатный медицинский психолог
Министерства здравоохранения Свердловской области
Набойченко Евгения Сергеевна

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ

Андрега Д.С.

ИСТОРИЯ СОЦИАЛЬНО-КОНСТРУКТИВИСТСКОГО ПОДХОДА В СПОРТИВНОЙ ПЕДАГОГИКЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ ВЛИЯНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ НА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ СПОРТСМЕНОВ 5

Пономарева О.Н.

КОЛЛАБОРАЦИЯ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ НА МИКРОУРОВНЕ 23

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Негодаева Е.В., Трухина А.С., Федоров А.А., Борзунова Ю.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ 32

Капшутарь М.А., Кальщикова Е.Е.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНО ДОСТУПНОЙ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....40

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Устинов А.Л., Кулакова Е.А.

САНИТАРНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КРЫМСКОЙ ВОЙНЫ (1853-1856): ФОРМИРОВАНИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ И ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ 51

Устинов А.Л., Дудинская М.А.

АПТЕКАРСКИЙ ПРИКАЗ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ 62

ЧИТАЛЬНЫЙ ЗАЛ

Матвеев Е.В.

ОСОБЕННОСТИ РЕЛИЗАЦИИ АНТИКОРРУПЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 74

© Андрега Д.С.

УДК 379.8

ИСТОРИЯ СОЦИАЛЬНО-КОНСТРУКТИВИСТСКОГО ПОДХОДА В СПОРТИВНОЙ ПЕДАГОГИКЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ ВЛИЯНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ НА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ СПОРТСМЕНОВ

Андрега Д.С.[1]

[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра клинической психологии и педагогики

Резюме. В политике детско-юношеского физического воспитания разворачивается очередная общественная инициатива по реализации права на развитие личностного и профессионального самоопределения и самореализации детей в различных элементах системы детско-юношеского спорта. Данные цели предполагают шаги по решению накопившихся проблем в системе детско-юношеского спорта, затрагивающие теоретические, методологические и дидактические разработки. В западных странах командные игры и виды спорта за последние десятилетия раскрыли по-новому свой социальный и образовательный потенциал, позволяющий учитывать эмоциональные и мотивационные аспекты для улучшения физического здоровья молодого поколения и успешном освоении обучающимися образовательной программы по физической культуры. В статье рассматриваются предпосылки возникновения педагогических моделей обучения командным видам спорта на основе теории социального конструктивизма и трансформация роли тренера. В заключении статьи высказывается предположение о положительном влиянии выработанной социально-конструктивистским подходом «тренер-спортсмен коммуникации» на стрессоустойчивость юного спортсмена.

Ключевые слова: социальный конструктивизм, педагогические модели, спортивная педагогика, командные игры и виды спорта, стрессоустойчивость.

HISTORY OF THE SOCIAL-CONSTRUCTIVIST APPROACH IN SPORTS PEDAGOGY: PROSPECTS OF THE INFLUENCE OF PEDAGOGICAL MODELS ON ATHLETES' STRESS RESISTANCE

Andrega D.S.[1]

[1]*Federal State Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation*

Summary. In the field of children's and youth's physical education, a new public initiative is being launched to realize the right to develop personal and professional self-determination and self-realization of children in various elements of the children's and youth's sports system. These goals imply steps to address the accumulated problems in the children's and youth's sports system, affecting theoretical, methodological, and didactic developments. In Western countries, team games and sports have revealed their social and educational potential in new ways over the past few decades, making it possible to take into account emotional and motivational aspects to improve the physical health of the younger generation and ensure that students successfully master the physical education curriculum. The article examines the prerequisites for the emergence of pedagogical models for teaching team sports based on the theory of social constructivism and the transformation of the coach's role.

In the conclusion of the article, the author suggests that the "coach–athlete communication" approach, developed using a social constructivist perspective, has a positive impact on the stress resistance of young athletes.

Key words: social constructivism, pedagogical models, sports pedagogy, team games and sports, stress resistance.

Введение

Согласно распоряжению Правительства РФ от 28.12.2021 N 3894-р (ред. от 15.02.2025) <Об утверждении Концепции развития детско-юношеского спорта в Российской Федерации до 2030 года и плана мероприятий по ее реализации> (вместе с "Планом мероприятий по реализации Концепции развития детско-юношеского спорта в Российской Федерации до 2030 года") должны реализоваться масштабные преобразования с системе физического воспитания молодежи. Руководствуясь, положенными в основание концепции и плана принципами преследуется цель

реализации права на развитие личностного и профессионального самоопределения и самореализации детей в различных элементах системы детско-юношеского спорта. Данные цели предполагают цепочку шагов по решению накопившихся проблем в системе детско-юношеского спорта: «несоответствие личностных интересов детей, их физического развития, физической подготовленности, особенностей здоровья и доступных возможностей для занятий спортом, удовлетворяющих их запросам на двигательную активность и соответствующих жизненным циклам современного человека; недостаточный уровень обеспеченности участников детско-юношеского спорта научно обоснованными программами»[1].

Цель работы

К психолого-педагогическим аспектам данной законодательной инициативы относятся и направления, и мероприятия по развитию детско-юношеского спорта являются:

1) обеспечение подготовки кадров с высшим образованием в области физической культуры и спорта с присвоением квалификации "Тренер по виду спорта. Преподаватель" и введение должностей "тренер-преподаватель" в штат всех организаций, реализующих дополнительные образовательные программы спортивной подготовки, как универсального специалиста, выполняющего воспитательную, образовательную и развивающую функции в едином физкультурно-спортивном образовательном пространстве, в том числе повышение профессионального уровня тренеров-преподавателей, социальной роли и статуса, а также совершенствование мер поддержки»,

2) проведение научно-исследовательских работ в интересах развития детско-юношеского спорта и его медицинского обеспечения, профилактика травм и заболеваний»,

3) отбор и внедрение передовых методик, полученных в результате инновационной и экспериментальной деятельности в области детско-юношеского спорта, в практическую работу» [1].

Материалы и методы

В истории государственной политики передовых стран накопился опыт внедрения программ, включающих комплексы мер по изменению спортивно-оздоровительной ситуации в детско-юношеской популяции.

На международном уровне широкое признание завоевали две программы физического воспитания: модель «спортивного образования» (the Sport Education (SE) и «обучающий подход играм через понимание» (обучающие игры для понимания) (Teaching Games for Understanding (TGfU), которые играют решающую роль в концептуальной и методологической поддержке более эффективной и привлекательной учебной среды на уроках физкультуры [2].

Карлсон и Хасти считают, что именно «социальная система» (в связке с задачами) во многом и объясняет успех учеников в рамках модели Sport Education. Специалисты отмечали, что такая форма работы позволяет ученикам взаимодействовать на другом уровне по сравнению с традиционными уроками физкультуры: ребята больше ценили время, проведенное в общении с одними и теми же товарищами по команде, получали удовольствие от совместной деятельности и помощи друг другу, имея возможность принимать решения, а также получать удовольствие в соревновательных ситуациях, где высоко ценятся затраченные усилия [3].

Особо хотелось бы остановить внимание на шестом пункте задач обучения физической культуре и спорту, где прописано, что физическая культура должна позволять каждому ученику развивать имидж и чувство собственного достоинства в целях построения отношений с другими [4].

Другими словами, социальный потенциал спортивной среды используется как инструмент социализации и будущей адаптации в гражданское общество, разумеется, за счет игровых и командных видов спорта.

Далее, переключим внимание к третьему пункту в соответствующих государственных документах, где одной из первостепенных задач физической культуры во Франции указывается умение вести конфронтацию и принимать решения в отношении противников и партнеров [5].

Ситуация в России, относительно системы детско-юношеского спорта, как кажется, продолжает складываться в русле традиций ГТО, сосредоточенных по преимуществу на технической стороне индивидуальных навыков, а спортивные дисциплины, подразумевающие групповое взаимодействие напоминают инерционный формализм с претензией скорее заполнить нишу зрелищных мероприятий эмоционально-потребительского характера, без должного интеллектуального соревнования спортивных школ (например, футбольных).

Ключевая роль футбола, как разновидности командных видов спорта, уже сформирована во многих странах мира, будь то в Португалии, Испании, Бразилии, Аргентине, Италии и многих других, в качестве важного социального, культурного и спортивного содержания физического воспитания. Не говоря о том, что в Португалии футбол являет собой ядро культуры нации, символ гражданской идентичности.

Таким образом, используя преимущества широкой структурной и культурной привлекательности спортивно-образовательной модели, выполняются аффективные и социальные цели обучения.

Для тренеров, как разработчиков образовательных программ по физическому воспитанию, в рамках спортивных клубов и центров разного уровня, становится все более распространенной практика обращения к современным западным теоретическим основаниям, которые они справедливо считают необходимыми. Данную особенность можно выделить как закономерный этап развития профессиональной карьеры спортивного тренера.

Однако слишком часто эти попытки сводятся или заканчиваются, в строгом научном смысле, смешением противоположных теорий и авторских точек зрения в попытке взять самое эффективное и лучшее при минимальных временных, финансовых и интеллектуальных затратах. Подобное отношение к нетрадиционным идеологиям не позволяет усвоить понятийный аппарат и всю теоретическую сложность наработанных концепций на западе. В итоге, мы наблюдаем картину, когда частные тренера, желающие создать профессиональное «комьюнити» для обмена передовым «контентом» о системе тренировок футболистов, выкладывают в своих социальных сетях фрагменты видеозаписи упражнений ведущих европейских футбольных центров, под которыми оставляют свои комментарии и пояснения, никак не связанные с теоретическими основаниями подходов, в рамках которых и были разработаны данные упражнения для спортсменов.

Эта ситуация, безусловно, наносит ущерб присвоению заинтересованными лицами вклада психологии в педагогику или образование [6].

Необходимость критического и диалектического изучения практикующими тренерами подходов, которые сегодня занимают центральное место в реформе образования, не вызывает сомнений, по соображениям преемственности оригинальным идеям ведущих теоретиков спортивной педагогики.

В противном случае велик риск того, что роль тренеров сведется к роли простых исполнителей стандартных образовательных программ, ограниченных, например, рамками компетентностного подхода. Так, например, специфические затруднения испытывают спортивные тренера при освоении теории обучения и формирования тактических навыков у обучающихся. Тренер, прошедший курсы квалификации по западным стандартам международных ассоциаций, привносит в свою практическую работу упражнения, направленные на развитие тактического мышления спортсмена, но со временем, зачастую, задачи данных упражнений сводятся, редуцируются к рутинной отработке индивидуальных технических навыков. По всей видимости, имеет место косность понятийного аппарата и общее непринятие дискурса, будь-то на организационном, управленческом и исполнительном уровнях. Оценка результатов и последствий такого неразборчивого заимствования ждет своего пытливого исследователя.

Результаты и обсуждение

Психологические подходы к обучению

Для объяснения описанного факта нужно обозначить, что на своем историческом пути развития психологическая мысль отказалась от идеи единого ответа на вопрос о том, как учатся дети, в то время как некоторые руководители образовательных программ физического воспитания все еще ищут и верят в возможность единого универсального решения, которое можно применять ко всем ситуациям обучения.

Обрисованные таким образом актуальные тенденции, в конечном счете, отсылают нас к далеко не новой дискуссии о возможных противоречиях и точках сближения между теоретическими основами компетентностного подхода, который берет свое начало в бихевиоризме, и основами конструктивизма.

Мы знаем, что переход от бихевиоризма к когнитивизму повлек за собой изменения в понимании разнообразия и сложности личностного роста. Роберт М. Ганье был одним из первых бихевиористов, кто осознал тщетность попыток подогнать все процессы обучения под одно описание [7].

Прежде чем углубиться в суть вопроса, необходимо обозначить общую ситуацию, которая существовала и продолжает существовать в области теорий обучения. Важно понимать, что обсуждаемые здесь подходы являются продолжением школ мысли, которые долгое время занимали значительное место в области психологии и которые

до сих пор имеют своих сторонников и противников. Попытка объединить их любой ценой не только тщетна, но и явно невозможна [6].

Во-первых, бихевиоризм, возникший в результате лабораторных экспериментов, основан на наблюдаемых изменениях в поведении: желаемое поведение должно повторяться до тех пор, пока оно не станет автоматическим. Когнитивизм, как следует из его названия, опирается на когнитивные процессы, лежащие в основе поведения, и рассматривает поведение только постольку, поскольку оно отражает умственную деятельность обучающегося. Наконец, существует конструктивизм, который подразделяется на две основные версии: когнитивный конструктивизм, основанный на работах Ж. Пиаже, и социоконструктивизм (или социальный конструктивизм), основанный на работах Л. Выготского. Последняя версия получила значительное распространение в последние годы и занимает видное место в дискурсе реформаторов образования. Конструктивизм основан на убеждении, что все мы «конструируем» собственное представление о мире на основе нашего опыта и ментальных моделей. Многие сторонники этого подхода подчеркивают важность подготовки учащихся к решению проблем в так называемых «сложных» ситуациях.

Социально-конструктивистский подход подчеркивает социальную природу мышления и обучения, где понятия являются социальными инструментами, поддерживающими обмен мнениями и согласование смыслов, что выражает интерактивную концепцию подхода к обучению [9]. Для сторонников данной парадигмы социальные взаимодействия играют решающую роль в построении знаний учащихся [9-15], знаний, которые они сами конструируют [12].

Сравнение и перспективы синтеза бихевиоризма и социоконструктивизма

На первый взгляд, бихевиоризм и конструктивизм кажутся трудносовместимыми в нескольких аспектах: первая школа мысли опирается на механистическую концепцию обучения (мобилизация навыков) и назначает ей заранее определенные цели (ожидаемые навыки); вторая основана на интерактивной концепции обучения (индивидуально-средовая) и отказывается навязывать учащимся заранее определенные цели.

Бихевиористы рассматривают обучение как модификацию поведения; конструктивисты, с другой стороны, как результат ментальной конструкции.

При более внимательном рассмотрении легко увидеть, что в обоих случаях учащиеся учатся, ассимилируя новую информацию с тем, чем они уже обладают. И

бихевиористы, и конструктивисты отвергают традиционные экзамены: первые предпочитают методы микрообучения, вторые — портфолио.

Однако эти две школы мысли различаются по многим пунктам, особенно в отношении эпистемологических основ: первая рассматривает субъекта в качестве объекта, именуемый организмом, который формируется в соответствии с заранее установленной моделью, вторая — как субъекта, наделенного свободой выбора, которому нельзя навязывать абсолютные внешние ограничения.

Следует также отметить, что оба этих подхода имеют свои ограничения. Бихевиоризм, как утверждается, не способствует переносу знаний (на практическую сферу), оставляет мало места для творчества, поощряет зависимость и так далее. Конструктивизм, с другой стороны, учитывая отсутствие заранее определенных целей, может сделать процесс обучения неясным и рискованным и даже передать учащемуся часть контроля за образовательным процессом. Побуждая студентов к самостоятельному конструированию знаний, он может ставить их в сложные ситуации или, к тому же, замедлять их академическое развитие.

От бихевиоризма к социоконструктивизму в обучении командным играм и спорту

Убеждения и мотивы учителей в совокупности с их пониманием процесса обучения, либо из стремления повысить эффективность урока (минимизировать потери времени, обеспечить активность большинства учеников), либо по соображениям создать условия, похожие на те, что будут на итоговой аттестации, и одновременно дать ученикам возможность самим находить решения поставленных задач, безусловно, влияют на предпочитаемые ими методы преподавания[8-9], так же как и теории обучения, отстаиваемые исследователями, формируют их мышление и, следовательно, их работу[9].

На протяжении многих лет, и по сей день, бихевиористская школа мысли оказывает сильное влияние на школы и педагогическую практику учителей. Традиционно ориентированные на эмпирический подход, школы считают критерием знания реальность, описанную в учебной программе, которую тренер не должен видеть в самом ученике [10].

Бихевиористский подход придерживается интервенционистской концепции обучения [9]. В частности, учитель, придерживающийся этой школы мысли, обеспечивает себе центральную роль в процессе обучения учеников, в то время как ученик играет в основном пассивную роль. В целом, учитель фокусируется на

передаче уже имеющихся знаний, которые посредством анализа задач разбиваются на более мелкие, усвояемые элементы обучения для учеников [9]. Таким образом, учитель, принимающий бихевиористскую перспективу, стремится формировать поведение и действия своих учеников [12], таким образом, чтобы они достигали заранее установленных и очень конкретных целей обучения.

Со своей стороны, студенты реагируют на стимулы, предоставляемые окружающей средой и учителем [9]. В частности, они учатся, реагируя на презентации учителя, стремясь воспроизвести поведение, запрашиваемое или демонстрируемое учителем [13].

Следовательно, очевидно, что методологические основы технически ориентированного подхода в физическом воспитании, несомненно, носят бихевиористский характер. Учитель, придерживающийся этого подхода, по сути, хочет, чтобы его ученики могли выполнять технические движения, которые они сами считают необходимыми для отработки изучаемого вида деятельности, желаемым образом и в соответствии с заранее установленными критериями выполнения, которые они ранее преподавали и демонстрировали [14]. Кроме того, прямое обучение, стиль преподавания, обычно предпочитаемый в технически ориентированном подходе, как правило, характеризуется следующим:

1) конкретные цели или результаты обучения;

2) тщательно спланированный и структурированный подход к обучению;

3) моделирование задачи или демонстрация навыка;

4) период управляемой практики и период самостоятельной практики, в течение которого ученик должен продемонстрировать освоение целевого материала [9].

Однако преподавание командных видов спорта с точки зрения бихевиоризма представляется неподходящим для учащихся по нескольким причинам. Эти виды деятельности носят принципиально тактический характер, учитывая постоянное взаимодействие с товарищами по команде и противниками, что обуславливает их непредсказуемость [15]. Во время игры игроки должны постоянно принимать решения о наилучших действиях, а также о том, как и когда их совершать, основываясь на информации, которую они воспринимают и анализируют. Выходит так, что без понимания базовых принципов игры немыслимо правильное принятие решений на основе процессов восприятия и анализа информации.

Сама специфика игровой деятельности задана такими условиями при которых учителя не могут диктовать необходимые действия и/или предсказывать решения, которые придется принять спортсменам во время игры, в особенности в ситуации ее непрерывности, как это бывает в большинстве командных игр и видов спорта [16].

Таким образом, с этой точки зрения, обучающиеся должны научиться учиться [2]. Со своей стороны, преподаватели должны взять на себя роль консультанта [15], посредника[9] или взять на себя роль «учителя-как-активатора» [17], в которой педагог не просто сопровождает, а создаёт условия, которые активируют новые возможности для обучения: поощряет инициативы учеников, помогает им ставить цели, налаживает диалог между учащимися, даёт конструктивную обратную связь в процессе обучения учащихся, а не роль передатчика/транслятора знаний, как это предлагается в бихевиористской парадигме.

По мнению Ж.Бутена [12], такой подход особенно подходит для ситуаций, требующих рефлексии «внутри» и «на» действии, как это происходит в практике командных игр и спорта. Лайт [11] также добавляет, что с социально-конструктивистской точки зрения понимание и навыки, возникающие в результате социального взаимодействия группы, как правило, превосходят те, которые возможны на внутриличностном уровне. Это наблюдение представляется хорошо подходящим для обучения командным играм и спорту, поскольку эффективная практика этих видов деятельности требует общего понимания, что приведет к лучшей сплоченности команды, равно как и справедливо утверждение об обратном эффекте: отсутствие взаимопонимания в команде ухудшает ее сплоченность. В том же ключе Зераи и коллеги [18] утверждают формулу эффективности в командных видах спорта: общее тактическое мышление должно определяться через возможность поддерживать индивидуальную инициативу каждого участника команды.

Социально-конструктивистские подходы к обучению командным играм и спорту

За последние полвека в научной литературе по физическому воспитанию и спорту появилось несколько социально-конструктивистских подходов к обучению командным играм и видам спорта. Все эти работы берут начало из работ Фридриха Махло, Рене Делепласа, Роберта Мерана, Жюстин Тессье и Леона Теодореску [15] и характеризуются приверженностью либо подходу «ориентированному на ученика», либо «подходу, основанному на игре» (Game Based Approach - GBA). Определяющим фактором для перечисленных исследований выступила согласованность социального-

конструктивизма с теориями экологической динамики [19], и нелинейной педагогики [20-21].

Ключевыми идеологами «подхода, основанного на игре» выступили представители английской научной школы Банкер и Торп с их критическими заявлениями относительно центральной и фундаментальной роли преподавания приемов в спортивных играх и предложением о том, что «преподавание игр должно начинаться не с отработки необходимых навыков, а с участия в игре, модифицированной в соответствии с уровнем опыта и способностей игроков»[22]. Модель получила название «Обучение играм через понимание» (Teaching Games for Understanding - TGfU), где занятия строятся вокруг игры, где сначала ставится игровая задача, а уже в её контексте отрабатываются навыки.

Это позволяет сосредоточиться на развитии понимания игры и игровой динамики, чтобы с самого начала тренировок у обучающихся формировался минимальный, но значимый уровень игры. Без этого базового уровня учащиеся, предположительно, не будут способны распознавать и осваивать основные принципы игры, а также не смогут принимать обоснованные тактические решения.

Аналогично учащиеся не научатся игре, если она не будет иметь относительно эффективную структуру. Из сказанного ясно, что попутно основным дидактическим задачам данная структура занятия позволяет решить проблемы как с эмоциональной усталостью от однообразных упражнений, так и с общей мотивацией и спадом интереса к дальнейшему обучению. Характерно что, к примеру, в отечественных изданиях данная проблема обозначается применительно к спорту высших достижений (виды спорта на выносливость) и рассматривается исключительно как часть личных внутренних конфликтов мотивов спортсмена [23], не требующая пересмотра или изменений педагогических параметров подготовки, что в свою очередь повлияло бы на тренер-спортсмен отношения.

Исследования подхода основанного на игре

Термин «подход, основанный на игре» (Game Based Approaches) был принят многими учеными и практиками[24-25] в целях описания и консолидации ряда педагогических моделей, которые «фокусируются на игре, а не на деконтекстуализированных методах или навыках, позволяющих локализовать обучение в рамках модифицированных игр и делающих упор на вопросы, стимулирующие мышление и взаимодействие»[26].

Ссылаясь на существующие обзоры научной литературы, посвященной подходу, основанному на игре[27-29] и проведенные в период с 2006 по 2024 гг. можно составить перечень педагогических моделей, используемых в разных странах мира, которые отражают сходные, но при этом контекстуализированные под национальный колорит характеристики. Ниже в таблице приведены основные из них.

Таблица 1

Таблица Моделей подхода основанного на играх

Название модели, аббревиатура	**Страна**
Обучение пониманию игр (Teaching Games for Understanding - TGfU)	Англия
Понимание игры (Game Sense – GS)	Австралия
Игровая практика (Play Practice – PP)	Австралия
Модель тактических игр (the Tactical games approach - TGM)	США
Модель обучения принятию тактических решений (the Tactical-Decision Learning Model – TDLM)	Франция
Модель школы игры в мяч (the Ball School – BS)	Германия
Интегрированная технико-тактическая модель (Integrated Technique-Tactical Model - IT-TM)	Испания
Модель компетенций для игр с вторжением/нападение (the Invasion Game Competence Model – IGCM)	Португалия
Подход, основанный на игровых концепциях (the Games Concept Approach - GCA)	Сингапур

Цели развития учащихся и оценка достижений и результатов обучения

С момента появления рассматриваемого нами подхода серьезно расширился круг поднимаемых исследователями вопросов и сопутствующих им эмпирических исследований описывающих вопросы развития учащихся и результаты прогресса успеваемости.

Вопрос с научным обоснованием методов «подхода, основанного на играх» наилучшим образом демонстрируют положительные связи между аспектами игровой деятельности:

1) развитие профессионального самоопределения - развитие тактической осведомленности [30-35];

2) развитие личностного самоопределения - развитие мышления высокого порядка [36];

3) самореализация - улучшение тактической креативности [37-42].

Выводы

В заключение данного текста обратимся к доводам Харви и Лайт по мнению, которых и в западном сообществе тренеров существуют фундаментальные барьеры, препятствующие на практике внедрению «подхода, основанного на игре» и, соответственно, реализации ряда задач воспитания спортивной молодежи. Не смотря на доступность и многообразие обучающего материала, адресованного спортивным специалистам, для них все еще представляет определенные сложности процедура проектирования игровых заданий, анализ и гибкая корректировка прогресса. Зато дублирование и распространение в социальных сетях данного материала без обсуждения идей или их критики идет своим путем без четких ориентиров и пункта назначения.

И наконец, в работе с обучающимися тренера не охотно используют диалог и вопросы, продуцирующие или порождающие интеллектуальную поисковую активность подопечных [24]. Действительно, что в европейском менталитете, что в сфере практик с достаточно жесткими правилами и дисциплинарными ограничениями трудно уживаются дискурсы аналогичные по структуре дзен-буддиским вопросам, загадкам и метафорам. И тем не менее определенные успехи в этом направлении время от времени фиксируются обучающей литературе. Тоже самое можно сказать и про нелинейную педагогику с «подходом, основанном на ограничениях» [21], идейное вдохновение которого как будто проистекает из изнурительных и ухищренных тренировок азиатских монахов, в воспитании которых ментальная подготовка имела решающее значение.

В данном заявлении стоит обратить внимание на коммуникативную составляющую тренер-спортсмен отношений. Гипотетически коммуникационная стратегия,

стимулирующая поисковую активность спортсмена способна иметь эффекты, отражающиеся на стрессоустойчивости последнего.

Данное положение дел ставит перед исследователями несколько первоочередных целей, требующих педагогических решений по устранению опасений и предубеждений преподавателей и тренеров относительно подходов и практик, подходящих для мотивации и обучения учащихся при преподавании командных игр и видов спорта, с последующей реализацией через следующие задачи:

1) изучить существующие опросники, выявляющие и описывающие отношения тренеров к данным подходам и опыт их применения, а в случае необходимости, разработать таковые;

2) изучить и проанализировать методики оценки отношения спортсменов к педагогическим подходам в действующих системах тренировок;

3) изучить процедуры и инструменты измерения, оценивающие аспекты игровой деятельности: навыки принятия решений, понимание игры, и другие;

4) создать программу по внедрению педагогических «подходов, основанных на играх» в сотрудничестве с учителями физкультуры и тренерами.

Список литературы

1. https://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-28122021-n-3894-r-ob-utverzhdenii/
2. Kirk D (2005) Future prospects for teaching games for understanding. In: Griffin LL, Butler J (eds) Teaching Games for Understanding: Theory, Research and Practice. Champaign, IL: Human Kinetics, pp.213–226.
3. Carlson TB and Hastie PA (1997) The student social system within sport education. Journal of Teaching in Physical Education 16(2): 176–195.
4. Éducation physique et sportive [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89ducation_physique_et_sportive (дата обращения 31.03.2019)
5. Education physique et sportive (EPS) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://site.ac-martinique.fr/clgpetitmanoir/?page_id=752 (дата обращения 31.03.2019)

6. Boutin, G., «Influence de la psychologie humaniste sur l'éducation: le contexte nord-américain» (p. 75-87) dans Féger, R., Pédagogie et thérapie. Convergences des chemins, Sillery, Les Presses de l'université du Québec, 1991.
7. Gredler, M.E. (2009). *Learning and instruction: Theory into practice* (6th ed.). Pearson Education, Inc.
8. Chevrier, J. (2021). *Objets de savoir enseignés et styles d'enseignement déployés par des enseignants d'éducation physique et à la santé du secondaire lors de cours de sports collectifs* [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/18354
9. Vienneau, R. (2017). *Apprentissage et enseignement : Théories et pratiques*. (3e éd.). Gaëtan Morin Éditeur.
10. Jonnaert, P., Vander Borght, C., Defise, R., Debeurme, G. et Sinotte, S. (2008). *Créer des conditions d'apprentissage: Un cadre de référence socioconstructiviste pour une formation didactique des enseignants.* De Boeck Supérieur.
11. Light, R. (2008). Complex Learning Theory - Its Epistemology and Its Assumptions about Learning: Implications for Physical Education. *Journal of Teaching in Physical Education, 27*(1), 21-37. DOI: 10.1123/jtpe.27.1.21
12. Boutin, G. (2000). Le béhaviorisme et le constructivisme ou la guerre des paradigmes. *Québec français*, (119), 3-4.
13. Nadeau, L. (2001). *La validation d'un outil de mesure de la performance au hockey sur glace en situation réelle de match*. [thèse de doctorat, Université Laval]. CorpusUL. http://hdl.handle.net/20.500.11794/17777
14. Bayer, C. (1995). *L'enseignement des jeux sportifs collectifs* (4e éd.). Éditions Vigot.
15. Gréhaigne, J.-F. et Nadeau, L. (2015). L'enseignement et l'apprentissage de la tactique en sports collectifs : des précurseurs oubliés aux perspectives actuelles. *eJRIEPS*, *35*, 106-140.
16. Memmert, D. (2011). Sport and creativity. Dans M. A. Runco et S. R. Pritzker (dir.), *Encyclopedia of Creativity* (2e edition, vol. 2, p. 373-378). Academic Press.
17. Goodyear, V. et Dudley, D. (2015). I'm a Facilitator of Learning! Understanding What Teachers and Students Do Within Student-Centered Physical Education Models. *Quest, 67*(3), 274-289. DOI: 10.1080/00336297.2015.1051236
18. Zerai, Z., Gréhaigne, J.-F. et Godbout, P. (2021). Débat, conceptualisation et éducation physique et sportive. *eJRIEPS, 48*, 29-47. DOI: 10.4000/ejrieps.5642

19. Godbout, P. et Grehaigne, J.-F. (2022). Making Sense of Decision Making in Invasion Team Sports - A Teaching/Learning Perspective in Physical Education. *Athens Journal of Sports, 9*(2), 59-78.
20. Kirk, D. (2017, 16 juin). *Teaching Games in School Physical Education: Towards a pedagogical model.* The VI International Congress of Sports Games (VI CIJD), University of Porto, Porto, Portugal.
21. Chow JY, Davids K, Button C, Shuttleworth R, Renshaw I, Araujo D (2007) The role of nonlinear pedagogy in Physical Education. Review of Educational Research 77(3): 251–278.
22. Bunker, D. et Thorpe, R. (1982). A model for the teaching of games in the secondary school. *Bulletin of Physical Education, 17*(1), 5-8.
23. Психолого-педагогическое сопровождение двигательной подготовки спортсменов-единоборцев : монография / В. В. Козин, Ф. В. Салугин, М. В. Жуков, А. С. Кайсин ; Нац. гос. ун-т физ. культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, Ом. гос. мед. ун-т, ВА МТО им. генерала армии А. В. Хрулева (филиал, Омск). – Омск : Изд-во ОмГТУ, 2025. – 124 с. : ил. ISBN 978-5-8149-3899-2
24. Harvey, S., & Light, R. (2015). Questioning for learning in game based approaches to teaching and coaching. *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education,* DOI: 10.1080/18377122.2015.1051268
25. Light, R., Quay, J., Harvey, S., & Mooney, A. (2014). *Contemporary developments in games teaching*. London: Routledge.
26. Light, R., & Mooney, A. (2013). Introduction. In R. Light, J. Quay, S. Harvey, & A. Mooney (Eds.), *Contemporary developments in games teaching* (pp. 2–28). London: Routledge.
27. Oslin, J., & S. Mitchell. (2006). Game-Centred Approaches to Teaching Physical Education. In D. Kirk, D. MacDonald & M. O'Sullivan (Eds.), *The Handbook of Physical Education* (pp. 627– 651). London: Sage.
28. Harvey, S., & Jarrett, K. (2014(3). A review of game-centred approaches to teaching and coaching literature since 2006. *Physical Education and Sport Pedagogy, 19*(3), 278-300. DOI:10.1080/17408989.2012.754005

29. Stolz, S., & Pill, S. (2014). Teaching games and sport for understanding Exploring and reconsidering its relevance in physical education. *European Physical Education Review*, *20*(1), 36-71.
30. Bohler, H. (2009). Sixth-grade students, tactical understanding and decision making in a TGM volleyball unit. In T. Hopper, J. Butler & B. Story (Eds.), *TGfU…Simple Good Pedagogy: Understanding a Complex Challenge* (pp. 87-89). Ottowa, ON: PHE Canada.
31. Hastie, P., & Curtner-Smith, M. (2006). Influence of a hybrid sport education – teaching games for understanding unit on one teacher and his students. *Physical Education and Sport Pedagogy, 11*(1), 1–27.
32. Jones, C., & Farrow, D. (1999). The transfer of strategic knowledge: A test of the games classification curriculum model. *Bulletin of Physical Education, 9*, 41-45.
33. Lee & Ward, 2009; - (28)Lee, M.-H., & P. Ward. (2009). Generalization of tactics in tag rugby from practice to games in middle school physical education. *Physical Education and Sport Pedagogy 14*(2), 189–207.
34. Memmert, D., & Harvey, S. (2010). Identification of non-specific tactical tasks in invasion games. *Physical Education and Sport Pedagogy, 15*(3), 287–385.
35. Mitchell, S., & Oslin, J. (1999). An investigation of tactical transfer in net games. *European Journal of Physical Education, 4(2),* 162-172.
36. Diaz-Cueto, M., Hernandez-Alvarez, J., & Castejon, F. (2010). Teaching games for understanding to in-service physical education teachers: Rewards and Barriers Regarding the changing model of teaching sport. *Journal of Teaching in Physical Education, 29*(4), 378–398.
37. Greco, P., Memmert, D., & Morales, J. (2010). The effect of deliberate play on tactical performance in basketball. *Perceptual and Motor Skills, 110*, 849–856.
38. Memmert, D. (2006). Developing creative thinking in a gifted sport enrichment program and the crucial role of attention processes. *High Ability Studies, 17*(1), 101–115.
39. Memmert, D. (2007). Can creativity be improved by an attention-broadening training program? An exploratory study focusing on team sports. *Creativity Research Journal, 19*(2–3), 281–291.
40. Memmert, D., & Harvey, S. (2010). Identification of non-specific tactical tasks in invasion games. *Physical Education and Sport Pedagogy, 15*(3), 287–385.

41. Memmert, D., & Roth. K. (2007). The effects of non-specific and specific concepts on tactical creativity in team ball sports. *Journal of Sports Sciences, 25*(12), 1423–1432.
42. Rink, J.E., French, K.E., & Tjeerdsma, B.L. (1996). Foundations for the learning and instruction of sport and games. *Journal of Teaching in Physical Education, 15*, 399-417.

© Пономарева О.Н.

УДК 378.014.15

КОЛЛАБОРАЦИЯ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ НА МИКРОУРОВНЕ

Пономарева О.Н.[1]

[1] *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра клинической психологии и педагогики*

Резюме. Производство знаний и инноваций представляет собой достаточно затратный процесс, как в отношении ресурсов, так и времени. Поэтому деятельность университета и его партнеров должна следовать в сторону сотворчества и взаимной выгоде обоих сторон. Поэтому взаимодействие вуза, государства, бизнеса, научно-исследовательских организаций, академической науки и межвузовского сообщества на основе коллаборации является востребованным, своевременным и экономически обоснованным способом партнерских отношений. В результате такого взаимодействия университет не только увеличивает величину привлекаемых ресурсов, но и получает мультипликативный эффект от знаний, инноваций и научных исследований.

Ключевые слова: Университет, микросреда университета, коллаборация, партнеры.

COLLABORATION IN THE HIGHER EDUCATION SYSTEM AT THE MICRO LEVEL

Ponomareva O.N.[1]

[1] *Federal State Educational Institution of Higher Education «Ural State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation*

Summary. The production of knowledge and innovation is a rather costly process, both in terms of resources and time. Therefore, the activities of the university and its partners should be oriented towards co-creation and mutual benefit for both parties. Consequently, the interaction between the university, the state, businesses, research organizations, academic science, and the inter-university community based on collaboration is a relevant, timely, and economically justified way to build partnerships. As a result of such interaction,

the university not only increases the amount of resources it attracts but also gains a multiplier effect from knowledge, innovation, and scientific research.

Key words: university, university microenvironment, collaboration, partners.

Введение

Микросреда организации — это совокупность факторов, которые непосредственно взаимодействуют с организацией и оказывают прямое влияние на ее деятельность. Особенность микросреды заключается в том, что организация способна влиять на ее факторы и, следовательно, способна повысить эффективность реализации собственных функций.

Цель работы

Изучить формы коллаборации на микроуровне в системе высшего образования.

Материалы и методы

Университет реализует образовательную, научную, прикладную, коммуникативную и социально-экономические функции. Образовательная функция направлена на подготовку специалиста в соответствии с государственным стандартом; научная функция обеспечивает реализацию профессорско-преподавательского состава и студентов в различных отраслях науки; прикладная обеспечивает практическое их применение. Социально-экономическая воздействует на культурный и профессиональный уровень подготовки кадров; влияет на экономическое развитие (перспективу) региона (города). Коммуникативная функция обеспечивает взаимодействие различных структур внутри вуза, а также обеспечивает межвузовское общение, взаимодействие с бизнесом, научно-исследовательскими и другими организациями в области научно-образовательной и инновационной деятельности (см. таблицу 1).

Таблица 1

Угрозы и возможности микросреды, оказывающие влияние на эффективность реализации функций университета

Функции вуза	Возможности	Угрозы
Образовательная	1. Широкий спектр направлений подготовки кадров.	1. Разрыв между потребностями рынка труда и подготовкой специалиста.

	2. Многоуровневая реализация образовательных программ (бакалавриат, магистратура, специалитет, аспирантура, различные виды после вузовского обучения). 3. Функционирование дистанционного обучения. 4. Расширение взаимодействия между вузами, как внутри страны, так и на международном уровне. 5. Конкуренция внутри вуза и между вузами, включая международную, заставляет вуз внедрять новые образовательные технологии.	2. Рост конкуренции между вузами за сильного абитуриента и студента. 3. Несоответствие материально-технической базы уровню подготовки студентов. 4. Низкий уровень взаимодействия участников (вуз, бизнес, академическая наука), вовлеченных в образовательную деятельность вуза. 5. Высокий возраст ППС тормозит внедрение передовых образовательных технологий.
Научная	1. Различные направления научных исследований. 2. Увеличение финансирования (и других ресурсов) для реализации этой функции, как со стороны государства, так и самого вуза. 3. Повышение количества и качества мероприятий,	1. Несоответствие финансовой и материально-технической базы запросам научно-исследовательской деятельности. 2. Недостаточно высокая активность ППС и студентов вуза. 3. Низкая заинтересованность

	способствующих развитию вузовской науки (например, гранты, конференции, научные школы, вузовские научные общества и т.п.). 4. Расширение взаимодействия между вузами, как внутри страны, так и на международном уровне. 5. Конкуренция внутри вуза и между вузами, включая зарубежные, заставляет вуз работать на новых научных направлениях, что требует привлечения дополнительных ресурсов.	бизнеса в результатах вузовской науки. 4. Проблемы в продвижении результатов вузовской науки (нет рекламы, информационных сборников и т.п.). 5. Низкий уровень взаимодействия участников (вуз, государство, бизнес, академическая наука), вовлеченных в научную деятельность вуза.
Коммуникативная	1. Наличие различных видов взаимодействия вуза и других участников (например, конференции, выставки, конкурсы, симпозиумы и т.п.). 2. Государство создает благоприятные условия для различного вида партнерств, включая международные. 3. Высокая мобильность ППС и студентов.	1. Высокая мобильность способствует оттоку наиболее талантливых студентов и ППС в другие страны и (или) более сильные вузы. 2. Отсутствие системы стратегического партнерства. 3. Недостаточная мотивация у всех участников.
Прикладная	1. Государство создает благоприятные условия для	1. Низкая заинтересованность

	продвижения вузовских разработок. 2. Повышение количества и качества мероприятий, способствующих продвижению вузовских разработок. 3. Повышение мобильности студентов и ППС и информации о вузе повышает вероятность продвижения достижений вуза.	бизнеса в вузовских разработках. 2. Низкая финансовая и информационная составляющая. 3. Отсутствие специалистов, продвигающих на рынок вузовские разработки. 4. Недостаточное развитие механизмов поддержки малых предприятий вуза. 5. Недостаточное развитие механизмов поддержки инновационной инфраструктуры вуза.
Социально-экономическая	1. Поготовка специалистов согласно запросам экономики региона. 2. Удовлетворение запросов региона в области научных и инновационных разработок. 3. Выполняет роль научного и культурного центра подготовки человеческого капитала региона.	1. Разрыв между потребностями рынка труда региона и подготовкой специалиста. 2. Низкая заинтересованность бизнеса в вузовских разработках.

Данные таблицы свидетельствуют: снижение количества угроз способствует усилению позиции университета и повышению эффективности реализации его

функций. Существует два основных направления решения этой проблемы — это конкуренция и взаимодействие. Одним из инструментов партнерских отношений университета и других участников рынка знаний и инноваций может стать коллаборация. Автор статьи согласен с мнением Карпова А.О., который утверждает, что производство знаний и инноваций представляет собой процесс обмена, поэтому сотрудничество между вузами и внешними партнерами должно следовать в сторону сотворчества и взаимной выгоде обоих партнеров [4, с. 116]. Это создает благоприятные условия для взаимодействия университета с другими вузами, бизнесом, государством, научно-исследовательскими организациями, включая академическую науку.

Результаты и обсуждение

С позиции ресурсного подхода коллаборация — это организационное объединение, направленное на общую область исследования и (или) взаимодействия [6, с. 73]. Если подходить с позиции организационного и процессного подходов, то коллаборация — это высшая форма интерактивной кооперации, основанная на формальном и неформальном соглашении между автономными участниками [6, с. 74]. Коллаборация — это форма взаимодействия участников, которая способствует объединению их знаний, умений и компетенций для достижения общей цели. Целесообразность включения коллаборации, как одной из наиболее эффективной формы взаимодействия, в микросреду учреждений высшей школы объясняется несколькими причинами. Обозначим основные.

Во-первых, российская система высшего образования имеет отлаженную иерархическую организационную структуру, которая активно задействует вертикальные связи вуза. Эта структура оправдана, если необходимо решить стратегические или укрупненные цели, но ее недостаточно для решения более мелких и (или) тактических задач. Иерархические системы университетов необходимо дополнить нелинейными способами принятия управленческих решений. Для этого нужна группа единомышленников, как внутри вуза, так и за его пределами, которая, используя горизонтальные связи, реализует совместные ресурсы. Поэтому функционирование группы посредством коллаборации позволит решить эти проблемы.

Во-вторых, следует отметить тенденцию дальнейшего углубления ресурсного расслоения российских вузов, что выражается в концентрации лучших ППС, студентов

и ресурсов в небольшом количестве передовых вузов страны. Для системы высшего образования страны — это означает дальнейшее ослабление позиции региональных вузов, составляющих большинство учреждений высшей школы России. Следовательно, основная масса российских университетов не смогут обеспечить финансирование передовых исследовательских работ. Привлечение коллаборации позволит университету увеличить финансовые, материально-технические и иные ресурсы за счет объединения ресурсов участников - партнеров. Для партнеров университета — это возможность не только получить доступ к передовым знаниям и разработкам, но и прибыль.

С другой стороны, современная подготовка специалистов требует персонального подхода к научно-образовательному и инновационному процессам, но университет не имеет для этого достаточного количества ресурсов, поэтому вынужден работать с массовыми процессами. Партнерство вуза и других участников, вовлеченных (или причастных) в его деятельность на основе коллаборации, является не только одной из форм сглаживания ресурсного неравенства вуза, но и условием проведения университетом научно-исследовательской (инновационной) деятельности [1, 5].

В-третьих, функционирование вуза приобретает социально - экономическое значение только тогда, когда она интересна региональному и (или) национальному бизнесу. Следует признать, что сегодня университет для этого использует ограниченное количество апробированных форм партнерства (консорциум кластер и др.) [1, 5, 7]. Но несмотря на то, что вуз и бизнес преследует каждый свои цели, их может объединить одно - прибыль при производстве, продвижении и внедрении (коммерциализации) вузовских инноваций. Это обоснованно тем, что для продвижения и коммерциализации знаний и инноваций, вуз нуждается в проблемных областях, а бизнес - в новых товарах и технологиях [9, с. 86]. Их долгосрочное и взаимовыгодное содружество на основе коллаборации целесообразно, т.к. только бизнес имеет возможность обозначить вузу задачу, которая актуальна сегодня или продиктована текущим спросом на рынке [9, с86].

В-четвертых, если ранее для повышения эффективности реализации функций университета вузам предлагалось включаться в конкурентную борьбу, то сегодня общепринятым методом признается партнерство. Именно эта форма взаимодействия обеспечивает положительный тренд развития университета [2, с. 140]. Одной из форм партнерских отношений является коллаборация. В качестве доказательной базы

Дергачев П.В., Зиньковский К.В., Кравченко И.А., Семенова К.А. используют «эффект масштаба» и «экономию от разнообразия». Экономия от масштаба состоит в том, что университет за счет взаимодействия с другими участниками укрупняется и получает доступ к большому количеству ресурсов, что обеспечивает ему снижение издержек (от 30-50%) при разработке и продвижению знаний и инноваций [2, с. 137].

«Эффект экономии от разнообразия» — это ситуация, когда экономия затрат возникает в результате того, что организация производит товар совместно с кем-либо. Это является экономическим обоснованием интеграции университета и других участников научно-образовательного инновационного процессов на основе коллаборации [2, с. 138].

Выводы

Результаты исследования, представленные выше подтверждают, подтверждают гипотезу автора статьи о готовности микросреды университета к партнерству на основе коллаборации. Эта форма взаимодействия является для университета востребованной, своевременной и экономически обоснованной. В результате университет получает мультипликативный эффект от применения двух противоположных стратегий – исследования или использование знаний и инноваций [8, с. 23], т.к. эта совокупность обеспечивает поддержание баланса между новыми разработками, их внедрением и обучением [8, с. 24].

Коллаборция — это тренд современности, это объединение для обмена опытом и проведения проектов [3, с. 44]. Главный смысл коллаборации – это снижение участниками группы трансформационных и транзакционных издержек, повышение эффективности научно-технического прогресса [3, с. 42], в результате которого происходит интенсивное и экстенсивное развитие шестого технологического уклада [3, с. 41]. На микроуровне коллаборация воплощает конвергенцию интересов наиболее передовых субъектов рынка знаний, ищущих новаторские решения модернизации или трансформации состава и структуры производимых товаров или перехода к принципиально новым товарам [3, с. 39].

Список литературы

1. Анохова Е.В., Штыхно Д.А. Научно-образовательные коллаборации как инструмент повышения конкурентоспособности российских вузов //Открытое образование, 2021, Т.25, №2, с.4-14.

2. Дергачев П.В., Зиньковский К.В., Кравченко И.А., Семенова К.А. «Экономия масштаба или «экономика разнообразия»: на что опираться вузам в конкурентной борьбе // Университетское управление: практика и анализ, 2021, №25(1), с.131-141.
3. Иншаков О.В. Коллаборация как глобальная форма организации экономики знаний // Экономика региона, 2013, №3, с.38-45.
4. Карпов А.О. Университет 3.0-социальные миссии и реальность // Социологические исследования, 2017, №9, с.114-124.
5. Константинова Л.В., Титова Е.С., Петров А.М., Штыхно Д.А. О некоторых позитивных тенденциях развития вузовской науки в России на современном этапе // Высшее образование в России, 2024, Т.33, №4, с.101-122.
6. Коробкина Ю.Ш., Омельченко А.М. Научные коллаборации: определение, классификация характеристики // Экономика: вчера, сегодня, завтра, 2017, Т. 17, № 4, с.72-83.
7. Клячко Т.Л. Научные исследования в российских вузах; проблемы и региональные особенности // Вопросы теоретической экономики, 2025, №3, с.65-89.
8. Попов Е.В., Аксенова Т.В. Основные тренды управления знаниями // Университетское управление: практика и анализ, 2019, №23(3), с.14-29.
9. Усманов М.Р., Шушкин М.А., Назаров М.Г., Крылов П.А. Барьеры, препятствующие эффективному взаимодействию российских университетов и бизнеса // Университетское управление: практика и анализ, 2021, №25(1), с.83-93.

© Негодаева Е.В., Трухина А.С., Федоров А.А., Борзунова Ю.М.

УДК 615.8:616.7

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Е.В. Негодаева[1,2], А.С. Трухина[1], А.А. Федоров[1], Ю.М. Борзунова[1]

[1]ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

[2] ГАУЗ СО «СОКП Госпиталь для Ветеранов Войн», г. Екатеринбург

Резюме. В исследовании проведено сравнительное изучение эффективности воздействия физических упражнений на четырехглавую мышцу бедра и электростимуляции синусоидальными модулированными токами этой же мышцы при остеоартрите коленных суставов. Обе методики продемонстрировали высокую эффективность, способствовали улучшению функциональных показателей четырехглавой мышцы бедра. Так, после терапии наблюдалось статистически значимое уменьшение клинических проявлений заболевания и улучшение общего самочувствия пациентов.

Ключевые слова: реабилитация, физические упражнения, гонартроз, четырехглавая мышца бедра, электростимуляция, электронейромиография.

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF PHYSICAL METHODS IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Negodaeva E.V.[1,2], Trukhina A.S.[1], Fedorov A.A.[1], Borzunova Yu.M.[1]

[1]Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yekaterinburg

[2]Sverdlovsk Regional Clinical Psychoneurological Hospital for War Veterans, Yekaterinburg

Summary. The study conducted a comparative assessment of the effectiveness of physical exercises on the quadriceps femoris muscle and electrical stimulation with sinusoidal modulated currents of this muscle in patients with knee osteoarthritis. Both methods demonstrated high efficacy and contributed to the improvement of functional parameters of the quadriceps femoris muscle. After therapy using this technology, a statistically significant reduction in clinical manifestations of the disease and an improvement in the general well-being of patients were observed.

Keywords: rehabilitation, physical exercises, knee osteoarthritis, quadriceps femoris muscle, electrical stimulation, electroneuromyography.

Введение

Остеоартрит (ОА) является наиболее распространенным заболеванием суставов в мире. По оценкам 2020 года, его признаки наблюдаются у 15% населения планеты в возрасте старше 30 лет, а к 2050 году, согласно прогнозам, с этой патологией будут жить около 1 миллиарда человек [1]. Заболевание нередко сопровождается прогрессирующим течением и ранней потерей трудоспособности [2]. Ведущим клиническим симптомом является боль, которая обусловливает значительное ограничение двигательной активности пациентов с ОА коленных суставов (ОАКС), снижение качества жизни и может способствовать развитию депрессивных состояний [3]. Терапия ОА сопряжена с существенными прямыми и косвенными материальными затратами, что определяет её социально-экономическую значимость [4].

Физические методы лечения являются важным компонентом терапии ОАКС [1]. Дозированные умеренные физические нагрузки способствуют уменьшению болевого синдрома, улучшению функциональных показателей и увеличению амплитуды движений в поражённых суставах, что соответствует основным положениям клинических рекомендаций по остеоартриту [1, 5, 6]. Кроме того, физические упражнения не требуют значительных финансовых затрат и при активном участии пациента могут применяться длительно [2]. Следовательно, немедикаментозные методы являются обязательным компонентом профилактики и лечения ОА [1].

Эффективность лечебной физкультуры (ЛФК) при ОА подтверждена многочисленными исследованиями [5, 7]. Снижение мышечной силы и дисфункция мышц бедра рассматриваются как факторы риска развития ОАКС [3, 4, 8]. В этой связи оцениваются мышечная слабость, нарушения проприоцепции и индекс массы тела [9]. Четырехглавая мышца бедра выполняет основную стабилизирующую функцию коленного сустава. При гонартрозе её сила снижается на 60% и более [4].

Наряду с ЛФК в восстановительном лечении гонартроза применяются методы физиотерапии [1, 10]. Синусоидальные модулированные токи (СМТ) со стимулирующими параметрами индуцируют сокращение мышечных волокон [10]. Электростимуляция четырёхглавой мышцы бедра способствует увеличению опорной функции и редукции рефлекторно-болевого синдрома [10, 11]. Воздействие

переменным СМТ частотой 50 Гц генерирует нерегулярные сокращения, переходящие в ритмические [10]. Кроме того, электростимуляция активирует проприоцептивную афферентацию, что улучшает нейромышечный контроль и сенсомоторную интеграцию [10, 13, 14]. Индуцированная мышечная работа усиливает кровообращение в стимулируемой мышце и периартикулярных тканях, активируя обменные и трофические процессы [10, 12].

Цель работы

Сравнить эффективность воздействия лечебной физкультуры (специально разработанного комплекса) и электромиостимуляции синусоидальными модулированными токами при гонартрите на боль, амплитуду движений и функциональные показатели коленного сустава.

Дизайн научной работы

Рандомизированное сравнительное исследование.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 89 пациентов Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов войн с диагнозом ОАКС 1-3 стадии. Все больные по направлению лечащего врача были проконсультированы врачом ЛФК и физиотерапевтом.

Критерии включения: диагноз ОА коленных суставов 1-3 стадии (по международным рекомендациям); отсутствие общих противопоказаний к ЛФК и электролечению со стимулирующими параметрами; подострый период заболевания; информированное согласие пациентов.

Критерии исключения: 4 стадия ОАКС (рентгенологически подтверждённая); острая стадия (признаки экссудативного синовита).

Пациенты были рандомизированы в две группы. Длительность болевого синдрома у них была сопоставима (от 2 недель до 2 месяцев).

Группа «ЛФК» (45 чел.; 27 мужчин и 18 женщин; возраст 28-84 года) выполняла ежедневно комплекс упражнений для укрепления мышц, окружающих коленный сустав, с преимущественным воздействием на четырёхглавую мышцу бедра. Программа включала изометрические и изотонические упражнения. Занятия проводили малогрупповым методом (4-6 человек) с методистом ЛФК, продолжительность 25-35 минут, в конце – велотренажёр 2-3 минуты. Курс процедур составлял 3 недели.

Группа «СМТ» (44 пациента; 26 мужчин и 18 женщин; возраст 29-86 лет) получала электростимуляцию четырёхглавой мышцы бедра СМТ по разработанной авторами методике. Аппарат «Амплипульс 5», электроды располагали биполярно (двигательная точка прямой головки и дистальное сухожилие). Режим переменный (Р1), род работы «посылка-пауза» (РР2), частота модуляции 50 Гц, глубина модуляции 75-150%, соотношение 4/6 с, по 10 минут на конечность. Курс составлял 10 ежедневных процедур.

Методы обследования

До и после лечения использовали Оксфордскую шкалу для коленного сустава, индекс WOMAC (шкалы боли, скованности, физической функции), тест «Время прохождения 15 метров». Всем пациентам выполнена рентгенография коленных суставов. Функцию четырёхглавой мышцы бедра оценивали методом электронейромиографии (ЭНМГ) до и после курса на аппарате «Нейро-МВП-4» (ООО «Нейрософт», Россия) с компьютерной регистрацией и анализом данных: амплитуда М-ответа, скорость распространения возбуждения (СРВ) по бедренному нерву, а также методом поверхностной электромиографией (ПЭМГ).

Статистическая обработка

Полученные материалы обработаны с использованием пакета NCSS 2003, применялся двухвыборочный критерий Стьюдента. Различия считали значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

До лечения группы не различались по всем изученным показателям ($p>0,05$), что подтверждает адекватность рандомизации. Динамика тестов представлена в таблице 1.

Таблица 1. Оценка эффективности лечения пациентов с гонартрозом

Показатели	Группа ЛФК		Группа СМТ	
	до	после	до	после
Боль, баллы	10,7±0,27	15,1±0,26*	11,4±0,46	15,0±0,42*
Скованность, баллы	4,7±0,17	5,9±0,14*	4,5±0,29	6,2±0,23*
Физическая функция, баллы	33,9±0 ,78	45,9±0,9*	35,0±1,27	46,2±1,6*
WOMAC	46,2±1,05	60,1±1,08*	45,9±1,84	61,1±2,08*

(суммарный балл)				
Оксфодская шкала ((суммарный балл)	36,1±0,78	27,6±0,76*	35,7±1,2	27,7±1,42
Время прохождения15 м	31,0±0,58	24,8±0,61*	31,1±0,75	26,3±0,75

Примечание * – достоверные различия (p<0,05).

Как видно из представленных в таблице данных, сумма баллов по шкале «Боли» индекса WOMAC в группе «ЛФК» увеличилась на 4,4 балла (с 10,7 до 15,1 балла), а в группе «СМТ» – на 3,6 балла (с 11,4 до 15,0 балла); «Скованности» соответственно на 1,2 балла (с 4,7 до 5,9 балла) и на 1,7 балла (с 4,5 до 6,2 балла); «Физической функции» – на 12 (с 33,9 до 45,9 балла) и на 11,2 балла (с 35,0 до 46,2 балла). При сравнении после лечения этих групп значимых различий в конечных результатах не обнаружено (p>0,05). Нормализованное значение индекса WOMAC в группе «ЛФК» увеличилось с 46,2 до 60,1 балла (на 13,9), в группе «СМТ» – с 45,9 до 61,1 балла (на 15,2).

Сумма баллов по Оксфордской шкале для коленного сустава уменьшилась на 8,5 баллов (с 36,1 до 27,6 балла) в группе «ЛФК» и на 8,0 баллов (с 35,7 до 27,7 балла) в группе «СМТ».

По результатам теста «Время прохождения 15 метров» в первой группе время уменьшилось с 31,0 до 24,8 с (на 6,2 с), в группе «СМТ» – с 31,1 до 26,3 с (на 4,8 с). Это может свидетельствовать о большем влиянии физических упражнений на скорость ходьбы, вероятно, за счёт укрепления мышечного корсета и улучшения опорной функции.

Результаты электронейромиографии нижних конечностей представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты электронейромиографии в группах больных

Показатели	**ЛФК**		**СМТ**	
	до	**после**	**до**	**после**
М-ответ (мВ)	3,1±0,32	3,9±0,41*	3,2±0,41	4,1±0,23*
	3,0±0,30	3,9±0,26*	4,0±0,23	4,5±0,26

СРВ (м/с)	47,9±2,56	53,2±2,74*	47,7±2,75	53,0±2,4*
	46,9±1,97	52,8±2,03*	48,8±1,99	52,0±1,78
ПЭМГ (мкВ)	21,0±2,3	28,2±2,68*	19,8±1,26	24,6±2,16*
	25±3,03	37,5±3,49*	20,3±3,48	24,2±2,44

Примечание. В числителе – показатели прямой головки четырехглавой мышцы бедра, в знаменателе – показатели медиальной головки четырехглавой мышцы бедра, * – достоверные различия ($p<0,05$).

Из приведенных данных видно, что у больных в группе «ЛФК» после курса лечения отмечалась достоверная положительная динамика по всем мышечным группам ($p<0,05$). У больных группы «СМТ» статистически значимый эффект наблюдался по прямой головке четырехглавой мышцы бедра ($p<0,05$), а на медиальную головку предложенная методика не оказывает существенного влияния ($p>0,05$). Это объясняется расположением электродов на прямой головке четырехглавой мышцы бедра и стимуляцией преимущественно ее мышечных волокон.

Выводы

1. Обе предложенные методики – комплекс физических упражнений и электростимуляция четырёхглавой мышцы бедра СМТ – эффективны в восстановительном лечении ОАКС. Общая эффективность (суммарный балл динамики показателей был переведен в проценты) составила 73% в группе ЛФК и 72% в группе СМТ.
2. Методики способствуют уменьшению болевого синдрома, улучшению функциональных показателей и качества жизни пациентов.

Рекомендации

Для широкого применения в клинической практике рекомендуется:

- включать разработанный комплекс физических упражнений в программы реабилитации пациентов с гонартрозом (1-3 стадии) в подостром периоде;
- при невозможности активных занятий (выраженный болевой синдром, ограничение мобильности) применять курс электростимуляции СМТ.

Список литературы

1. Клинические рекомендации: Гонартроз (Остеоартрит коленного сустава) (ID: 868_1) / Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматологов-ортопедов

России, Общероссийская общественная организация «Ассоциация реабилитологов России». – М., 2024. – 112 с.

2. Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е. и др. Общие принципы лечения остеоартрита // Русский медицинский журнал. – 2019. – Т. 27, № 6. – С. 26-32.
3. Каратеев А.Е., Лила А.М., Насонов Е.Л. Остеоартрит: современная клиническая картина и подходы к терапии // Научно-практическая ревматология. – 2018. – Т. 56, № 4. – С. 476-484.
4. Зборовский А.Б., Мозговая Е.Э. Остеоартроз: проблема коморбидности // Клиническая медицина. – 2022. – Т. 100, № 2-3. – С. 97-103.
5. Ковлен Д.В., Абусева Г.Р. Физические методы реабилитации пациентов с остеоартритом: наукометрический анализ доказательных исследований // Травматология и ортопедия России. – 2020. – Т. 26, № 1. – С. 190-200.
6. Насонов Е.Л. Остеоартрит: новые направления терапии // Клиническая фармакология и терапия. – 2021. – Т. 30, № 1. – С. 56-63.
7. Макарова И.Н., Соколова Л.А. Сравнительная эффективность различных режимов физических нагрузок у больных гонартрозом // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2019. – Т. 96, № 5. – С. 24-30.
8. Аршин Е. В., Горшков Д. А., Радощёкин М. А., Хлынова О. В. Доклиническая стадия гонартроза. Перспективы ранней хондропротективной терапии // Уральский медицинский журнал. – 2025. – Т. 24, № 1. – С. 39-49.
9. Смирнов А.В., Морозов С.А. Роль проприоцептивной тренировки в комплексной реабилитации пациентов с гонартрозом // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2021. – № 4. – С. 23-29.
10. Иванов В.В., Петрова Т.С. Применение СМТ-терапии в комплексном лечении болевого синдрома при остеоартрите коленного сустава // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2022. – Т. 21, № 2. – С. 78-84.
11. Негодаева Е.В., Широков В.А., Исупов А.Б., Таланкина Н.З. Способ лечения остеоартрита: пат. 2008100482/14 Рос. Федерация. – Опубл. 05.11.2008.
12. Голубев Г.Ш., Данилова И.М. Восстановление функции коленного сустава при остеоартрите // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2020. – Т. 25, № 189. – С. 115-124.

13. Аль-Сабунчи А.Ю., Савченко В.М. Эффективность проприоцептивных упражнений при остеоартрите коленного сустава // Травматология и ортопедия России. – 2022. – Т. 28, № 4. – С. 112-119.
14. Якушин М.А., Карташов В.И. Применение электронейромиографии для оценки эффективности физической реабилитации при гонартрозе // Российский журнал биомеханики. – 2020. – Т. 24, № 3. – С. 312-320.

© Капшутарь М.А., Кальщикова Е.Е.

УДК 614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНО ДОСТУПНОЙ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Капшутарь М.А.[1], Кальщикова Е.Е.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской федерации

Резюме. В статье исследуется влияние псориаза на качество жизни пациентов, проживающих в сельской местности, на примере села Кашино Сысертского района Свердловской области. Акцент сделан на выявлении психосоциальных и бытовых факторов, снижающих уровень адаптации пациентов с хроническим дерматозом, а также на оценке информированности о профилактических мероприятиях.

Установлено, что 100% респондентов испытывают негативное влияние заболевания на трудовую и бытовую активность; 66% отметили регулярное ухудшение качества жизни; 100% сообщили о влиянии кожных проявлений на выбор одежды. Основным источником информации о профилактике для большинства является интернет (44%).

Полученные данные подтверждают значительное влияние псориаза на физическое и психоэмоциональное состояние пациентов и подчёркивают необходимость внедрения дополнительных программ в виде Школ здоровья для повышения уровня информированности и социальной адаптации.

Ключевые слова: псориаз, качество жизни, профилактика, Школа здоровья, пациенты, дерматоз.

ORGANIZATION OF A GEOGRAPHICALLY ACCESSIBLE HEALTH SCHOOL FOR PATIENTS WITH PSORIASIS IN PRIMARY HEALTH CARE SETTINGS IN RURAL AREAS

Kapshutar M.A.[1], Kalshchikova E.E.[1]

[1]Federal state-funded educational institution of the higher education «Ural state medical

university» of the Ministry of Health of the Russian Federation

Summary. The article examines the impact of psoriasis on the quality of life of patients living in rural areas, using the example of the village of Kashino, Sysertsky District, Sverdlovsk Region. The emphasis is on identifying psychosocial and everyday factors that reduce the level of adaptation of patients with chronic dermatosis, as well as on assessing awareness of preventive measures.

It was found that 100% of respondents experience a negative impact of the disease on work and everyday activity; 66% noted a regular deterioration in the quality of life; 100% reported the impact of skin manifestations on the choice of clothing. The main source of information on prevention for the majority is the Internet (44%).

The data obtained confirm the significant impact of psoriasis on the physical and psycho-emotional state of patients and emphasize the need to implement educational programs in the form of Health Schools to increase awareness and, social adaptation.

Key words: psoriasis, quality of life, prevention, School of Health, patients, dermatosis.

Введение

Заболеваемость псориазом на сегодняшний день представляет собой одну из наиболее остро стоящих медико-социальных проблем в здравоохранении. За последние десятилетия наблюдается устойчивый рост распространённости данного хронического дерматоза как в России, так и в мире. Такая тенденция обусловлена, с одной стороны, повышением диагностической настороженности медицинского персонала и улучшением методов регистрации кожной патологии, а с другой – реальным увеличением числа случаев заболевания. Согласно ряду эпидемиологических исследований, удельный вес данного заболевания среди всех хронических дерматозов продолжает расти, охватывая различные возрастные и социальные группы населения. Кроме того, псориаз характеризуется не только высокой распространённостью, но и значительным влиянием на физическое и психоэмоциональное состояние пациентов, что влечёт за собой выраженные ограничения в социальной адаптации, снижении трудоспособности и ухудшении качества жизни. Таким образом, проблема псориаза выходит далеко за рамки чисто дерматологического аспекта и требует комплексного междисциплинарного подхода в рамках системы организации общественного здравоохранения.

В контексте задач модернизации первичной медико-санитарной помощи особое

значение приобретает развитие профилактической и просветительской работы в учреждениях, оказывающих помощь в сельской местности – особенно в формате фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов) и амбулаторий. Формирование территориально доступных Школ здоровья при таких учреждениях позволяет реализовать принципы профилактической медицины, задекларированные в государственной политике охраны здоровья.

Псориаз представляет собой хроническое кожное заболевание с генетической предрасположенностью и рецидивирующим течением, в развитии которого традиционно выделяют три стадии: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую. В основе клинической картины лежат процессы усиленной пролиферации кератиноцитов, нарушения их дифференцировки, а также выраженные воспалительные изменения в кожи [8]. Характерным первичным элементом высыпаний является четко очерченная папула розоватого или красноватого оттенка, расположенная на фоне неизменённой кожи и покрытая рыхлыми, легко отслаивающимися серебристо-белыми чешуйками. По мере развития заболевания отдельные элементы могут сливаться, формируя более крупные бляшки различной формы и размеров [3]. Данное заболевание оказывает негативное влияние не только на физическое, но и психоэмоциональное состояние пациентов, снижая качество их жизни и уровень социальной адаптации.

Псориаз является мультифакториальным заболеванием, частота встречаемости которого колеблется от 0,1 до 5% в популяции, а в развитии данного дерматоза принимают участие как генетические, так и средовые факторы [9,10].

Этиология псориаза остаётся до конца неясной. Наиболее признана теория мультифакторного происхождения, в которой сочетаются генетическая предрасположенность, иммунные нарушения и экзогенные факторы (стресс, травмы кожи, инфекции, медикаменты, вредные привычки) [2].

Псориаз рассматривается как системное заболевание, ассоциированное с метаболическим синдромом, ожирением, сахарным диабетом, депрессией. Учитывая высокий уровень стигматизации и снижение социальной активности больных, важным становится не только лечение, но и комплексная поддержка.

К примеру, в Свердловской области каждый год фиксируется свыше 1,5 тысяч новых случаев псориаза. В структуре госпитализаций в Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Уральский научно-исследовательский институт

дерматовенерологии и иммунопатологии» на долю пациентов с различными формами псориаза в разные годы приходится от 19,8% до 42% случаев, при этом абсолютное количество госпитализированных увеличилось в 2,9 раза [4].

Первичная медико-санитарная помощь организована на основе территориально-участкового принципа, что предполагает закрепление населения за конкретной медицинской организацией. Данный принцип закреплен в статье 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Формирование государственной политики охраны и укрепления здоровья, здоровых и практически здоровых лиц является одной из приоритетных задач отечественной системы здравоохранения [6]. Главным принципом российского здравоохранения остается социально-профилактическое направление, реализация которого, в первую очередь, способствует сохранению здоровья населения [7].

Учитывая хроническое течение псориаза, его влияние на качество жизни и высокую частоту рецидивов, особую значимость приобретает не только медикаментозная терапия, но и внедрение немедикаментозных форм поддержки пациентов. Одной из таких форм является Школа здоровья.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Свердловской области Школа здоровья – это организационная форма группового консультирования, гигиенического обучения и воспитания, являющаяся комплексной медицинской профилактической услугой [5].

Мы разделяем мнение Алексеенко С. Н., который определил Школу для пациентов как совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленных на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни [1].

Цели Школ здоровья – это увеличение охвата, повышение доступности и качества лечебно-профилактической помощи населению; достижение максимальной эффективности лечения и реабилитации; первичная и вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний; повышение качества жизни пациента и его семьи. При достижении этих целей Школы здоровья обеспечивают качество профилактической помощи в амбулаторных медицинских организациях, что в свою очередь способствует снижению числа обращений по поводу обострений хронических

заболеваний, уменьшение числа госпитализаций, выходов на инвалидность, и самое главное снижение смертности населения.

Школы здоровья организуют и формируют по наличию определенного хронического неинфекционного заболевания и факторов риска его развития у пациентов.

Учет работы и отчетность по работе Школ Здоровья проводятся в соответствии с формами отчетности (приложение № 5 приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 23 сентября 2003 г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации»).

Школы здоровья создаются в медицинских учреждениях на основании приказа руководителя, который утверждает: положение о Школе здоровья, программу занятий, расписание работы, порядок и формы направления пациентов на обучение в Школе, ответственных за организацию и реализацию данного вида медицинских услуг, статистические формы для регистрации и учёта, а также закрепляет помещение для проведения занятий и перечень необходимого оборудования.

Цель работы

Проанализировать качество жизни пациентов с псориазом вне областного центра и разработать проект территориально доступной Школы здоровья.

Материалы и методы

Работа по оценке качества жизни пациентов с псориазом была проведена на базе фельдшерско-акушерского пункта села Кашино ГАУЗ СО «Сысертская ЦРБ». В исследование включались пациенты старше 18 лет, обоих полов, с установленным диагнозом «вульгарный псориаз». Диагностика проводилась с применением следующих методик:

1. Анкетирование – разработанная авторами анкета включала блоки по сбору социально-демографических данных, информации о трудовой занятости, повседневной активности, восприятии заболевания и уровне информированности о профилактике.

2. Стандартизированные опросники: Дерматологический индекс качества жизни (DLQI), который используется для оценки степени влияния псориаза на физическое, эмоциональное и социальное функционирование.

3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), применяемая для скрининга психоэмоционального состояния, оценки уровня тревожности и депрессии у пациентов

с хроническими дерматозами. Включает 14 пунктов, распределённых на подшкалы тревоги и депрессии.

В исследовании участвовали 9 респондентов – 5 женщин (55,56%) и 4 мужчины (44,44%) в возрасте от 18 до 76 лет.

Результаты и обсуждение

Для оценки социально-демографического профиля пациентов с псориазом был собран ряд ключевых характеристик, включая пол, возраст, семейное положение и уровень образования. Это позволило установить контекст для дальнейшей интерпретации влияния заболевания на качество жизни и поведение пациентов.

Среди респондентов преобладали лица в возрастной группе 25–44 лет (67%), средний возраст составил 39 лет. Более половины участников (55,56%) имели среднее профессиональное образование, 44,44% – высшее. Все участники являлись трудоустроенными, при этом 22,22% указали на частичную занятость, связанную, в том числе, с псориазом.

На следующем этапе были рассмотрены параметры трудовой активности, восприятие повседневной жизни и влияние псориаза на поведенческие и гигиенические привычки. Полученные данные позволяют судить о выраженности социального и функционального ограничения пациентов, обусловленного заболеванием.

Влияние заболевания на качество жизни отмечено у 100% респондентов: 45% указали на частое негативное воздействие псориаза, 33% – на периодическое, 11% – редкое, и ещё 11% – постоянное. Основными проблемами пациенты назвали ограничение трудовой и бытовой активности, дискомфорт, связанный с кожными проявлениями, и снижение самооценки.

Значимым фактором оказался эстетический дискомфорт: все участники (100%) отметили влияние псориаза на выбор одежды. При этом 56% респондентов часто стараются скрыть высыпания под одеждой, 22% – иногда, и по 11% – редко или всегда. Более половины участников (78%) сообщили о трудностях при трудоустройстве, связанных с наличием кожных проявлений.

Интересным оказался и вопрос информированности респондентов о профилактике. Особое внимание было уделено анализу источников, из которых пациенты черпают знания о контроле заболевания.

Источниками информации о профилактике чаще всего выступали интернет-ресурсы

(45%) и советы знакомых (33%), при этом только 22% респондентов получали информацию от медицинских работников, что подчёркивает необходимость усиления профилактической и просветительской работы на первичном уровне здравоохранения.

Оценка качества жизни производилась с помощью валидизированного опросника DLQI. Этот инструмент позволил количественно оценить степень влияния псориаза на повседневную активность, межличностные отношения и психологическое состояние участников исследования.

По данным DLQI, у 5 пациентов выявлено очень сильное влияние заболевания на качество жизни, у 2 – умеренное, у 1 – незначительное, у ещё одного – крайне сильное. Эти данные подтверждают, что субъективное восприятие тяжести заболевания может значительно отличаться от клинической картины и требует комплексного подхода.

Психоэмоциональное состояние респондентов оценивалось по шкале тревоги и депрессии HADS. Данный опросник используется для раннего выявления тревожно-депрессивных нарушений у соматических пациентов и демонстрирует высокую чувствительность при диагностике психосоматических расстройств.

Результаты HADS показали наличие тревожно-депрессивных проявлений у большинства пациентов, что коррелирует с высокими показателями DLQI и подчёркивает важность включения психологической поддержки в комплексную терапию псориаза.

Таким образом, исследование подтвердило выраженное негативное влияние псориаза на профессиональную, социальную и эмоциональную сферы жизни пациентов. Эти данные легли в основу разработки проекта территориально доступной Школы здоровья для пациентов с псориазом на базе ФАПа села Кашино.

Для повышения медицинской грамотности и формирования устойчивых навыков самоконтроля заболевания была разработана образовательная программа Школы здоровья, рассчитанная на пациентов с псориазом. Обучение проводится на базе ФАПа села Кашино, в условиях, максимально приближенных к месту проживания пациентов. Школа включает шесть тематических занятий, каждое из которых ориентировано на практическое освоение базовых знаний о заболевании, навыков ухода за кожей, принципов питания, психоэмоциональной саморегуляции и современных методов терапии.

В медицинской карте пациента, получающего амбулаторную медицинскую помощь (учетная форма 025/у, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 г. № 834), отражается информация об обучении пациента в Школе здоровья после завершения занятия, при этом для каждого пациента, прошедшего обучение, заполняется талон в соответствии с формой 025–1/у для учета амбулаторной медицинской помощи.

Сами занятия организуются в небольших группах, проходят в удобное для пациентов время и строятся в интерактивном формате, предполагающем активное участие слушателей. Такой подход способствует не только лучшему усвоению информации, но и снижает тревожность, формируя атмосферу взаимоподдержки и доверия. Тематический план Школы опирается на актуальные клинические рекомендации и может быть адаптирован под особенности локального контингента пациентов (см. табл.).

Таблица 1
План занятий Школы здоровья

№ занятия	Тема занятия	Краткое содержание	Цель занятия
1	Введение. Что такое псориаз?	Знакомство, цели курса, эпидемиология, факторы риска, анкета потребностей.	Установление контакта, мотивация, базовые знания о заболевании.
2	Уход за кожей и гигиена	Основы ухода за кожей и ногтями, разбор косметических средств.	Формирование навыков правильного ухода и гигиены.
3	Питание при псориазе	Режим питания, расчет ИМТ, ведение пищевого дневника.	Осознание роли питания в контроле симптомов псориаза.
4	Физическая активность и образ жизни	Подходящие виды спорта, профилактика травм, упражнения, дыхательная гимнастика.	Повышение физической активности и качества жизни.
5	Современное лечение псориаза	Обзор местной, физиотерапевтической и системной терапии, показания и ограничения.	Ознакомление с возможностями лечения.
6	Стресс и псориаз: психоэмоциональная поддержка	Влияние стресса, методы релаксации, дыхательные практики, групповая поддержка.	Формирование устойчивости к стрессу, снижение тревожности.

Таким образом, структурированная образовательная программа Школы здоровья для пациентов с псориазом, разработанная на основе клинических рекомендаций и результатов проведенного исследования, отвечает ключевым потребностям целевой аудитории. Каждое занятие сочетает в себе информационные и практические компоненты, направленные на повышение осведомленности пациентов, развитие навыков самоконтроля и улучшение качества жизни.

Комплексный подход, реализуемый в рамках Школы здоровья, позволяет пациентам не только получить актуальные знания о заболевании, но и научиться эффективно управлять его проявлениями, адаптироваться к социальной среде, снижать тревожность и повышать уверенность в себе. Кроме того, групповая форма работы формирует среду психологической поддержки и взаимопомощи, что особенно важно при хронических кожных заболеваниях, сопровождающихся социальной стигматизацией.

Представленные в работе результаты и разработанный учебный модуль могут быть использованы в практике учреждений первичного звена здравоохранения, в том числе в условиях сельских фельдшерско-акушерских пунктов, как инструмент повышения эффективности профилактической и просветительской деятельности среди пациентов с псориазом.

Выводы

Проведённое исследование подтвердило, что псориаз оказывает выраженное негативное влияние на различные аспекты жизни пациентов, особенно проживающих вне регионального центра. Заболевание снижает работоспособность, ограничивает бытовую активность и негативно влияет на психоэмоциональное состояние больных. Практически все респонденты отметили затруднения в социальной адаптации, выборе одежды и восприятии себя в обществе. Более половины участников исследования сталкивались с трудностями при трудоустройстве, что свидетельствует о сохраняющейся социальной стигматизации заболевания.

Низкий уровень информированности о профилактике псориаза, особенно со стороны медицинских работников, выявил дефицит доступных просветительских и поддерживающих форм работы с пациентами. Это подчёркивает необходимость внедрения эффективных немедикаментозных методов помощи, направленных на повышение качества жизни и уровня самоконтроля при хроническом дерматозе.

В данной связи особую актуальность приобретает разработка и реализация

территориально доступных Школ здоровья для пациентов с псориазом. Такие программы могут способствовать повышению мотивации к лечению, укреплению психологической устойчивости и снижению социальной изоляции больных. В условиях отсутствия подобных инициатив в ряде регионов, в том числе в Свердловской области, данное направление требует особого внимания со стороны системы здравоохранения.

Список литературы

1. Алексеенко, С. Н. Профилактика заболеваний / С. Н. Алексеенко, Е. В. Дробот. – Москва: Академия Естествознания, 2015. – 245 с.
2. Барцевич, И. Г. Оценка течения псориаза у пациентов с признаками метаболических нарушений // Журнал ГрГМУ. – 2014. – № 1 (45). – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-techeniya-psoriaza-u-patsientov-s-priznakami-metabolicheskih-narusheniy.
3. Заславский, Д. В. Псориаз: из кожи вон рациональный подход к патогенетической терапии псориаза у подростков: современный взгляд на проблему / Д. В. Заславский, Д. В. Павленко // StatusPraesens. Педиатрия и неонатология. – 2018. – № 3(50). – С. 64-71. – EDN ZISSRF.
4. Кунгуров, Н. В. Клинический опыт применения препарата иксекизумаб в терапии пациентки с тяжелым псориазом и псориатическим артритом, резистентными к терапии / Н. В. Кунгуров, Ю. В. Кениксфест, Е. В. Гришаева и др. // Лечащий врач. – 2020. – № 5. – С. 42–47.
5. Об организации Школ здоровья в лечебно-профилактических учреждениях Свердловской области: Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 19.03.2012 № 250-п // КонсультантПлюс: официальный интернет-портал – URL: https://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi?req=doc&base=RLAW071&n=183331#1JMBEaUwuBrNb2Lf (дата обращения: 22.07.2025).
6. Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации: Приказ Министерства здравоохранения России от 21.03.2003 № 113 // Гарант: официальный интернет-портал. – URL: https://base.garant.ru/4179107/ (дата обращения – 20.07.2025).

7. Организация работы «школ здоровья» (на примере ГБУЗ «Городская поликлиника № 5 ДЗМ») / С. Н. Браун, А. В. Погонин, К. М. Петросян, А. А. Тяжельников // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 6. – С. 30–33.
8. Терлецкий, О. В., Разнатовский, К. И., Григорьев, Г. И. Псориаз. Руководство по диагностике и терапии разных форм псориаза и псоритического артрита: монография / О. В. Терлецкий, К. И. Разнатовский, Г. И. Григорьев. – Санкт-Петербург: ДЕАН, 2014. – 486 с.
9. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol, 2013; 133(2): 377–85.
10. Tsai T-F, Wang T-S, Hung S-T, Tsai PI-C, Schenkel B, Zhang M [et al.]. Epidemiology and comorbidities of psoriasis patients in a national database in Taiwan. J Dermatol Sci. 2011; 63(1): 40–6.

© Устинов А.Л., Кулакова Е.А.

УДК 614.253, 614.254

САНИТАРНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КРЫМСКОЙ ВОЙНЫ (1853-1856): ФОРМИРОВАНИЕ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ И ОБЩЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Устинов А.Л.[1], Кулакова Е.А.[1]

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

Резюме. В статье анализируются санитарные последствия Крымской войны 1853-1856 гг. как поворотного момента в истории военной и общественной медицины. На основе анализа исторических источников, статистических данных и научной литературы показана, что впервые в истории вооруженных конфликтов потери от болезней (холера, тиф, цинга) многократно превысили боевые потери, что стимулировало кардиальную реорганизацию военно-медицинской службы. Особое внимание уделяется деятельность Н.И. Пирогова, который заложил основы военно-полевой хирургии: медицинскую сортировку, применение гипсовой повязки, эфирный наркоз в полевых условиях, создание системы подготовки военных врачей и использование труда сестер милосердия. Рассматривается зарождение института сестер милосердия (Крестовоздвиженская община) как прообраза современного сестринского дела в России, а также деятельность Ф. Найтингейл в британской армии. Делается вывод, что Крымская война стала катализатором реформ военной медицины, принципы которой легли в основу современной военно-полевой хирургии и медицины катастроф.

Ключевые слова: Крымская война, военно-полевая хирургия, Н.И. Пирогов, медицинская сортировка, сестры милосердия, санитарные потери, общественная медицина.

SANITARY CONSEQUENCES OF THE CRIMEAN WAR (1853-1856): FORMATION OF MILITARY FIELD SURGERY AND PUBLIC MEDICINE

Ustinov A.L.[1], Kulakova E.A.[1]

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

Summary. The article analyzes the sanitary consequences of the Crimean War of 1853-1856 as a turning point in the history of military and public medicine. Based on the analysis of historical sources, statistical data, and scientific literature, it is shown that for the first time in the history of armed conflicts, the losses from diseases (cholera, typhus, and scurvy) exceeded the combat losses many times, which prompted a radical reorganization of the military medical service. Special attention is paid to the activities of N.I. Pirogov, who laid the foundations of military field surgery: medical sorting, the use of plaster casts, ether anesthesia in the field, the creation of a system for training military doctors, and the use of the work of nurses. The article examines the emergence of the institution of nurses (the Krestovozdvizhenskaya Community) as a prototype of modern nursing in Russia, as well as the activities of Florence Nightingale in the British army. It is concluded that the Crimean War was a catalyst for the reforms of military medicine, the principles of which formed the basis of modern military field surgery and disaster medicine.

Key words: Crimean War, military field surgery, N.I. Pirogov, medical sorting, nurses, sanitary losses, public medicine.

Введение

Крымская война 1853-1856 гг. занимает особое место в истории военной медицины не столько своими боевыми действиями, сколько беспрецедентными по масштабу санитарными потерями. Впервые в вооруженных конфликтах нового времени смертность от болезней в 2–4 раза превысила боевые потери, что поставило под вопрос сами способность армий противостоять не столько вражескому оружию, сколько внутрилагерной антисанитарии.

Принципы военно-полевой хирургии, разработанные Н.И. Пироговым во время обороны Севастополя – медицинская сортировка, эфирный наркоз в полевых условиях, гипсовая повязка, – остаются основой современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск и медицины катастроф. Анализ их генезиса позволяет лучше понять логику развития военно-медицинской помощи в экстремальных условиях.

Цель работы

Целью настоящего исследования является комплексный анализ санитарных последствий Крымской войны 1853-1856 гг. и их влияния на формирование военно-полевой хирургии как научной дисциплины, а также на развитие общественной медицины и института сестринского дела.

Задачи:

- ✓ проанализировать масштабы и структуру санитарных потерь в армиях-участницах Крымской войны;
- ✓ выявить основные причины высокой заболеваемости и смертности в период кампании;
- ✓ изучить вклад Н.И. Пирогова в развитие военно-полевой хирургии: медицинскую сортировку, гипсовую повязку, эфирный наркоз, топографическую анатомию;
- ✓ рассмотреть процесс зарождения института сестер милосердия в России и провести сравнительный анализ с деятельностью Найтингейл в британской армии.

Материалы и методы

Исследование базируется на анализе четырех групп источников.

Первая группа – труды и мемуары Н.И. Пирогова «Начала общей военно-полевой хирургии»; «Вопросы жизни. Дневник старого врача»; «Отчет о хирургических пособиях, оказанных раненым во время осады и занятия укрепления Салты» [5, с. 45-67].

Вторая группа – официальные документы военно-медицинской службы: отчеты медицинского департамента, статистические сводки о потерях, данные о работе госпиталей, материалы, опубликованные в «Военно-медицинском журнале» в 1847-1856 гг. [6, с. 55-64].

Третья группа – труды зарубежных исследований и участников событий: отчет главного врача французской армии Жан-Шарля Шеню «Отчет армейского медицинского совета по результатам работы врачей и госпиталей в Восточной войне 1854-1856 годов».

Четвертая группа – современная историко-медицинская литература: монография и статьи российских и зарубежных авторов, включая работы Ю.А. Наумовой, И.М.

Самохвалова, Т.С. Сорокиной, а также публикации в «Военно-медицинском журнале» и «Вестнике Московского университета» [20, с. 412-425].

Работа базируется на следующих методах:

- ✓ Историко-генетический метод – для прослеживания эволюции военно-медицинской службы в период Крымской войны.
- ✓ Сравнительно-сопоставительный анализ – для сопоставления санитарных потерь в разных армиях, а также для сравнения деятельности Н.И. Пирогова и Ф. Найтингейл.
- ✓ Системный подход - при анализе количественной оценки масштабов санитарных потерь и соотношения боевых и небоевых потерь.

Результаты и обсуждение

В результате анализа статистических данных были получены следующие показатели санитарный потерь в армиях-участницах Крымской войны (см. Таблица 1):

- ✓ Русская армия: соотношение убитых и умерших от ран к умершим от болезней составило 100: 219. Болезни уносили в 2,2 раза больше жизней, чем непосредственные боевые действия.
- ✓ Французская армия: соотношение – 100:373. По данным главного военного врача французской армии из 95 000 французских солдат, умерших под Севастополем, 75 000 погибли от болезней и лишь 20 000 - в бою.
- ✓ Британская армия: соотношение – 100:382. Из 40 500 общих потерь только 7 357 были боевыми, остальные – санитарные.

Таблица 1

Сравнительная характеристика санитарных потерь в армиях -участницах Крымской войны [19, с.98-105]

Показатель	**Русс. армия**	**Франц. армия**	**Брит. армия**
Соотношение боевых и санитарных потерь	100:219	100:373	100:382

Превышение санитарных потерь над боевыми	В 2,2 раза	В 3,7 раза	В 3,8 раза
Основные причины смерти	Тиф, цинга, холера	Холера, тиф	Холера, дизентирия
Летальность среди госпитализированных	~ 27% (тиф)	~45% (холера)	До 42% (начальный период)
Ключевой фактор снижения смертности	Деятельность Пирогова	Реорганизация к концу войны	Деятельность Найтингейл

Сравнение с предшествующими войнами: в русско-турецкую войну (1828-1829гг.) соотношение потерь достигло 100:550, что было еще более катастрофическим. Таким образом, Крымская война, несмотря на все ее санитарные проблемы, обозначила начало позитивных изменений.

Структура инфекционной заболеваемости:

Анализ заболеваемости позволил выявить следующие основные нозологические формы:

1. Холера – наиболее смертоносная инфекция (летальность до 45%). Вспышки отмечены в 1855 году.
2. Сыпной и брюшной тиф – летальность около 27,6%
3. Цинга – связана с дефицитом витамина С, отмечено 13241 случай.
4. Дизентерия и диарея – повсеместно распространены в летний период [19, с.112-119].

Вклад Н.И. Пирогова в военно-полевую хирургию:

В результате анализа трудов и практической деятельности Пирогова были выделены следующие ключевые нововведения:

1. Медицинская сортировка – разделение раненых на 5 категорий в зависимости от тяжести состояния и срочности помощи
2. Гипсовая повязка – обеспечение надежной иммобилизации конечностей при переломах и ранениях.

3. Эфирный наркоз – первое в истории применение в полевых условиях
4. Топографическая анатомия – метод «ледяной анатомии» (распилы замороженных трупов)
5. Подготовка кадров – создание системы обучения военных врачей [2, с.34-57/ 3, с.12-29/22, с.6-8].

Зарождение института сестер милосердия

Крестовоздвиженская община было создана 25 октября в 1854 г. По инициативе великой княгине Елены Павловны. В составе общины было 163 сестры, разделенные на три категории: перевязывающие, аптекарши, хозяйки.

Сравнение деятельности Н.И. Пирогова и Ф. Найтингейл приведена в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительный анализ деятельности Н.И. Пирогова и Ф. Найтингейл в Крымскую войну [23, с.5-9; 9, с.41-55].

Критерий сравнения	**Н.И. Пирогов**	**Ф. Найтингейл**
Страна	Россия	Великобритания
Профессия	Хирургия, анатом, профессор	Медсестра, организатор здравоохранения
Место работы	Осажденный Севастополь	Госпитали в Скутари и Крым
Основные достижения	Медицинская сортировка, гипсовая повязка, эфирный наркоз, топографическая анатомия	Организация системного ухода, снижение смертности с 42% до 2,2%, санитарные реформы
Организация женского ухода	Руководил Крестовоздвиженской общиной сестер милосердия	Руководила отрядом из 38 сестер милосердия
Послевоенная деятельность	«Начало общей военно-полевой	Реформа военной медицины

	хирургии», подготовка врачей	Великобритании, создание школы сестер милосердия
Международное признание	Признан основоположником военно-полевой хирургии в России и Европе	Всемирно известна, как «Леди со светильников», основательница современного сестринского дела
Общее	Оба внедрили принципы гигиены и санитарии, оба создали системы подготовки кадров, оба столкнулись с одинаковыми проблемами (антисанитария, нехватка персонала, высокая смертность)	

Полученные в ходе исследования результаты позволяют сформулировать несколько положений, требующих дополнительного осмысления.

Первое положение. Крымская война создала уникальную ситуацию, когда военно-медицинская практика на несколько десятилетий обогнала теоретическую медицину. Сортировка раненых и системный уход были внедрены Пироговым и Найтингейл эмпирически, задолго до того, как микробиология объяснила природу инфекций. Это говорит о том, что военный опыт может выступать мощным драйвером медицинского прогресса.

Второе положение. Деятельность Пирогова Ставит важный историографический вопрос: почему его вклад в мировую медицину на Западе известен меньше, чем вклад Найтингейл? Ответ связан с геополитическим контекстом: Россия проиграла войну, и ее достижения долгое время замалчивались в западной историографии. Кроме того, труды Пирогова были опубликованы на русском и немецком языках, но не на английском. Однако объективный анализ показывает, что Пирогова не уступал, а в ряде аспектов опережал западных коллег.

Третье положение. Институт сестер милосердия стал прообразом современного сестринского дела. Однако эволюция этой профессии в России и на Западе пошла разными путями. В англосаксонском мире сестринское дело рано стало

академической дисциплиной, тогда как в России долгое время сохранялся «общинный» характер с сильным влиянием церкви. Это различие требует отдельного сравнительного исследования.

Четвертое положение. Уроки Крымской войны для гражданского здравоохранения оказались не менее важными, чем для военного. Понимание роли санитарных условий (чистота, вентиляция, качественная вода) в предотвращении инфекций стимулировало развитие общественной медицины и гигиены.

Пятое положение. Актуальность опыта Крымской войны для современной военной медицины остается высокой. Принципы медицинской сортировки, разработанные Пироговым, лежат в основе современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск и применяются в современных вооруженных конфликтах.

Сравним соотношение санитарных потерь к боевым потерям в Крымской войне и более поздних военных конфликтах (см. Таблица 3).

Таблица 3

Сравнение санитарных потерь в Крымской войне и более поздних конфликтах [19, с.98-105; 21, с.87-91]

Конфликт	**Соотношение санитарных/ боевых потерь**	**Основные причины санитарных потерь**
Крымская война (1853-1856)	2,2-3,8:1	Холера, тиф, цинга, дизентерия
Русско-турецкая война (1877-1878)	1,5-2:1	Тиф, дизентерия
Первая мировая война (1914-1918)	0,8-1,2:1	Испанка, тиф
Современные конфликты (XXI в.)	0,2-0,5:1	Преимущественно боевые травмы (благодаря вакцинам и антибиотикам)

Выводы

Крымская война 1853-1856 гг. Стала поворотным пунктом в истории военной и общественной медицины. Основные выводы исследования:

1. Масштаб санитарных потерь (в 2-4 раза выше боевых) впервые продемонстрировал, что организация медицинской службы является критическим фактором боеспособности армии.
2. Н.И. Пирогов по праву считается основоположником военно-полевой хирургии. Его вклад включает: медицинскую сортировку, гипсовую повязку, эфирный наркоз в полевых условиях, топографическую анатомию, подготовку военных врачей.
3. Крестовоздвиженская община сестер милосердия стала прообразом современного сестринского дела в России.
4. Флоренс Найтингейл параллельно с Пироговым провела реформу военно-медицинской службы Великобритании и создала систему профессионального сестринского образования.
5. Принцип, разработанные в Пироговым, легли в основу военно-полевой хирургии XX-XXI вв. и медицины катастроф.

Список литературы

1. Пирогов Н.И. Вопросы жизни. Дневник старого врача. В кн.: Пирогов Н.И. собрание сочинений. Т.8. – М.: Медгиз, 1962.
2. Пирогов Н.И. Начала общей военно-полевой хирургии, ч. 1. В кн.: Пирогов Н.И. Собрание сочинений. Т. 5. – М.: Медгиз, 1961
3. Пирогов Н.И. Начала общей военно-полевой хирургии, ч.2. В кн.: Пирогов Н.И. Собрание сочинений. Т.6. – М.: Медгиз, 1961.
4. Пирогов Н.И. Отчет о путешествии по Кавказу. В кн.: Пирогов Н.И. Собрание сочинений. Т. 3. – М.: Медгиз, 1959.
5. Пирогов Н.И. Налепная алебастровая повязка в лечении простых и сложных переломов и для транспорта раненых на поле сражения. В кн.: Пирогов Н.И. Собрание сочинений. Т. 3. — М.: Медгиз, 1959.
6. Пирогов Н.И. Отчет о хирургических пособиях, оказанных раненым во время осады и занятия укрепления Салты // Военно-медицинский журнал. — 1847. — Т. 50. — № 1.

7. Пирогов Н.И. Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-1878 гг. В кн.: Пирогов Н.И. Собрание сочинений. Т. 7. — М.: Медгиз, 1960.
8. Пирогов Н.И. Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 году. В кн.: Пирогов Н.И. Собрание сочинений. Т. 7. — М.: Медгиз, 1960.
9. Найтингейл Ф. Заметки о госпиталях / пер. с англ. — Лондон, 1859 (рус. пер. — М., 2005).
10. Найтингейл Ф. Как нужно ухаживать за больными / пер. с англ. — Лондон, 1860 (рус. пер. — М., 2005).
11. Наумова Ю.А. Ранение, болезнь и смерть: русская медицинская служба в Крымскую войну 1853-1856 гг. — М.: Модест Колеров, 2010. — 317 с.
12. Наумова Ю.А. Санитарно-медицинские средства и потери русской армии в Крымскую войну 1853-1856 гг. // Вестник Московского университета. Серия 8, История. — 2006. — № 5. — С. 3–23.
13. Самохвалов И.М., Рева В.А. Военно-полевой хирург Н.И. Пирогов // Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. — 2020. — Т. 15. — № 3 (часть 1). — DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.22.19.004.
14. Геселевич А.М., Смирнов Е.И. Николай Иванович Пирогов. — М.: Медгиз, 1960. — 177 с.
15. Нечаев Э.А., Брюсов П.Г., Ерюхин И.А. Квалифицированная и специализированная хирургическая помощь в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых // Военно-медицинский журнал. — 1993. — № 1. — С. 17–21.
16. Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Ефименко Н.А., Трусов А.А. Хирургическая помощь раненым в вооруженном конфликте: организация и содержание специализированной хирургической помощи // Военно-медицинский журнал. — 1999. — № 10. — С. 30–36.
17. Самохвалов И.М. Проблемы оказания хирургической помощи раненым в современной войне: хирургическая помощь на этапах медицинской эвакуации // Военно-медицинский журнал. — 2012. — №12. — С. 4–11.
18. Оппель В.А. Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии. — Петроград: Государственная типография, 1917. — 130 с.

19. Георгиевский А.С. Русская военная медицина в Крымскую войну 1853–1856 гг. — СПб., 1904.
20. Сорокина Т.С. История медицины. — М.: Академия, 2018.
21. Мирский М.Б. Медицина России в войнах XIX – начала XX века. — М.: Наука, 1996.
22. Шевченко Ю.Л., Козовенко М.Н. Н.И. Пирогов — основоположник военно-полевой хирургии // Военно-медицинский журнал. — 2010. — № 5. — С. 4–10.
23. Пирогова Т.Н. Н.И. Пирогов в Крымскую войну // Хирургия. — 1955. — № 11. — С. 3–15.
24. Махов С. На страже солдатского здоровья // Альтернативная История. — 2021. — 26 апреля.
25. Buchholtz A. Ernst von Bergmann. — Berlin, 1913.
26. Szul AC, editor. Emergency war surgery. 3rd ed. — Washington: US Government Printing Off, 2004.
27. Eastridge BJ, Jenkins D, Flaherty S, et al. Trauma system development in a theater of war: experiences from Operation Iraqi Freedom and Operation Enduring Freedom // J Trauma. — 2006. — 61(6). — P. 1366–1373.
28. Крестовоздвиженская община сестёр милосердия // Википедия.
29. Флоренс Найтингейл, первая в мире английская сестра милосердия, в Балаклаве // — 2018. — 4 июля.
30. Санитарные потери при обороне Севастополя в Крымской войне 1853-1855 гг. // Oboznik. — 2019. — 17 мая.

© Устинов А.Л., Дудинская М.А.

УДК 615.12, 93/94

АПТЕКАРСКИЙ ПРИКАЗ: ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ

Устинов А.Л.[1], Дудинская М.А.[1]

[1]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, Екатеринбург, Россия

Резюме. Изучение истории Аптекарского приказа необходимо для понимания становления государственного управления системой здравоохранения в России. Цель работы: на основе анализа данных литературы проследить процесс становления и развития Аптекарского приказа как первого органа государственного управления медицинским и фармацевтическим делом в России. Материалы и методы. Проведён литературный поиск в Научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU за 2016–2026 гг., полученная информация систематизирована по 4 блокам: предпосылки создания и дискуссия о дате учреждения; структура, руководство и кадровый состав; основные направления деятельности и эволюция функций; преобразования петровского времени. Результаты. Приказ учрежден в конце XVI в. – начале XVII в., точная дата дискуссионна (1581, 1620 или 1632 гг.). Структура включала докторов, лекарей, аптекарей, переводчиков, учеников и большой штат вспомогательного хозяйственного персонала; на начальном этапе преобладали иностранные специалисты, со второй половины XVII в. появляются русские лекари. Основные функции приказа — это лекарственное обеспечение двора и армии, профилактические и противоэпидемические мероприятия, судебно-медицинская экспертиза, организация сбора лекарственного сырья, контроль за оборотом и применением различных лекарственных средств, подготовка кадров в первой медицинской школе. При Петре I приказ был преобразован в Медицинскую канцелярию. Заключение. Аптекарский приказ заложил институциональные и правовые основы отечественной системы здравоохранения, предопределив вектор ее дальнейшего развития.

Ключевые слова: Аптекарский приказ, медицинское и фармацевтическое дело, становление, развитие

APOTHECARY'S ORDER: THE HISTORY OF ITS FORMATION AND DEVELOPMENT

Ustinov A.L.[1], Dudinskaya M.A.[1]

[1]Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Yekaterinburg, Russia

Summary. Studying the history of the Pharmacy Order is necessary to understand the formation of public administration of the healthcare system in Russia. The purpose of the work is to trace the process of formation and development of the Pharmacy Order as the first state management body for medical and pharmaceutical business in Russia based on the analysis of literature data. Materials and methods. A literary search was conducted in the Scientific Electronic Library (eLIBRARY.RU) for 2016-2026, the information received was systematized into 4 blocks: prerequisites for creation and discussion about the date of establishment; structure, management and personnel; main areas of activity and evolution of functions; transformations of Petrovsky time. Results. The order was established in the late 16th century – early 17th century, the exact date is debatable (1581, 1620 or 1632). The structure included doctors, doctors, pharmacists, translators, students and a large staff of auxiliary economic staff; at the initial stage, foreign specialists prevailed, Russian doctors appeared from the second half of the 17th century. The main functions of the order are the provision of medicines to the court and the army, preventive and anti-epidemic measures, forensic medical examination, organization of collection of medicinal raw materials, control over the turnover and use of various medicines, and training at the first medical school. Under Peter the Great, the order was transformed into a Medical office. Conclusion. The Pharmacy Order laid the institutional and legal foundations of the national healthcare system, determining the vector of its further development.

Key words: Pharmacy order, medical and pharmaceutical business, formation, development

Введение

Изучение исторических основ государственного управления системой здравоохранения в России сохраняет высокую научную и практическую значимость в условиях трансформации медицинской и фармацевтической отрасли на современном этапе, поиска оптимальных управленческих моделей и укрепления преемственности

отечественной системы охраны здоровья. Обращение к опыту создания первых управленческих структур в сфере здравоохранения позволяет не только ретроспективно оценить становление и развитие нормативно-правовой базы, но и выявить устойчивые механизмы взаимодействия государства, профессионального сообщества и населения в сфере медицинского обеспечения.

В этом контексте особую актуальность имеет анализ исторических аспектов и направлений деятельности Аптекарского приказа – первого административного органа, который руководил медицинским и аптечным делом в России [1,2]. Несмотря на значительный объём архивных документов и историографических работ, многие вопросы деятельности приказа, развития его компетенций и функций в зависимости от политических и социально-экономических обстоятельств, а также прямое влияние на последующее развитие медицинских и фармацевтических организаций в стране остаются предметом научных дискуссий. Систематизация этих данных необходима для объективной оценки роли приказа в становлении национальной системы здравоохранения и её адаптации к современным вызовам.

Цель работы

На основе анализа данных литературы проследить процесс становления и развития Аптекарского приказа как первого органа государственного управления медицинским и фармацевтическим делом в России.

Материалы и методы

Проведен литературный поиск на сайте Научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU [3]. Анализ выполнен по поисковому запросу «Аптекарский приказ», с учетом наличия этого словосочетания в названиях публикаций, аннотациях или ключевых словах статей в научных изданиях за период с 2016 по 2026 гг. В первичную выборку вошло 44 источника, далее проведено их углубленное изучение, что позволило включить в обзор 27 работ, соответствующих по тематике, содержанию и методологии. Анализ данных проведен по четырем блокам: 1 – предпосылки создания и дискуссия о дате учреждения, 2 – структура, руководство и кадровый состав, 3 – основные направления деятельности и эволюция функций, 4 – преобразования петровского времени.

Результаты и обсуждение

Предпосылки создания и дискуссия о дате учреждения

Формирование Аптекарского приказа происходило в конце XVI века – первой половине XVII века на фоне расширения дипломатических и торговых взаимоотношений нашего государства и стран Западной Европы, прежде всего Англии [4, с. 140]. Возникновение приказа было обусловлено необходимостью обеспечения медицинской помощью, лекарственными средствами царской семьи и ближайшего окружения государя [5, с. 41]. Ключевую роль в создании «придворной медицины» сыграло прибытие в Москву в 1581 г. двух англичан - доктора Роберта Якоби и аптекаря Джеймса Френчема, доставивших крупную партию медикаментов [4, с. 142; 6, с. 13]. Р. Якоби был личным представителем королевы Елизаветы и выполнял при русском дворе не только врачебные функции, но и обязанности дипломата; при этом фигура Дж. Френчема (также именуемого Яковом Френшамом, аптекарем Якобом, Френчем Якоби) в русской исторической литературе выглядит не вполне определенно и роль его недостаточно ясна [4, с. 142]. При этом, по данным ряда источников, именно Дж. Френчем в описываемый период времени при Иване Грозном основал Верхнюю, или Государеву, или Царскую аптеку (она же Аптекарский приказ). Это был административный орган, призванный организовать снабжение лекарственными препаратами царской семьи и отдельных групп населения и их централизованное стандартизованное медицинское обеспечение, с учетом лучших практик из европейских государств [4, с. 143].

В историографии, однако, отсутствует единое мнение о точной дате создания приказа: по разным источникам, период различается - от конца XVI века до начала XVII века. Некоторые специалисты считают годом его учреждения именно 1581 г., когда была организована Государева аптека [7, с. 1-2; 8, с. 129], при этом другие авторы считают, что событие имело место в более позднем периоде, а именно - в 1620 г. [4, с. 143; 9, с. 96]. Существует и третья точка зрения, описывающая, что приказ был организован в 1632 г., а до этого мог иметь название «Аптекарской палаты» [9, с. 96; 10, с. 14]. Документальные свидетельства XVI - XVII вв. достаточно разрозненны и весьма фрагментарны, что порождает сохраняющуюся в настоящее время в научной литературе дискуссию и неопределенность, связанную с этим вопросом.

Структура, руководство и кадровый состав

Аптекарский приказ территориально был расположен в Кремле, имел четкую организационную структуру с подчинением непрямую государю [11, с. 19; 12, с. 176]. Традиционно возглавляли приказ бояре из наиболее приближенных к царю и известных родов; кадровая структура включала большой перечень разнопрофильных специалистов [4, с. 143; 12, с. 176; 13, с. 131]. В иерархии государственных сановников Аптечный боярин («главный начальник медиков и аптекарей») занимал одно из первых мест, он имел особое расположение царя. Все лица, занимавшие эти должности, были из ближайшего окружения государя и пользовались его полным доверием, с учетом специфики их деятельности [4, с. 143; 11, с. 19]. Кадровый состав приказа на протяжении его развития постоянно расширялся и включал на разных этапах: докторов, аптекарей, лекарей, окулистов, алхимиков, дьяков, переводчиков, учеников и многочисленный хозяйственный, вспомогательный персонал [7, с. 3-4; 14, с. 56; 15, с. 88]. Большая часть сотрудников, особенно на первых этапах деятельности приказа, были иностранными специалистами (преимущественно из Англии, Голландии и германских земель). Каждый из них приезжал по особому приглашению и удостаивался высокого жалованья в соответствии с заключенным контрактом [12, с. 176; 15, с. 88; 16, с. 491-492]. Оплата труда приглашенных специалистов была весьма достойной: например, лекари Кашпир Давыдов и Томас Утин в 1633 г. получали по 20 и 30 рублей соответственно, тогда как хороший боевой конь в те времена стоил не более 5-7 рублей [14, с. 56]. Необходимо отметить, что штат Аптекарского приказа в дальнейшем формировался не только из приглашенных иностранных лекарей. Так, во второй половине XVII века в штате приказа появляются и русские специалисты по медицинскому и аптекарскому делу, которые переняли опыт от иностранным коллег и прошли специальную подготовку в медицинской школе при самом приказе [12, с. 176; 17, с. 274]. В исторических документах сохранилось имя русского лекаря Данилы Лебедева, который окончил вышеописанную медицинскую школу и был распределен в южнорусские стрелецкие полки. Д. Лебедев вел широкую практику, он самостоятельно проводил медицинские осмотры, оперативные вмешательства, перевязки, составлял список необходимых лекарственных препаратов и назначал их пациентам в соответствии с потребностью [14, с. 56–57]. Таким образом, мы наблюдаем постепенные изменения в структуре, штате и организации Аптекарского приказа на разных этапах его функционирования.

Основные направления деятельности и эволюция функций

Изначально деятельность Аптекарского приказа ограничивалась обслуживанием царской семьи и ближайшего боярского окружения [9, с. 1]. Однако к середине XVII века перечень его основных функций и компетенций значительно расширился. Одна из важных задач, возложенных на приказ – это руководство царскими аптеками и аптекарскими огородами, а также контроль обеспечения двора и армии лекарственными препаратам [18, с. 114; 19, с. 140-141; 20, с. 34]. Применявшиеся в то время лекарственные средства были разнообразны: от трав и кореньев до алкогольных напитков и некоторых сильнодействующих препаратов. Например, в 1654 г. монахам Троице-Сергиева монастыря царской грамотой было разрешено лечить своих больных вином, запрещённым к свободной продаже, с условием «держати то вино… для больных людей, а не на продажу» [19, с. 140]. Одним из самых дорогих и популярных лекарственных средств той эпохи считалась «инрогова кость» - якобы рог единорога. В 1655 г. царский окольничий Иван Милославский вёл переговоры о покупке трёх таких рогов у иноземца Петра Марселиса. За лучший рог запрашивали 5 тыс., за средний - 4 тыс., за меньший – 1 тыс. рублей, что было весьма существенно для того периода [19, с. 140].

Не менее важным направлением деятельности приказа стало планирование и проведение противоэпидемических мероприятий. Так, во время чумы 1654 г. приказ, вероятно, координировал действия по изоляции заражённых и организации карантинных застав. Однако мнение в исторических источниках по этому вопросу не полностью однозначное, в отдельных работах приводятся сведения о том, что работники Аптекарского приказа лишь спустя несколько лет активно подключились к реализации профилактических и противоэпидемических мероприятий [21, с. 29]. По данным другого источника, деятельность приказа в долгосрочной перспективе всё-таки способствовала накоплению опыта борьбы с любыми нестандартными эпидемическими ситуациями – вспышками инфекционных заболеваний, эпидемиями – на территории отдельных регионов, который впоследствии использовался в государственном масштабе [22, с. 102].

Значимая функция приказа заключалась и в организации образовательного процесса - в 1654 г. начала свою деятельность первая в России медицинская школа, организованная непосредственно при приказе, где готовили лекарей и костоправов.

Это имело важно значение для формирования собственных отечественных специалистов в области медицины и фармации [17, с. 273-275; 23, с. 163].

В дополнение к этому приказ занимался сбором и заготовкой лекарственного сырья, составлением травников и переводом иностранных медицинских сочинений на русский язык [19, с. 140-141]. Для организации сбора лекарственных растений на местах была введена государственная «ягодная повинность», исполнение которой строго контролировали. Пример такой ситуации - в 1664 г. в Воронежском уезде посадским людям было велено собрать 10 пудов солодкового корня, однако задание выполнили лишь частично – собрали «полшеста пуда». Ответственного за процесс сбора Фому Кривцова посадили в тюрьму и взыскали с него штраф «за недоборное коренье по пяти рублев за каждый пуд» [14, с. 57; 19, с. 141].

Торговля лекарствами в России XVII века находилась под строгим контролем государства, и Аптекарский приказ играл ключевую роль в её регулировании [6, с. 15]. Ведомство также участвовало в формировании первых элементов медицинского законодательства в сфере фармации и медицины [11, с. 17-18]. Особое внимание уделялось контролю оборота лекарственных средств, содержащих наркотические и сильнодействующие компоненты, что регламентировалось специальными указами государя. Надзорные функции за медицинской деятельностью и оборотом таких веществ были возложены на Аптекарский приказ, а затем на его преемника – Медицинскую канцелярию [19, с. 141; 24, с. 45–46; 25, С. 127; 26, с. 130].

Кроме того, работники Аптекарского приказа выполняли функции судебно-медицинской экспертизы, осуществляли освидетельствование больных и раненых [7, с. 3]. Необходимо также отметить, что в военное время приказ отвечал за снабжение полковых лекарей медикаментами и инструментами [27, с. 81]. Пациентами приказа в XVII веке, по данным отдельных источников [28, с. 297-298], являлись не только представители элиты, но и служилые люди, что свидетельствует о постепенном расширении доступности медицинской помощи.

Таким образом, перечень функциональных обязанностей работников аптекарского приказа был достаточно широк и включал различные направления деятельности: медицинское обеспечение различных групп населения, контроль заготовки лекарственного сырья, приготовления лекарственных препаратов, работы аптек, организация противоэпидемических мероприятий при вспышках инфекционных заболеваний, а также образовательная деятельность для формирования штата

собственных отечественных специалистов в области медицинского и фармацевтического дела.

Преобразования петровского времени

В начале XVIII века, в ходе петровских реформ, Аптекарский приказ подвергся существенной трансформации. Большое развитие приказ получил в вопросах правовой регламентации военно-медицинской службы [18, с. 114]. В дальнейшем была сформирована Медицинская канцелярия, призванная дополнить, а затем и заменить Аптекарский приказ. По некоторым источникам, она была учреждена в 1707 г. [29, с. 50-51], по другим данным - в 1721 году [11, с. 20]. В её функции входил многоуровневый постоянный надзор за деятельностью аптек, четкая регламентация деятельности докторов, аптекарей и лекарей, выдача разрешений на медицинскую деятельность, структурированное планирование и организация профилактических и противоэпидемических мероприятий для контроля эпидемиологической ситуации в государстве [18, с. 114].

Эти изменения отражали общую тенденцию к централизации и бюрократизации государственного управления. Значительную роль в реорганизации медицинского ведомства сыграл лейб-медик Роберт Эрскин (Арескин), назначенный Петром I руководителем всей государственной медицинской службы [30, с. 395–396]. Таким образом, Аптекарский приказ, просуществовав более 100 лет, заложил основы государственного управления здравоохранением в России и стал предшественником последующих медицинских учреждений и контроль-надзорных органов и организаций.

Выводы

Проведённый анализ литературных источников позволил прийти к заключению, что Аптекарский приказ явился первым в истории России государственным административным институтом, который осуществлял централизованное управление медициной и фармацией. Приказ, созданный в конце XVI – начале XVII века как придворное учреждение для обслуживания царской семьи и ближайшего боярского окружения, постепенно превратился в многофункциональный орган, компетенции которого к середине XVII века охватывали широкий спектр вопросов: кадровое обеспечение (на начальном этапе за счет специалистов из европейский государств, в дальнейшем – с учетом собственных отечественных медицинских кадров, окончивших специальную школу при приказе), организацию медицинского обеспечения армии и царского двора, проведение противоэпидемических мероприятий при вспышках и

эпидемиях, судебно-медицинскую экспертизу. Дискуссионность точной даты учреждения приказа отражает объективную сложность реконструкции раннего этапа его истории, однако не ставит под сомнение сам факт его ключевой роли в становлении государственной системы здравоохранения.

Деятельность Аптекарского приказа заложила базовые принципы и основы для дальнейшего развития системы здравоохранения в России, с учетом регламентации медицинской и фармацевтической деятельности, организации первой медицинской школы, изучения лучших практики из европейской медицины и их внедрения в российскую действительность. В петровскую эпоху на смену приказу пришла Медицинская канцелярия, что обозначило переход к новым формам административного регулирования и управления, однако преемственность функций и накопленный опыт позволили сохранить и развить заложенные изначально принципы государственного попечения о здоровье населения. Таким образом, Аптекарский приказ по праву может рассматриваться как фундаментальный этап в формировании отечественной системы охраны здоровья, предопределивший вектор её развития на дальнейший период.

Список литературы

1. Зимин И.В. Деятельность Аптекарского приказа при первых Романовых [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://www.permgaspi.ru/deyatelnost/doklady-romanovskie-chteniya-2024-2/istoriya-imperatorskogo-doma-romanovyh-k-410-letiyu-doma-romanovyh-i-300-letiyu-goroda-permi/zimin-i-v-deyatelnost-aptekarskogo-prikaza-pri-pervyh-romanovyh.html (дата обращения: 12.04.2026 г.).
2. Эскин Ю.М. Аптекарский приказ. Большая российская энциклопедия [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://old.bigenc.ru/domestic_history/text/1825210 (дата обращения: 12.04.2026 г.).
3. Научная электронная библиотека [Электронный ресурс]: Режим доступа: eLIBRARY.RU https://elibrary.ru/?author_id=2 (дата обращения: 12.04.2026 г.).
4. Воронцова, Е. В. Формирование государственных институтов здравоохранения и развитие медицинского дела в России во второй половине XVI века / Е. В. Воронцова, А. Л. Воронцов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и

истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 1. – С. 139-144. – DOI 10.32687/0869-866X-2020-28-1-139-144. – EDN PZNDJL.

5. Будко, А. А. Военная медицина России: история возникновения и начальный этап развития. К 400-летию военно-медицинской службы России / А. А. Будко // Военно-исторический журнал. – 2020. – № 9. – С. 40-47. – EDN DPELHM.
6. Красноперов, В. А. Исторические источники по торговле лекарствами в России XVII в / В. А. Красноперов // Methodi et praxis: историк и источник. – 2025. – № 3-4(13-14). – С. 10-23. – EDN VLOCWK.
7. Аминова, Р. Е. Аптекарский приказ / Р. Е. Аминова // Моя профессиональная карьера. – 2020. – Т. 1, № 10. – С. 6-9. – EDN ZLNULE.
8. Синюкова, А. Развитие аптечного дела в России / А. Синюкова, О. Аюпова, Е. В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 129. – EDN VTYIJD.
9. Аптекарский приказ. Департамент здравоохранения XVI века // Московская медицина. – 2018. – № 2(24). – С. 96. – EDN RTFUJJ.
10. Шувалов, Е. Г. Здравоохранение в средневековой России / Е. Г. Шувалов // Геродот Science. – 2018. – № 1. – С. 10-15. – EDN MBHYQK.
11. Чех, О. И. Развитие административно-правового регулирования сферы здравоохранения и становление государственных органов управления медициной в России (X-XIX века) / О. И. Чех // Правопорядок: история, теория, практика. – 2016. – № 1(8). – С. 16-23. – EDN WBAJST.
12. Смирнова, Е. М. "Аптекарского приказу люди" на государевой службе / Е. М. Смирнова // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – 2017. – № 9(83). – С. 175-179. – EDN ZDFORF.
13. Терешонков, А. А. Аптекарский приказ: история создания и развития / А. А. Терешонков, В. О. Парфенов, Е. В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 131. – EDN VTYIKH.
14. Жиброва, Т. В. Из истории становления отечественной медицинской службы в XVII - начале XVIII века / Т. В. Жиброва // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: История. Политология. Социология. – 2018. – № 2. – С. 55-58. – EDN XVVLZZ.

15. Морохин, А. В. О деятельности придворного врача Д. Гадена в 1681-1682 гг / А. В. Морохин // Древняя Русь. Вопросы медиевистики. – 2025. – № 1(99). – С. 87-92. – DOI 10.25986/IRI.2025.99.1.007. – EDN EKWSSR.
16. Шаповалова, В. В. К вопросу об истории развития отечественной медицины:Алексей Михайлович Романов / В. В. Шаповалова, Е. В. Чужикова // Молодежный инновационный вестник. – 2019. – Т. 8, № 2. – С. 491-492. – EDN MWLVIU.
17. Кошелев, В. П. Зарождение военно-медицинского образования в Московском государстве / В. П. Кошелев, И. Г. Корнюшко, А. В. Шпанка, Ю. Е. Вязовиченко // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2018. – № 3(63). – С. 272-277. – EDN VZIYTZ.
18. Григорян, Г. А. История здравоохранительного законодательства Российской Федерации / Г. А. Григорян // Право и государство: теория и практика. – 2025. – № 6. – С. 113-116. – DOI 10.47643/1815-1337_2025_6_113. – EDN UFNOCK.
19. Жиброва, Т. В. Лекарственные снадобья и "зелья" XVII века (по материалам Аптекарского приказа) / Т. В. Жиброва // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2016. – № 63. – С. 139-142. – EDN VUSTAB.
20. Карева, Н. Н. Государственное регулирование развития аптечного дела в России: уроки истории / Н. Н. Карева, Н. В. Марченко // Фармация. – 2017. – Т. 66, № 6. – С. 33-37. – EDN ZGZTHR.
21. Худин, К. С. Эпидемия чумы в Москве и Аптекарский приказ (сентябрь-декабрь 1654 г.) / К. С. Худин // Вестник РГГУ. Серия: Литературоведение. Языкознание. Культурология. – 2022. – № 9. – С. 27-37. – DOI 10.28995/2686-7249-2022-9-27-37. – EDN WSBVJF.
22. Матвеев, Р. С. К истории борьбы с пандемиями в регионе / Р. С. Матвеев, Т. Г. Денисова, Л. Л. Козырева // Здравоохранение Чувашии. – 2021. – № 2. – С. 100-105. – DOI 10.25589/GIDUV.2021.32.38.003. – EDN XFSQFS.
23. Магомедова, С. И. Развитие медицинского образования в России / С. И. Магомедова, В. П. Рожкова, Е. В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 163. – EDN VTYIWZ.
24. Шагиева, Р. В. Становление правовой регламентации хранения и использования наркотических и сильнодействующих средств в России до XVIII в / Р. В. Шагиева,

О. Г. Печникова // Ученые труды Российской академии адвокатуры и нотариата. – 2018. – № 3(50). – С. 43-47. – EDN QHTEID.

25. Година, В. Развитие аптечного дела в России в XVI-XIX вв / В. Година, Е. В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 127. – EDN VTYIHZ.
26. Леонтьев, Н. А. Аптечное дело в России в XVI веке / Н. А. Леонтьев, Т. Г. Петрова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 130. – EDN VTYIJN.
27. Воронков, О. В. "Полевому Аптекарю надлежит свежия и добрыя лекарства при себе иметь..." организация военно-медицинского снабжения русской армии / О. В. Воронков // Военно-исторический журнал. – 2018. – № 2. – С. 79-84. – EDN YTSRRE.
28. Худин, К. С. Пациенты в России XVII В.: от истории медицины к социальной истории / К. С. Худин // Одиссей. Человек в истории. – 2023. – № 1(30). – С. 282-302. – DOI 10.32608/1607-6184-2023-30-1-282-302. – EDN BAAVMJ.
29. Морохин, А. В. К истории начальной деятельности в России медика Р. К. Арескина / А. В. Морохин, О. Р. Жерновая // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: История. Политология. Социология. – 2022. – № 1. – С. 49-52. – EDN CDBBLS.
30. Милашева, Н. В. Аптекарский приказ, Роберт Эрскин и грамота Петра I / Н. В. Милашева, Д. В. Овчинников, В. О. Самойлов // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2022. – Т. 24, № 2. – С. 391-400. – DOI 10.17816/brmma104531. – EDN RBLSPG.

© Матвеев Е.В.

УДК 328.185

ОСОБЕННОСТИ РЕЛИЗАЦИИ АНТИКОРРУПЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Матвеев Е.В.

[1] *Уральский государственный медицинский университет, Россия, Екатеринбург*

Резюме. Статья посвящена совершенствованию системы антикоррупционного образования в медицинских образовательных организациях высшего образования, как одному из инструментов предотвращения коррупционных правонарушений в сфере здравоохранения. Выявляются проблемные аспекты, а также анализируются существующие методы и направления антикоррупционной политики в образовательных учреждениях. Делается вывод о необходимости принятия дополнительных мер в сфере системы антикоррупционного образования и необходимости установления единых стандартов антикоррупционного образования в Российской Федерации.

Ключевые слова: медицинские организации, коррупция, антикоррупционное образование, воспитание, система образования, уровни образования.

FEATURES OF ANTI-CORRUPTION EDUCATION IMPLEMENTATION IN MEDICAL EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF HIGHER EDUCATION IN RUSSIA

Matveev E.V.

[1] *Ural State Medical University, Russia, Yekaterinburg*

Summary. The article is devoted to the improvement of the system of anti-corruption education in medical educational institutions of higher education, as one of the tools for preventing corruption in the healthcare sector. The article identifies problematic aspects and analyzes the existing methods and directions of anti-corruption policy in educational institutions. The author concludes that it is necessary to take additional measures in the field of anti-corruption education and to establish unified standards for anti-corruption education in the Russian Federation.

Key words: medical organizations, corruption, anti-corruption education, upbringing, education system, levels of education.

Введение

Система антикоррупционного образования, относится к одному из основных инструментов предотвращения коррупционных правонарушений, и является одним из важнейших условий укрепления национальной и экономической безопасности государства.

В Стратегии экономической безопасности Российской Федерации, утверждённой Указом Президента РФ от 13 мая 2017 г. № 208 определены основные задачи по реализации направления, касающегося развития человеческого потенциала, одной из которых является совершенствование системы общего и профессионального образования на основе применения современных научных и технологических достижений, повышения его доступности и качества [2].

В Национальном плане противодействия коррупции на 2021–2024 годы, утверждённого Указом Президента РФ от 16 августа 2021 г. № 478 определены основные задачи по повышению эффективности образовательных и иных мероприятий, направленных на антикоррупционное просвещение и популяризацию в обществе антикоррупционных стандартов [1].

В Стратегии национальной безопасности государства, утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 2 июля 2021 года № 400, определено, что национальными интересами и стратегическими национальными интересами Российской Федерации является искоренение коррупции и усиление борьбы с коррупцией [3].

Коррупция, является одной из угроз национальной безопасности государства и серьезнейшим образом ослабляет государственные институты, подрывает доверие населения к органам государственной власти, является опасным социально-негативным явлением, представляющим угрозу институтам государства и общества. Её последствия крайне негативно сказываются на уровне развития социальной и экономической инфраструктуры государства.

В условиях возрастания угроз национальной безопасности государства, системе антикоррупционного образования отводится особая роль и значение, направленного на профилактику коррупционных проявлений и предотвращение коррупции.

Цель работы

Проанализировать особенности реализации антикоррупционного образования в медицинских высших учебных заведениях России.

Материалы и методы

Методологической основой работы являются методы анализа и обобщения, анализ нормативно-правовой базы по теме исследования.

Результаты и обсуждение

Наибольшую опасность несёт в себе коррупция в органах публичной власти.

Как известно, коррупция представляет собой опасное и порочное явление, оказывающее негативное влияние на все сферы, в которые она проникает. Коррупция – негативное явление, как с точки зрения научных исследований и рационалистического подхода, рассматривающего её воздействие на формирование государственного аппарата, взаимопроникновение и взаимоконтроль его структур, так и с точки зрения функционального подхода, изучающего влияние на функционирование государственных органов, а также в контексте экономического, социологического, криминологического и иных подходов.

Несмотря на многочисленные исследования, появление новых средств, способов и методов борьбы с данным негативным явлением, его искоренение на сегодняшнем этапе развития общества, представляется достаточно сложным.

Подобно инфекции, коррупция проникает в государство, в его органы власти и остается надолго, и главное, что обществу не следует делать в такой ситуации – мириться с ней, в таком случае, остается лишь бороться, уменьшая её объем, а также последствия.

Именно борьбе с коррупцией в последние годы уделяется значительное внимание всех ветвей власти, представителей всех отраслей права, ведь от эффективности принимаемых мер зависит не только функционирование государственного аппарата, но и нормальное протекание гражданских правоотношений, обеспечение граждан мерами социальной защиты, декриминализация общества, а также иные аспекты общественных отношений.

Система высшего образования, как важнейший социальный институт, формирующий ценностные установки и закладывающий социальные нормы, играет ключевую роль в антикоррупционном воспитании молодого поколения. Уровни образования, начиная со школьного, продолжая средним и высшим, ставят перед

собой, в том числе такие задачи, как донесение до обучающихся представления о коррупции как отрицательном явлении, его сущности, опасности, последствиях, также на формирование у них негативного отношения к такого-рода «инфекции» [4, 5, 6].

Кроме того, если на начальных уровнях, как правило, демонстрируется необходимость не примирения или даже противодействия пороку общественных отношений, то на последующих этапах получения образования, обучающиеся знакомятся с конкретными мерами профилактики, выявления, предупреждения, пресечения и раскрытия коррупционных преступлений.

Таким образом, под антикоррупционным образованием понимается комплекс мер обучения и воспитания, проводимые для выполнения вышеуказанных задач по противодействию коррупции.

Антикоррупционное образование в понятийно-категорическом смысле представляет собой целенаправленный процесс обучения антикоррупционному поведению и антикоррупционной деятельности, реализуемый компетентными и профильными образовательными учреждениями.

Антикоррупционное образование в Российской Федерации, является базовой фундаментальной основой формирования единой полноценной системы антикоррупционного воспитания, антикоррупционного мировоззрения и формирования во всех институтах общества нетерпимости к проявлениям коррупционных правонарушений [7, 8, 9].

Возвращаясь к делению системы образования на уровни, следует отметить, что школа, как базовый социальный институт, не может в силу возраста обучающихся, а также информационной и временной ограниченности, предоставить даже базовые знания в области противодействия коррупции, в связи с чем, представляется возможным говорить о необходимости делегирования данной функции последующим уровням образования.

Вместе с тем, действующие образовательные стандарты не предусматривают обязательность введения антикоррупционных дисциплин, что влечет за собой прерывание образовательного процесса в данной области.

Если некоторые направления подготовки, такие как юриспруденция, экономика, государственное и муниципальное управление считаются тесно связанными с коррупционными пороками, а значит, при формировании учебных дисциплин отдельное внимание уделяется и антикоррупционным предметам, то в вузах с

технической, педагогической, медицинской специализацией, зачастую коррупционные аспекты остаются либо почти, либо совсем не замеченными, несмотря на то, что коррупция в широком понимании этого слова, свойственна всем вышеназванным направлениям деятельности.

В таком случае автор полагает, что система образования по мере своего совершенствования должно обратить внимание на профессиональную подготовку кадров в сфере медицинского профиля, способных распознать и противостоять вызовы коррупционных реалий.

В рамках основных направлений подготовки специалистов медицинского профиля, реализуются такие учебные дисциплины, как право, профессиональная этика и конфликтология, как правило, направленные на ознакомление студентов с морально-нравственными началами их будущей деятельности, формирование понимания должного поведения в той или иной зачастую конфликтной ситуации, при этом отдельной дисциплины по противодействию коррупции до настоящего времени нет.

В учебных заведениях неюридической направленности, как правило, в составе дисциплины «основы права» или же «правоведение» выделяется поддисциплина, либо модуль, - «противодействие коррупции», способствующая формированию у студентов механизмов противостояния этому негативному явлению, в том числе выявления ими зон наибольшего коррупционного риска [10].

Безусловно, юридические вузы, как оплот подготовки квалифицированных специалистов по борьбе с коррупцией, уделяют существенное внимание данной проблеме, а соответственно, помимо вышеназванных дисциплин, в таких высших учебных заведениях отдельно рассматриваются проблемы квалификации преступлений коррупционной направленности, методика раскрытия и расследования таких преступлений, проводятся сравнительно-правовые исследования в данной области.

Кроме того, дисциплиной, преподаваемой непосредственно на юридических специальностях в юридических высших учебных заведениях, является «Антикоррупционная экспертиза нормативных правовых актов», целью которой является выявление коррупциогенных факторов, как в проектах, так и в действующих нормативных правовых актах.

Стоит обратить внимание не только на количество дисциплин, но и на качество их преподавания, так как от этого во многом зависит состояние коррупционной преступности в стране.

Таким образом, внедрение антикоррупционного образования в систему высшего образования современной медицинской образовательной организации в целом можно обозначить в качестве перспективной тенденции, необходимость исследования которой указывается не только в отечественных, но и международных актах по вопросам противодействия коррупции.

Однако, несмотря на актуальность проблематики, деятельность образовательных учреждений уровня ниже, сводится лишь к декларации проблемы, а учебные заведения среднего и высшего уровней зачастую не принимают должных мер и не включают в учебные планы дисциплины, связанные с механизмами противодействия коррупции, несмотря на её всепоглощающий характер. В то же время представляется правильным подход Шорохова В.Е. и Савинова Л.В., указывающие в своей работе, что антикоррупционное воспитание младшей аудитории должно сопровождаться не только формальным подходом к делу, но и неформальным, включая моделирование возможных ситуаций.

Говоря о более взрослом поколении, формированию непримиримого отношения к коррупции могут поспособствовать именно усилия учебных заведений, дающих студенту обширные практико-ориентированные знания в области противодействия коррупции.

Отдельным аспектом следует отметить необходимость введения единой ежегодной системы повышения квалификации для работников медицинских организаций всех уровней на базе высших учебных заведений юридической специализации, имеющих государственную аккредитацию по антикоррупционным программам, по вопросам противодействия коррупции для государственных и муниципальных служащих, сотрудников правоохранительных органов. В ходе практической деятельности должностные лица медицинских организаций при реализации своих полномочий сталкиваются с достаточно существенными коррупционными проявлениями, с учетом современных реалий, непосредственно связанных с трансграничной организованной преступностью, а также с использованием преступностью современных методов и способов информационно-коммуникационных технологий и возможностей искусственного интеллекта.

Статистика регистрируемых преступлений коррупционной направленности, по данным Генеральной прокуратуры Российской Федерации за 2020-2025 годы, показывает, что их количество неуклонно растет. Отмечается, что данный вид преступлений отличает высокий уровень латентности, при этом их динамика является в первую очередь отражением результатов работы по их выявлению [11].

При этом также стоит отметить об использовании в современных коррупционных схемах международных финансовых инструментов, в том числе криптовалют, что, несомненно, вызывает дополнительную потребность в ведении в систему повышения квалификации должностных лиц медицинских организаций дополнительных дисциплин по противодействию коррупции, а также противодействию новейшим коррупционным финансовым схемам, имеющим трансграничный характер.

Выводы

Учитывая изложенное, автор полагает, что система антикоррупционного образования является необходимым и очень важным базовым звеном в единой системе государственной антикоррупционной политики, а его совершенствование предполагает введение дополнительных мер, инструментов и технологий, включающих введение и изучение современных правовых, информационных, финансовых и организационных дисциплин единого антикоррупционного блока.

Принятие государством мер по совершенствованию системы антикоррупционого образования в системе высшего медицинского образования позволят более эффективно противостоять коррупционным проявлениям и более системно формировать в обществе нетерпимость к коррупции в важнейшей для общества сфере здравоохранения.

Список литературы

1. Указ Президента РФ от 16.08.2021 № 478 «О Национальном плане противодействия коррупции на 2021 - 2024 годы» // https://www.consultant.ru;

2. Указ Президента РФ от 13.05.2017 № 208 «О Стратегии экономической безопасности Российской Федерации на период до 2030 года» // https://www.consultant.ru;

3. Указ Президента РФ от 02.07.2021 г. № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» // https://www.consultant.ru;

4. Амиантова И.С. Противодействие коррупции: учебное пособие для вузов / И. С. Амиантова. Издательство Юрайт, -2022. С.149 с. электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. с. 29 — URL: https://urait.ru/bcode/497457/p.29;

5. Попова А.И., Посадскова С.В. Пензенский государственный университет, г. Пенза, Российская Федерация АНТИКОРРУПЦИОННОЕ ВОСПИТАНИЕ// Электронный научный журнал «Наука. Общество. Государство», -2021. С.109-115;

6. Проворова, И. Антикоррупционное образование - со школьной скамьи [Электронный ресурс] / И. Проворова // Невинномысский рабочий. - Режим доступа: URL: http://www.nevworker.ru/number/13999/23;

7. Левакин И.В., Охотский Е.В., Охотский И.Е., Шедий М.В. Противодействие коррупции: учебник и практикум для вузов / И.В. Левакин, Е.В. Охотский, И.Е. Охотский, М.В. Шедий; под общей редакцией Е.В. Охотского. // Издательство Юрайт. -2022. –С.25- 420: https://urait.ru/bcode/489752/p.9;

8. Кабанов П.А. Антикоррупционное образование как правовая категория регионального антикоррупционного законодательства: опыт критического анализа // Полицейская деятельность. -2014.- № 1. С. 84;

9. Магизов Р.Р. Проблемы антикоррупционного образования в образовательных учреждениях высшего образования Набережночелнинский институт (филиал) Казанского (Приволжского) федерального университета // Актуальные вопросы противодействия коррупции в сфере образования. -2019, - С.136– 142;

10. Шорохов В.Е, Савинов Л.В. Антикоррупционное образование в контексте государственной антикоррупционной политики / Сибирский институт управления, филиал РАНХиГС при Президенте РФ // Новосибирск, Материалы IV международного заочного конкурса научно-исследовательских работ. Научно-образовательный центр "Знание".-2016. С. 82-87;

11. Интернет ресурс Генеральной прокуратуры РФ, https://epp.genproc.gov.ru/web/gprf/mass-media/news?item=78834542.