



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

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

3(15). 2021



Научно-практический журнал

Издается с января 2018 года

Выходит 4 раза в год

ISSN 2686-7745

Киров, 2021

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

MEDICAL EDUCATION TODAY

3(15). 2021

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

Kirov, 2021

ББК 5я5

ISSN: 2686-7745

М42

16+

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

Научно-практический журнал

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

Заместители главного редактора:

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

Ответственный секретарь – доцент Л.Г. Сахарова.

Члены редакционной коллегии: профессор, д.м.н. А.Л. Бондаренко; профессор, д.м.н. С.А. Дворянский; профессор, д.м.н. Я.Ю. Иллук; профессор, д.м.н. А.Г. Кисличко; профессор, д.м.н. П.И. Цапок; профессор, д.м.н. Б.А. Петров; профессор, д.м.н. В.А. Бахтин; профессор, д.м.н. М.В. Злоказова; профессор, д.ф.-м.н. А.В. Шатров; доцент, к.м.н. Н.С. Федоровская; доцент, к.ф.н. А.Е. Михайлов.

Члены редакционного совета:

доцент С.В. Кошкин (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор, А.Е. Мальцев (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Н.С. Стрелков (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России, г. Ижевск); доцент И.В. Новгородцева (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор В.Б. Помелов (ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», г. Киров); профессор д.м.н. М.А. Аксельров (Тюменский ГМУ, г. Тюмень); профессор И.В. Мирошниченко (ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург); доцент Н.С. Семенов (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.М. Шамсиев (Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан); доцент Ш.А. Юсупов (Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан); доцент Л.Н. Шмакова (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Е.Н. Чичерина (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор О.В. Соловьев (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.П. Спицин (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Н.А. Цап (ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург); профессор В.И. Аверин (Белорусский ГМУ, г. Минск, Беларусь)

Редакция журнала:

Технический секретарь: доцент В.А. Сахаров;

Литературный редактор: Н.Л. Никулина;

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

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

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

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

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

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

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

Электронная почта: kf10@kirovgma.ru

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

© ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Дворянский С.А., Хлыбова С.В., Печенкина Н. С.

Опыт плановых телемедицинских консультаций пациенток с диагнозом ложные схватки до 37 недель беременности из стационаров Кировской области.....6

Мильчаков Д.Е., Гусева Е.А.

Врожденные пороки развития у детей первого года жизни за период 2016-2018 годы (на примере Кировской области)13

Урванцева С.О., Петрова В. И., Красных Е. А.

Факторы, влияющие на риск развития бронхиальной астмы у детей в кировской области: проблемы практики применения23

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

Криушина В. А.

К историческому портрету А.В. Васнецовой (Рязанцевой)28

Санникова Ю.П., Новгородцева И.В., Грозин В.А.

Модель работы с потерей в практике клинического психолога лечебного учреждения.....35

Смирнова С.И., Зубарев В.Н.

Психологические особенности игровой деятельности старших дошкольников с нарушением слуха.....43

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

Злобин А. А.

«Русский язык и культура речи» в современном медицинском вузе: опыт, проблемы, перспективы.....53

Черанёва Е.К.

Использование интерактивных методов обучения в процессе преподавания дисциплины «Психология стресса» обучающимся – будущим клиническим психологам62

ОБЗОРЫ

Помелов В.Б.

Матч на все времена: «Динамо» (Киров) – «Динамо» (Москва).....67

Сахарова Л.Г.

Использование мер по профилактике инфекционных заболеваний в антирелигиозной деятельности местных органов власти в 1930-е годы (на материалах Кировской области)71

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 6.61.618.3

ОПЫТ ПЛАНОВЫХ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ ЛОЖНЫЕ СХВАТКИ ДО 37 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ИЗ СТАЦИОНАРОВ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Дворянский С.А., Хлыбова С.В., Печенкина Н.С.

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

Резюме. В статье представлен ретроспективный анализ 818 плановых телемедицинских консультаций беременных с угрозой преждевременных родов, что соответствует 40,6% от всех плановых телемедицинских консультаций из стационаров области за 2020 год, выполненных в перинатальном центре. Срок беременности при проведении консультации составил от 22 до 36,6 недель. Проведен анализ факторов угрозы преждевременных родов, таких как: социально-экономические, акушерские факторы, экстрагенитальные заболевания и осложнения, связанные с беременностью.

Ключевые слова: преждевременные роды, угроза преждевременных родов, телемедицинские консультации.

EXPERIENCE IN PLANNED TELEMEDICINE CONSULTATIONS OF PATIENTS FROM KIROV REGION HOSPITALS WITH ESTABLISHED FALSE LABOUR BEFORE 37 WEEKS OF PREGNANCY

Dvoryansky S.A., Khlybova S.V., Pechenkina N.S.

Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov. K. Marx Street, 112), doktor_nat@mail.ru

Summary. The article presents a retrospective analysis of 818 prearranged telemedicine consultations of the pregnant patients suspected of preterm labour between 22 and 36.6 weeks of pregnancy, which accounts for 40.6% of all the consultations in 2020. The causes and risk factors of threatened preterm labour, such as, socio-economic and obstetric factors, extragenital diseases and complications associated with pregnancy, have been analysed.

Keywords: preterm labour, threatened preterm labour, telemedicine consultations.

Введение

Преждевременные роды являются важнейшей проблемой акушерства. В мире частота преждевременных родов (ПР) составляет 5-18 % от всех родов [1, 2, 3].

Охрана здоровья матери и ребенка - это актуальная задача здравоохранения для формирования здорового поколения. Доказано, что в структуре перинатальной смертности недоношенные дети составляют 70-75% [1, 2, 5, 6]. Мертворождаемость при преждевременных родах встречается в 13 раз чаще, чем при срочных родах [2, 8, 9, 10]. Для снижения количества ПР в настоящее время широко используются все современные научные достижения. Телемедицина (определение ВОЗ) – это предоставление услуг работникам здравоохранения, использующим информационно-коммуникационные технологии для обмена необходимой информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения исследований и их оценок, а также для непрерывного образования медицинских работников в интересах улучшения здоровья населения и развития профессиональных сообществ. ТМК позволяют определить прогноз и тактику лечения, принять решение о госпитализации или переводе пациента из одного лечебного учреждения в другое, когда пациент находится на удаленном расстоянии. В России был принят Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н “Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий”.

Президент России Владимир Путин 21 апреля 2021 года во время послания Федеральному собранию заявил: «Эпидемия повсеместно и многократно ускорила внедрение телемедицины. Наша задача – поставить такие технологии на службу граждан нашей страны».

Целью нашего исследования является проведение ретроспективного анализа роли телемедицинских консультаций (ТМК) пациенток с диагнозом

ложные схватки до 37 недель беременности по системе «врач-врач» и оказание медицинской помощи в стационарах области в соответствии с клиническим протоколом [11, 12].

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе кафедры акушерства и гинекологии Кировского государственного медицинского университета и Кировского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кировский областной клинический перинатальный центр» (КОГБУЗ КОКПЦ). В 2019 году в КОКПЦ создано направление современной медицины ТМК. Всего за 2020 год было проведено 2977 плановых консультаций, из них количество плановых консультаций из стационаров области составило 2015 случаев (67,6%) и 962 случая (33,4%) – плановые из женских консультаций области. Был проведен анализ ТМК с ложными схватками до 37 недель беременности. Порядок плановых ТМК состоит из этапов: доставка запроса консультанту, рассмотрение запроса, по результату определение стационара для выполнения лечения по клиническому протоколу [11, 12]. Состояние беременных оценивалось по следующим результатам: анамнез, жалобы на момент поступления в отделение патологии, ультразвуковое исследование с фетометрией, доплерометрией и оценкой состояния шейки матки. В этапном эпикризе были представлены сведения о лекарственных препаратах, применяемых в лечении беременной. Срок беременности на момент консультации варьировал от 22 до 36,6 недель. По сравнению с 2019 годом отмечен рост плановых консультаций из стационаров области с диагнозом угроза преждевременных родов (ПР) с 605 до 818 случаев в 2020 году. Применение новых медицинских технологий – телемедицинских консультаций (ТМК) с 2019 года позволило получить следующие результаты. Произошло уменьшение частоты преждевременных родов в КОГБУЗ

КОКПЦ с 10,5% в 2019 году до 9,7% в 2020 году, в том числе частоты ранних ПР с 28,4% до 26,6% в 2020 году и поздних ПР соответственно с 65% до 62,6% случаев. Но следует отметить увеличение числа очень ранних ПР с 6,55% до 9,83% случаев. Количество преждевременного разрыва плодных оболочек (ПРПО) при ПР уменьшилось до 34% (205) с 36% (225) в 2019 году, однако частота ПРПО при очень ранних ПР возросла на 4,88%. Отмечено снижение количества тяжелых осложнений беременности, в том числе НЕЕЛР-синдрома до 0,5% (3 случая) по сравнению с 2019 годом 1,3% (8 случаев). На 0,2% улучшились показатели по умеренной преэклампсии при ПР, количество составило - 2,6% (16 случаев), в 2019 году - 2,8% (18 случаев), тяжелая преэклампсия, как причина ПР, составила соответственно 14,8% (89) и 16,2% (101). Уменьшилось число ПР по поводу декомпенсации экстрагенитальных заболеваний до 1,8% по сравнению с 2,3% в 2019 году. Отмечено снижение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты до 4% (24 случая), в 2019 году наблюдалось 5,6% (35 случаев). Однако, по состоянию новорожденных при ПР в КОГБУЗ КОКПЦ получены следующие данные: произошло

снижение поступления из стационаров области с 10,7% (67 случаев) до 8,8% (55 случаев) в 2020 году, но отмечается повышение поступления новорожденных с экстремально низкой массой тела с 0,3% (2 случая) до 0,6% (4 случая).

Проконсультированные пациентки находились на лечении в отделениях патологии следующих центральных районных больниц Кировской области: Слободской центральной районной больницы (ЦРБ) имени Бакулева - 42%, Вятскополянской ЦРБ - 37,4%, Кирово-Чепецкой ЦРБ - 16,6%, Лузской ЦРБ - 2%, Подосиновской ЦРБ - 0,4%, Унинской ЦРБ - 0,2%, Куменской ЦРБ - 0,2%, Сунской ЦРБ - 0,2%, Омутнинской ЦРБ - 0,2%, Оричевской ЦРБ - 0,2%, Яранской ЦРБ - 0,2%, Советской ЦРБ - 0,2%. Процент отделений патологии беременности, которые направили ТМК, составил 76% от общего количества отделений Кировской области, в которых было организована работа телемедицинских пунктов. Это объясняется тем, что остальные стационары области в период пандемии вынуждены были перепрофилировать койки патологии беременности под больных новой коронавирусной инфекцией.

Основное содержание

В 2020 году выполнено телемедицинских консультаций при угрозе прерывания беременности 818 случаев, что соответствует 40,6% от всех плановых телемедицинских консультаций из стационаров, выполненных в перинатальном центре. Консультации проведены в плановом порядке в течение трех дней при наличии анализов и ультразвукового исследования - 88,9% (718) случаев, только 10,6% (86) запросов поступило после 4-х дней лечения в стационаре и 0,5% (4) составляют консультации, проведенные по окончании стационарного лечения.

Проведен анализ факторов риска преждевременных родов: демографические (возраст, экономический статус); медицинские факторы, существовавшие до

беременности; экстагенитальные заболевания и осложненное течение данной беременности [11, 13].

Современная классификация ВОЗ выделяет в зависимости от возраста: 18-23 года - это ранний репродуктивный период, 24-35 лет - репродуктивный период, 36-45 лет - поздний репродуктивный период. Возраст пациенток с угрожающими ПР в ТМК варьировал от 17 до 40 лет и в среднем составил 29,5 лет, при этом количество пациенток старше 36 лет составляло 37,5%. До 18 лет количество беременных было значительно меньше, а именно только 0,5% (4). На момент консультирования количество пациенток, находившихся в зарегистрированном браке, составило 57,1% (467), брак был не зарегистрирован у 34,1% (279), одинокие наблюдались в количестве

8,3% (68), не было данных только у 0,5% женщин (4). Процент беременных, имевших работу, при постановке на учет в женской консультации был 49,1% (401), не работали - 46,5% (381), учились (колледж, институт) - 4,4% (36). Таким образом, при анализе ТМК выявлено, что около 50% беременных не работали и не учились на момент постановки на учет по беременности и 34,1% не имели психологической поддержки в виде зарегистрированного брака. Наши данные согласуются с существующим мнением о влиянии семейного и социального положения на возникновение ПР. Так, число ПР у незамужних встречается в 1,5 раз чаще, чем у состоящих в браке [14]. Женское психическое здоровье тесно связано с невынашиванием беременности. Стрессовая нагрузка и психотравмирующие переживания могут вносить значительный вклад в рецидивирующие потери беременности [15].

Известно, что у женщин с ПР в анамнезе в 2,5 раза повышен риск повторных ПР при следующей

беременности [10]. По нашим наблюдениям, процент беременных, имевших в анамнезе преждевременные роды, составил 15,7%. Однако, почти 30% преждевременных родов не имеют причины, но единственным доказанным фактором риска являются поздние выкидыши в анамнезе [2]. С увеличением числа беременностей увеличивается риск преждевременных родов [1, 2, 3]. Наше наблюдение установило: две трети пациенток имели в анамнезе беременность. Так, первобеременные пациентки составили только 26,5% (213). При проведении анализа консультаций у повторнобеременных – 73,5% (605) – установлены из анамнеза следующие особенности: 23,5% имели в анамнезе медицинский аборт и 22,9% неразвившуюся беременность. В 56% (339) в анамнезе была госпитализация по поводу угрозы прерывания беременности в первом триместре. Наши данные по акушерско-гинекологическому анамнезу у повторнобеременных пациенток по плановым ТМК из отделений патологии области представлены в таблице №1.

Таблица 1

Медицинские факторы, связанные с угрозой преждевременных родов

Количество телемедицинских консультаций	n=605*
В анамнезе одни роды	20,9% (127)
Из них одно кесарево сечение в анамнезе	16,1% (98)
В анамнезе двое и более родов	11,4% (69)
Из них два кесарева сечения в анамнезе	6,0% (29)
В анамнезе преждевременные роды	15,7% (95)
В анамнезе неразвившаяся беременность	28,4% (172)
В анамнезе мед. аборт (один или более)	23,5% (142)

*количество женщин с повторной беременностью

Огромное значение для исхода беременности и родов имеет наличие у беременных женщин экстрагенитальных заболеваний. При осмотре терапевтом в сроке беременности до 12 недель, в соответствии с приказом 572н, установлено, что 12,1% (99) беременных были практически здоровы. В таблице № 2 проведен анализ экстрагенитальных заболеваний, установленных по плановым ТМК. Анализ свидетельствует о наличии у

97,5% пациенток заболевания, которое имелось до беременности, или рецидива во время данной беременности. На первом месте - эндокринные заболевания, которые составляют 44,7%. Доказана связь между угрозой преждевременных родов с такими заболеваниями, как бессимптомная бактериурия и инфекция половых путей [2]. Установлено, что бессимптомная бактериурия и пиелонефрит составили 12,4%, инфекции половых путей – 10,8%.

Таблица 2

Экстрагенитальные заболевания

Диагноз	Телемедицинские консультации, 2020 г.
Заболевания сердечно-сосудистой системы	16,8% (138)
Гипертоническая болезнь 1-й степени	12,0% (99)
Гипертоническая болезнь 2-й степени	4,3% (35)
Пороки сердца	0,5% (4)
Заболевания почек	13,2% (69)
Бессимптомная бактериурия	4,8% (39)
Хронический пиелонефрит в анамнезе	5,6% (46)
Обострение хронического пиелонефрита	2,0% (17)
Хронический гломерулонефрит	0,3% (2)
Мочекаменная болезнь	0,5% (4)
Сахарный диабет 1 типа	0,5% (4)
Сахарный диабет 2 типа	0,5% (4)
Гестационный сахарный диабет	28,2% (231)
Гестационный гипотиреоз	15,5% (127)
Анемия	22,8% (187)
Легкой степени	19,0% (156)
Средней степени	3,8% (31)

Таблица 3

Осложненное течение беременности по результатам плановых телемедицинских консультаций

Диагноз	n=818
Вызванные беременностью отеки	3,7% (31)
Вызванная беременностью протеинурия	1,5% (12)
Вызванные беременностью отеки и протеинурия	0,6% (5)
Вызванная беременностью артериальная гипертензия без выраженной протеинурии	1,85 (15)
Умеренная преэклампсия	1,8% (15)
Предлежание плаценты без кровотечения	3,4% (28)
Компенсированная фетоплацентарная недостаточность	15,5% (127)
Синдром задержки роста плода 1 степени	4,5% (37)
Нарушение маточно-плацентарного кровотока 1 А степени	4,8% (39)

Осложненное течение беременности по результатам плановых телемедицинских консультаций представлено в таблице № 3.

В телемедицинских консультациях только 3,4% составили случаи предлежания плаценты без кровотечения, преэклампсии – 1,8%.

В 17,1 % не было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) шейки матки, и структура и длина шейки матки оценивались по влагалищному исследованию, во всех случаях длина составила $30,1 \pm 0,2$ мм. Однако у 73,3% были представлены данные ультразвукового исследования и длина

шейки матки на УЗИ составила $28 \pm 0,2$ мм. У пациенток с длиной шейки матки 25 мм и менее в сочетании с преждевременными родами в анамнезе в 3 раза выше вероятность повторных преждевременных родов, чем у женщин с таким же анамнезом, но с нормальной длиной шейки матки [2, 3]. Истмико-цервикальная недостаточность, подтвержденная при ультразвуковом исследовании по телемедицинским консультациям, составила 9,6% (79). По результатам консультации пациентки (9,6%) получили направление в КОГБУЗ КОКПЦ для оперативного лечения – серкляжа – 2,8% (23), в 6,8% (56) на момент консультации

беременные имели противопоказание для транспортировки в стационар третьего уровня, а именно: подозрение на частичную отслойку нормально расположенной плаценты.

Одна из задач ведения преждевременных родов – это своевременная профилактика синдрома гиалиновых мембран глюкокортикоидами. Данные свидетельствуют, что профилактика синдрома гиалиновых мембран и токолиза в отделениях патологии беременных области проводилась в соответствии с клиническим протоколом [11, 12]. Анализ показал следующие результаты: только чуть больше половины беременных получили профилактику синдрома гиалиновых мембран, а именно 55,9% (458), в 12% (98) случаев беременные получили данное лечение при первой госпитализации и в 32,1% (262) по клиническому протоколу (КП) коллегиальным решением было рекомендовано проведение профилактики синдрома гиалиновых мембран [11, 12]. В отделениях патологии области применялись

токолитические средства в соответствии с КП [11, 12]: препарат первой линии атозибан был применен в 21,8% (179) случаев, препарат второй линии гексопреналин сульфат – 50,7% (415) и только в 27,5% (224) использовался сульфат магния. По КП применяют сульфат магнезии с целью нейропротекции плода. Возможной причиной применения только препарата сульфата магния, без лекарственных средств первой и второй линии связано с техническим обеспечением лечебных учреждений области, а именно отсутствие ультразвукового исследования в половине случаев до проведения токолиза. Побочные эффекты на фоне указанных препаратов в плановых телемедицинских консультациях не отмечены. При стабилизации состояния беременной в отделении патологии области в половине случаев было рекомендовано продолжить курс лечения в лечебном учреждении, куда поступила беременная на данный момент консультации (таблица № 4).

Таблица 4

Результаты плановых телемедицинских консультаций беременных с угрозой преждевременных родов

Результаты плановых телемедицинских консультаций беременных с угрозой преждевременных родов	n=818
Рекомендовано продолжить курс лечения в отделении патологии беременности области	51,4% (421)
Рекомендована после проведения токолиза госпитализация в лечебное учреждение 3 уровня	21,8% (179)
Рекомендовано продолжить курс лечения, при неэффективности терапии – госпитализация в КОГБУЗ КОКПЦ	26,6% (218)
Рекомендовано родоразрешение на данном этапе в стационаре центральной районной больницы, так как пациентка не была транспортабельной*	0,2% (27)

*пациентка не была транспортабельной на момент консультации по следующим причинам: острая гипоксия плода и/или преждевременная отслойка плаценты.

Процент отказавшихся от госпитализации в КОГБУЗ КОКПЦ (от всех телемедицинских консультаций) составил 9,6% (79). Результаты исходов беременных, которые по семейным обстоятельствам отказались от госпитализации в КОГБУЗ КОКПЦ, были следующими: 8,5% (70)

продолжили лечение в стационаре и были выписаны с прогрессирующей беременностью под наблюдение в женскую консультацию, 0,5% (4) случая согласились на госпитализацию через 7-8 дней и только в 0,6% (5) случаях преждевременные роды прошли в стационаре области.

Заключение

Представленные в исследовании результаты телемедицинских консультаций свидетельствуют об эффективной работе системы «врач-врач». Учитывая безопасность и высокую результативность данных консультаций, можно сделать вывод о перспективах дальнейшего развития телемедицины.

Выводы

1. Анализ телемедицинских консультаций, полученных в КОГБУЗ КОКПЦ, позволяет получить объективную информацию о состоянии беременных с угрозой преждевременных родов в условиях районных отделений патологии беременности.

2. Метод консультаций позволяет осуществить контроль выполнения клинического протокола преждевременных родов в условиях районных отделений патологии.

3. Проведенное исследование подтверждает эффективность выполнения дистанционных рекомендаций, что позволяет выявить группы риска беременных, нуждающихся в стационаре третьего уровня (КОГБУЗ КОКПЦ) и является одним из важнейших факторов в оказании своевременной специализированной помощи недоношенным новорожденным и ведет к снижению перинатальных потерь.

4. Возможность применения телемедицинских консультаций – одно из современных направлений развития медицины, позволяющее оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь. Актуальность возрастает на современном этапе, что особенно значительно в период коронавирусной пандемии

Список литературы / References

1. Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинский В.Е. Акушерство М. 2019. [Savel'eva G.M., Sukhich G.T., Serova V.N., Radzinsky V.E. *Obstetrics*. Moscow 2019. (In Russ.)].

2. Радзинский В.Е. Оразмурадов А.А., Савенкова И.В., Дамирова К.Д., Хаддад Х. Преждевременные роды – нерешенная проблема XXI века // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020 – № 27 (4) – С.27-37. [Radzinsky V.E. Orazmuradov A.A., Savenkova I.V., Damirova K.D., Haddad H. Prezhdevremennye rody – nereshennaya problema XXI veka. *Cuban Scientific Medical Gazette*. 2020; 27 (4):27-37(In Russ.)].

3. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Оленев А.С., Гагаев Ч.Г., Парыгина А.Н., Гаврилова А.А., Гагаев Д.Ч., Дамирова К.Ф., Кузнецова О.А., Смирнова Т.В. Преждевременные роды – нерешенная мировая проблема // Акушерство и гинекология – 2018 – № 6 (3) – С.55-64. [Radzinsky V.E., Kostin I.N., Olenev A.S., Gagaev C.G., Parygina A.N., Gavrilova A.A., Gagaev D.Ch., Damirova K.F., Kuznetsova

O.A., Smirnova T.V. Prezhdevremennye rody – nereshennaya mirovaya problema. *Akusherstvo i ginekologiya* 2018; 6(3): 55-64 (In Russ.)].

4. Kibel M. Outcomes of pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes between 20 and 24 weeks of gestation. *Obstetrics and Gy-necology*. 2016; 128(2): 313–320. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001530.

5. Wagner Ph., Sonek J., Mayr S., Abele H., Goelz R., Hoopmann M., Kagan K.O. Outcome of pregnancies with spontaneous PPRM before 24+0 weeks' gesta-tion. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2016; 203: 121–126. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.05.018.

6. Костин И.Н., Князев С.А. Откровенный разговор. Statuspraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2018 – № 6(53) – С. 20–27. [Kostin I.N., Knyazev S.A. Otkrovennyi razgovor. *Statuspraesens. Ginekologiya, akusherstvo, besplodnyi brak*. 2018; 6(53): 20–27 (In Russ.)].

7. Hamilton B.E., Martin J.A., Osterman M.J., Curtin S.C., Matthews T.J. Births: Final Data for 2014. *Natl . Vital. Stat*.

Rep. 2015; 64(12): 1-64.6.

8. Скрипченко Ю.П., Баранов И.И., Токова З.З. Статистика преждевременных родов //Проблемы репродукции. – 2014. – № 4. – С.11-14.[Skripchenko Yu.P., Baranov I.I., Tokova S.S. Statistika prezhdevremennyh rodov. *Problemy reproduksii*. 2014; (4): 11-14 (In Russ.)].

11.Преждевременные роды. Клинические рекомендации (утверждены Минздравом России). Законы, кодексы инормативно-правовые акты Российской Федерации; 2016. [Prezhdevremennye rody. *Klinicheskie rekomendatsii* (utverzhdeny Minzdravom Rossii). Zakony, kodeksy inormativno-pravovye akty Rossiiskoi Federatsii; 2016 (In Russ.)] Доступно по: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-prezhdevremennye-rody-utv-minzdravom-rossii/> Ссылка активна на 12.08.2021..

12.Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при преждевременных родах (2015) Письмо Минздрава РФ от 2 октября №15-4/10\2/-5803[Organizatsiya meditsinskoi evakuatsii beremennyh zhenshchin, rozhenits i rodil'nits pri prezhdevremennyh rodah (2015)

Pis'mo Minzdrava RF ot 2 oktyabrya №15-4/10\2/-5803 (In Russ.)] Доступно по: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71137478/> Ссылка активна на 12.08.2021..

13.Дворянский С.А., Емельянова Д.И., Лагоша Р.Ю. Особенности течения беременности и родов у практически здоровых женщин разных возрастных групп // Вятский медицинский вестник. –2018. – №2. – С.4-7.[Dvoryansky S.A., Emelyanova D.I., Lagos R.Y. Osobennosti techeniya beremennosti i rodov u prakticheskii zdorovykh zhenshchin raznykh vozrastnykh grupp *Vyatskii meditsinskii vestnik*. 2018; (2): 4-7 (In Russ.)].

14.Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды – М., 2006.[Sidelnikova V.M., Antonov A.G. *Prezhdevremennye rody*. Moscow. 2006 (In Russ.)].

15.Васильева А.В. Проблемы женского психического здоровья – междисциплинарный ракурс. //РМЖ Медицинское обозрение. – 2018 – № 10. – С.51-54. [Vasilyeva A.V. Problemy zhenskogo psihicheskogo zdorov'ya – mezhdistsiplinarnyi rakurs. //RMZH Meditsinskoe obozrenie. 2018; (10): 51-54 (In Russ.)].

УДК 616-007-053.1-036.22:618.3

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЗА ПЕРИОД 2016-2018 ГОДЫ (НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Мильчаков Д.Е., Гусева Е.А.

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

Резюме. В настоящее время пороки и врожденные болезни достаточно распространены. Появление на свет ребенка с врожденными дефектами развития - одна из самых тяжелых тем не только в акушерстве, но и в социальном статусе семьи. Высокая популяционная частота врожденных и хромосомных аномалий развития у новорожденных, по данным сайта Федеральной службы государственной статистики [1], обуславливает их значимый вклад в структуру причин

младенческой смертности, заболеваемости и детской инвалидности, что явилось целью нашего исследования. Проблема рождения детей с врожденной и наследственной патологией, а именно с врожденными пороками развития (ВПР), сохраняет свою актуальность, имеет серьезную социально-медицинскую значимость. Нужно выявить проблемы диагностики, лечения и профилактики ВПР на примере клинических случаев. Несмотря на разнообразие причин, ребенок с врожденными пороками развития может появиться и в здоровой семье. Среди ВПР встречаются как распространенные, например, врожденный порок сердца, так и нераспространенные, например, синдром Дауна. Цель работы: проанализировать частоту встречаемости пороков развития у детей первого года жизни в Кировской области за период с 2016 по 2018 годы [2].

Ключевые слова. Акушерство, врожденные пороки рождения, детская патология.

CONGENITAL MALFORMATIONS IN INFANTS IN KIROV REGION IN 2016-2018

Milchakov D.E., Guseva E.A.

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

Summary. Currently, defects and congenital diseases are quite common. High frequency of congenital and chromosomal anomalies in newborns, according to the Federal State Statistics Service [1], determines the causes of infant mortality, morbidity and childhood disability. The problem of the birth of children with congenital malformations remains urgent and has great social and medical significance. It is necessary to elicit the problems of diagnosis, treatment and prevention of birth defects – evidence from clinical cases. Despite the variety of reasons, a child with congenital malformations can appear in a healthy family as well. There are both, common, for example, congenital heart disease, and infrequent birth defects, for example, Down syndrome. The research aims to analyze frequency of malformations in infants in Kirov Region in 2016-2018 [2].

Key words. Obstetrics, birth defects, childhood pathology.

Введение

Врожденный порок развития - возникшее внутриутробно стойкое морфологическое изменение органа, системы органов, части тела или всего организма, выходящее за пределы вариаций строения и нарушающее его функцию [3]. К возникновению врожденных аномалий приводят многие неблагоприятные воздействия на органы плода во время

беременности, в частности в критические периоды его развития. Факторы, которые вызывают ВПР, – тератогенные [4]. Самые изученные среди них:

- медикаментозные (прием средств, запрещенных при беременности или в определенный период беременности);

- инфекционные (корь, краснуха, ветряная оспа, передающиеся от матери к плоду);
- ионизирующее излучение (рентген, радиоактивное излучение);
- алкогольный фактор (прием беременной женщиной большого количества алкоголя может привести к тяжелейшему алкогольному синдрому у плода, несовместимому с жизнью);
- никотиновый фактор (курение во время беременности может спровоцировать отставание в развитии ребенка);

- токсические и химические (женщинам, работающим на вредном производстве, за несколько месяцев до беременности и на весь ее срок следует исключить контакты с агрессивными химическими и токсическими веществами во избежание появления тератогенного эффекта у плода);

- недостаток витаминов и микроэлементов (нехватка фолиевой кислоты и полиненасыщенных кислот омега-3, белков, йода, отсутствие сбалансированного питания могут привести к отставанию в развитии плода, нарушениям работы головного мозга) [5].

Основное содержание

Актуальность: За последнее время проблема врожденной и наследственной патологии у детей приобрела серьезную медицинскую и социальную значимость, потому что в структуре перинатальной и неонатальной заболеваемости врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии остаются ведущими основаниями младенческой смертности и детской инвалидности.

Состояние репродуктивного здоровья женщин ухудшается, на результат беременности оказывают как экзогенные, так и эндогенные факторы, включая наследственность, поэтому одним из направлений совершенствования медицинской помощи в охране здоровья женщин и детей становится медико-генетическое консультирование [6]. Стоит отметить, что предвидеть данные патологии до беременности практически невозможно. Ребенок с врожденными пороками развития может появиться абсолютно в любой семье, независимо от наличия или отсутствия вредных привычек, образа жизни или материального достатка. Среди профилактических пр

ограмм, направленных на снижение частоты ВПР у детей, главное место занимает мониторинг таких состояний [7]. Основная цель данной методики состоит в обнаружении изменений в частях ВПР, что может быть признаком к поиску новых тератогенов и мутагенов [8]. В наши дни в основной части стран система мониторинга, основанная на регистрации и учёте больных детей с ВПР, является базой для определения популяционной частоты и последующего регулирования частотных трендов ВПР [9].

Материалы и методы исследования: Произведена оценка данных обследования 39 468 беременных женщин в возрасте 20-45 лет за 2016, 2017, 2018 годы и сравнение оценки риска рождения с действительно имеющейся патологией у детей [1].

В исследовании применялся статистический метод для обработки и оценки полученных данных. Статистическая обработка полученного материала проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel for Windows.

Результаты исследования:

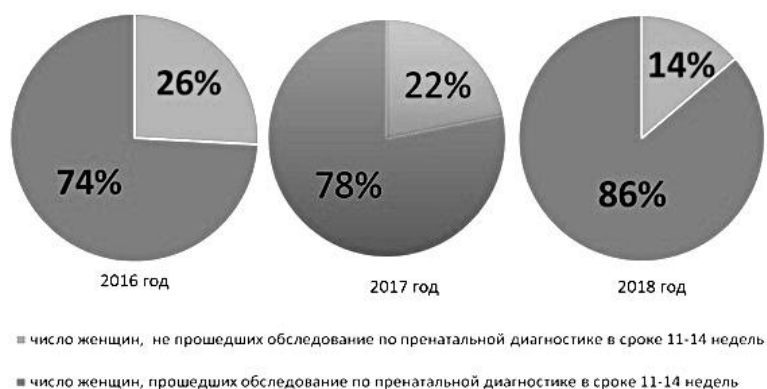


Рис. 1. Учёт по беременности в женской консультации

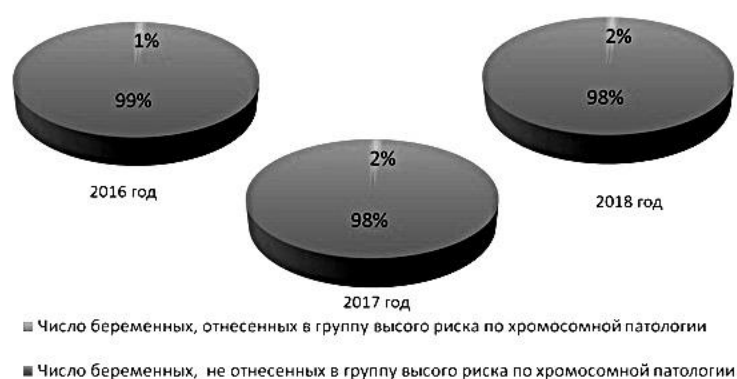


Рис. 2. Число беременных женщин, прошедших обследование по пренатальной диагностике

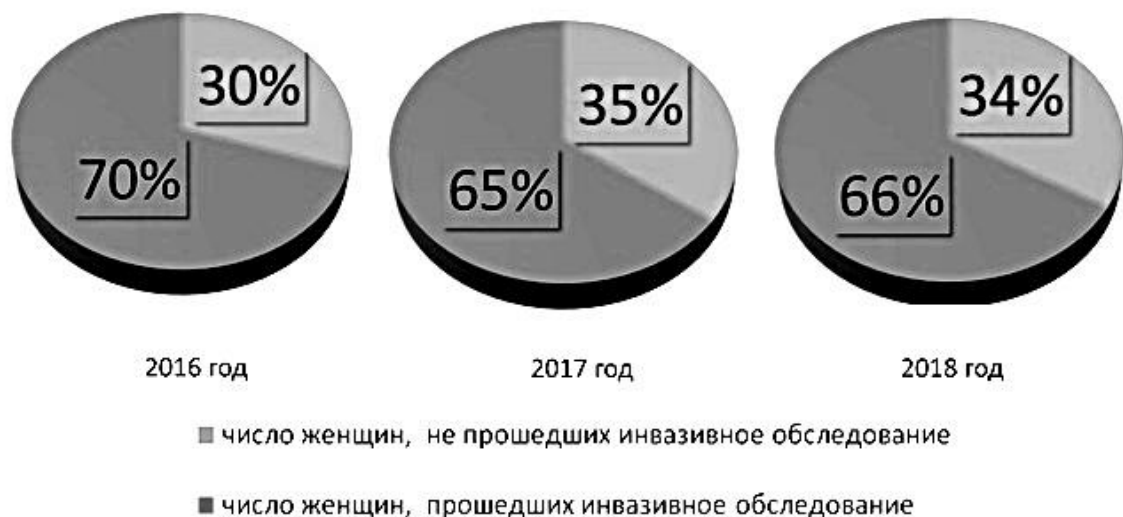


Рис. 3. Число беременных женщин, отнесенных в группу высокого риска по хромосомной патологии

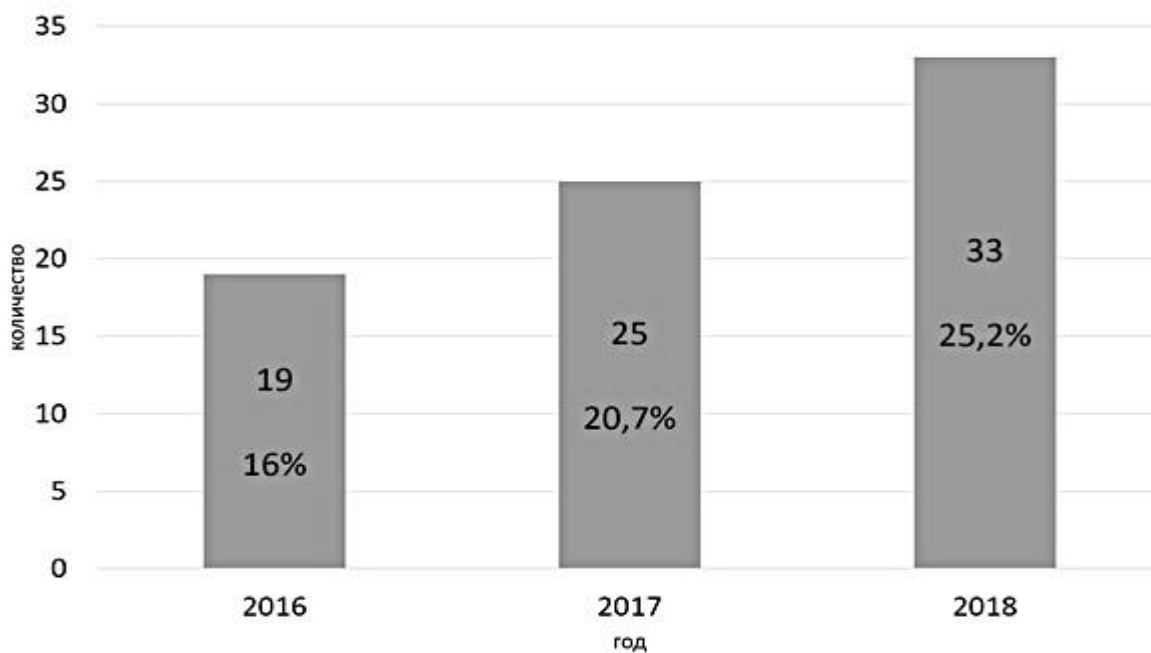


Рис. 4. Общее количество выявленных хромосомных патологий у плода

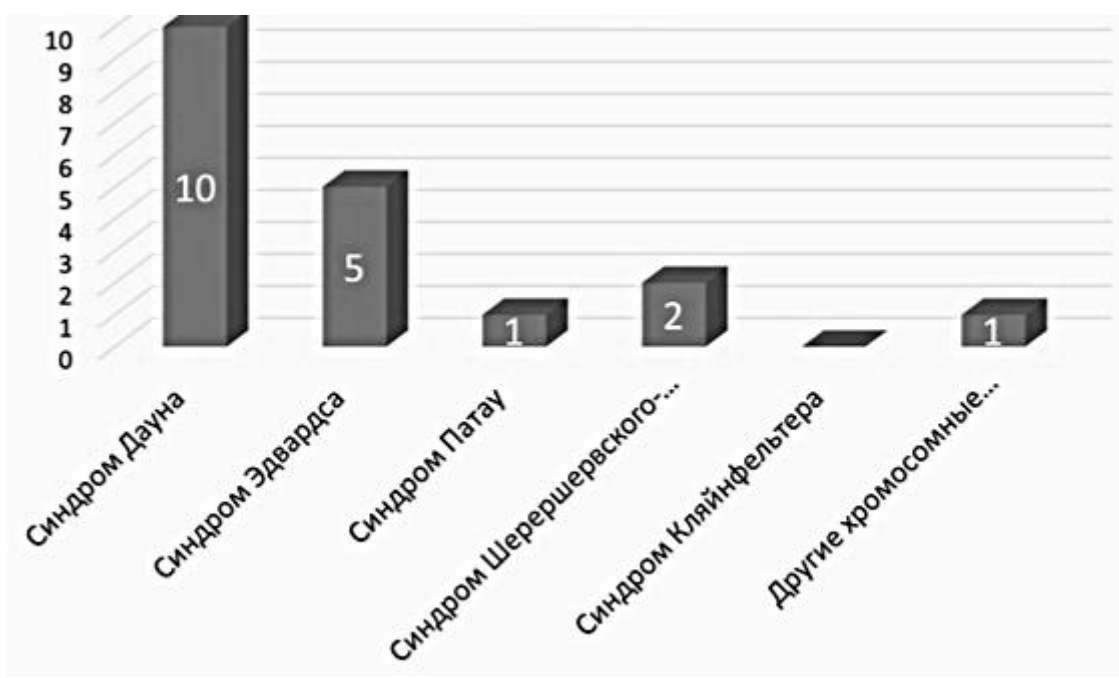


Рис. 5. Количество выявленных хромосомных патологий у плода в 2016 году

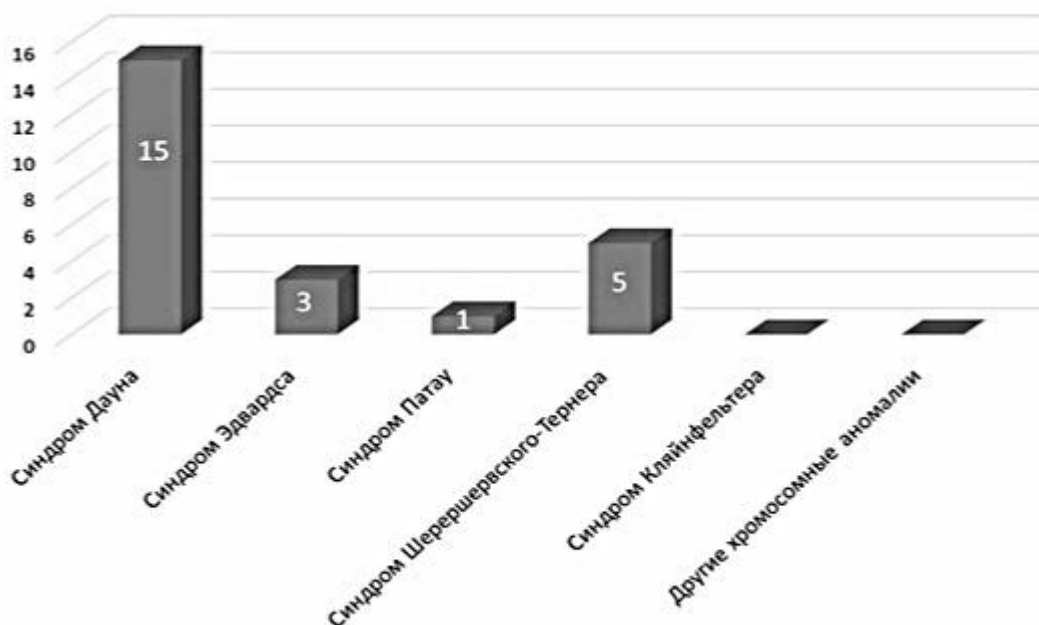


Рис. 6. Количество выявленных хромосомных патологий у плода в 2017 году

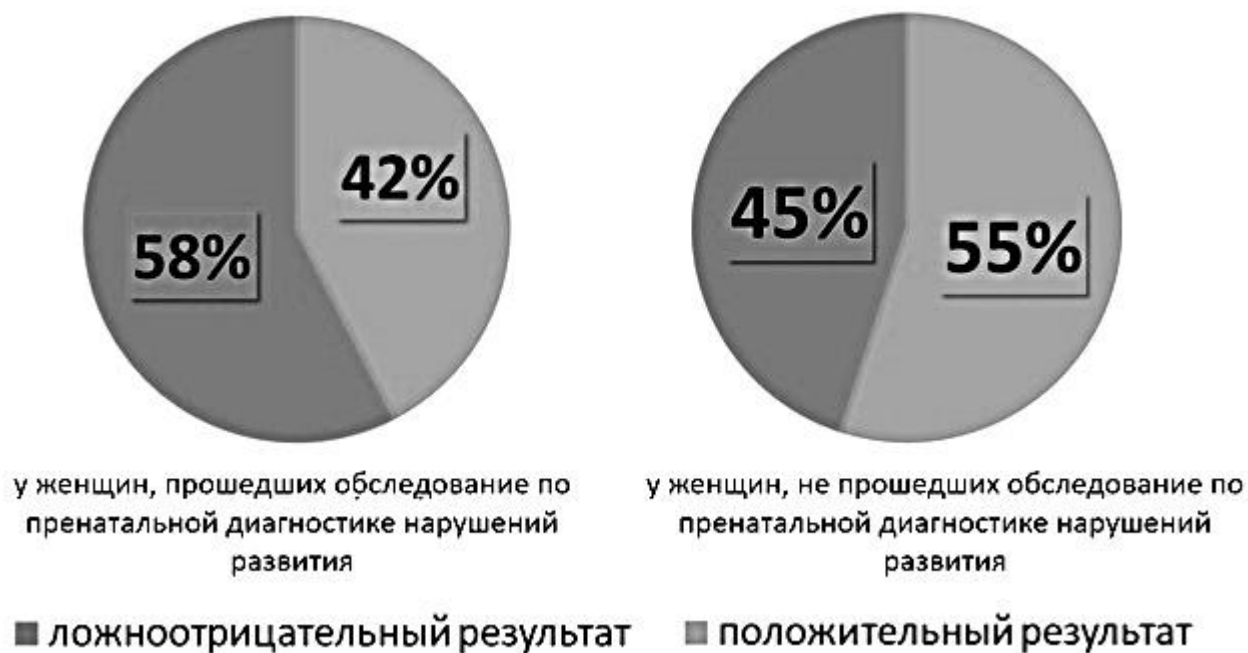


Рис. 7. Число родившихся детей с пороками в 2016 году

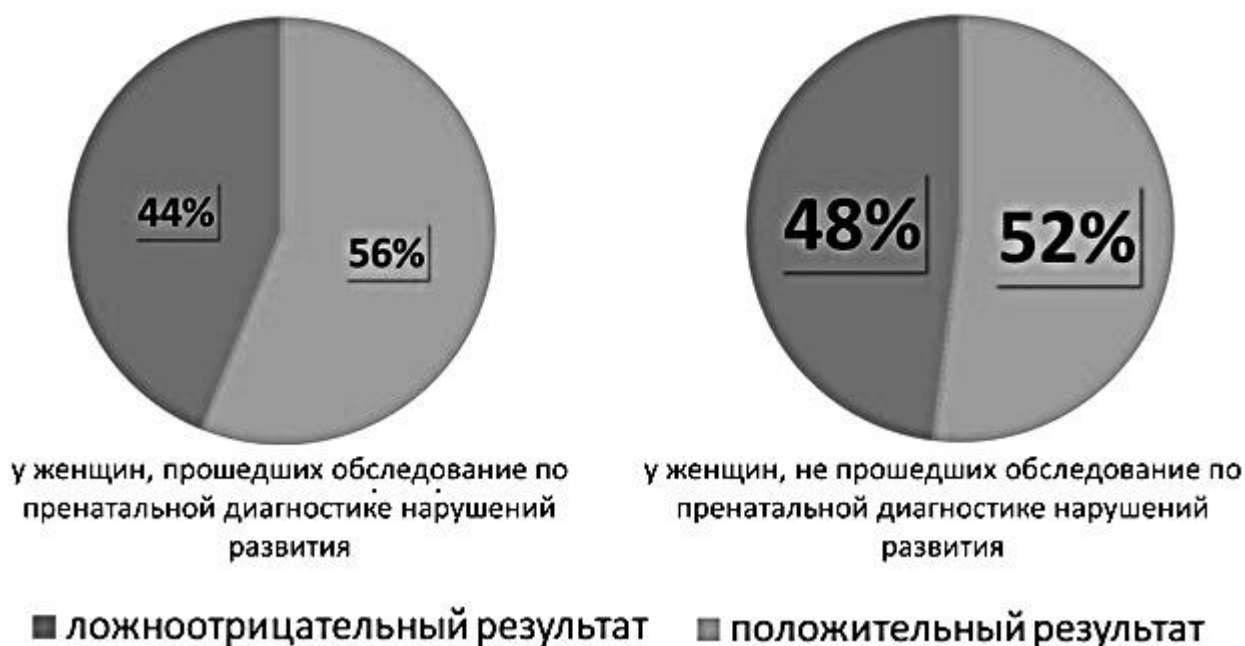


Рис. 8. Число родившихся детей с пороками в 2017 году

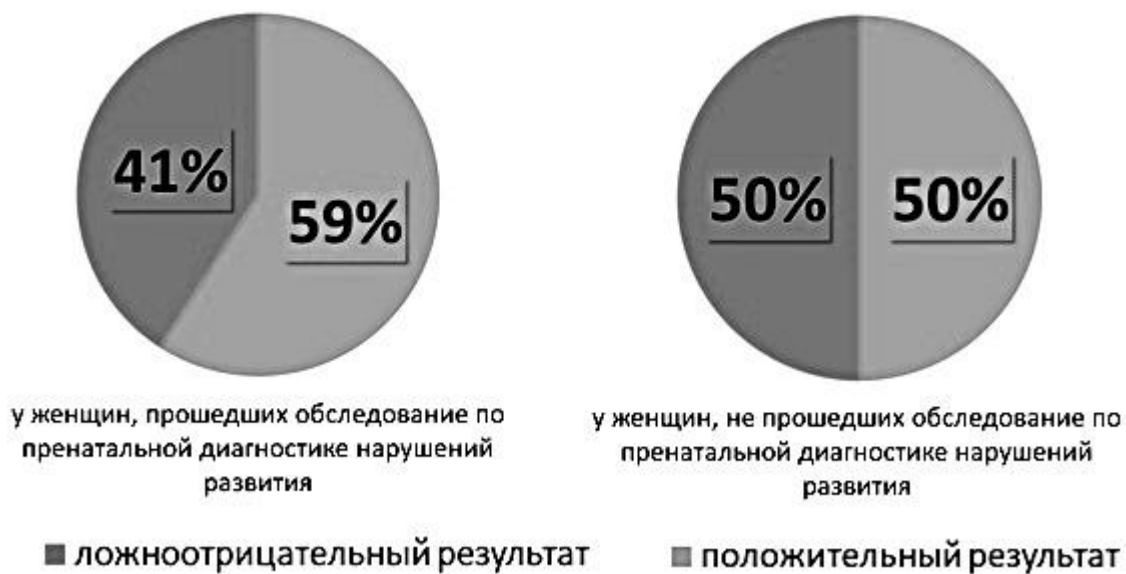


Рис. 9. Число родившихся детей с пороками в 2018 году

Итоговая таблица динамических показателей пренатальной диагностики [2]

Таблица 1

Период для анализа данных (год)	Признак	Количество исследуемых женщин (человек)	Возраст исследуемых женщин (лет)	Количество проведенных инвазивных процедур	Из них с пороками родилось (человек)	Ложноотрицательный результат
2016		15420	20-45	119	33	19
2017		12097	20-45	121	41	18
2018		11951	20-45	131	44	18

Заключение

Проработка статистических данных за 3 года по учёту беременности в женской консультации выявила, что процент женщин, прошедших обследование по пренатальной диагностике увеличился. На это оказало влияние действие факторов обеспеченности, доступности медико-генетической помощи для населения. Следует обратить внимание на то, что в процессе всего анализируемого периода уровень числа женщин, прошедших инвазивное обследование, уменьшался. Сложившееся положение показывает множественность врожденной и наследственной патологии в популяции. Поднявшийся процент выявленных хромосомных патологий у плода в 2018 году является итогом развития высоких технологий в оказании медицинской помощи беременным и детям. Разбор выявил, что чаще всего за 2 года (2016, 2017) встречается синдром Дауна и Шершерского-Тернера, на это оказал воздействие фактор

увеличения распространенности заболеваний в результате падения здоровья будущих матерей, снижения экологической обстановки в области и существование факторов риска у будущих родителей.

Таким образом, источником уменьшения перинатальной заболеваемости и смертности является раннее выявление врожденных пороков развития, что возможно при полноценной пренатальной диагностике, своевременных скрининговых исследованиях на ранних этапах беременности (до 14 недель). Полученные показатели о частоте и структуре врожденных пороков развития у детей могут применяться в работе областной медикогенетической консультации, а также при планировании объема специализированной помощи детям с врожденными пороками (палаты интенсивной терапии новорожденных, реконструктивная хирургия, специализированные отделения) [10].

Список литературы / References

1. Федеральная служба реализации мероприятий по пренатальной государственной статистики. Отчет о (дородовой) диагностике нарушений

развития ребенка в 2016, 2017, 2018 году (Кировская область) [Federal'naya sluzhba gosudarstvennoi statistiki. *Otchet o realizatsii meropriyatii po prenatal'noi (dorodovoi) diagnostike narushenii razvitiya rebenka v 2016, 2017, 2018 godu* (Kirovskaya oblast') (In Russ.)].

2. Leliefeld P.H. New transcranial Doppler index in infants with hydrocephalus: transsystolic time in clinical practice. / Leliefeld P.H., Gooskens R.H., Peters R.J., Tulleken C.A., Kappelle L.J., Han K.S., Regli L., & Hanlo P.W. *Ultrasound Med. Biol*, 2009; 35(10): 1601-1606

3. Володин Н. Н. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. [Volodin N. N. *Neonatologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie*. Moscow: GEOTAR-Media, 2013. (In Russ.)].

4. Терминологический медико-генетический словарь аномалий и пороков развития человека. – М.: КГМА, 1996. [Terminologicheskii mediko-geneticheskii slovar' anomalii i porokov razvitiya cheloveka. Moscow. KGMA, 1996 (In Russ.)].

5. Полачек К. Физиология и патология новорожденных детей. – Прага; «АВИЦЕНУМ», 1986. [Polachek K. *Fiziologiya i patologiya novorozhdennykh detei*. Prague; «AVITSENUM», 1986. (In Russ.)].

6. Пороки развития .2016 Всемирная организация здравоохранения. [Poroki razvitiya.WHO. (In Russ.)] Доступно по: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/congenital-anomalies> Ссылка активна на 12.08.2021..

7. Марочков А. В., Лицкевич Г. Н. Опыт интенсивной терапии и анестезиологического обеспечения у новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей // Анестезиология и реаниматология – 2008. – № 1 – С.17-19. [Marochkov A. V., Litskevich G. N. Opyt intensivnoi terapii i anesteziologicheskogo obespecheniya u novorozhdennykh s vrozhdennoi diafragmal'noi gryzhei . *Anesteziologiya i reanimatologiya*. 2008; (1):17-19 (In Russ.)].

8. Жиркова Ю.В. Послеоперационное обезболивание у

новорожденных. / Жиркова Ю.В., Буров А.А., Зилберт Е.В., Кучеров Ю.И., Степаненко С.М. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2011. – № 2. – С. 60-64. [Zhirkova Yu.V., Burov A.A., Zilbert E.V., Kucherov Yu.I., Stepanenko S.M. Posleoperatsionnoe obezbolivanie u novorozhdennykh. *Rossiiskii vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2011; (2): 60-64 (In Russ.)].

9. Ахмадеева Э. Н. Выхаживание и ранняя реабилитация новорожденных с перинатальной патологией с позиций гуманизации медицинской помощи / Ахмадеева Э.Н., Латыпова Ф. М., Микунов А.М., Минигазимова А. Я. // Медицинский вестник Башкортостана. –2010. – № 2. – С.71-76 [Ahmadeeva E.N., Latypova F. M., Mikunov A.M., Minigazimova A. Ya Vyhazhivanie i rannaya reabilitatsiya novorozhdennykh s perinatal'noi patologiei s pozitsii gumanizatsii meditsinskoj pomoshchi. *Meditsinskii vestnik Bashkortostana*. 2010; (2): 71-76 (In Russ.)].

10. Гусева Е.А., Мильчаков Д.Е. Врожденные пороки развития у детей первого года жизни за период 2016-2018 года (на примере Кировской области) // Молодежь и медицинская наука в XXI веке: материалы XXII Всероссийской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 90-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки Российской Федерации, лауреата Государственной премии Российской Федерации, член-корреспондента РАН, доктора медицинских наук, профессора В.А. Журавлева, 15 февраля-1 апреля 2021 г. / Под ред. Л.М. Железнова, М.П. Разина, Е.С. Прокопьева – Киров: Кировский государственный медицинский университет, 2021. – С.7-8 [Guseva E.A., Mil'chakov D.E. Vrozhdennye poroki razvitiya u detei pervogo goda zhizni za period 2016-2018 goda (na primere Kirovskoi oblasti) (Conference proceedigs) XXII Vserossiiskaya nauchnaya konferentsiya studentov i molodykh uchenykh s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchennaya 90-letiyu so dnya

rozhdeniya Zasluzhennogo deyatelya nauki Rossiiskoi Federatsii, laureata Gosudarstvennoi premii Rossiiskoi Federatsii, chlen-korrespondenta RAN, doktora meditsinskikh nauk, professora V.A. Zhuravleva «Molodezh'

i meditsinskaya nauka v XXI veke»; 2021 febr.15- April 1; Kirov.: Kirovskii gosudarstvennyi meditsinskii universitet, 2021. – pp.7-8 (In Russ).]

УДК 614.23

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РИСК РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ

Урванцева С.О., Петрова В. И., Красных Е. А.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112) Kf33@kirovgma.ru

Резюме. Развитие бронхиальной астмы у детей является достаточно серьезной медико-социальной проблемой, требующей дальнейшего изучения, как в плане углубленного исследования эпидемиологии, предрасполагающих и причинно-значимых факторов, механизмов развития, так и совершенствования методов ранней диагностики и профилактики заболевания. В данной статье рассмотрены различные точки зрения на состояние законодательной базы и сложившиеся негативные тенденции реализации прав несовершеннолетних детей, страдающих бронхиальной астмой. В статье представлен первоначальный анализ полученных данных констатирующего эксперимента по выявлению факторов развития бронхиальной астмы у детей в Кировской области.

Ключевые слова: бронхиальная астма, медико-социальная проблема, предрасполагающий фактор, констатирующий эксперимент, факторы развития, медицинское вмешательство, охрана здоровья детей, информированность, школьная медицина, права несовершеннолетних, законодательство.

RISK FACTORS OF BRONCHIAL ASTHMA DEVELOPMENT IN CHILDREN IN KIROV REGION

Urvantseva S.O., Grebneva P.A., Suslova V. S. Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx Street, 112) Kf33@kirovgma.ru

Summary. Development of bronchial asthma in children is a rather serious medical and social problem that requires further study of epidemiology, causes and predisposing factors, mechanisms of development, as well as improvement of methods of early diagnosis and prevention of the disease. The article below presents

legal overview of the problem and current negative trends in the implementation of the rights of minors suffering from bronchial asthma. The article presents the results of the ascertaining experiment to identify cases of bronchial asthma development in children in Kirov region.

Keywords: bronchial asthma, medical and social problem, predisposing factor, ascertaining experiment, development factors, medical intervention, child welfare, awareness, school medicine, minors ' rights, legislation.

Введение

Вопросы охраны здоровья детей законодателем определены в качестве приоритетных, включающих не только заботу об их здоровье, но и надлежащую правовую защиту. Бронхиальная астма является глобальной проблемой здравоохранения и одним из самых распространенных хронических заболеваний у детей, поэтому проблема и сегодня очень актуальна. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют об отчетливом росте этой патологии во всем мире. По данным ВОЗ, в настоящее время бронхиальной астмой страдает более 300 млн. человек разного возраста, причем 14–15% из них дети, что представляет собой серьезную социально-экономическую проблему, существенно снижая качество жизни больного ребенка, ограничивая его психические, физические и социальные возможности. Более того, бронхиальная астма может явиться причиной инвалидности и летального исхода. В последние десятилетия наблюдается значительный прогресс в разработке стратегии диагностики, профилактики и лечения этого заболевания, основанной на новой серьезной доказательной базе.

Наибольшие трудности в установлении диагноза возникают у детей первых пяти лет жизни. Поэтому поиск факторов риска, раннее выявление детей, подверженных этой патологии, разработка программ по ее предупреждению является одной из актуальных проблем.

Цель исследования: состоит в выявлении факторов риска развития бронхиальной астмы у детей, проживающих в Кировской области и проблем правоприменительной практики.

Задачи исследования:

1. проанализировать международные правовые документы, действующее федеральное законодательство РФ и других нормативно-правовые акты РФ, регулирующие охрану здоровья несовершеннолетних детей;

2. обозначить проблемы правоприменительной практики, связанной с реализацией права несовершеннолетних детей, страдающих бронхиальной астмой и предложить пути их решения;

3. выявить факторы риска развития бронхиальной астмы у детей, проживающих в Кировской области;

Основное содержание

Материалы и методы:

Формально-юридический метод использовался в процессе исследования при анализе действующего международного законодательства и нормативно правовых актов РФ. Формально-логический метод позволил выявить существующие правовые пробелы, противоречия и коллизий правовых норм, регулирующих вопросы

охраны здоровья детей, страдающих бронхиальной астмой. Практическая часть исследования основана на результатах, проведенного анкетирования (онлайн опрос), в котором приняли участие 200 школьников г. Кирова, в возрасте 7 – 18 лет по вопросам наследственной предрасположенности к бронхиальной астме, среди них было 78 молодых людей,

122 девушки. В анкетировании участвовали школы, которые располагаются в различных регионах Кировской области, такие как школа № 37 города Кирова, школа № 14 города Слободского и школа д. Денисовы Слободского района. Школа № 37 находится в центре города Кирова, рядом с которой расположен завод «Маяк» по производству военной техники, служебного оружия. Школа № 14 располагается в городе Слободском вблизи которой расположен фанерный комбинат «Красный якорь» по обработке древесины. Школа д. Денисовы находится в Слободском районе в окрестностях, где нет промышленных предприятий. Также проводилось измерение объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) спирометром vitalographcorp 6 модель: 400 (Ирландия)

Результаты и обсуждение

В настоящее время в российской пульмонологии происходят серьезные перемены в подходах к организации ведения больных астмой (БА), особенно с тяжелыми формами болезни. По данным Минздрава РФ на 2019 год, в стране зарегистрировано 1 миллион 119 тысяч пациентов, страдающих бронхиальной астмой, то есть примерно 1 на 100 тыс. населения. Однако данные проводимых специалистами эпидемиологических исследований показывают, что реальная распространенность астмы в несколько раз превышает показатели официальной статистики, так как около 49% больных не контролируют астму, около 10% имеют ее тяжелую форму. В Кировской области данное заболевание встречается у 3 тыс. детей (согласно данным Минздрава Кировской области за 2018 год). За последние 20 лет на порядок снизилась летальность благодаря новым эффективным препаратам, новым клиническим рекомендациям, новым подходам к ведению пациентов [1]. В связи с отсутствием в России данных об истинном уровне заболеваемости БА Межрегиональная общественная организация «Российским Респираторным Обществом» выступила с инициативой о создании регистра пациентов в формате проспективного многоцентрового

наблюдательного исследования. Проект получил название «Регистр пациентов с тяжелой бронхиальной астмой в Российской Федерации», код NCT03608566.

Для поддержания текущего состояния здоровья детей больных БА в РФ действует законодательно урегулированная система реабилитационных мероприятий. Относительно эффективности этой системы современные реалии непроизвольно вызывают сомнения, главным образом в части необоснованного отказа в лекарственном обеспечении. В этой области к настоящему времени и сложилась устойчивая судебная практика. Ознакомившись с рядом решений, вынесенных Судебной коллегией по гражданским делам Верховного Суда РФ в кассационном порядке, можно утверждать, что право на бесплатное получение лекарственных препаратов по жизненным показателям первоначально исходит из решений врачебной комиссии и (или) консилиума врачей медицинских организаций. Отсутствие лекарственного препарата или диагноза заболевания в перечнях, разрабатываемых и утверждаемых органами исполнительной власти, не может являться основанием для снижения уровня гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Важно учесть, что ребенок с патологиями здоровья, в отличие от взрослого человека, в особой мере нуждается в своевременной медицинской реабилитации, включая лекарственное обеспечение, в силу развивающегося и растущего организма с несформировавшимися анатомическими и физиологическими функциями, нейроэндокринными особенностями [2].

Актуальность данного вопроса нашла отражение в Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 г., где сформулирована необходимость обеспечения потребностей отечественного здравоохранения в необходимых и важнейших лекарственных препаратах для медицинского применения [3]. Лекарственное обеспечение БА — острая и важная медико-социальная проблема,

ассоциированная с постоянным ростом затрат на пожизненное регулярное применение ЛС для предупреждения обострений и уменьшения выраженности симптомов заболевания. При этом обострения БА влекут за собой значимые затраты органов здравоохранения, связанные с вызовами скорой помощи, госпитализацией пациентов в стационары и оплатой листов нетрудоспособности.

Результаты. В исследовании было выявлено, что у обучающихся школы №37 г. Кирова ОФВ₁ составляет 71%, у учеников школы № 14 г. Слободского – 74% и у обучающихся школы д. Денисовы Слободского района – 80%. Из обучающихся школы № 37 г. Кирова 17% страдают бронхиальной астмой. У

школьников данной группы 12% родителей и 5% среди близких родственников имеют бронхиальную астму.

Обучающиеся школы №14 г. Слободского 7% страдают бронхиальной астмой и 34% атопическими заболеваниями. У школьников данной группы 4% родителей и 2% близких родственников страдают бронхиальной астмой.

Среди обучающихся школы д. Денисовы Слободского района 2% страдают бронхиальной астмой и 14% атопическими заболеваниями. Среди школьников данной группы у родителей не наблюдалась бронхиальная астма, а 8% близких родственников имели данное заболевание. (рис. 1).

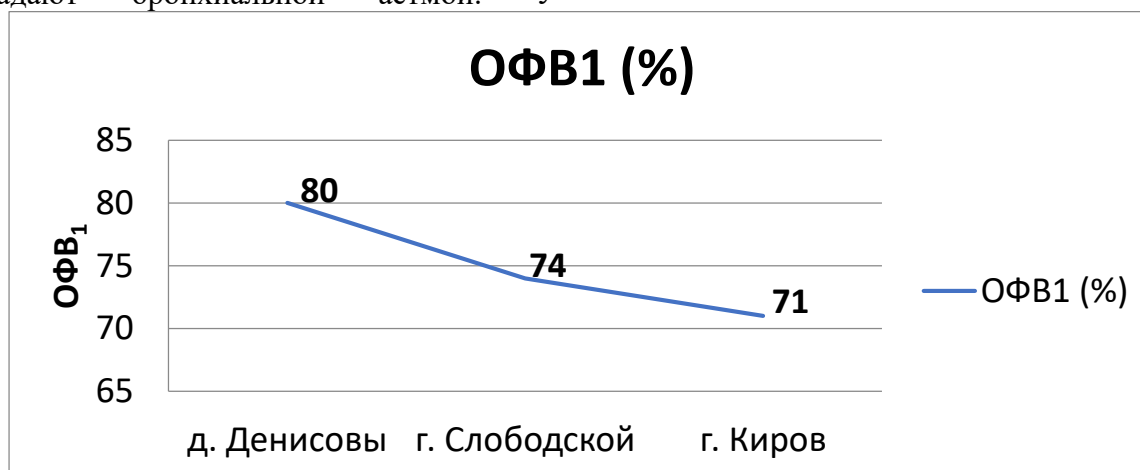


Рис. 1. Показатели ОФВ₁ среди учеников школы д. Денисовы, школы № 14 г. Слободского и школы № 37 г. Кирова

Таким образом, при оценке функции лёгких с помощью ОФВ₁ наибольшей выраженностью бронхиальной обструкции обладали учащиеся школы № 37 г. Киров, находящаяся в центре промышленного районе, этот показатель был в норме у учащихся школы д. Денисовы Слободского района, которая располагается в сельской местности. Высокий уровень заболеваемости бронхиальной астмой наблюдался у обучающихся школы № 37 г. Кирова, а атопические заболевания преобладали у учащихся школы № 14 г. Слободского. Наименьшие показатели по заболеваемости бронхиальной астмой, атопическими заболеваниями и аллергией

были выявлены у обучающихся школы д. Денисовы, что может свидетельствовать о том, что они обучаются в экологически благоприятном районе [4].

По результатам имеющихся научных исследований и проведенного эксперимента, мы пришли к выводу, что у значительной части пациентов существует представление о том, что многочисленные экологические, диетические и иные факторы могут быть триггерами астмы и избегание этих факторов может улучшить течение заболевания и уменьшить объем медикаментозной терапии. Доказательств того, что нефармакологическими методами возможно влиять на течение бронхиальной

астмы, недостаточно, и требуется проведение широкомасштабных клинических исследований [5, с. 277].

Заключение

1. На сегодняшний день законодательство РФ в сфере охраны здоровья несовершеннолетних детей в значительной степени носит дискретный характер, в большинстве случаев состоит из не связанных между собой нормативных актов, что позволяет утверждать о необходимости «модернизации» правовой базы и улучшения правоприменительной практики.

2. Медикаментозное лечение больных с подтвержденной БА является высокоэффективным методом контроля симптомов и улучшения качества жизни. Однако необходимо при любой возможности принимать меры для предотвращения развития БА, симптомов БА или обострения БА путем уменьшения или устранения воздействия факторов риска.

3. Обострение БА могут быть вызваны многими факторами риска, которые иногда называются триггерами; к их числу относятся аллергены, вирусные инфекции, поллютанты и лекарственные препараты. Уменьшение воздействия на пациентов некоторых категорий факторов риска позволяет улучшить контроль над БА и снизить потребность в лекарствах.

4. На сегодняшний день успешно развивается мониторинг, инициированный Российским респираторным обществом федеральный «Регистр пациентов с тяжелой бронхиальной астмой в РФ». Мониторинг пациентов осуществляется по 200 параметрам: применяемая терапия, результаты анализов и исследований, сопутствующие заболевания, неблагоприятные факторы и др.

5. Реализация программы импортозамещения в сфере производства полного цикла отечественных лекарственных препаратов позволит с уверенностью осуществить все ключевые направления лекарственного обеспечения всех нуждающихся пациентов с заболеваниями органов дыхания.

6. Возможным решением проблемы на данном этапе стало бы повышение правовой грамотности родителей и детей в сфере охраны здоровья и права на медицинскую помощь; формированию у несовершеннолетних навыков сохранения собственного здоровья, овладения здоровьесберегающими технологиями.

Список литературы / References

1. Справочная правовая система «Консультант Плюс» [Reference legal system "Consultant Plus" (In Russ)]. Доступно по : <http://www.consultant.ru> Ссылка активна на 12.08.2021.

2. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 02.12.2019 № 11-КГ19-24 [Opredelenie Sudebnoi kollegii po grazhdanskim delam Verhovnogo Suda Rossiiskoi Federatsii ot 02.12.2019 № 11-KG19-24 (In Russ)]. Доступно по : <https://legalacts.ru/sud/opredelenie-sudebnoi->

[kollegii-po-grazhdanskim-delam-verkhovnogo-suda-rossiiskoi-federatsii-ot-02122019-n-11-kg19-24/](https://legalacts.ru/sud/opredelenie-sudebnoi-kollegii-po-grazhdanskim-delam-verkhovnogo-suda-rossiiskoi-federatsii-ot-02122019-n-11-kg19-24/) Ссылка активна на 12.08.2021.

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 февраля 2013 г. № 66 “Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации”. [Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 13 fevralya 2013 g. № 66 “Ob utverzhenii Strategii lekarstvennogo obespecheniya

naseleniya Rossiiskoi Federatsii na period do 2025 goda i plana ee realizatsii". (In Russ)]. Доступно по : <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217532/> Ссылка активна на 12.08.2021.

4. Яковлев А.В., Красных Е.А., Ситникова К.Ю., Петрова В.И. Оценка доли наследственных факторов и факторов окружающей среды, предрасполагающих к развитию бронхиальной астмы у школьников Кировской области // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2019. – С. 255–256. [Yakovlev A. V., Krasnyh E. A., Sitnikova K. Yu., Petrova V. I. Otsenka doli nasledstvennykh faktorov i faktorov okruzhayushchei sredy, predraspologayushchih k razvitiyu bronhial'noi astmy u shkol'nikov Kirovskoi oblasti. In : Proceedings of the Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya «Molodezh' i meditsinskaya nauka v XXI veke»; 2019, april 4–5. Kirov. : Kirovskii gosudarstvennyi meditsinskii universitet, 2019. - pp. 255–256. (In Russ)].

5. Салухов В.В., Харитонов М.А. Практическая пульмонология: руководство

для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. [Salukhov V.V., Kharitonov M.A. *Prakticheskaya pul'monologiya : rukovodstvo dlya vrachei*. Moscow : GEOTAR-Media, 2017 (In Russ)].

6. Урванцева С.О., Красных Е.А., Петрова В.И. Особенности реализации прав несовершеннолетних детей на добровольное информированное согласие в период обучения // Сборник статей XXVII Международного научно-исследовательского конкурса. «Лучшая студенческая статья» ; 25 февраля 2020. – Пенза : МЦНС «Наука и Просвещение». – 2020. – 267–271 с. [Urvantseva S.O., Krasnykh E.A., Petrova V.I. Osobennosti realizatsii prav nesovershennoletnih detei na dobrovol'noe informirovannoe soglasie v period obucheniya In : Proceedings of the XXVII Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii konkurs «Luchshaya studencheskaya stat'ya»; February 25, 2020. – Penza : ICNS "Science and Education". – 2020. – pp. 267–271 (In Russ)].

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

УДК 7:7.03:7.336

**К ИСТОРИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ А.В. ВАСНЕЦОВОЙ
(РЯЗАНЦЕВОЙ) (по материалам источников личного происхождения и
региональной историографии)**

Криушина В. А.

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

Резюме. Данная статья посвящена личности Александры Владимировны Васнецовой (Рязанцевой) – одной из первых женщин Вятской губернии и Российской империи, получившей в XIX веке медицинское образование. Памятной медалью её имени в XXI веке награждаются лучшие выпускники первого на вятской земле высшего медицинского учебного заведения – Кировского государственного медицинского университета. В статье рассматриваются основные факты биографии А.В. Васнецовой, связанные с историей вятского купеческого рода Рязанцевых, с историей её семейной жизни: Александра Владимировна была женой выдающегося русского художника, уроженца Вятской губернии, Виктора Михайловича Васнецова. Информационную основу для автора статьи стали публикации вятских искусствоведов и краеведов, изучавших историю родов Рязанцевых и Васнецовых. Важнейшими источниками личного происхождения для воссоздания образа А. В. Васнецовой стали письма В.М. Васнецова к жене, а также воспоминания одного из сыновей – Михаила Викторовича Васнецова.

Ключевые слова: медицинское образование, история купеческого рода, личная переписка как источник реконструкции биографии.

**TO A.V. VASNETSOVA (RYAZANTSEVA)'S HISTORICAL
PORTRAIT (according to the sources
Of private origin and regional historiography)**

Kriushina V. A.,

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street,
112) vkriushina@inbox.ru*

Summary. This article is dedicated to the personality of Alexandra Vladimirovna Vasnetsova (Ryazantseva), one of the first women in the Vyatka province and the Russian Empire, who received medical education in the 19th

century. in the XXI century the best graduates of the first higher medical educational institution in the Vyatka land - Kirov State Medical University - are awarded a commemorative medal named after Alexandra Vladimirovna Vasnetsova. The article discusses A.V. Vasnetsova's background, associated with the history of the Ryazantsevs merchant family, with the history of her family life: Alexandra Vladimirovna was married to Viktor Mikhailovich Vasnetsov, the outstanding Russian artist born in the Vyatka province. The information for the article was taken from the publications of Vyatka art historians and local historians who studied the history of the Ryazantsev and Vasnetsov families. V.M. Vasnetsov's letters to his wife, as well as the memories of one of his sons, Mikhail Viktorovich Vasnetsov, are the most important sources of private origin.

Key words: medical education, history of a merchant family, personal correspondence, remodelment of life history.

Введение

Сегодня женщина-врач является непременным участником медицинской помощи. Такое положение женщин-врачей в России установилось сравнительно недавно – в 30-е годы XX в. В 1913 г. в Российской империи насчитывалось 18320 гражданских врачей, среди которых женщины составляли 2887 человек, т. е. 6,3%. Самостоятельную практику женщины-врачи получили только с 80-х гг. XIX в. [1]. Отправной точкой этих изменений можно считать события Крымской войны 1853–1856 гг. Именно в этот период в российской армии появляется первый женский отряд сестёр милосердия, созданный по инициативе великой княгини Елены Павловны и находившийся под руководством Н. И. Пирогова.

Официального доступа к получению женщинами высшего образования в России не было. Решающую роль сыграли перемены в жизни страны, связанные с отменой крепостного права. Общественное движение позволило открыть в мае 1872 г. женские медицинские курсы при медико-хирургической академии (с 1881 г. – военно-медицинская академия) в Петербурге. Мероприятие поддержал военный министр Д. А. Милютин, сумевший убедить императора Александра II в важности данного шага. С 1880 г. вводится звание «женщина-врач», однако на государственную службу их не допускали. Они могли работать только в качестве вольнопрактикующих врачей, а также в земских лечебных учреждениях.

Основное содержание

Дипломантом первого выпуска женских врачебных курсов Медико-Хирургической академии была супруга Виктора Михайловича Васнецова – Александра Владимировна Рязанцева (1850–1933), одна из первых женщин Вятской губернии и России, получивших медицинское образование.

Рязанцевы – одна из самых известных на Вятке купеческих фамилий и, по свидетельству д. и. н. М. С. Судовикова, – самая древняя и родовитая: «Представляли

Вятскую землю на Соборе 1613 г. (Путилка Рязанцев). Землевладельцы, домовладельцы, строители и владельцы бумажной фабрики и стекольного завода» [2]. История рода Рязанцевых впервые была воссоздана в краеведческой литературе Александром Андреевичем Спицыным (Вятка, 1886). В XVIII–XIX вв. богатые купцы и промышленники рода Рязанцевых имели бумажную фабрику в селе Коса Слободского уезда, основанную в 1784 г. Одним из первых владельцев её, по данным

Е. Д. Петряева, был Александр Егорович Рязанцев (1786–1867) [3]. Косинская бумажная фабрика переходила по наследству в роде, который считался одним из самых богатых в Вятке 1830–1840-х годов. Местность Раковка около г. Вятки (современный микрорайон Ганино) также принадлежала Рязанцевым. В Вятке у них было несколько домов: «В доме Михаила Иванова Рязанцева (ныне ул. Герцена, 1) останавливались, будучи в Вятке, граф П. Д. Киселёв, генерал П. П. Ланской с супругой Натальей Николаевной (по первому мужу Пушкиной)...» [2.с.155].

В семье совладельца Косинской фабрики Владимира Ивановича Рязанцева и Марии Ивановны Караваевой было несколько сыновей и дочь Александра. В изложении одного из сыновей Александры Владимировны – Михаила Васнецова – её родословная выглядит так: «Мать моя, Александра Владимировна, была из вятского купеческого рода Рязанцевых. Отец её, Владимир Иванович, был директором бумажной фабрики, принадлежавшей всему роду Рязанцевых. Жена его, Мария Ивановна, урожденная Караваева, была родом из Киева. Брат Марии Ивановны, Афанасий Иванович Караваев, жил с женой в Киеве... Живя в Киеве, мы у них иногда бывали – они умели так хорошо угощать, и у них всегда было так много вкусного, что мы, дети, с радостью туда ходили» [4, С.88].

У Александры Владимировны было трое братьев: старший Иван и младшие Пётр и Николай. Иван Владимирович служил в Вятке, в акцизе, имел свой дом. «Жена его, Мария Фёдоровна (или Федосеевна), – была врачом, специалистом по женским болезням. Она открыла в Вятке родильный дом. Её дочь Надя училась в Петербурге на медицинском факультете... Пётр Владимирович сменил своего отца на посту директора бумажной фабрики. Он был женат на Софии Константиновне, детей у них было пятеро...» [4, С.88]. Николай Владимирович Рязанцев (1856 г. р.) не был женат, служил лаборантом на Высших медицинских женских курсах при Николаевском госпитале в Петербурге,

впоследствии стал профессором физиологии Харьковского ветеринарного института [5].

Дядя Александры Владимировны Рязанцевой (по отцу) – Александр Иванович – был женат на дочери орловского купца М. Ф. Синцова – Марии Матвеевне Синцовой. Её родной брат М. М. Синцов, врач по профессии, был первым председателем Вятской губернской земской управы в 1867–1869 гг. В 1873 г. старшая из дочерей Александра и Марии Рязанцевых – Ольга – вышла замуж за известного в Вятке врача Сергея Андреевича Арбузова, жили они на Спасской улице, между Никитской и Царевской. Их сын Николай Сергеевич пошел по стопам отца, учился в Москве, стал врачом. По велению долга он поехал служить земским врачом в Сернурский медицинский участок Уржумского уезда Вятской губернии. Прослужил там очень недолго, заразился сыпным тифом во время эпидемии и умер, похоронен в Сернуре (ныне Республика Марий Эл) [3]. Как видим, медицинский «след» в судьбе купеческого рода Рязанцевых прослеживается в разных его ветвях, судьбах, связанных и свойственным родством.

Согласно публикации вятского искусствоведа Т. В. Малышевой, в Уржумском краеведческом музее сохранился альбом с подлинными фото А. В. Васнецовой (Рязанцевой): «Румянощёкая, коротко стриженная по моде юных нигилисток девушка с горделивым взглядом – особа из среды образованного купечества. За успешное окончание Мариинской гимназии в Вятке Александра Рязанцева получила в награду золотое кольцо и стала готовиться к поступлению на первые женские врачебные курсы медико-хирургической академии в Петербурге... Просвещением Сашеньки и её подруг занимался сосланный в Вятку по политическим мотивам В. Ф. Троцанский. В дневнике провинциальной писательницы М. Е. Селенкиной есть свидетельства, что в этого молодого человека были влюблены многие вятские барышни. В 1873 г. он «почти сделал предложение

А. В. Рязанцевой», а в ответ получил «самое бессодержательное письмо...» [6]. Михаил Викторович Васнецов вспоминал: «...кто-то рассказал ей, что в Петербурге при Военно-медицинской академии открываются женские медицинские курсы, и она вместе с такими же юными подружками с радостью поехала в столицу учиться... Она принадлежала к первым русским женщинам, получившими высшее образование» [4, С.86].

История встречи Сашеньки Рязанцевой с Виктором Михайловичем Васнецовым романтична и исторична (с точки зрения описания Михаилом Викторовичем маршрута путешествия) одновременно: «Познакомилась она с моим отцом на пароходе по пути из Петербурга домой в Вятку. Ехать тогда надо было сперва по железной дороге через Москву до Нижнего Новгорода, оттуда пароходом вниз по Волге и вверх по Каме до устья реки Вятки, там пересаживались на другой пароход, который и довозил до города Вятки. И вот на пароходе и произошло знакомство. Сашенька ехала на летние каникулы домой, а Виктор Михайлович, вернувшись из поездки в Париж, ехал навестить родные края...».

Осенью 1877 г., после возвращения молодых людей в Петербург и получения Александрой диплома врача была сыграна свадьба: «Покинув Вятку осенью 1877 г., В. М. Васнецов обвенчался в Петербурге с А. В. Рязанцевой и в следующий раз приехал на родину уже с молодой женой к теще Марии Ивановне Рязанцевой из купеческого рода Караваевых. Положение маленькой семьи художника было настолько затруднительно, что перед отъездом из Москвы, где молодожёны поселились в марте 1878 г., В. Васнецов просил в долг 200 рублей у И. Н. Крамского... С 17 июня по 15 сентября 1878 г. была написана серия портретов ... – тёщи М. И. Рязанцевой (Картинная галерея Белоруссии, Минск), бабушки жены Т. А. Караваевой (Эстонский художественный музей, Таллинн), возможно, самой Александры Владимировны (Дом-музей В. М. Васнецова)...» [7].

Между окончанием Александрой Рязанцевой-Васнецовой столичных медицинских курсов и рождением старшей дочери прошло совсем немного времени. Для Александры Владимировны – в её статусе матери большого московского семейства – медицина не стала профессией: «Мама состояла членом «Общества женщин с медицинским образованием», однако, папа был против того, чтобы она занималась врачебной практикой...». М. В. Васнецов вспоминал: «У родителей было пятеро детей: старшая Таня родилась в 1879 году, потом следовали Боря (1880), Алёша (1882), Миша (1884) и Володя (1888). Поэтому все молодые годы моей матери были заняты рождением, кормлением и заботами о детях... Мама думала, вот дети подрастут, я буду более свободна, буду тогда «жить». А когда дети подросли, у мамы сил стало меньше и хотелось уже больше сидеть дома... Единственное путешествие с мужем, о котором она часто рассказывала, была поездка из Киева в Крым. Они сперва плыли пароходом вниз по Днепру, а потом по железной дороге ехали в Крым. Море произвело на нее большое впечатление. Назад они возвращались по морю до Одессы, а оттуда поездом обратно в Киев...» [4, С.87].

Образ любимой жены Сашеньки, матери пятерых детей, он запечатлел в облике Богородицы – на фреске Владимирского собора в Киеве (1885–1896 гг.). Главным в этом образе были глаза – строгие и при этом необыкновенно добрые. Именно это сочетание поразило художника при первой встрече с будущей женой. В письмах из Киева В. М. Васнецова к жене в феврале 1892 г. читаем: «...из собора заехал к Караваевым – все рады, и тебе кланяются очень, комнаты у них нет, но они что-то обещают подумать... Береги себя... Целую тебя, крепко-накрепко целую Таню, Борю, Алёшу, Мишу и Володю! ... Я переселился в воскресенье к Афанасию Ивановичу [Караваеву, дяде Александры Владимировны по матери. – прим. автора] – они очистили свою спальню для меня; я хотел им непременно платить, но они и слышать не хотят... Завтракаю у них, а

обеда буду брать у них же в доме у повара» [8].

Родственники жены опекали Виктора Михайловича в период его длительной и трудной работы над самым главным произведением его монументальной живописи: «Я всё работаю средний потолок. Встаю в 8-м часу, пью чай и в половине 9-го иду в собор; завтракаю в 12; отдыхаю до 2-х, пью чай и с половины 3-го до 5 ч. работаю, в 6 обедаю и сижу дома... Устаёт очень спина и шея от работы на потолке...» (из письма от 21 февраля 1892 г.) [8,С.100]. А супруга помогает мужу издалека, выполняя его поручения: «... пусть Аполлинарий в моих папках поищет рисунки с натурщика для «Саваофа» на потолках (три или четыре), тут же и фигуры натурщика для «Распятого Христа» и всё это прошу тоже прислать мне...» [8,С.99]; «... к тебе следующая моя просьба: в передней стоит нераскупоренный ящик с медными досками для Царских врат, так ты передай его посылному от Постникова для загрузовки. Он хотел послать за ними и взял от меня адрес. Ему заказаны уже и доски для иконостаса – наконец-то!» (май 1893 г.) [8,С.119].

В этот период Виктор Михайлович делится с супругой всеми деталями своей работы над фресками Владимирского собора, ход которой можно восстановить на основании этих писем буквально по дням и месяцам. «... вчера была комиссия, и два потолка можно считать сданными» (март 1892 г.) [8,С.103]. «... «Страшный суд» нравится всем – начнут его рисовать углем на стене – на следующей неделе – на масляной...» (январь 1893 г.) [8,С.102], «... я тебе писал в прошлом письме, что окончена будет только «Крещение Владимира», «Крещение Руси» – только наполовину...» (март 1893 г.) [8,С.112]. Не забывает он известить жену и о материальной стороне жизни: «... Комитет решил деньги выдать: 3 т[ысячи] за «Страшный суд» и 2 т[ысячи] за «Крещ[ение] Влад[имира]», итого 5 тысяч, которые по получении сдам в банк» (апрель 1893 г.) [8,С.118].

Возникает в киевско-московской переписке супругов и образ любимой художником тёщи – Марии Ивановны Караваевой: «Милая и дорогая моя мама, спасибо тебе, что ты не ленишься писать. Радуюсь и поздравляю Марью Ивановну с приездом... Насчёт дома всё беспокоюсь – боюсь, что запоздаю особенно печки. С Марьей Ив[ановной] съездите посмотреть и напиши, как ей понравится... За письма спасибо всем и Марье Ивановне – особенно. Меня очень утешает, что она с Вами...» (май 1894 г.) [8,С.126].

Единственная дочь Александры Владимировны (из пятерых детей) – Татьяна Викторовна Васнецова – была наиболее духовно близка к матери.

В Уржумском краеведческом музее сохранилось фото старшей и единственной дочери из пятерых детей Васнецовых – Татьяны Викторовны, сделанное в 1897 г., когда Александра Владимировна с детьми приезжала к матери в Вятку: «С одной из страниц альбома взглянула кротко и доверчиво Татьяна Викторовна Васнецова. Это фото приблизительно 1897 года, когда девушке было 18 лет. Именно в этом году Александра Владимировна с детьми приезжала к матери в Вятку. Татьяна ... была очень заботливой нянюшкой младшим братьям, часто и подолгу болевшим. Посвятив себя близким, она только в 27 лет поступила учиться в Московское училище живописи, ваяния и зодчества. Её очень любил отец, в счастливые минуты девушка могла смело входить к нему в мастерскую...» [6]. В 1894 г. в письме Виктора Михайловича из Киева возникает свидетельство об интересе старшей дочери живописью: «...Танюшке спасибо за письмо. Разумеется, ничего, что она взяла мой мастихин. А куплен ли для неё ящик и краски?...» (июнь 1894 г.) [8,С.129].

Михаил Викторович Васнецов в своих воспоминаниях выступает не только биографом матери, но и важным свидетелем обстоятельств жизни в России в XIX веке: «Другое её путешествие было в 1897 г. в Вятку к её матери. Вместе с ней поехали Таня, я (Миша) и Володя. Ехали сперва по железной дороге до Нижнего Новгорода, а

потом на двух или трех пароходах по Волге, Каме и Вятке. Из Вятки нас возили на фабрику Рязанцевых, расположенную на реке Косе около 100 километров к востоку от Вятки. Ехали на лошадях в двух тарансах, полулежа на сене. Путешествие продолжалось около суток, в городе Слободском меняли лошадей... В это время директором фабрики был мамин брат Пётр Владимирович, который нам и показал, как делается бумага... Когда мы собрались возвращаться в Москву, то столкнулись с неожиданным препятствием – в результате засухи навигация по реке Вятке прекратилась из-за низкого уровня воды. Железной дороги в Вятку тогда ещё не было, в то время только строилась ветка из Вятки до Перми, и мы уже приготовились ехать на лошадях до Казани, но, на наше счастье, пошли дожди, и мы с трудом добрались до Нижнего Новгорода, где сели на поезд и благополучно доехали до Москвы» [4, С.88].

О вятском путешествии жены и детей писал и Виктор Михайлович в письмах июня-июля 1897 г.: «... Когда прочёл твоё письмо, письма детей, то и мне как будто захотелось в Вятку, но, увы, теперь это ещё менее исполнимо... Если Вы соберётесь на фабрику, то Мухино и Рябово оттуда недалеко, и хорошо бы было, если бы Вы все на возвратном пути с фабрики (или вперёд) в Рябове остановились и отслужили панихиду на могиле моих родителей... Последнее Мишино письмо очень порадовало подробным описанием путешествия... Меня очень теперь страшит возможность задержаться Вам в Вятке через обмеление рек...» [8, С.139-140].

Медицинские знания пригодились Александре Владимировне в заботе о здоровье большой семьи. Виктор и Александра Васнецовы прожили вместе 49 лет – в счастливом семейном согласии: «Живя в Москве, в собственном доме, Александра Владимировна вела хозяйство, принимала многочисленных гостей мужа, но сама редко куда ходила...» [4, С.88].

Виктор Михайлович был убеждён, что «только в семье найдёт успокоение современный страдающий человек».

Александра Владимировна умела дарить это успокоение: врачевать не только тело, но и душу. Важным источником личного происхождения, свидетельствующим о характере отношений мужа и жены, являются письма Виктора Михайловича к Александре Владимировне. В апреле-мае 1885 г. в письмах из Вены он называет жену либо Шура, либо «Сашурочка», либо «голубушка»: «Как ребятишки-то наши, перецелуй ты от меня всех их, и Мишутку, и Ошу, и Борю, и Таню...» [8, С.62]. А все письма из Киева в Москву исполнены нежных обращений к ней, прежде всего, как к матери любимых детей. В письмах к жене Виктор Михайлович называет её не иначе как «милая моя, дорогая мама», «милая моя, хорошенькая мама», «дорогая моя, милая мамушка»: «...пусть тебя не смущает моё беспокойство о детях, сама знаешь, как трудно не волноваться. Помогите Вам Господи – Дай Бог в Абрамцеве пожить спокойно и здорово. Насчет моего нездоровья не беспокойся – вероятно, работа сказывается. Работаю усердно и всё подвигаюсь вперёд. В Троицын и Духов день по-грешному поработал и сделал последний эскиз для столбов – «Никиту Новгородского»... Не тоскуй и не унывай, что ещё долго не видеться...» (май 1893 г.) [8, С.120].

Смерть мужа летом 1926 г. была тяжела для Александры Владимировны, но её поддерживала и утешала масса писем и статей, посвящённых Виктору Михайловичу. Она убедилась ещё раз в нравственном и профессиональном величии человека, которому отдала всю свою жизнь. Скончалась Александра Владимировна в 1933-ем году, на 81-м году...

В инструкции директору Казанского университета от 17 января 1820 г. попечитель Казанского учебного округа (к которому относилась и Вятская губерния) Михаил Леонтьевич Магницкий, рассуждая об особенностях получения высшего образования на медицинском факультете, писал: «Святое Писание не полагает искусство врачевания без духа христианской любви и милосердия, без оных есть ремесло, само по себе, особливо,

когда отправляется для одной корысти, <...> низкое». Эта мысль как нельзя лучше – несмотря на традиционное для историков соотнесение личности Магницкого с консервативным курсом в образовании – выражает смысл деятельности врача:

единство профессионального знания и общечеловеческого, религиозного по истокам, милосердия. В этом ключе личность Александры Владимировны Васнецовой показательна. И память о ней жива.

Заключение

В 2011 г. ювелирный дом «Квашнин» разработал медаль «Александра Владимировна Васнецова» (серебро, золочение, сапфир, рубины, эмали). Памятная медаль выполнена на Вятском монетном дворе с применением современных технологий. Она подчеркивает особую значимость личности, которой посвящена. Александра Владимировна – не просто женщина-мать, супруга самого известного из живописцев Вятской земли.

Это первая женщина Вятки, получившая профессиональное медицинское образование.

Поэтому, безусловно, символично, что памятной медалью награждаются лучшие выпускники первого на вятской земле высшего учебного заведения медицинского образования – Кировского государственного медицинского университета.

Список литературы / References

1. Невоструев Н.А., Лядова В.В. Исторический опыт деятельности женщин в российской медицине. [Nevostruev N.A., Lyadova V.V. Istoricheskii opyt deyatelnosti zhenshchin v rossiiskoi meditsine (In Russ)]. Доступно по : <https://research-journal.org/hist/istoricheskij-opyt-deyatelnosti-zhenshhin-v-rossijskojmedicine/>. Ссылка активна на 12.08.2021.

2. Купечество Вятское. Из истории торговли, предпринимательства и благотворительности / Сост. Судовиков М.С., Николаева Т.К. – Киров-Вятка, 1999. – С. 154. [Kupechestvo Vyatskoe. Iz istorii torgovli, predprinimatel'stva i blagotvoritel'nosti. Ed. Sudovikov M.S., Nikolaeva T.K. Kirov-Vyatka, 1999. P. 154 (In Russ)].

3. Пентина Н.Б. О связях старинных вятских семей Рязанцевых, Арбузовых, Васнецовых и Спасских // Герценка. Вятские записки. – 2002. – № 3. [Pentina N. B. O svyazyah starinnyh vyatskikh semei Ryazantsevyyh, Arbuzovyh, Vasnetsovyyh i Spasskikh. Gertsenka. Vyatka notes. 2002 ; (3). (In Russ)].

4. Васнецов М.В. Наша мама // Васнецовы. Материалы и исследования. – Вятка, 1993. – С. 86. [Vasnetsov M. V. Nasha

materna. In : Vasnetsovy. Materialy i issledovaniya. Vyatka, 1993. P. 86].

5. Малышева Т.В. Портретная галерея представителей рода Рязанцевых в рисунках // Герценка. Вятские записки. – 2014. – № 26. [Malysheva T. V. Portretnaya galereya predstavitelei roda Ryazantsevyyh v r

6. Малышева Т.В. Уржумский альбом. [Malysheva T. V. Urzhumskii al'bom. (In Russ)]. Доступно по : <http://urzhumlib.ru/kraevedenie/trudy-kraevedov/natalya-borisovna-pentina/t-malysheva-urzhumskij-albom/> Ссылка активна на 12.08.2021.

7. Малышева Т.В. Вятский период в творчестве братьев Васнецовых // Васнецовы. Материалы и исследования. – Вятка, 1993. – С. 39 [Malysheva, T. V. Vyatskii period v tvorchestve brat'ev Vasnetsovyyh In : Vasnetsovy. Materialy i issledovaniya. Vyatka, 1993. P. 39.] (In Russ)].

8. Виктор Михайлович Васнецов: Письма. Дневники. Воспоминания. Суждения современников / Сост. Н.А. Ярославцева. – М., 1987. – С. 98–99. [Viktor Mihailovich Vasnetsov : Pis'ma. Dnevniki. Vospominaniya. Suzhdeniya

sovremennikov. Yaroslavtseva N.A., ed.
Moscow, 1987. – pp. 98–99 (In Russ)].

УДК 6:61:613.86

МОДЕЛЬ РАБОТЫ С ПОТЕРЕЙ В ПРАКТИКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Санникова Ю.П., Новгородцева И.В., Грозин В.А.
*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава
России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), e-mail:
kf29@kirovgma.ru*

Резюме. Данная статья посвящена изучению проблемы утраты. В исследовании принимали участие пациенты в количестве 57 человек, из них 39 женщин (средний возраст 52 года) и 18 мужчин (средний возраст 37 лет), в анамнезе которых есть потеря близких, отношений (развод), домашнего животного, необратимая потеря собственного здоровья (неизлечимая болезнь). По результатам исследования были выделены типы потери, установлены корреляционные связи осложненного горя с возрастом, симптомами депрессии, позитивными тенденциями идентичности. Разработана модель работы с потерей, определены этапы работы.

Ключевые слова: проблема утраты, осложненное горе, модель работы с потерей, типы потери.

A MODEL OF WORK WITH LOSS IN THE PRACTICE OF A CLINICAL PSYCHOLOGIST OF A HEALTHCARE INSTITUTION

Sannikova Yu.P., Novgorodtseva I.V., Grozin V.A.
*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Kirov, Russia (112 K. Marx Street, Kirov, 610027), e-mail: kf29@kirovgma.ru*

Summary. The article is devoted to the problem of loss. The study involved 57 patients, among them there were 39 women (the average age is 52 years) and 18 men (the average age is 37 years). All the patients had a history of loss, say, a loved one, relationships (a divorce), a pet, one's own health (an incurable disease). According to the results of the study, types of loss have been identified. Correlations between complicated grief and age, symptoms of depression, and positive identity tendencies have been established. A loss-handling model has been developed, stages of loss-handling have been determined.

Key words: problem of loss, complicated grief, loss-handling model, types of loss.

Введение

Проблема утраты является одной из наиболее табуированных и избегаемых в обществе и мало раскрытой в академической науке. Являясь одной из наиболее неизменных культурных плеяд, что особенно касается случаев утрат в смерти, детально и критически исследована несопоставимо мало. Говоря, в частности, о культурных ритуалах, связанных с похоронами, мы видим, что древние традиции и ритуалы, касающиеся этого культурного пласта, практически не изменились, несмотря на колоссальное изменение представлений о человеке и личности со времен средневековья.

Поведение в ситуации утраты, как правило, зависит от значимости этой утраты для личности, а также от амплитудного стереотипа аффективных реакций индивида. Также значим культурный аспект восприятия ситуаций утраты, культурный стереотип реакции. На данный момент есть множество традиций, касающихся ситуаций утраты. Наиболее ярко видны культурные стереотипы в традициях разных народов: от славянских плакальщиц до мексиканского обычая радоваться, когда празднуют уход покойного, желая ему счастливого пути.

В широком смысле ситуация похорон – это опредмечивание того, что происходит в психике: образ значимого другого кардинально меняется, со значимым другим больше нельзя вступить в диалог в реальности, но чем лучше испытывающий потерю знал потерянного, тем лучше он представляет для себя его мнение. По сути похороны – это тривиальный аналог арт-терапии, материалом в котором выступает тело умершего. Когда как личность не подвержена понятию смерти в его тривиальном значении. Личность существует в памяти обладающего ею и тех, кто был знаком с ее обладателем.

С начала человеческой истории считалось, что человек поставлен самым лучшим и главным из существ в центр всего сущего, чтобы властвовать. И действительно, человек властвовал над природой, попирая баланс трофических

сетей и пирамид. Отношение человека к природе было исключительно потребительское. Но чернозем полей со временем обращался прахом. Это сподвигало человека как к бережному обращению, так и к открытию возможности рекультивации почв.

По мере прогресса науки вообще и философии в частности человек постепенно спускался с пьедестала избранности до провозглашения своей полной экзистенциальной бесцельности, ненужности, пустоты. Идеи философов начала двадцатого века встретились с переоценкой экзистенциальной пустоты как простора и свободы в трудах Хайдеггера, что также способствовало развитию психотерапии в соответствующем русле.

Современная психология говорит о свободе как о главной ценности человеческого бытия. О свободе выйти за рамки привычного цикла своей жизни и, сознательно или нет, – изменить его.

Похоронные ритуалы – один из древнейших видов сложного группового социального поведения. Группового, даже в случае проведения одним человеком, поскольку ритуальный агент предпринимает свои действия, исходя из предполагаемой реакции со стороны захораниваемого.

Скорбь в данном ключе предстает перед нами еще одной попыткой эмоционально доминировать над природой, отрешиться от нее, принимая смерть не как естественное завершение жизненного цикла человеческого тела, а как исключительное падение «центра вселенной» – человека разумного, кто не должен покоряться природе, в силу своей природы.

Актуальность исследования заключается в недостаточной изученности вопроса, а также в существовании значительного числа разрозненных, противоречивых данных о работе психолога в ситуации потери, что и определяет значимость исследования.

Цель. Разработать и апробировать модель работы с потерей в практике клинического психолога.

Объект. Ситуация потери в практике клинического психолога.

Предмет. Модель работы с потерей в практике клинического психолога.

Гипотеза. Разработанная авторская модель работы с потерей способствует снижению проявлений осложнённого горя, депрессивных симптомов, достижению позитивной идентичности.

Задачи.

1. Теоретический анализ литературы по проблеме модели работы с потерей в практике клинического психолога лечебного учреждения.

2. Изучение особенностей переживания потери у пациентов лечебного учреждения.

3. Разработка и апробация модели работы с потерей в практике клинического психолога лечебного учреждения.

4. Оценка эффективности реализованной модели работы с потерей в практике клинического психолога лечебного учреждения.

5. Разработка рекомендаций по психотерапии пациентов с потерей.

Материалы и методы исследования.

1. Теоретические методы: анализ научной психологической литературы по теме исследования.

2. Психодиагностические методы.

3. Экспериментальный метод (констатирующий, формирующий, контрольный эксперимент).

4. Методы математической статистики: процентное распределение, U - критерий Манна - Уитни, коэффициент корреляции Спирмена, T - критерий Вилкоксона.

Методики исследования:

- методика изучения расстройства осложненного горя (PG - 13) Х. Приджерсона, П. Мацежьевского;

- шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS);

- методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) Л. Б. Шнейдера.

База исследования: ЧУЗ

«Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД». Для исследования и разработки психотерапевтической модели работы с потерей, мишенью которой является идентичность пациента, были выбраны пациенты в количестве 57 человек, из них 39 женщин (средний возраст 52 года) и 18 мужчин (средний возраст 37 лет), в анамнезе которых есть потеря: близких, отношений (развод), домашнего животного, необратимая потеря собственного здоровья (неизлечимая болезнь).

Основное содержание

Результаты исследования и их обсуждение. Расчет процентного распределения по количеству критериев осложненного горя, по методике PG-13 до формирующего эксперимента показывает, что чаще всего встречались пациенты с двумя критериями осложненного горя (39%), пациенты с тремя критериями осложненного горя встречались реже (26%), пациенты, имеющие всего один критерий

осложненного горя встречались еще реже (21%), предпоследними по встречаемости были пациенты, имеющие все пять критериев осложненного горя (9%), наименьшее количество пациентов имело всего четыре критерия осложненного горя (5%). Следовательно, всем пациентам свойственно в той или иной степени переживание симптомов осложненного горя.

Таблица 1

Результаты расчета процентного распределения по критериям осложненного горя, по методике PG-13 до формирующего эксперимента

Критерий	Значение критерия	Процентное распределение
A	Критерий события	100
B	Сепарационный дистресс	30
C	Критерий продолжительности	74
D	Когнитивные, эмоциональные, поведенческие симптомы	18
E	Критерий дезадаптации	21

Результаты расчета процентного распределения по критериям осложненного горя, по методике PG-13 до формирующего эксперимента говорят, что критерий А - критерий события встречался у всех пациентов, это значит, что у всех пациентов имела место быть в жизни та или иная потеря. Следующий по частоте встречаемости критерий С – критерий продолжительности – у 74% пациентов, это значит, что переживание утраты было достаточно продолжительным, ежедневно по прошествии полугода. Критерий В – сепарационный дистресс встретился у 30% пациентов, это значит, что их потеря была связана именно с расставанием со значимым человеком в их жизни, это значит, что они

испытывают острую эмоциональную боль и тоскуют, печалятся хотя бы раз в день по утраченному. Критерий Е показывает наличие дезадаптации у 21% пациентов, а критерий D обнаруживает наличие когнитивных, эмоциональных, поведенческих симптомов, которые встречаются реже, но, тем не менее, наблюдаются у 18% пациентов.

Поскольку потеря, прежде всего, обнаруживает себя через симптомы депрессии той или иной степени тяжести, обратимся к результатам расчета процентного распределения по шкале Гамильтона до формирующего эксперимента, которые представлены в таблице 2

Таблица 2

Результаты расчета процентного распределения по методике шкалы Гамильтона до формирующего эксперимента

Состояние	Процентное распределение
Норма	32
Лёгкое депрессивное расстройство	16
Депрессивное расстройство средней степени тяжести	30
Депрессивное расстройство тяжелой степени	16
Депрессивное расстройство крайне тяжелой степени	7

Результаты расчета процентного распределения по шкале Гамильтона до формирующего эксперимента говорят, что у большинства пациентов (32%) нет депрессивного расстройства, депрессивное расстройство средней степени тяжести

наблюдается у 30% респондентов, легкое и тяжелое депрессивное расстройство представлены в равной степени у 16% респондентов, депрессивное расстройство крайне тяжелой степени имело всего 7% респондентов.

Ситуация потери неизбежно распределения по методике МИЛИ до трансформирует идентичность человека, формирующего эксперимента были результаты расчета процентного представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты расчета процентного распределения по методике МИЛИ до формирующего эксперимента

Тип личностной идентичности	Процентное распределение
Преждевременная идентичность	5
Диффузная идентичность	12
Мораторий	32
Достигнутая позитивная идентичность	18
Псевдопозитивная идентичность	33

Результаты расчета процентного распределения по методике МИЛИ до формирующего эксперимента говорят, что у пациентов чаще всего встречается псевдопозитивная идентичность (33%), что означает стабильное отрицание своей уникальности или, напротив, ее амбициозное ее подчеркивание с переходом к стереотипии.

Следующий по частоте тип личностной идентичности – мораторий – встречается у 32% пациентов, это статус, при котором человек находится в кризисе идентичности, его результаты деятельности находятся в конфликте с реальностью, человек активно пытается разрешить конфликт, ищет ответы на вопросы «Кто Я?», «Куда Я?», «Зачем Я?».

Следующий по частоте тип личностной идентичности – достигнутая позитивная идентичность, которая встречается лишь у 18% пациентов, которые сформировали совокупность личностно значимых целей, ценностей и убеждений.

Диффузный тип идентичности есть всего у 12% пациентов, преждевременный тип личностной идентичности встречается реже всего у 5% пациентов.

Далее расчет коэффициента корреляции Спирмена представлен для оценки связей анализируемых показателей горя, депрессии и идентичности внутри выборки. Результаты расчетов коэффициента корреляции Спирмена были представлены в таблице 4.

Таблица 4

Корреляция критериев осложненного горя с возрастом, симптомами депрессии, позитивными тенденциями идентичности

Корреляция	Значение	Характер связи
Критериев осложненного горя и возраста	-0,23	Слабая обратная
Критериев осложненного горя и симптомов депрессии	0,46	Умеренная прямая
Критериев осложненного горя и показателя идентичности	-0,17	Слабая обратная

*Примечание: *p<0,05*

Показатели теста PG-13 имеют умеренную прямую корреляцию с депрессивными симптомами, что говорит о коморбидности депрессивных симптомов и симптомов осложненного горя.

Показатели теста PG-13 имеют слабую обратную корреляцию с позитивными тенденциями личностной идентичности, что говорит о том, что при росте симптомов осложненного горя

характерно снижение позитивных тенденций идентичности.

Показатели теста PG-13 имеют слабую обратную корреляцию с возрастом, что значит: с возрастом характерно снижение проявления осложненного горя в случаях потери.

Потеря – сложная абстрактная категория. Психологическая работа непосредственно с ней невозможна. Если мы говорим о работе с потерей, то понимаем, что речь идет о психотерапевтическом сопровождении переживаний, связанных с данной проблемой, для их экологичного метаболизма.

Поскольку прошлое продолжает существовать в психической реальности клиента, важнее уметь опереться на уже имеющийся неинтегрированный опыт, чем быть открытым новому опыту.

В результате исследования были выделены следующие типы потери.

1. Потеря образа Я. В случае данного типа потери, цель психологического вмешательства: отражение сохранных сторон Я-концепции, реинтеграция потерянных ролевых моделей, связанных с ними ответственности и свободы. Например, в случае отождествления жертвой произведенного над ней внешнего преступного вмешательства с вмешательством в личность и ее свойства, целью будет растождествление проделанного с телом и воздействием на личность, реинтеграция «испорченного», как недоступного физическому воздействию.

2. Потеря образа значимого другого. В случае данного типа потери цель психологического вмешательства – интеграция полученного опыта, характера, ценностей, ролевых моделей, растождествление потерянного с тем, что не может быть подвержено потере. Например, в случае incesta, когда член семьи подвергается сексуальному насилию, у жертвы рождается внутренний конфликт. С одной стороны, если жертва – ребенок, а насильник – родитель, то у ребенка будут как теплые чувства к родителю, так и гнев,

ненависть, отвержение. Цель вмешательства в данном случае – четкое разделение форм поведения родителя на те, когда он был в роли агрессора и те, когда он выполнял родительскую функцию, с разделением и выражением своих противоречивых чувств в ситуации, когда они потеряют свою противоречивость. Агрессора – отвергать, заботливого родителя – принимать. Важно сформированный целостный образ родителя оставить в прошлом, интегрировав данный опыт в будущее. Построение же новых отношений с родителем в настоящем и будущем – решение пациента. По итогу работы, целостный образ родителя может отсутствовать в настоящем и будущем.

3. Потеря отношений со значимым другим. В случае данного типа потери, цель психологического вмешательства: экологичное завершение отношений, включающее в себя чувство благодарности к значимому другому, интеграция прожитого опыта, выраженного в приобретенных в результате взаимодействия качествах личности, характере, ценностях. Например, в случае смерти значимого другого или в случае развода.

4. Потеря своего положения в отношениях значимых других. В случае данного типа потери цель психологического вмешательства – достижение новой позитивной идентичности в изменившихся отношениях, нахождение новой, более адаптивной в изменившихся условиях ролевой модели. Например, в случае, когда в семье рождается второй ребенок и первый чувствует, что потерял свое место.

5. Потеря ожиданий, связанных с ролью значимого другого. Стоит отметить, что ожидания не могут быть частью интимно-личностных отношений по своей природе. Осложненное переживание потери нереалистичных ожиданий – симптом более глубокого нарушения формирования интимно-личностных отношений, в некоторых случаях и нарушения привязанности. Потерять ожидания можно только в силу их нереалистичности. В случае данного типа потери цель психологического вмешательства:

выяснение этиологии нереалистичных ожиданий, растождествление значимого другого как субъекта проекции. Например, случай, когда каузальная атрибуция пациента не сработала. Пациент формирует настолько нереалистичное представление,

подвергая себя такому риску в связи с этим, что потеря этих ожиданий воспринимается как значимая.

В связи с этим в процессе психотерапии необходимо пройти ряд этапов, они представлены в таблице 5.

Таблица 5

Этапы работы по модели работы с потерей

№ этапа	Название	Содержание
1	Предконтактный этап	Человек осознает наличие проблемы, имеет информацию о том, куда с ней обратиться.
2	Диагностический этап	Определить, является ли тема потери центральной в запросе пациента.
3	Контакт на интимно-личностном уровне	Включение в психотерапевтические отношения с пациентом, создание психотерапевтического альянса.
4	Сопровождение	Обеспечить психотерапевтическое сопровождение пациента, переживающего потерю, до этапа восстановления.
5	Концентрация на потере	Сформировать четкий образ того, что пациент потерял. Этот этап должен локализовать ролевую позицию потерянного в культурном контексте пациента.
6	Концентрация на ценностях настоящего	Провести ревизию ценностных ориентаций клиента. Психотерапевт должен выяснить иерархию ценностных ориентаций клиента, пусть и не составив конкретного списка. Провести актуализацию ключевых ценностей, связанных с дизаktуализированным образом себя или значимого другого - в настоящем. Это позволит локализовать потерянное в ситуации здесь и сейчас.
7	Видение будущего	Заглянуть в будущее, растождествив невозстановимое и неутрачиваемое, «отпустив это», обозначив ключевые ценности как непотерянные, неутрачиваемые, вечные. Таким образом, поспособствовав формированию позитивной направленности в будущее.
8	Постконтактный этап	Результатом психотерапевтического воздействия могут стать: жизнеизменение, стагнация, регрессия.

Из числа пациентов ЧУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Киров ОАО «РЖД» была сформирована экспериментальная группа из 12 человек, имеющих как минимум следующие критерии осложненного горя – А, В, С. Пациенты, не подходящие для включения в экспериментальную группу, а также подходящие для вхождения в состав

экспериментальной группы, но отказавшиеся, были включены в состав контрольной группы. И составили 45 человек.

С пациентами экспериментальной группы было проведено по 3 психотерапевтических сессии на тему потери. Большинство пациентов хотели продолжить работу на большем количестве

сессий. Зачастую тема потери постепенно отходила на второй план в процессе психотерапии. Пациенты даже в случае стагнации или регрессии имели значимый сдвиг в сторону уменьшения количества критериев осложненного горя, симптомов депрессии, достижения позитивной идентичности личности.

По итогам апробации модели работы с потерей были сформулированы следующие рекомендации:

1. Важность принятия эмоциональных реакций переживающего на кризисную ситуацию (выслушать, установить эмпатический контакт, проявить понимание, определение уровня значимости утраты для человека). Человек высвобождается в процессе разговора, уходит ощущение одиночества в данной ситуации, создается эмоциональная поддержка от слушающего.

По результатам проведенной работы можно сказать, что данная модель ориентирована на постаффективную фазу, работа идет косвенно с чувствами, в большей степени с когнитивным компонентом – деструктивными стереотипами и убеждениями культурной среды. Модель работы с потерей была представлена на одном из заседаний Ассоциации православных психологов Вятки, методическом объединении арт-терапевтов Кировской области, а также прошла первичную апробацию на студентах Кировской государственной медицинской академии (в настоящее время – Кировский государственный медицинский университет), обучающихся по специальности «Клиническая психология» в рамках занятий по «Психологической супервизии».

По результатам оценки сдвигов по критерию Вилкоксона, а также расчета

2. Активный процесс переживания чувств. Необходимо подключаться с вопросами и активно принимать участие, помогая пережить острые фазы принятия. Проговаривать, как человек узнал об утрате, как с ней встретился, что с ним происходило в этот и последующие моменты, о чем думал, что чувствовал. Активное слушание и готовность принять и облегчить его чувства и переживания.

3. Обретение смысла. Основным методом в данном случае являются наводящие вопросы. Не забывая о значимости потери, упоминать в вопросах об ушедшем: «Были ли у вас общие планы с этим человеком?»; «Как вы видите свое будущее без этого человека?»; «Будете ли вы делать, что намечали, или что-то другое?»; «Что вас ждет впереди?»; «Чувствуете ли вы, что сможете справиться самостоятельно?» и другие.

Заключение

различий в показателях контрольной и экспериментальной групп на контрольном и констатирующем этапах эксперимента по U-критерию Манна-Уитни, можно сделать вывод, что разработанная модель имеет положительное влияние на снижение критериев осложненного горя и симптомов депрессии у пациентов, достижению позитивной идентичности. Таким образом, гипотеза данного исследования подтверждается: разработанная авторская модель работы с потерей способствует снижению проявлений осложнённого горя, депрессивных симптомов, достижению позитивной идентичности.

Перспективой дальнейшего развития данной работы будет универсализация разработанной авторской модели работы с потерей для применения в различных психотерапевтических случаях, в том числе с учетом возрастной специфики потери.

Список литературы/References

1. Баскаков В.Ю. Танатотерапия: искусство жизни и смерти // Хрестоматия по ТОП и психотехнике. – М., 2012. – С. 108–125. [Baskakov V.Yu. Tanatoterapiya :

iskusstvo zhizni i smerti. In : *Hrestomatiya po TOP i psihotekhnike*. Moscow. 2012. Pp.108–125. (In Russ)].

2. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал. – 2012. – № 1. – С. 15–32. [Vasilyuk F.E. Ot psihologicheskoi praktiki k psihotekhnicheskoi teorii. *Moskovskii psihoterapevticheskii zhurnal*. 2012 ; (1) : 15–32. (In Russ)].

3. Мадди С.Р. Теории личности: сравнительный анализ. – СПб. : Речь, 2012. [Maddi S. R. *Teorii lichnosti : sravnitel'nyi analiz*. Saint Petersburg : Rech', 2012. (In Russ)].

4. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М. : Смысл, 2015. [Menovshchikov V. Yu.

Psihologicheskoe konsul'tirovanie: rabota s krizisnymi i problemnymi situatsiyami. Moscow : Smysl, 2015. (In Russ)].

5. Попова Р.Р. Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях: Учебное пособие. – Казань : Издательство Казанского ун-та, 2013. [Popova R. R. *Psihologicheskaya pomoshch' v krizisnyh i chrezvychainyh situatsiyah: Uchebnoe posobie*. Kazan' : Izdatel'stvo Kazanskogo un-ta, 2013. (In Russ)].

6. Шефов С.А. Психология горя. – СПб. : Речь, 2016. [Shefov S. A. *Psihologiya gorya*. – Saint Petersburg : Rech', 2016. (In Russ)].

УДК 159.973

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Смирнова С.И.¹, Зубарев В.Н.²

¹ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112) sve.smirnova4wt@yandex.ru

²Вятский государственный университет Миннауки и ВО РФ ФГБОУ ВО, Киров, Россия (610000, г. Киров, ул. Московская, 36) zubarev.vladimir.76@mail.ru

Резюме. В статье представлены результаты исследования особенностей игровой деятельности слабослышащих старших дошкольников в сравнении со сверстниками с сохранным слухом. Отмечается специфика изучаемого феномена у детей с нарушением слуха по таким критериям, как наличие интереса к игре, содержание игры, сюжет игры, выполнение роли, взаимодействие детей в игре, правила игры, игровые отношения, замены в игре, постановка игровых целей и в целом уровень игровой деятельности.

Ключевые слова: игровая деятельность, старшие дошкольники, слабослышащие дети.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE PLAY-BASED ACTIVITY IN OLDER PRESCHOOLERS HAVING HEARING IMPAIRMENTS

Smirnova S.I.¹, Zubarev V. N.²

¹*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kirov, Russia (112 K. Marx Street, Kirov, 610027) sve.smirnova4wt@yandex.ru*

²*Vyatka State University of the Ministry of Science and Higher Education of the Russian Federation, Kirov, Russia (36 Moskovskaya str., Kirov, 610000) zubarev.vladimir.76@mail.ru*

Summary. The article presents results of a study revealing features of play activity of hearing-impaired older preschoolers in comparison with peers having preserved hearing. The specific nature of the studied phenomenon in children having hearing impairments is displayed by certain criteria, such as personal interest in the game, game content, the plot of the game, the role and interaction of children in the play, rules, relationships, swapping games, setting gaming purposes and gaming activities.

Key words: play activity, senior preschoolers, hard-of-hearing children.

Введение

Игровая деятельность занимает важное место в развитии личности дошкольника и формировании главных новообразований этого возраста. Внутри игры возникают новые виды деятельности (например, учение), а также от нее зависят основные изменения личности и перестраиваются частные психические процессы.

Однако в случае психофизических нарушений именно в игровой деятельности ребенка наблюдаются наиболее ранние изменения, а несформированность игровой деятельности приводит к ряду негативных особенностей их психического развития [1]. В связи с этим изучение игровой деятельности детей с нарушением слуха становится особо актуальным, поскольку нарушение слуховой функции приводит к специфическим условиям, в которых развивается личность, сужает круг ее общения, ограничивает диапазон социальных связей и, в свою очередь, затрудняет развитие этой важной деятельности.

В специальных научных исследованиях, изучающих общие и специфические закономерности детей с нарушениями слуха, было показано, что своеобразное развитие их познавательной сферы оказывает негативное влияние на становление игровой деятельности дошкольников [1, 2]. Полноценная сюжетно-ролевая игра без специального обучения не формируется, а в старшем дошкольном возрасте наблюдаются процессуальные действия с элементами сюжета даже у слабослышащих дошкольников, пользующихся фразовой речью [3].

В данной статье нами представлены результаты исследования особенностей игровой деятельности слабослышащих старших дошкольников 5-7 лет, имеющих тугоухость III и VI степени и находящихся в дошкольном отделении «Кировской специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната I вида для глухих детей», а также сверстников с сохранным слухом на базе МКДОУ № 129

г. Кирова. Всего детей приняло участие в исследовании 30 человек, из них 11 детей с

нарушением слуха, 19 с сохранным слухом [4].

Основное содержание

С целью изучения уровня развития игровой деятельности старших дошкольников с нарушением слуха в сравнении со сверстниками с нормальным слухом нами была использована методика Р.Р. Калининой «Диагностика уровня сформированности игровых навыков» [5].

В рамках данной методики разработана схема наблюдения, включающая параметры, определяющие развитие ролевой игры в соответствии с концепцией Д. Б. Эльконина. Предлагаемая схема позволяет осуществить качественно-количественный анализ уровней сформированности игровых навыков у дошкольников. На основании анализа выделяется 3 уровня сформированности игровой деятельности: высокий, средний, низкий. Анализ игровой деятельности

осуществлялся по следующим критериям: наличие интереса к игре, содержание игры, сюжет игры, выполнение роли, взаимодействие детей в игре, правила игры, игровые отношения, замены в игре, постановка игровых целей. В общении с детьми использовалась устная речь. Для обоснования достоверности полученных результатов в ходе эксперимента применялся метод математической статистики U-тест для независимых наблюдений.

Анализ сформированности игровых навыков по критерию «Распределение ролей» позволяет выявить следующие тенденции.

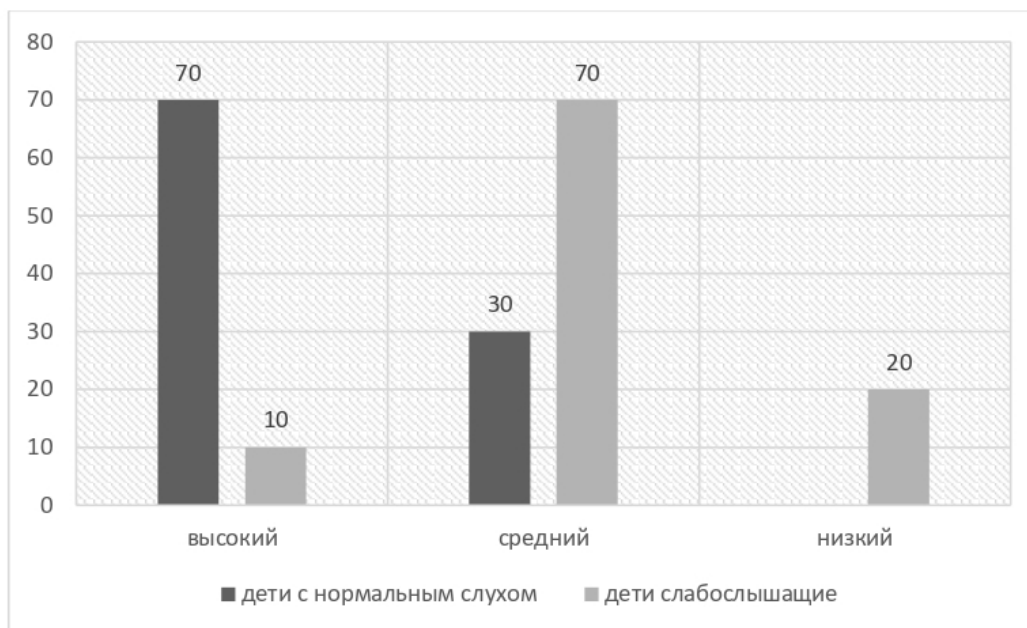


Рис. 1. Уровень сформированности игровой деятельности по критерию «Распределение ролей»

На рисунке 1 показано, что для детей с сохранным слухом в большей степени характерен высокий уровень сформированности игрового навыка (70%) и отсутствует низкий уровень. У слабослышащих дошкольников

преобладает средний уровень (70%) и не выявлен высокий.

При наблюдении за игрой детей мы отмечали, что при распределении ролей большей самостоятельностью обладали дети с сохранным слухом, а

слабослышащим дошкольникам иногда приходилось помогать с выбором роли. Обращает на себя внимание, что в играх слабослышащие дети принимали роль в игре в основном по предложению взрослого, но ролевые действия у них были однообразные, повторяющиеся, в отличие от детей с сохранным слухом.

В ситуации конфликта игра заканчивается быстро, часто со слезами на глазах, дети не могут урегулировать самостоятельно распределение ролей,

дерутся или прибегают к помощи воспитателя.

Обработка результатов с помощью U-критерия Манна-Уитни для независимых наблюдений показывает значимость различий полученных данных по изучаемому критерию ($U=-3,1$ при $p < 0,01$). Таким образом, мы можем констатировать более низкий уровень у слабослышащих дошкольников в распределении ролей в игре.

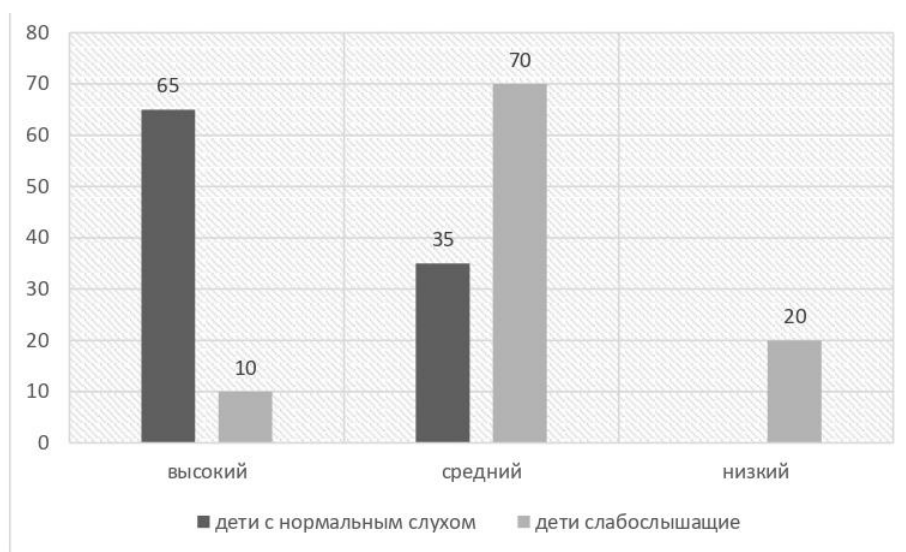


Рис. 2. Уровень сформированности игровой деятельности по критерию «Основное содержание игры»

Анализ результатов по критерию «Основное содержание игры» (рис. 2) также показывает более высокие показатели среди детей с сохранным слухом. Высокий уровень характерен для 65% детей с нормальным слухом и 10% детей с нарушенным слухом. Низкий уровень снова встречается только в группе детей с нарушением.

Для детей с нарушением слуха игровая тематика была в большей степени однообразной. Ролевое поведение участников игры характеризовалось отсутствием новизны, вариативности. Игровые задачи дети решают привычными способами. Сюжет игр для всех детей чаще отражал их личный жизненный опыт: «семья», «больница», «шоферы», «магазин», «парикмахерская» и т. д. Дети с

сохранным слухом играли более продолжительное время, чем дети с нарушенным слухом, которые быстро теряли интерес к сюжету.

Сюжет игр слабослышащих дошкольников более примитивный. Так, например, в своей игре ребенок с нарушением слуха ведет по столу кошку, мяукает, затем кладет кошку на стол, как будто она упала, сопровождает речью: «Ой, упала», затем поднимает кошку и продолжает вести ее дальше. Никаких обращений к кошке, никаких изменений в ее поведении он не производит. Или такой пример: мальчик с нарушением слуха сажает в машинку человечка, везет по столу, сопровождая звуками: «ж... ж...», достает человечка, наклоняет его над колесом,

чинит машинку, тут же бросает ее, где играл, и бежит брать другую машину.

Активизирующее вмешательство взрослого толкало детей с сохранным и нарушенным слухом к новым решениям возникающих в деятельности задач. Предоставление свободы в организации игровой деятельности способствовало налаживанию дружеских отношений между детьми. В таких условиях дети меньше конфликтовали друг с другом, более того, пытались участвовать в решении общих проблем. Их объединяла и общая идея создать интересную игру, и эмоциональный подъем, связанный с ощущением причастности к тому, чего невозможно

достичь в индивидуальной деятельности. Однако слышащие дети обращались вербально к взрослому, приглашая его к игре, а слабослышащие дошкольники в процессе игры чаще обращались за помощь при решении конфликтных ситуаций.

Обработка результатов с помощью U-теста для независимых наблюдений показывает значимость различий, полученных данных по изучаемому критерию ($U=-2,8$ при $p < 0,01$). Таким образом, мы снова приходим к выводу, что более низкий уровень содержания игры – у слабослышащих дошкольников.

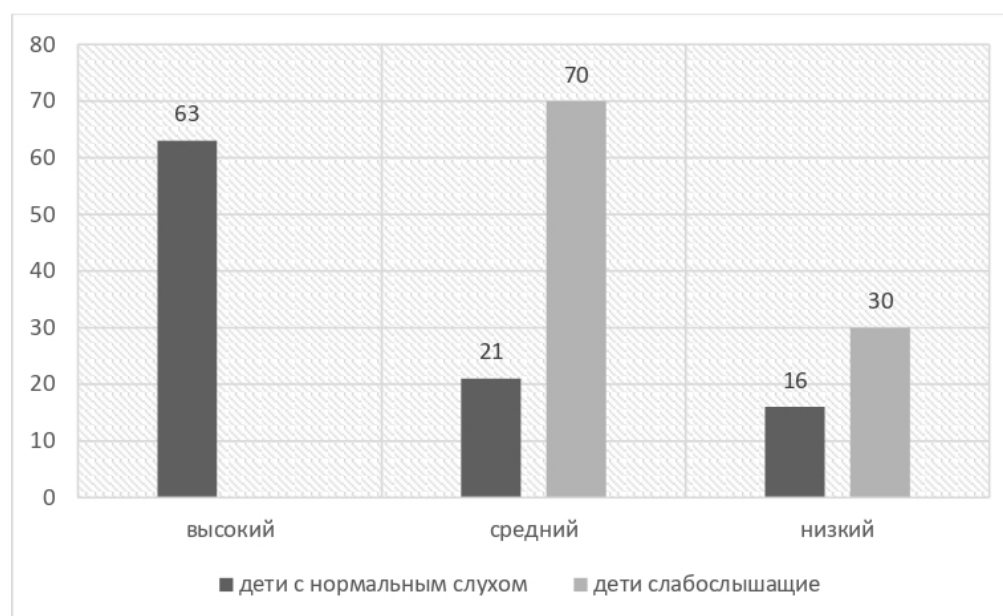


Рис. 3. Уровень сформированности игровой деятельности по критерию «Ролевое поведение»

На рисунке 3 мы наблюдаем преобладание высокого уровня (63%) у детей с нормальным слухом в распределении ролей в игре, а у детей с нарушением слуха – его отсутствие. Для слабослышащих детей характерно доминирование среднего уровня (70%).

В рамках эксперимента было отмечено, что большинство детей с сохранным слухом в играх объединялись в группы из 2-4 человек, а у детей с нарушением слуха чаще преобладали индивидуальные игры.

Слабослышащие дети чаще испытывали сложности различной степени при построении взаимоотношений, возникающие конфликты часто происходили из-за непонимания и нежелания слушать партнёра по игре, при распределении ролей с трудом могли договориться друг с другом, пытались перекричать своего собеседника, доказывая своё мнение; эмоциональное состояние партнёров не брали во внимание, нередки случаи некорректного и неадекватного

отношения друг к другу. В ситуации конфликта игра заканчивается быстро, часто со слезами на глазах, дети не могут урегулировать самостоятельно распределение ролей, дерутся или прибегают к помощи воспитателя.

Наблюдается частое пересечение ролевых и реальных отношений играющих детей, они выражают свое несогласие, недовольство партнерами, отвлекаются от цели игры и неполно воплощают замысел. В условиях сохранного слуха ролевое взаимодействие более содержательное. Речь начинает занимать все большее место в реализации роли. Она не только обозначается словами, но через речь раскрывается сущность ролевых

отношений. У детей насчитывается 7-10 ролей в играх, 2-3 из которых любимые.

В условиях нарушения слуха игровая тематика однообразна. Ролевое поведение участников игры характеризуется отсутствием новизны, вариативности. Игровые задачи дети решают привычными способами. Вариации при выборе роли очень скудные (2-3).

U-критерий для независимых наблюдений показывает значимость различий полученных данных по изучаемому показателю игровой деятельности ($U=-2,6$ при $p < 0,05$). Таким образом, мы наблюдаем в распределении ролей в игре больше трудностей у слабослышащих дошкольников.

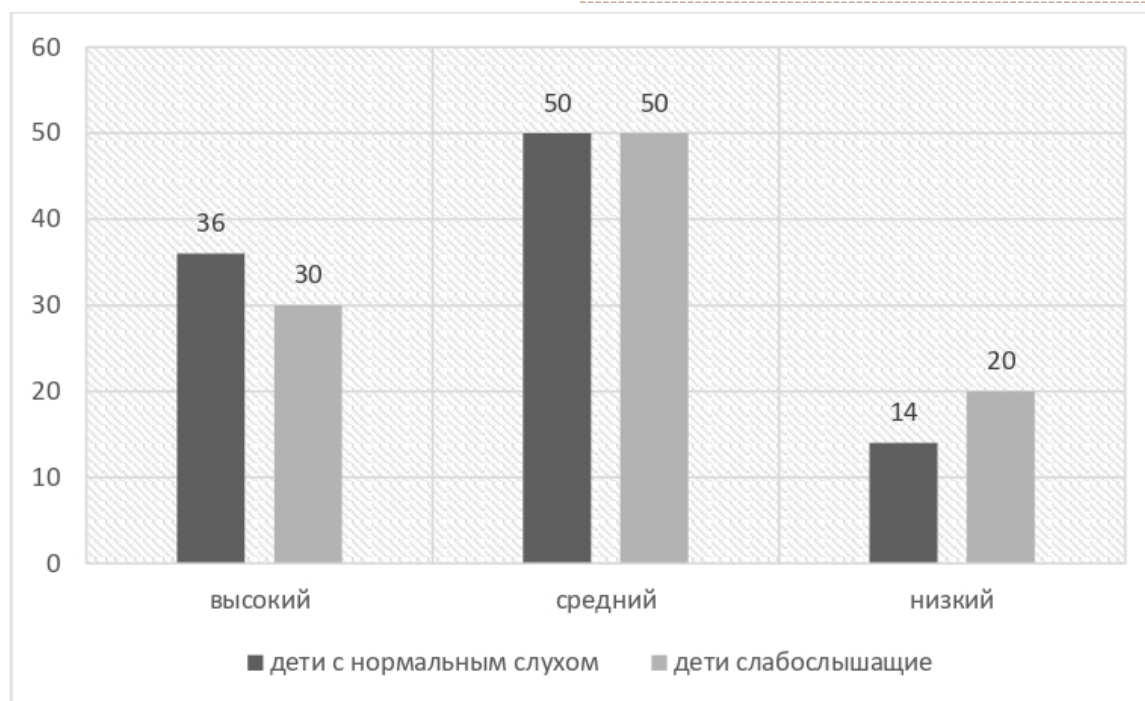


Рис. 4. Уровень сформированности игровой деятельности по критерию «Игровые действия»

Данные, представленные на рисунке 4, наглядно отражают несущественные различия по критерию «Игровые действия», что подтверждается математической статистикой. Все 3 уровня характерны для обеих подгрупп. Мы связываем этот результат с позитивным влиянием коррекционно-развивающей среды детского учреждения, поскольку все дети с нарушением слуха находятся в данной группе с 2-х лет.

Однако в некоторых случаях в обеих подгруппах мы обращали внимание, что игровые действия детей были не всегда согласованны, иногда нарушалась логика воссоздания жизненных ситуаций. Наблюдались пересечения ролевых и реальных отношений играющих детей, которые выражали свое несогласие, недовольство партнерами, отвлекались от цели игры и неполно воплощали замысел.

U-критерий для независимых наблюдений не показывает значимость различий полученных данных по изучаемому критерию ($p > 0,05$).

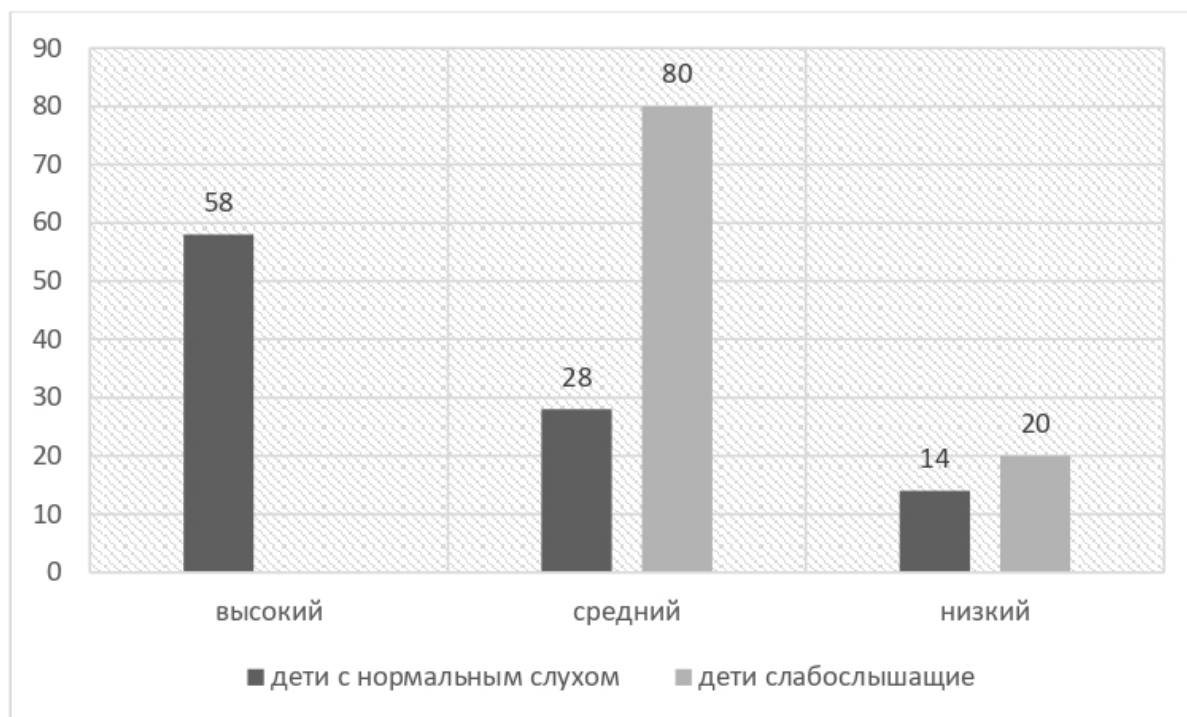


Рис. 5. Уровень сформированности игровой деятельности по критерию «Использование предметов-заместителей»

Более низкий результат у слабослышащих дошкольников по критерию «Использование предметов-заместителей» представлен на рисунке 5. Мы не находим высокого уровня у детей с нарушением слуха, когда у детей с сохранным слухом данный результат является преобладающим (58%). У слабослышащих дошкольников преобладает средний уровень (80%).

В процессе игры дети с нарушением слуха реже используют различные атрибуты, предметы-заместители, самоделки, реже дополняют игровую обстановку по ходу игры. Дети с сохранным развитием используют в игре предметы, которые в жизни имеют совсем другое назначение (перенос действий: карандаш используется в качестве термометра, например). В этом случае дети с недостатком слухового восприятия

испытывают трудности при игровом замещении предметов.

Игровые действия детей с сохранным слухом часто заменяются словом. Они осуществляют игровое действие с предметами-заместителями, природным материалом, игрушками, собственными самоделками, широко используют в игре подсобный материал. По ходу игры они подбирают или заменяют необходимые предметы. Совершенствуется умение совместно строить и творчески развивать сюжеты игр. Для детей характерно стремление узнать как можно больше о том, во что они играют. Эпизоды из сказок, общественные сюжеты занимают значительное место в их играх. Дети комбинируют в играх знания, почерпнутые из наблюдений, книг, кинофильмов, рассказов взрослых.

В условиях нарушенного слуха при использовании предметов-заместителей

дети редко дают словесное обозначение им. Степень обобщенности игровых действий ниже, чем у слышащих детей. Игры менее разнообразны.

Статистически значимые различия по исследованному критерию также выявлены ($U=-2,4$ при $p < 0,05$).

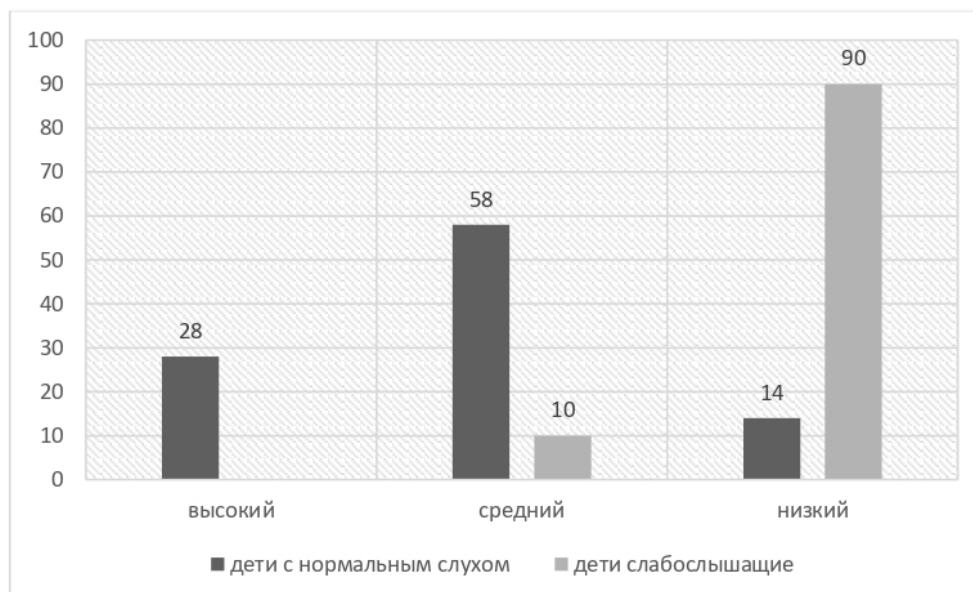


Рис. 6. Уровень сформированности игровой деятельности по критерию «Использование ролевой речи»

В использовании ролевой речи в игровой деятельности мы обнаруживаем наибольшее своеобразие у слабослышащих дошкольников. Причем у детей с сохранным слухом преобладает средний уровень (58%), развернутая ролевая речь присутствует только у 28% слышащих дошкольников, а у детей с нарушенным слухом она не наблюдалась. В целом у слабослышащих детей преобладает низкий уровень по данному критерию (90%). Дети с нормальным слухом активнее используют ролевую речь с партнёрами и игрушками в

отличие от сверстников с нарушенным слухом. У детей с нарушением слуха ролевая беседа возникала с трудом в связи со сложностями произносительной речи. Дети с сохранным слухом чаще стремятся к совместному обсуждению замысла игры, чем дети с нарушением слуха. Слабослышащие дошкольники реже учитывают точку зрения партнера и достигают общего решения.

Статистически значимые различия на высоком уровне достоверности ($U=-3,4$ при $p < 0,01$).

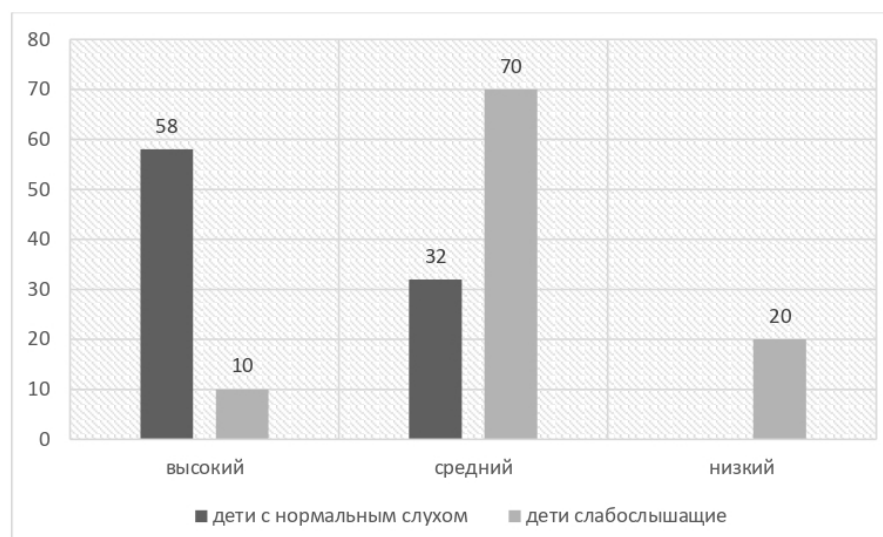


Рис. 7. Уровень сформированности игровой деятельности по критерию «Выполнение правил»

Уровень выполнения правил в игре так же выше у дошкольников с нормальным слухом (58% высокий уровень и отсутствует низкий). У детей с нарушением слуха присутствуют все 3 уровня, но преобладает средний (70%).

Дети с сохранным слухом чаще соблюдали оговоренные правила игры, а дети с нарушенным слухом чаще нарушали правила. Статистически значимые различия выявлены по данному критерию ($U=-2,6$ при $p < 0,05$).

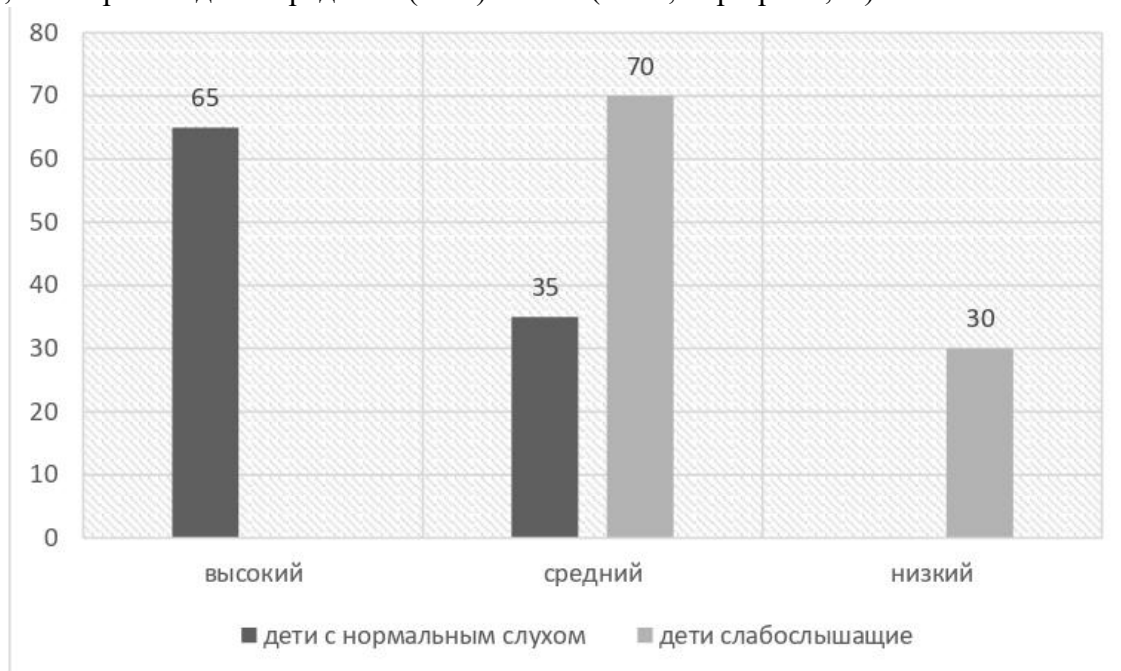


Рис. 8. Общий уровень сформированности игровой деятельности

Обобщая весь массив данных (рис. 8), полученный в ходе эксперимента, мы приходим к выводу, что в целом у детей с сохранным слухом преобладает высокий уровень сформированности игровой деятельности (65%), а у слабослышащих детей – средний (70%). В то же время для

детей с нарушением слуха имеет место и низкий уровень (30%), а у детей с сохранным слухом он не выражен. Обработка результатов с помощью U-теста для независимых наблюдений показывает высокую значимость различий полученных данных по общему уровню

сформированности игровой деятельности ($U=-3,4$ при $p < 0,01$).

Таким образом, мы приходим к выводу, что уровень сформированности игровой деятельности слабослышащих старших дошкольников значимо ниже по таким критериям, как распределение ролей, содержание игры, ролевое поведение, использование предметов-заместителей, сопровождение роли речью, выполнение правил игры. В условиях игрового взаимодействия детям с недостатками слуховой функции характерны сложности в установлении контакта, налаживания

диалога, трудности в использовании коммуникативных средств (речевых, неречевых). У слабослышащих детей наблюдается более низкая способность к созданию собственных смысловых игровых программ, а также к чтению игровой программы партнера, выработке общей линии игрового поведения и изменению собственного поведения в соответствии с этой общей линией. Изученные особенности игровой деятельности слабослышащих старших дошкольников позволяют наметить основные виды коррекционно-развивающей работы с ними.

Список литературы / References

1. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М., 2002. [Bogdanova T.G. *Surdopsihologiya : Ucheb. posobie dlya stud. vyssh. ped. ucheb. zavedenij*. Moscow, 2002 (In Russ)].

2. Носкова Л.П., Соколова Н.Д., Гаврилушкина О.П. Дошкольное воспитание аномальных детей: книга для учителя и воспитателя. – М., 1993. [Noskova L.P., Sokolova N.D., Gavrilushkina O.P. *Doshkol'noe vospitanie anomal'nyh detej: kniga dlya uchitelya i vospitatelya*. Moscow, 1993 (In Russ)].

3. Головчиц Е.А. Дошкольная сурдопедагогика. Воспитание и обучение детей с нарушениями слуха. – М., 2001. [Golovchits E.A. *Doshkol'naya surdopedagogika. Vospitanie i obuchenie detej s narusheniyami sluha*. Moscow, 2001 (In Russ)].

4. Смирнова С.И., Зубарев В.Н. Развитие игровой деятельности старших дошкольников в условиях нарушенного слуха // Проблемы сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья : психолого-педагогический, социальный и медицинский аспекты. Коллективная монография. – Киров, 2020. – С. 73–83. [Smirnova S.I., Zubarev V.N. *Razvitie igrovoj deyatel'nosti starshih doshkol'nikov v usloviyah narushennogo sluha*. In : *Problemy soprovozhdeniya detej s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya : psihologo-pedagogicheskij, sotsial'nyj i meditsinskij aspekty*. Monograph. Kirov, 2020. pp. 73–83 (In Russ)].

5. Калинина Р.Р. Психолого-педагогическая диагностика в детском саду. – СПб., 2003. [Kalinina R. R. *Psihologo-pedagogicheskaya diagnostika v detskom sadu*. Saint Petersburg, 2003 (In Russ)].

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

УДК 371.32

**«РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ» В СОВРЕМЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ОПЫТ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

Злобин А. А.

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

Резюме. Данная статья посвящена осмыслению важности дисциплины «Русский язык и культура речи» в образовательном пространстве медицинского вуза. Анализ современной речевой ситуации, диагностических работ студентов-медиков позволил определить круг проблемных вопросов. Отталкиваясь от этого, автор предлагает скорректировать концепцию дисциплины и её тематический план с учётом тех задач, которые ставятся перед выпускником медицинского вуза сегодня. В формировании языковой личности будущего врача большое значение имеет работа, направленная на изучение законов профессионального общения, приёмов эффективности речевого воздействия, на развитие важнейших коммуникативных навыков и совершенствование устной и письменной речи.

Ключевые слова: культура речи, языковая личность, профессиональная коммуникация, бесконфликтное общение, речевое воздействие, русское коммуникативное поведение, устная и письменная речь.

**«RUSSIAN LANGUAGE AND SPEECH CULTURE» IN A MODERN
MEDICAL UNIVERSITY: EXPERIENCE, PROBLEMS, PROSPECTS**

Zlobin A. A.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx street, 112),
e-mail: zlobin_andrei@mail.ru*

Summary. This article is devoted to understanding the importance of the discipline «The Russian language and speech culture» in the educational system at a medical university. The analysis of the current speech situation, diagnostic projects

of medical students led to determining a range of urgent issues. Hence, the author presents a suggestion to adjust the concept of the discipline and framework curriculum according to the demands a graduate of a medical university is facing. In order to form a linguistic personality of the future doctor, the focus should be aimed at studying the norms of professional communication, effective methods of speech influence, developing the most important communication skills and improving oral and written speech.

Keywords: speech culture, linguistic personality, professional communication, conflict-free communication, speech influence, Russian communicative behavior, oral and written speech.

Введение

Дисциплина «Русский язык и культура речи» преподаётся в медицинских вузах уже практически четверть века. Её значение сложно переоценить: «родной язык – скрепа государства, нации, её прошлого, настоящего и возможность самобытного развития в будущем» [1, 117].

За это время накоплен и обобщён огромный опыт, написаны сотни статей и учебных пособий. Преподаватели, исследователи и методисты едины в осмыслении цели данной дисциплины: она призвана, прежде всего, формировать сильную языковую личность, способную к эффективной коммуникации в различных

ситуациях общения. В.М. Касьянова, говоря о её важности, отмечает: «Студенты, приступающие к изучению данного курса, обычно имеют достаточно высокие баллы по ЕГЭ, но их речь бедна, лексический запас невелик, грамматические конструкции однообразны. Первокурсники в своём большинстве не могут участвовать в дискуссии, не умеют аргументировать своё мнение, не в состоянии создавать структурированные тексты. Курс «Русский язык и культура речи», являющийся обязательным компонентом учебного процесса, призван хотя бы отчасти изменить данную ситуацию» [2, 69–70].

Основное содержание

Культура речи представляет собой «такой выбор и такую организацию языковых средств, которые в определённой ситуации общения при соблюдении современных языковых норм и этики общения позволяют обеспечить наибольший эффект в решении поставленных коммуникативных задач» [3, 16]. Данное определение, как видим, включает три важнейших аспекта: нормативный, коммуникативный, этический. Рассмотрим их подробнее.

Нормативный аспект

Культура речи студентов современных медицинских вузов побуждает преподавателя акцентировать внимание именно на этом аспекте. Как правило, на лекционных и практических занятиях изучаются нормы современного русского литературного языка – акцентологические, орфоэпические, орфографические, лексические, грамматические, пунктуационные, стилистические.

Подобный подход хорошо апробирован и вполне оправдан с точки зрения современной речевой ситуации.

Однако сведение курса только к изучению языковых норм кажется не совсем верным: в таком случае «за кадром» остаются важнейшие вопросы, связанные с теоретическими сведениями о родном языке, и его историей.

Опыт преподавания дисциплины показывает, что студент медицинского вуза может успешно усвоить нормы – от акцентологических до стилистических – и при этом не иметь элементарных представлений о своём родном языке. В частности, для абсолютного большинства

выпускников медицинского университета вопрос о количестве гласных и согласных букв в русском алфавите, об их лингвистически корректном наименовании вызывает серьёзные затруднения. Студенты не имеют даже приблизительных сведений о примерном количестве носителей русского языка и странах, где он используется официально.

В таблице 1 представлена подобная информация, которая может быть использована на вводной лекции.

Таблица 1

Мировые языки: сравнительный анализ

Язык	Общее количество говорящих	Является родным для	Страны, в которых используется официально
Английский	700 млн. чел.	400 млн. чел.	Великобритания, США, Индия, Канада, Австралия, Ирландия, Новая Зеландия, Зимбабве, Нигерия, Гана, Пакистан
Арабский	560 млн. чел.	310 млн. чел.	Алжир, Судан, Саудовская Аравия, Сомали, Египет, Марокко, Ливия, Иордания, Объединённые Арабские Эмираты
Испанский	548 млн. чел.	528 млн. чел.	Испания, Андорра, страны Латинской Америки, страны Центральной Америки, Экваториальная Гвинея
Китайский	1,3 млрд. чел.	900 млн. чел.	Китайская Народная республика, Тайвань, Сингапур
Немецкий	175 млн. чел.	90 млн. чел.	Германия, Австрия, Швейцария, Лихтенштейн, Бельгия, Люксембург
Русский	260 млн. чел.	147 млн. чел.	Российская Федерация, Беларусь, Киргизия, Казахстан
Французский	289 млн. чел.	55 млн. чел.	Франция, Бельгия, Швейцария, Демократическая Республика Конго
Японский	140 млн. чел.	125 млн. чел.	Япония, Палау

Диагностические данные свидетельствуют о том, что у 98,8 % студентов-первокурсников полностью отсутствуют какие-либо знания о месте

русского языка на уровне языковой семьи, группы и подгруппы. Представим фрагмент генеалогической классификации в виде схемы (рис. 1).

языка. Здесь следует акцентировать внимание на исключительном значении деятельности славянских просветителей Кирилла и Мефодия, создании глаголицы и кириллицы, роли старославянского и древнерусского языков в формировании и развитии русского языка. Необходимо напомнить о стилистической теории М. В. Ломоносова, о трудах А. С. Пушкина.

Дисциплина «Русский язык и культура речи» – это «последний шанс» объяснить студенту, что язык – это системно-структурное образование, жизнь которого определяется внутренними законами. Поэтому следует актуализировать сведения о разделах (фонетика, графика, орфография, орфоэпия, лексика, ономастика, фразеология, морфемика, словообразование, этимология, морфология, синтаксис, пунктуация и др.) и единицах языка (фонема, морфема, лексема, словосочетание, предложение и др.). С сожалением приходится констатировать, что в последние годы, наверное, из-за того, что школы занимаются исключительно «натаскиванием» учащихся на решение КИМов, у студентов наблюдается полное отсутствие даже элементарных знаний об этом. Очень часто приходится заново сообщать, чем отличается, например, лексическое значение от грамматического, управление от примыкания, простое предложение от сложного.

Изучая орфоэпические нормы современного русского литературного языка, следует уделить внимание разделению звука и буквы (абсолютное большинство сегодняшних студентов их отождествляет), соотношению согласных и гласных букв и звуков, корректному наименованию букв русского алфавита, внеалфавитных графических знаков, структурирующих письменный и печатный текст.

При изучении темы «Лексические нормы современного русского литературного языка» необходимо дать представление о языке как самом подвижном ярусе языковой системы, об экстралингвистических факторах развития языка. Здесь нужно акцентировать внимание на вопросах формирования русской лексики, об употреблении заимствований, стилистически сниженных слов. Анкетные данные свидетельствуют о том, что у медицинской аудитории вызывают большой интерес задания, связанные с историческим комментированием слова, анализом его смыслового потенциала. Перспективное и важное направление этого раздела дисциплины – изучение функционирования современных медицинских терминосистем [4], которое, безусловно, поможет впоследствии студентам в их будущей научно-исследовательской деятельности.

Большое значение сегодня имеет работа, которая связана с функционированием в речи фразеологических единиц (фразеологизмов, крылатых слов, пословиц, поговорок). Помимо выявления понятийных отличий, иллюстрированных яркими примерами, очень важными являются упражнения по моделированию специальных коммуникативных ситуаций с их использованием. Размышления над фразеологическими единицами языка, их интерпретация, учёт их синонимического и антонимического потенциала не только способствуют формированию важнейшей коммуникативной компетенции, стимулирующей речевую активность студентов, но и помогают глубже осмыслить особенности русской языковой картины мира.

«Грамматические нормы современного русского литературного

языка» – это тема, которая требует от студентов базовых сведений о родном языке. Поэтому при характеристике морфологической системы следует актуализировать школьные знания о грамматических категориях частей речи. Без этого, на наш взгляд, дальнейшее освоение темы будет неэффективным. Например, при изучении норм употребления имён существительных необходимо напомнить о роде как классифицирующей и универсальной грамматической категории имени существительного, о группах имён существительных по родовой принадлежности, о переходных явлениях.

При рассмотрении других грамматических категорий имени существительного (падеж, число) следует сделать небольшой исторический экскурс и рассказать о звательном падеже и его дальнейшей судьбе, об утрате форм двойственного числа и проиллюстрировать данные положения интересными, запоминающимися примерами. Это поможет сформировать представление о языке как живом организме, который находится в постоянном движении и развитии.

Тема «Нормы употребления имён прилагательных» будет усвоена более успешно, если студенты предварительно вспомнят о лексико-грамматических разрядах и особенностях степеней сравнения, о месте данной части речи в морфологической системе современного русского языка.

Практика преподавания дисциплины показывает, что введение исторических и теоретических вопросов органично вписывается в структуру курса, ни в коей мере не разрушает его концепции, не требует больших временных затрат. Данная информация, методически грамотно

поданная, с интересом воспринимается студентами.

Изучение этих вопросов является сегодня очень важным, поскольку способствует формированию представления о языке как системе взаимосвязанных и взаимообусловленных элементов, взгляда на язык как духовный опыт народа, важнейшую часть отечественной культуры, основу национального самосознания.

Коммуникативный аспект

Данный аспект культуры речи связан, прежде всего, с формированием и совершенствованием важнейших профессиональных навыков общения с пациентами и коллегами. Будущему врачу необходимо научиться определять верные коммуникативные стратегии и выбирать – в зависимости от той или иной ситуации общения – спектр актуальных и корректных коммуникативных тактик.

Поэтому на практических занятиях весьма продуктивно исследование коммуникативных интенций врача и пациента. Большое значение имеет работа по моделированию различных ситуаций профессионального общения, анализ приёмов речевого воздействия, причин коммуникативных неудач.

К сожалению, современные учебные пособия по русскому языку и культуре речи практически не освещают данные вопросы и не содержат сведений об особенностях медицинского дискурса.

Говоря о развитии коммуникативных навыков у студентов-медиков, нельзя обойти стороной вопрос, связанный с особенностями русского общения. Практическое занятие «Русское коммуникативное поведение» даёт возможность проанализировать релевантные черты речевого поведения русских людей: контактность, конфликтность, эгоцентризм,

регулятивность и др. [5]. В качестве примера подобного анализа представим краткую характеристику обсуждения такого параметра, как *контактность*.

Общительность русского человека в сравнении с западным коммуникативным поведением оценивается как очень высокая. Она проявляется в следующем. Русский человек очень любит общаться, это исключительно важная часть жизни, средство самореализации. Русские люди легко знакомятся. В нашем коммуникативном поведении нет особой церемонии знакомства. Можно знакомиться самому, без посредников, подойти и сказать: «Хочу с Вами познакомиться!», «Можно с Вами познакомиться? Я такой-то...». Вступив в коммуникацию, русский человек старается быстрее преодолеть формальную процедуру знакомства, условности.

Русские любят общаться искренне и эмоционально. Искренность проявляется в том, что они не скрывают свои чувства от окружающих, откровенны в общении, много рассказывают о себе. Русский человек нередко бывает неожиданно откровенен даже с малознакомыми людьми, может без наводящих вопросов поведать собеседнику о многих личных и даже интимных подробностях своей жизни. Это считается проявлением доверия к собеседнику, отражает стремление установить с ним дружеский контакт.

Даже находясь в рамках профессионального общения, русский человек ждёт искренности от своих коллег, что проявляется в частом использовании специальных тактик-вызовов на откровенность: «Расскажи, и тебе сразу станет легче», «Расскажи, или я всё равно узнаю», «Ты обязана мне это рассказать», «Я должен это знать» и др.

По данной теме может быть предложено домашнее задание исследовательского характера, выполнение которого связано с выяснением того, как воспринимают данную черту русского коммуникативного поведения иностранцы. Как правило, студенты приходят к следующим выводам.

- *Люди, живущие в других странах, данную особенность русской коммуникации (контактность) могут воспринять как навязчивость и распущенность. Интересно, что в японском общении, например, действует другое правило: «Вежливость дороже искренности».*

- *Экспрессивная речь занимает очень заметное место в структуре нашего общения. Разговаривая, русские люди часто используют повторы (ждёт-пождёт, много-много), слова с уменьшительно-ласкательными суффиксами (билетик, ватрушечка, домик, конфетка). Эмоционально разговаривают все, независимо от возраста, пола и социального положения. Иностранцы отмечают, что в ходе разговора настроение русского человека может внезапно смениться с благодушного на обиженное, а потом опять его лицо станет приветливым.*

- *Западноевропейцы не могут понять, почему так быстро меняется в процессе общения настроение наших людей. Объясняется это тем, что русский человек не прячет эмоцию за улыбкой или вежливо-сдержанной маской, как принято в западном общении.*

Этический аспект

Данный аспект культуры речи связан, в первую очередь, с изучением в формате лекции законов делового общения (закон зеркального развития общения, закон первичного отторжения новой идеи, закон возрастающего нетерпения слушателей, закон падения интеллекта аудитории с увеличением её размера и др.), предупреждением этических ошибок в профессиональной коммуникации.

Этический аспект культуры речи на сегодняшний день практически не нашёл отражения в учебно-методической литературе, однако его актуальность очевидна: врач не сможет эффективно осуществлять свою деятельность, если будет пренебрегать этическими императивами. Именно поэтому усиление акцента на этом блоке видится весьма перспективным. Данное направление может стать частью научно-исследовательской работы студентов-медиков.

Практические занятия целесообразно посвятить обсуждению принципов (принцип терпимости к собеседнику, принцип минимизации негативной информации) бесконфликтного общения. В качестве примера представим анализ такого параметра, как *конфликтность*.

В нашей повседневной коммуникативной практике – межличностной и профессиональной – ссоры происходят, к сожалению, очень часто. Русских людей отличает желание вступать в дискуссию по любому поводу, выяснять отношения, выразить открытое недовольство чем-либо или кем-либо, делать публичные замечания. В результате возникают конфликтные ситуации, которые усугубляются тем, что во время спора русский человек утрачивает самоконтроль. Он категоричен и агрессивен, склонен к обострению отношений, практически неспособен к компромиссу, адекватной оценке. Его реплики резки, а суждения безапелляционны.

Столкновение разных взглядов, точек зрения на одну и ту же проблему зачастую приводит к деструктивному конфликту, когда оппоненты начинают «переходить на личности», употреблять грубые слова и выражения.

Всестороннее обсуждение данного параметра коммуникации позволит преподавателю вместе со студентами сформулировать практические «рекомендации», которые помогут снизить остроту назревающего конфликта. Назовём некоторые из них.

- *Пытайтесь преодолеть негативную установку к собеседнику (заранее сформировавшееся к нему отрицательное отношение), старайтесь отвлекаться от его недостатков, не замечать оплошностей, неудачных слов.*

- *Демонстрируйте уважительную манеру коммуникативного поведения: чаще называйте оппонента по имени (в официальном общении – по имени и отчеству), учитывайте его настроение, самочувствие, не говорите слишком громко и самоуверенно, в сложных ситуациях задавайте конкретные вопросы «на прояснение».*

- *Старайтесь не думать об отрицательном совместном опыте, вспоминайте общие успехи, не покушайтесь на ценности и стереотипы собеседника.*

- *Негативная информация, если без неё нельзя обойтись, должна быть минимальной, а форма её сообщения – оптимальной. Преодолевайте внутреннее желание спорить, игнорируйте «уколы» в свой адрес, чаще соглашайтесь с собеседником в непринципиальных вопросах.*

Заключение

Современная речевая ситуация, направленность школ исключительно на решение контрольно-измерительных материалов, связанных с успешной сдачей ЕГЭ, к сожалению, приводят к тому, что у

студентов отсутствуют систематические знания по русскому языку, не сформированы элементарные коммуникативные навыки.

Отталкиваясь от этого, считаем необходимым скорректировать концепцию дисциплины «Русский язык и культура речи» и её тематический план с учётом тех задач, которые ставятся перед выпускником медицинского вуза сегодня.

В формировании языковой личности будущего врача большое значение имеет работа, направленная на изучение законов профессионального общения, приёмов эффективности речевого воздействия, на

развитие важнейших коммуникативных навыков. По-прежнему не теряет своей актуальности и совершенствование письменной речи, расширение и углубление знаний о русской лингвокультуре.

Таким образом, дисциплина «Русский язык и культура речи» в образовательном пространстве медицинского вуза имеет сегодня принципиальное значение.

Список литературы / References

1. Дейкина А.А., Скрябина О.А. О когнитивной составляющей в формировании языковых и речевых умений учащихся // Русский язык и литература в тюркоязычном мире : современные концепции и технологии : материалы Международной научно-практической конференции (Казанский федеральный университет, 4–6 октября 2016 г.) – Казань : Издательство Казанского университета, 2016. – С. 117–121. [Dejkina A.A., Skryabina O.A. O kognitivnoj sostavlyayushchej v formirovanii yazykovyh i rechevyh umenij uchashchihsya. In : Proceedings of the Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferenciya “Russkij yazyk i literatura v tyurkojazychnom mire: sovremennye koncepcii i tekhnologii” (Kazanskij federal'nyj universitet, 4–6 October 2016.). Kazan : Izdatel'stvo Kazanskogo universiteta, 2016. p. 117–121. (In Russ)].

2. Касьянова В.М. Типология творческих заданий в курсе «Русский язык и культура речи» // Проблемы преподавания курса «Русский язык и культура речи» в вузах : Круглый стол (Международная научно-практическая конференция). Москва, МГУ им. М. В. Ломоносова, 21 октября 2016 г. : Тезисы докладов. – М. : Издательство «Научный консультант», 2016. – С. 69–72. [Kas'yanova V. M.

Tipologiya tvorcheskih zadanij v kurse «Russkij yazyk i kul'tura rechi» // In : Proceedings of the Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferenciya “Problemy prepodavaniya kursa «Russkij yazyk i kul'tura rechi» v vuzah : Kruglyj stol”. Moscow, October 21, 2016. Moscow : Izdatel'stvo «Nauchnyj konsul'tant», 2016. pp. 69–72. (In Russ)].

3. Граудина Л.К., Ширяев Е.Н. Культура русской речи. – М. : Издательство НОРМА, 2000. [Graudina L. K., Shiryayev E. N. *Kul'tura russkoj rechi*. Moscow : Izdatel'stvo NORMA, 2000. (In Russ)].

4. Маджаева С. Медицинские терминотерминологии : становление, развитие, функционирование : Дис. д-ра филол. наук. – Волгоград, 2012. [Madzhaeva S. *Medicinskie terminosistemy : stanovlenie, razvitie, funkcionirovanie*. [dissertation] – Volgograd, 2012. (In Russ)].

5. Прохоров Ю.Е., Стернин И.А. Русские: коммуникативное поведение. – М : Издательство «Наука», 2011. [Prohorov Yu.E., Sternin I.A. *Russkie: kommunikativnoe povedenie*. Moscow : Izdatel'stvo «Nauka», 2011. (In Russ)].

УДК 378.14

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ПСИХОЛОГИЯ СТРЕССА» ОБУЧАЮЩИМСЯ - БУДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГАМ

Черанёва Е.К.

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

Резюме. В статье рассматривается возможность использования интерактивных методов обучения обучающихся-будущих клинических психологов в процессе преподавания учебной дисциплины «Психология стресса». Раскрывается роль интерактивности в процессе обучения в вузе. Показаны конкретные примеры использования интерактивных технологий в практике проведения практических занятий по дисциплине «психология стресса». Обосновывается их значимость в дальнейшем профессиональном становлении будущих специалистов по клинической психологии.

Ключевые слова: интерактивное обучение, стресс, психоэмоциональное напряжение, стрессоустойчивость, деловая игра, кейс-метод, проектный метод.

USE OF INTERACTIVE TEACHING METHODS IN THE PROCESS OF TEACHING THE DISCIPLINE "STRESS PSYCHOLOGY" TO STUDENTS - FUTURE CLINICAL PSYCHOLOGISTS

Cheraniova E.K.

Kirov State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kirov, Russia (112 K. Marx Street, Kirov, 610027) e-mail: cheranel@mail.ru

Summary. The article discusses the possibility of using interactive methods of teaching the discipline "Psychology of Stress" to future clinical psychologists. The role of interactive methods in the learning process at a university is revealed. Specific examples of the use of interactive technologies in practical classes within the discipline "Psychology of Stress" are shown. Their importance in the further professional development of future specialists in clinical psychology is substantiated.

Keywords: interactive learning, stress, psycho-emotional stress, stress resistance, case method, project method.

Введение

Современные образовательные стандарты предъявляют высокие требования к повышению практической ориентированности вузовского обучения. Практические занятия в вузе должны быть ориентированы на достижение конкретного результата – формирование необходимых для будущего специалиста профессиональных компетенций.

Одной из общепрофессиональных компетенций клинических психологов является способность применять научно обоснованные методы оценки уровня психического развития, состояния когнитивных функций, эмоциональной сферы, развития личности, социальной адаптации различных категорий населения.

Кроме того, важнейшей профессиональной функцией психолога в социальной сфере можно назвать разработку и реализацию программ профилактической и психокоррекционной работы, направленных на улучшение

состояния и динамики психологического здоровья населения [1].

Психологическое здоровье населения не тождественно психическому здоровью, а затрагивает также и личностные аспекты, проблемы становления индивидуальности человека в процессе социализации [2, 3].

Одной из причин нарушения психологического здоровья человека является возникновение у него стрессового состояния. Стрессоустойчивость как важное личностное качество формируется уже в процессе преодоления эмоционального напряжения, вызванного условиями обучения в вузе. Сложными для студентов являются ситуации экзаменационного стресса и адаптации к новым способам обучения. Поэтому важно еще в процессе профессионального обучения развивать у студентов – будущих клинических психологов умения и навыки формирования стрессоустойчивости.

Основное содержание

Основная мысль данной статьи – результатом освоения учебной дисциплины «Психология стресса» должно быть не только получение теоретических знаний и практических умений и навыков работы со снятием психоэмоционального напряжения, но и осознание обучающимися своих индивидуальных особенностей реагирования на стрессовую ситуацию и повышение их стрессоустойчивости.

Нарушения психологического здоровья человека в области стрессоустойчивости способствуют дестабилизации его психического состояния. Возникающее в результате стресса психологическое напряжение вызывает большое количество соматических заболеваний, является фактором серьезных дезадаптационных проблем в современном обществе. Следовательно, специалист в области клинической психологии все чаще сталкивается в своей практике с необходимостью снижения эмоционального напряжения клиента, вызванного переживанием стрессовой ситуации.

Все это обуславливает важность включения в учебный план специальности 37.05.01 Клиническая психология дисциплины «Психология стресса».

Специфика преподавания данной дисциплины состоит в том, что знания и практические навыки, полученные в процессе освоения данной дисциплины, могут пригодиться самим обучающимся уже на этапе обучения в вузе.

Поэтому с целью ориентации на компетентностный подход, учитывая практическую значимость для успешного обучения будущего специалиста – клинического психолога, необходимо выстраивать рабочую учебную программу с учетом максимальной практикоориентированности преподаваемого материала и интерактивности процесса обучения.

Интерактивное обучение – это форма организации учебной деятельности, при которой преподаватель предоставляет обучающимся возможность познавать новый учебный материал в процессе совместной деятельности. При этом все участники образовательного процесса

погружаются в атмосферу делового сотрудничества, разрешают проблемы, моделируют ситуации, осуществляют самооценку и взаимооценку учебных действий и их результатов.

Компоненты интерактивного обучения:

- взаимодействие всех участников образовательного процесса, включая преподавателя,
- обучение через организацию сотрудничества в группе студентов,
- обучающийся и преподаватель являются субъектами учебного процесса,
- смещение внимания с деятельности преподавателя на деятельность студентов,
- преподаватель организует процесс обучения, играет роль лидера группы, создает условия для повышения инициативы обучающихся,
- новое знание и необходимые компетенции формируются на основе собственного опыта обучающихся и взаимодействия с опытом своих друзей и знакомых [4; С. 11].

Основное условие интерактивности в учебном процессе – самостоятельная мыслительная активность обучающихся, умение преобразовать научное знание в собственные рассуждения, систему знаний, основанную на индивидуальном жизненном опыте, интересах и желаниях. Таким образом, цель интерактивного обучения – создание таких условий, в которых обучающийся будет сам приобретать и конструировать знания. В этом состоит принципиальное отличие от традиционной системы обучения.

Рассмотрим интерактивные технологии обучения, наиболее эффективные для проведения практических занятий по учебной дисциплине «Психология стресса».

Деловые игры. Деловая игра – это обучение совместной деятельности в процессе решения общих задач, максимально приближенных к реальным проблемным ситуациям.

С целью овладения навыками диагностики выраженности психоэмоционального стрессового

напряжения рекомендуется деловая имитационная игра, описывающая ситуацию психологической консультации. Студент, выполняющий роль клиента, описывает симптомы стрессового состояния, исходя из заданной заранее инструкции. Обучающийся, выполняющий роль психолога, использует различные методы диагностики и в результате деловой игры составляет заключение и рекомендации по снятию психоэмоционального напряжения.

В данной деловой игре могут быть заложены специальные критерии оценки правильности принятого психологом решения. Рекомендуется вести видеозапись консультации и просматривать ее в процессе обсуждения предлагаемой коррекционной программы. В данном случае преподаватель выступает в роли организатора и фасилитатора групповой дискуссии.

Использование деловых игр способствует развитию коммуникативных навыков, критического мышления, навыков решения сложных профессиональных ситуаций и вариантов поведения в ситуациях различного профессионального взаимодействия.

Психологический тренинг стрессоустойчивости. Тренинг – метод активного обучения, позволяющий формировать и развивать не только знания, умения и навыки, но и социальные установки и способы поведения и общения [5].

В настоящее время в структуру тренинга стрессоустойчивости входят упражнения на овладение навыками саморегуляции эмоционального состояния, выработку адекватного стиля реагирования на стресс-факторы. Во время практических занятий по дисциплине «Психология стресса» рекомендуется использовать упражнения на повышение мотивации, готовности к самопознанию своих адаптационных возможностей к стрессовой ситуации.

Кроме этого, в структуру занятия могут быть включены тренинговые упражнения, позволяющие освоить приемы

мышечного расслабления, «успокаивающего», релаксационного дыхания.

При этом на первых практических занятиях предлагается создать задания-ситуации, в которых обучающиеся почувствуют существенные затруднения и собственную неэффективность. Можно предложить задания в условиях информационной перегрузки, ограниченности времени на их выполнение. Это поможет осознать типичные варианты реагирования на самые распространенные стресс-факторы и повысит мотивацию в изучении данной учебной дисциплины.

Анализ конкретных ситуаций (кейс-метод). Это метод активного проблемно-ситуационного анализа, основанный на обучении путем решения конкретных задач (кейсов).

Обучающиеся знакомятся с ситуацией, анализируют ее, разбираются в причинах и сущности описываемых проблем, предлагают возможные решения и выбирают лучшее из них. Рекомендуются предлагать обучающимся кейсы из различных сфер жизнедеятельности человека.

Так, существует профессиональный стресс, следствием которого является эмоциональное выгорание. Конкретные ситуации, описывающие работника и его условия труда и взаимодействия на рабочем месте, помогают обучающимся лучше осознать причины возникновения и способы преодоления его стрессового состояния. Можно использовать как практические, реальные кейсы, так и обучающие, специально созданные для той или иной цели.

Помимо ситуаций профессионального стресса необходимо также рассматривать кейсы, описывающие семейный стресс и учебный стресс.

Проектный метод. Это способ достижения дидактической цели через практическую проработку проблемы, создание технологии решения сложной ситуации клиента и последующая

презентация полученного в ходе проектной деятельности результата.

Предлагается работа обучающихся в парах или группах по три человека. Используя различные методы диагностики, участники малой группы определяют уровень выраженности стрессового состояния друг у друга и составляют программу по повышению стрессоустойчивости. Программа должна быть направлена на снятие индивидуальных симптомов стрессового состояния. Затем в течение 1-2 месяцев происходит реализация составленной индивидуальной коррекционной программы. После этого проводится повторная диагностика. Делается вывод об эффективности конкретных составленных рекомендаций. В конце семестра обучающиеся на практических занятиях выступают с презентацией результатов проекта.

Данное мероприятие может оцениваться преподавателем и другими приглашенными экспертами. Преподаватель выполняет роль разработчика, координатора, эксперта, консультанта.

Освоение практических приемов снятия психоэмоционального напряжения. К подобным практическим приемам относятся дыхательные техники, техники релаксации и аутотренинга, медитации, воздействия на рефлексорные точки.

Преподаватель может предложить обучающимся подобрать необходимые техники и обосновать их эффективность, а затем организует условия для реализации этих приемов на практическом занятии. Так, для освоения медитативных техник необходимо подобрать соответствующую музыку, создать условия приглушенного освещения в учебной аудитории и хорошую звукоизоляцию. При проведении упражнения по овладению дыхательными техниками используется метроном, табата-таймер, видео с объяснением правильного положения грудной клетки и мышц живота во время вдоха и выдоха и т.п.

Таким образом, использование методов интерактивного обучения в процессе освоения учебной дисциплины «Психология стресса» будет способствовать достижению таких положительных целей, как: усиление мотивации к профессиональному

самосовершенствованию, формирование коммуникативных навыков, развитие навыков самоанализа, анализа и рефлексии, формирование и развитие общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающихся.

Список литературы / References

1. Профессиональные стандарты : психолог в социальной сфере. (дата обращения 18.09.2021). [*Professionalnyye standarty: psiholog v sozialnoy sfere.* (In Russ)]. Доступно по : https://profstandart.rosmintrud.ru/obshchiy-informatsionnyy-blok/natsionalnyy-reestr-professionalnykh-standartov/reestr-professionalnykh-standartov/index.php?ELEMENT_ID=58272 Ссылка активна на 12.08.2021.

2. Безуглая Т.И. Особенности психологического здоровья // Евразийский Союз Ученых. – 2015. – № 5–4 (14). [Bezuglaya T.I. Osobennosti psihologicheskogo zdorovya. *Evraziyskiy Soyuz Uchenyh.* 2015; 5-4 (14). (In Russ)]. Доступно по : <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihologicheskogo-zdorovya/> Ссылка активна на 12.08.2021.

3. Чернакова М.С. Психологическое здоровье личности // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2010. – № 16–1. [Chernakova, M.S.

Psychologicheskoe zdorovje lichnosti. Psihologiya i pedagogika : metodika I problem prakticheskogo primeneniya. 2010 ; (16–1). (In Russ)]. Доступно по : <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-zdorovie-lichnosti-1> Ссылка активна на 12.08.2021.

4. Голованова И.И. Практики интерактивного обучения: метод. пособие / И.И. Голованова, Е.В. Асафова, Н.В. Телегина. – Казань: Казан. ун-т, 2014. [Golovanova, E. V. Asafova, N. V. Telegina *Praktiki interaktivnogo obucheniya : metod. posobiye.* Kazan': Kazan. un-t, 2014. (In Russ)].

5. Русских Л.А. Организация психологического тренинга стрессоустойчивости // Известия ЮФУ. Технические науки. – 2004. – № 6. [Russkikh L.A. Organizatsiya psikhologicheskogo treninga stressoustoychivosti // *Izvestiya YuFU. Tekhnicheskiye nauki.* 2004 ; (6). (In Russ)]. Доступно по : <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-psihologicheskogo-treninga-stressoustoychivosti> Ссылка активна на 12.08.2021.

ОБЗОРЫ

УДК 7: 79: 796: 796.3: 796.33: 796.332

МАТЧ НА ВСЕ ВРЕМЕНА: «ДИНАМО» (Киров) – «ДИНАМО» (Москва)

Помелов В.Б.

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

vladimirpomelov@mail.ru

Резюме. Статья посвящена одной из страниц истории спорта на Вятской земле – товарищеском матчу между командами «Динамо» (Киров) и «Динамо» (Москва) в октябре 1969 года.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, спорт, история спорта, футбол, общественное здоровье.

ALL TIME FOOTBALL MATCH: "DYNAMO" (Kirov) - "DYNAMO" (Moscow)

Pomelov V.B.

Vyatka State University (610002, Kirov, K.Marx Street, 36).

vladimirpomelov@mail. ru

Summary. The article is devoted to one of the pages in the history of sports on the Vyatka land - a friendly match between the teams "Dynamo" (Kirov) and "Dynamo" (Moscow) in October 1969.

Key words : healthy lifestyle, sports, history of sports, football, public health

Введение

В 1960-е гг. столичные команды нередко приезжали в гости к кировчанам для проведения товарищеских встреч. Чаще всего это были динамовцы, а также спартаковцы. Особенно памятной была

встреча с московским «Динамо», которая состоялась в понедельник 6 октября 1969 г. Это была, несомненно, самая памятная встреча, которая когда-либо проводилась в Кирове.

Основное содержание

Столичные гости прибыли в день матча на поезде «Вятка». Киров встретил их проливным дождем, который не унимался и во время игры. Вдобавок запомнилось то, что ветер в тот день был едва ли не ураганным. Тем не менее, настроение у

обеих команд было приподнятым: москвичи незадолго до этого победили без пяти минут чемпионов – спартаковцев, кировчане – оренбургский «Локомотив», и сделали тем самым важный шаг к победе в своей группе и участию в финальном

турнире за право перехода в первый дивизион (такого рода турниры называли «пулькой»).

Особенно сиял Геннадий Егорович Еврюжихин (1944-1998), который только за день до матча в Кирове впервые получил приглашение в сборную для участия в матче отборочного турнира к чемпионату мира со сборной Турции. И Геннадий оправдал надежды: успешно выступил как в отборочном турнире, так и в финальной части «мундиалия» в Мексике в 1970 г. Он играл за сборную в течение ряда лет, а за клуб вплоть до середины лета 1976 г., когда старший тренер команды К.И. Бесков затеял перестановку и отправил Еврюжихина в отставку. Геннадий не стал, как это делали многие, доигрывать во второстепенных клубах, а ушел резко и сразу, и в течение многих лет до конца жизни служил дипкурьером.

...Несмотря на мерзкую погоду стадион «Динамо» был переполнен. В 18 часов 30 минут игра началась. Особый интерес встрече придавало то обстоятельство, что москвичи выступали в самом что ни на есть боевом составе.

Назовем, так сказать, для истории составы команд. «Динамо» (Киров): Фофанов, Злобин (Рудин), Даровской, Лысов, Овечкин, Соковнин (Олин), Скобелкин, Махов, Козловских, Ложкин, Мушин. «Динамо» (Москва): Яшин (Баужа), Штапов, Рябов, Зыков, Маслов (Семенов), Аничкин (Смирнов), Козлов, Семин, Авруцкий (Эштреков), Ларин, Еврюжихин.

В команде москвичей были по-настоящему легендарные игроки. Прежде всего это относится к Валерию Павловичу Маслову (1940-2017), который был капитаном советской сборной как в футболе, так и в хоккее с мячом, где добился выдающихся результатов. На протяжении двух десятков лет сборная СССР по «русскому хоккею» не имела себе равных, и в этом была колоссальная заслуга В. Маслова, многократного чемпиона мира и СССР в этом виде спорта.

Судьба другой динамовской звезды – Виктора Ивановича Аничкина (1941-1975) сложилась иначе. В начале карьеры –

невиданный взлет: участие в финальном матче второго розыгрыша Кубка Европы (1964 г.). (Сейчас этот турнир называется чемпионатом Европы). И хотя советские игроки уступили тогда испанцам со счетом 1:2, тем не менее это были серебряные медали. Спустя четыре года Виктор снова в составе сборной штурмует европейский Олимп. На сей раз только четвертое место. Правда, в полуфинале сборная СССР уступила хозяевам-итальянцам лишь по жребью, и была вынуждена играть матч за третье место с чемпионами мира – англичанами, несомненно, лучшей сборной мира на тот период. Становился Виктор и чемпионом СССР в составе «Динамо» (1963), и обладателем Кубка СССР (1967, 1970). И только-только закончил карьеру игрока, как последовала скоростная кончина от сердечного приступа, на 34-м году жизни. Его товарищ В. Маслов рассказывал, что впоследствии он, Маслов, пытался разыскать место захоронения Аничкина, но, увы, подмосковное кладбище, на котором динамовский стоппер был похоронен, оказалось на пути прокладки скоростного хайвея, и было снесено.

Сменивший Аничкина в кировском матче Владимир Николаевич Смирнов (1947-2014) в начале 1970-х гг. получил тяжелейшую травму (перелом ноги), и был вынужден закончить играть. Но он еще успел стать обладателем Кубка СССР в 1970 г., а потом до конца жизни тренировал мальчишек в структуре динамовского клуба.

Недолго продолжалась и карьера обладателя, возможно, самого сильного удара в истории отечественного футбола Владимира Ивановича Ларина, да и прожил он недолго (1948-1995). «Лара» вошел в историю как футболист, забивший единственный гол в финале первого розыгрыша приза газеты «Советский спорт» «Подснежник» (1967). Всего таких турниров было три (1967-1969), и динамовцы выиграли первые два из них.

Защитник Георгий Ильич Рябов (1938-2020) на протяжении ряда лет был «за главного» в обороне «Динамо», да и в сборной он поиграл немало. Он был

участником памятного товарищеского матча в «Лужниках» – СССР-Бразилия, состоявшегося 4 июля 1965 г. Двукратные чемпионы мира бразильцы, – «кудесники мяча», как их именовали в нашей прессе, – преподнесли урок нашим ребятам, забив три безответных мяча. Два из них забил «король футбола» Пеле, и еще один – молодой игрок Флавио.

Нападающий Владимир Владимирович Козлов (родился в 1946 г.) был любимцем К.И. Бескова. По существу, Козлов был призван заменить уроженца г. Кирова Юрия Вшивцева и легендарного Игоря Численко, получившего тяжелую травму в борьбе с чехословацким защитником в матче за олимпийскую сборную в 1968 г., после которой он уже не смог полностью восстановиться. Владимир Козлов был едва ли не самым техничным игроком за всю историю отечественного футбола, но, к сожалению, его замучили травмы. Так что и его карьера оборвалась слишком рано. Он и сейчас продолжает трудиться в обществе «Динамо», тренирует мальчишек.

Другой динамовский нападающий, Юрий Пантелеевич Авруцкий (1944-2009), обещал вырасти в очень сильного игрока. Он много забивал поначалу. Но, увы, не всё сошлось. Надо сказать, что он через полгода снова приехал в Киров, и вот тогда москвичи устроили полный разнос кировчанам, выиграли 4:1, причем Авруцкий забил два мяча...

Бывший спартаковец нападающий Юрий Семин (род. в 1947 г.) много лет успешно играл за «Динамо», а «на старости лет» перешел в «Локомотив». Железнодорожники постоянно балансировали на грани вылета из высшей лиги, и нередко покидали ее. Их даже называли тогда «пятым колесом в телеге московского футбола»; «первыми четырьмя колесами» были, естественно, «Динамо», «Торпедо», «ЦСКА» и «Спартак».

В дальнейшем Юрий Павлович Семин некоторое время тренировал московское «Динамо», правда, без какого-либо успеха. Руководил он и киевским «Динамо», причем уже в постсоветские

времена. А вот с «Локомотивом» у него сложился очень даже успешный «роман». Впервые в своей истории железнодорожники именно при Семине стали чемпионами страны, причем не единожды; побеждали и в Кубке РФ. Семин в свои 74 года остается у руля команды премьер-лиги и сейчас. А в 1969 г., когда состоялся матч в Кирове, это был подающий надежды 22-летний форвард. Он да еще Козлов, всего двое из того состава, по сей день в строю.

Вернемся, однако, к нашему матчу. Столичные гости стремились к победе, и с самого начала попытались взять инициативу в свои руки. Они много и часто атаковали, били по воротам. В. Ларин со штрафного направил мяч в штангу. Владимир Фофанов трудился не покладая рук. Центральная часть поля представляла собой одну сплошную лужу, в которой мяч то и дело застревал. Встретив такое неожиданное препятствие, москвичи стали бить издали, – особенно старался В. Ларин, – а также начали вести атаки через фланги, – на краях было не так сыро.

Кировчане также не оставались в долгу. Удары наносили Анатолий Скобелкин, Евгений Махов, Анатолий Ложкин, Владимир Мурин, Олег Овечкин, и, конечно же, лидер атак Александр Козловских. В одной из атак он вышел один на один с Яшиным, и попытался ударить мимо вратаря, но мяч прошел мимо ворот. Запомнился еще один выход один на один с вратарем одного из кировских футболистов. Трибуны замерли, а я в тот момент желал удачи все-таки Льву Яшину. И великий вратарь спокойно вступил в единоборство; он даже не посчитал нужным бросаться в ноги, а отнял мяч как обычный полевой игрок, не прибегая к помощи рук.

На 79-й минуте к успеху был близок Еврюжихин, сильно пробивший в «девятку». Но Фофанов перевел мяч на угловой. В самом конце встречи, на 85-й минуте, кировчане усилиями Александра Козловских все же забили единственный гол встречи, но в воротах был уже не Яшин, а только что перешедший из ЦСКА в

«Динамо» Йонас Винцович Баужа (1942-2001).

Произошло это при следующих обстоятельствах. Опытнейшему Георгию Рябову в довольно безобидной ситуации не удалось остановить мяч. Он, что называется, *махнул* мимо мяча. Бдительный А. Козловских, оказавшись в нужное время в нужном месте, пушечным ударом отправил мяч в ворота с близкого расстояния...

Встреча закончилась с сенсационным результатом. Кировчане одолели команду, которая всего через полгода выиграла Кубок СССР, а через год едва не станет чемпионом, уступив московским армейцам чуть-чуть в двух дополнительных матчах за звание чемпиона СССР. В послематчевом

интервью Л. Яшин отметил, что кировчане играли дружно. Особенно похвалил вратаря Владимира Фофанова. В то же время, он с нескрываемой досадой заметил, что кировчанам, по-видимому, не удалось использовать возможность как следует поиграть с опытным соперником. Да и игры, заметил он, как таковой, по существу, не было. Погода, что называется, спутала все карты.

Действительно, проливной дождь очень мешал, и прежде всего, гостям, поскольку в определенной степени сводил на нет их преимущество в технике, скорости и классе в целом. Но разве это как-то умаляет достижение кировских футболистов?

Заключение

Увы, с сожалением приходится признать, что с тех давних времен как вятский, так и отечественный футбол в целом не добились какого-либо прогресса. Российские футболисты ни разу (!) в своей истории даже не пробилась в финальный турнир летних Олимпийских игр, пропустив, таким образом, восемь Олимпиад подряд. Что же касается кировского «Динамо», то оно уже десять лет как вообще не существует. Пустует стадион. Печально, но факт.

Болельщикам остается лишь вспоминать прошлое. Осталась история вятского футбола, зафиксированная в книжках местных историков футбола Владимира Николаевича Лузянина, Евгения Алексеевича Душкина и Владимира Борисовича Помелова. На сайте библиотеки имени А.И. Герцена, в разделе «Издательская деятельность» можно ознакомиться с книгой автора этих строк «Когда победы были большими. Очерки о вятских футболистах».

Список литературы / References

1. Они играли за «Динамо» : фотоальбом / авт.-сост. Е.А. Душкин. – Киров : Кировская областная типография, 2013. [*Oni igrali za «Dinamo» : fotoal'bom.* Е.А. Dushkin, ed. Kirov : Kirovskaya oblastnaya tipografiya, 2013. (In Russ)].

2. Помелов В.Б. «Когда победы были большими...» : очерки о вятских футболистах / В.Б. Помелов ; прилож. Н. Г.

Соковнин. – Киров : ИД «Герценка», 2018 [*Pomelov V.B. «Kogda pobedy byli bol'shimi...» : ocherki o vyatskih futbolistah.* Kirov : ID «Gertsenka», 2018 (In Russ)].

3. Разумовский Г.Н. Страницы истории спорта в Вятке [Текст] / Г.Н. Разумовский, А.Ц. Пуни. – Киров, 1968 [*Razumovskij G.N., Puni A.TS. Stranitsy istorii sporta v Vyatke.* Kirov, 1968 (In Russ)].

УДК 6:61:614.2

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ В АНТИРЕЛИГИОЗНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕСТНЫХ ОРГАНОВ ВЛАСТИ В 1930-е ГОДЫ
(на материалах Кировской области)**

Сахарова Л.Г.

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

Резюме. В статье рассматривается вопрос использования профилактических мер по борьбе с инфекционными заболеваниями, как метод антирелигиозной работы по сокращению массовых церковных служб и ограничению мероприятий, закрытию храмов в Кировской области.

Ключевые слова: антирелигиозная политика, борьба с инфекционными заболеваниями.

**THE USE OF PREVENTIVE MEASURES AGAINST INFECTIONS
WITHIN ANTI-RELIGIOUS ACTIVITIES OF LOCAL AUTHORITIES IN
THE 1930s (based on materials from Kirov region)**

Sakharova L.G.

*Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx street, 112)
slg75@rambler.ru*

Summary. The article discusses the use of preventive measures to eradicate infectious diseases as a method in anti-religious work aimed at reducing mass church services, limiting public activities and leading to closure of churches in Kirov region.

Key words: anti-religious policy, fight against infectious diseases.

Введение

К середине 1930-х годов в СССР политика советского государства уже более полутора десятилетий отличалась антирелигиозной направленностью.

Целью данной статьи является анализ использования профилактических мер по борьбе с инфекционными заболеваниями, как метода антирелигиозной работы по сокращению массовых церковных служб и ограничению

мероприятий, закрытию храмов в Кировской области. Необходимость заботы о здоровье населения не вызвало протестной реакции со стороны населения и способствовало сокращению мероприятий религиозного плана в городах и селах.

Основным методом исследования является комплексный анализ архивных материалов и научной литературы.

Основная часть

Основопологающим актом, который определял государственную политику в отношении религии и церкви, был декрет СНК от 23 января 1918 года «Об отделении церкви от государства и школы от церкви». В его основу была положена идея о том, что деятельность религиозных организаций не должна выходить за рамки удовлетворения религиозных потребностей верующих граждан.

Однако ожидаемого массового отказа от религии не прослеживалось. Материалы Всесоюзной переписи населения января 1937 г. явились важным сигналом для власти о недостаточной эффективности политики в религиозной сфере. Перепись показала большинство (57%) признавших себя верующими среди населения Союза, из них около двух третей – в сельской среде и одной трети – в городах [1].

Однако, массированные антирелигиозные кампании способствовали отходу от религии значительной массы населения. Неверующие во всех процентных выкладках преобладали в группе среди молодежи, комсомольцев, то есть весьма грамотной и активной части общества. В ходе «безбожной пятилетки» 1932-37 гг. уделялось особое внимание именно закрытию храмов в таких неактивных в плане борьбы с религией районах, несмотря на то, что в Конституции РСФСР 1937 года свобода отправления религиозных культов и свобода антирелигиозной пропаганды признавалась за всеми гражданами (ст. 128) [3].

В стране уже были целые области, районы, города и села, где количество церквей было незначительным, или они отсутствовали совсем. Были и места, где в начале 1930-х годов в одном селе продолжали свою активную работу несколько храмов. К таким уникальным селам можно отнести село Шурма Уржумского района Кировской области, в котором к 1936 году действовали два храма: церковь Святого праведного Александра Невского в Верхней Шурме и церковь Рождества Христова в Нижней Шурме. В

ближайших окрестных селах храмы тоже продолжали борьбу за существование.

В этот период осуществлялся поиск действенных методов, способствующих ограничению проведения богослужений и собраний верующих, которые бы не вызывали негативной реакции у верующего населения, не нарушали конституционные основы регулирования государственно-церковных отношений, и даже в определенной мере, поддерживались ими.

К числу таких методов можно отнести использование ограничительно-профилактических мер по борьбе с инфекционными заболеваниями.

В 1930-е годы в СССР осуществлялась активная борьба с инфекционными заболеваниями и заболеваемость постепенно снижалась. Большое внимание уделялось профилактическим мерам. В 1933 году была организована Государственная санитарная инспекция и ведомственные санитарные службы. Последовало ужесточение мер государственно-санитарного контроля. В 1930-е годы в стране проходило активное формирование сети противоэпидемических учреждений [1]. Уровень грамотности населения в плане профилактики инфекционных заболеваний повышался, а доверие к работе медицинских учреждений возрастало.

Таким образом, частью антирелигиозной работы стало использование запрета на проведение массовых религиозных мероприятий по причине профилактики инфекционных заболеваний. Данный метод достаточно широко применялся в Уржумском и Шурминском районах Кировской области. С дореволюционных времен в данных районах было достаточное количество школ и грамотного населения. Одной из главных задач «безбожной пятилетки» было ограничение посещения храмов и церковных служб молодежью, а их закрытия в ближайшие годы.

В данный период в районе не наблюдалось массовых эпидемий

инфекционных заболеваний, как в первое десятилетие советской власти. Анализ архивных материалов позволяет сделать вывод, что использование помощи медицинских организаций и мер профилактики инфекционных заболеваний, связанных с запретом массовых мероприятий по рекомендации органов здравоохранения, было достаточно эффективным.

Это объясняется следующими причинами: 1) забота о населении не вызвала выраженной протестной реакции со стороны верующего населения; 2) власть не демонстрировала явного негативного отношения к чувствам верующих; 3) открытого наступления на права верующих в плане безосновательного запрета церковных мероприятий не было.

Так, на заявление от церковного совета села Русский Турек от 24 марта 1936 года с просьбой в Шурминский районный исполнительный комитет о проведении собрания и разрешении был дан следующий ответ: «Отказать вследствие заразных заболеваний...» [4]. Отказ дополнялся специальной справкой от районного здравотдела: «В Русско-Турекском церковном приходе имеются заболевания заразными болезнями гриппом 87 случаев, сыпным тифом 6 случаев» [4].

Данные запретительные меры позволяют сократить число религиозных служб и численность посещаемости верующим населением храмов, что может стать одной из причин их закрытия.

В 1936 году местные органы власти начинают активно поднимать вопрос о

закрытии самого крупного храма на юге Кировской области – церкви Рождества Христова в центре села Шурма. Так, к приходу Нижне-Шурминской церкви в 1936 году органами власти было отнесено около 7000 человек из 15 окрестных сел и деревень, в Рождественский пост в исповеди и таинстве Святого причастия приняли участие 860 человек [5].

Церковный совет Нижне-Шурминской церкви летом 1936 года обращался в Шурминский районный исполнительный комитет с просьбой о разрешении крестного хода «со святыми иконами на воду - на реку Шурминку» [6]. В июне-июле 1936 года верующие неоднократно подают протесты по поводу решений Шурминского районного исполнительного комитета по закрытию храма. Собрания верующих и службы летом 1936 года в храме Рождества Христова запрещаются под предлогом неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Одним из действенных оправданий решений органов власти является заключение со стороны районного здравотдела: «При Верхне-Шурминском и Нижне-Шурминском приходе имеются заразных заболеваний с 1 июня: скарлатина - 2, дифтерий - 1, трахомы 116 случаев. Массовые собрания воспрещаются» [6].

30 июня 1936 г. по решению Кировского крайисполкома храм был окончательно закрыт. Местные власти справились с поставленной задачей. Решению вопроса в определенной мере способствовала борьба местных органов власти с эпидемиями.

Заключение

Таким образом, запретительные меры по проведению массовых мероприятий, связанные с профилактикой инфекционных заболеваний в Кировской области в 1930-е годы, активно использовались органами власти для проведения государственной религиозной политики на местном уровне.

Анализ ситуации на основе документов позволяет сделать вывод, что они не вызвали сопротивления среди населения, способствовали снижению посещаемости мероприятий религиозного плана среди всех групп населения. Данная мера являлась также составляющей частью в борьбе с религией.

Список литературы / References

1. Баранов Е.Ю. Эпидемическая ситуация в СССР в 1930-е гг. (историографический аспект) // Genesis : исторические исследования. – 2020. – № 12. – С. 62–84. [Baranov E.Yu. Epidemicheskaya situatsiya v SSSR v 1930-e gg. (istoriograficheskii aspekt). Genesis : istoricheskie issledovaniya. 2020 ; (12) : 62–84. (In Russ)]. Кировской области. Ф. 113, Оп. 1. Д. 13. Л. 19–20. [Dokumenty po voprosam religioznyh kul'tov // Arhivnyi otdel (munitsipal'nyi arhiv) administratsii Urzhumskogo raiona Kirovskoi oblasti. F. 113, Op. 1. D. 13. L. 19–20. (In Russ)].
2. Всесоюзная перепись населения 1937 года : общие итоги. Сборник документов и материалов. – М., 2007. – С. 41. [Vsesoyuznaya perepis' naseleniya 1937 goda : obshchie itogi. Sbornik dokumentov i materialov. Moscow, 2007. p. 41. (In Russ)].
3. Конституция (Основной Закон) Российской Советской Федеративной Социалистической Республики (утверждена постановлением Чрезвычайного XVII Всероссийского Съезда Советов от 21 января 1937 г.). [Konstitutsiya (Osnovnoi Zakon) Rossiiskoi Sovetskoi Federativnoi Sotsialisticheskoi Respubliki (utverzhdena postanovleniem S Hrezvychainogo XVII Vserossiiskogo S"ezda Sovetov ot 21 yanvarya 1937 g.) (In Russ)]. Доступно по: https://constitution.garant.ru/history/ussr-rsfsr/1937/red_1937/3959896/ Ссылка активна на 12.08.2021.
4. Документы по вопросам религиозных культов // Архивный отдел (муниципальный архив) администрации Уржумского района Кировской области. Ф. 113, Оп. 1. Д. 13. Л. 3–4. [Dokumenty po voprosam religioznyh kul'tov. Arhivnyi otdel (munitsipal'nyi arhiv) administratsii Urzhumskogo raiona Kirovskoi oblasti. F. 113, Op. 1. D. 13. L. 3–4. (In Russ)].
5. Документы по вопросам религиозных культов // Архивный отдел (муниципальный архив) администрации Уржумского района Кировской области. Ф. 113, Оп. 1. Д. 13. Л. 15, 17. [Dokumenty po voprosam religioznyh kul'tov // Arhivnyi otdel (munitsipal'nyi arhiv) administratsii Urzhumskogo raiona Kirovskoi oblasti. F. 113, Op. 1. D. 13. L. 15, 17. (In Russ)].
6. Документы по вопросам религиозных культов // Архивный отдел (муниципальный архив) администрации Уржумского района