

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

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

1(5). 2019

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



КИРОВ, 2019

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

MEDICAL EDUCATION TODAY

1 (5).2019

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

Kirov, 2019

ББК 5я5
М42

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ Научно-практический журнал

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

Заместители главного редактора:

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

Ответственный секретарь – доцент 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. Иллек; 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. Семено (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.М. Шамсиев (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).

Редакция журнала:

Технический секретарь: доцент В.А. Сахаров;
Литературный редактор: Н.Л. Никулина;
Переводчик: доцент Т.Б. Агалакова.

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

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Мамедова С.М.

Клинико-иммунологическая характеристика наблюдаемых детей с тяжелым течением распространенного атопического дерматита.....6

Сергеева В.В., Полонская И.И.

Медико-социальные аспекты влияния коморбидной патологии на реабилитацию больных ишемической болезнью сердца после шунтирования коронарных артерий20

Сальникова Е.О., Мильчаков Д.Е.

Статистика заболеваемости раком шейки матки в отдельных областях Приволжского Федерального округа.....33

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Калиниченко В.П.

Вятское губернское земство: развитие медицины и школьного образования.....43

Караулова Л.В.

О разработке алгоритма по выбору статистических критериев в медико-биологических исследованиях.....61

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

Иутинский Э.М., Дворянский С.А., Яговкина Н.В., Овчинников В.В., Макарова И.А.

Особенности симуляционного обучения студентов на клинической кафедре72

Криушина В. А.

Организация самостоятельной работы студентов на семинарских занятиях по дисциплине «История» в медицинском вузе (на примере Федерального

государственного образовательного учреждения «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации)79

Помелов В.Б.

Н.И. Пирогов: «Быть счастливым счастьем других».....91

ОБЗОРЫ

Жакота Д.А., Туманова Е.Л., Туманов В.П., Симонова Н.А.

Преподавание дисциплины «Патологическая анатомия» в медицинском вузе (оценка эффективности методических подходов).....118

Сахарова Л.Г., Сахаров В.А.

Проблема воспитания навыков толерантного межрелигиозного общения у обучающихся медицинских вузов в Российской Федерации128

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.5-002.2-053.2:612.017.1

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАБЛЮДАЕМЫХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ РАСПРОСТРАНЁННОГО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Мамедова С.М.

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

В статье представлены результаты клинико-лабораторных исследований, параметры клеточного и гуморального иммунитета, клинико-иммунологическая характеристика у детей с тяжелым течением распространенного атопического дерматита.

В периоде обострения заболевания у детей с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита отмечались функциональные нарушения нервной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, лимфоцитоз, моноцитоз и эозинофилия, признаки относительной недостаточности клеточного звена иммунитета, снижение уровней иммуноглобулинов основных классов и гипериммуноглобулинемия Е, снижение неспецифической резистентности, высокий уровень провоспалительного цитокина (ИЛ-1 β) в сыворотке крови.

У детей с тяжёлым течением атопического дерматита отмечалась непродолжительная клиническая ремиссия заболевания, при наступлении которой сохранялись сдвиги показателей периферической крови, клеточного и гуморального звеньев иммунитета, фагоцитоза, уровней цитокинов в сыворотке крови, аналогичные тем, которые выявлялись в периоде обострения болезни.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, иммунитет.

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL CHARACTERISTICS IN CHILDREN WITH SEVERE ATOPIC DERMATITIS

Mamedova S.M.

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

The article presents the results of clinical and laboratory studies, indicators of cellular and humoral immunity, clinical and immunological characteristics in children with severe atopic dermatitis. During the exacerbation of the disease in children with severe atopic dermatitis functional disorders of the nervous, cardiovascular and digestive systems, lymphocytosis, monocytosis and eosinophilia, signs of immune insufficiency, a decrease in the level of immunoglobulins of the main classes and immunoglobulin E, a decrease in nonspecific resistance parameters, a high serum level of proinflammatory cytokine (IL-1 β) were observed. These changes remained with the onset of a short clinical remission of the disease.

Key words: atopic dermatitis, children, immunity

Введение

Атопический дерматит у детей является одной из актуальных проблем педиатрии и детской аллергологии. В структуре аллергических заболеваний атопический дерматит у детей является самым ранним и самым частым проявлением атопии и выявляется у 80-85% детей раннего возраста с аллергией, причём в последние годы отмечается тенденция к более тяжёлому клиническому течению атопического дерматита с изменением его патоморфоза. В большинстве случаев заболевание начинается в первые месяцы жизни, проявляется хроническим аллергическим воспалением кожных покровов с рецидивирующим течением, вовлечением в процесс многих органов и систем, трудно поддаётся лечению. В настоящее время распространённость этого заболевания составляет 10-20% детей во всем мире. В Российской Федерации в разных регионах частота встречаемости атопического дерматита у детей весьма

вариабельна и в целом составляет от 10 до 28%, причем в структуре аллергических заболеваний его доля составляет 50-75%. К настоящему моменту идентифицирован ряд факторов, усугубляющих течение АтД - пищевая сенсibilизация, контакт с домашними животными, психологический дискомфорт и эмоциональные стрессы, наличие в анамнезе внутриутробных инфекций, колонизация золотистого стафилококка на коже. Но полученные данные не всегда являются достоверными с позиций доказательной медицины.

Негативное влияние на тяжесть заболевания и качество жизни пациентов оказывает присоединение вторичной инфекции кожи; частота осложненных форм атопического дерматита у детей в среднем составляет 25-34%. Отмечено, что при АтД имеет место нарушение иммунного статуса ребенка как на местном, так и системном уровне, что может быть причиной присоединения вторичной инфекции кожи. Однако, имеющиеся в литературе данные противоречивы и не позволяют количественно оценить влияние нарушения в иммунологическом статусе у детей на характер течения заболевания.

Основное содержание

Материалы и методы исследования. Для решения задач были проведены клинические наблюдения и специальные исследования с применением общеклинических, клинико-лабораторных, инструментальных и аллергологических методов, выполненных в кабинетах и лаборатории Кировской областной детской клинической больницы, иммунологические и иммуноферментные исследования выполнялись в лаборатории иммуногематологии Кировского НИИ гематологии и переливания крови.

Результаты исследования. Под наблюдением находилось 90 детей в возрасте от 8 месяцев до 2 лет 90 детей (55 мальчиков и 35 девочек) с тяжелым распространенным атопическим дерматитом. Из общего числа наблюдаемых больных младенческой формой тяжёлого распространённого атопического дерматита 61,1% составляли мальчики, а 38,9% - девочки. Таким образом,

больных атопическим дерматитом мальчиков было в 1,6 раза больше, чем девочек. Среди наблюдаемых нами больных атопическим дерматитом детей в возрасте от 8 месяцев до 1 года было 14 (15,5%), а детей в возрасте от 1 до 2 лет - 76 (84,5%).

Следует отметить, что в общую группу обследуемых больных атопическим дерматитом подбирались специально дети без признаков врождённых дефектов развития, рахита, клинических проявлений неврологической и эндокринной патологии, которые способны оказать существенное влияние на течение основного заболевания и показатели иммунологической реактивности. Все наблюдаемые больные атопическим дерматитом находились на учёте аллерголога и дерматолога в консультативно-диагностическом центре при Кировской областной детской клинической больнице. Во время наблюдения у больных атопическим дерматитом не обнаруживались признаки каких-либо инфекционных и соматических заболеваний. По поводу выраженного и распространённого аллергического воспаления кожи 36,7% детей начинали лечение в стационаре (Кировская областная детская клиническая больница), а затем продолжали лечение в амбулаторных условиях; остальные пациенты наблюдались и лечились амбулаторно.

Все наблюдаемые дети с атопическим дерматитом являлись жителями г. Кирова, из них 82,2% были из семей служащих, а 17,8% - из семей рабочих. Условия труда 6,7% отцов были связаны с производственными вредностями - работа на Кировском заводе обработки цветных металлов (контакт с химическими реагентами), кирпичном заводе (воздействие силикатной пыли и высоких температур). 61,1% отцов и 8,9% матерей наблюдаемых пациентов являлись курильщиками табака. Большинство наблюдаемых детей (86,7%) проживали в удовлетворительных условиях, но родители 13,3% детей предъявляли жалобы на плохие жилищно-бытовые условия (проживание в общежитии, неблагоустроенные квартиры, старый деревянный дом, высокая

влажность в жилых помещениях, теснота, скученность). В квартирах у 73,3% наблюдаемых нами семей содержались животные и птицы (кошка, собака, хомячок, попугай), у 63,5% семей - комнатные растения.

Обращает на себя внимание то, что 66,7% матерей детей с атопическим дерматитом страдали аллергическими заболеваниями (аллергический дерматит - 36,7%, пищевая аллергия - 30,0%, поллиноз - 23,3%, бронхиальная астма - 10,0%). У 48,9% отцов наблюдаемых детей с атопическим дерматитом тоже констатировалось наличие аллергических заболеваний (пищевая аллергия - 54,5%, поллиноз - 27,2%, бронхиальная астма - 18,3%). Кроме того, 26,7% бабушек и 20,0% дедушек детей с атопическим дерматитом тоже страдали различными аллергическими заболеваниями, что свидетельствует о наличии наследственной отягощённости в отношении аллергических заболеваний у детей, страдающих атопическим дерматитом.

Следует отметить, что у 60,0% матерей детей с атопическим дерматитом отмечался токсикоз в первой половине, а у 33,3% матерей токсикоз во второй половине беременности, у 16,7% женщин имели место различные осложнения течения родов, у 13,3% женщин родоразрешение проводилось путём кесарева сечения в связи с анатомически узким тазом или слабостью родовой деятельности. Вместе с тем, у 28,9% матерей во время беременности была диагностирована железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести, а у 62,2% женщин во время беременности отмечались острые инфекционные заболевания (ОРВИ, бронхит, ангина), по поводу чего 35,5% из них принимали антибиотики или сульфаниламиды.

Данные анамнеза свидетельствуют о том, что только 40,0% наблюдаемых детей с атопическим дерматитом в течение первых трёх месяцев жизни получали грудное вскармливание, тогда как 33,3% детей находились на смешанном вскармливании, а 26,7% детей с первых дней и недель жизни получали искусственное вскармливание (различные молочные смеси) в связи с заболеванием молочной железы (мастит) или отсутствием молока у матери.

Изучение анамнеза показало, что у 73,3% детей с атопическим дерматитом отмечались перенесенные инфекционные заболевания ЛОР-органов (ринит, синусит, отит, ларингит), у 24,4% - бронхит с обструктивным синдромом, у 13,3% детей - очаговая пневмония, у 8,9% - поражение кожи (простой герпес, стрептодермия, фурункулёз), у 8,9% - гингивит и стоматит, у 8,9% - «молочница».

Следует отметить, что 71,1% матерей связывали появление изменений кожных покровов у своих детей с переводом на смешанное или искусственное вскармливание молочными смесями, 11,1% матерей - с введением в пищевой рацион детей продуктов с потенциально высокими аллергизирующими свойствами (морковный, свекольный, томатный, ягодный соки, яйцо). Вместе с тем, 8,9% матерей связывали появление изменений кожи у своих детей с назначением антибиотиков и других лекарственных препаратов по поводу инфекционных заболеваний (бронхит, пневмония, стрептодермия и др.), но 8,9% матерей не смогли указать вероятные причины возникновения аллергического воспаления кожи у своих детей.

При постановке кожных скарификационных аллергопроб с бытовыми, эпидермальными и пыльцевыми аллергенами у наблюдаемых нами детей с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита были выявлены признаки положительных и резкоположительных реакций. При этом у пациентов отмечались явления поливалентной сенсибилизации организма, на что указывает наличие положительных реакций при постановке проб с разными аллергенами: аллергены домашней пыли + домашнего клеща + библиотечной пыли - 36,7%, аллергены домашней пыли - 22,2%, аллергены домашней пыли + домашнего клеща - 12,2%, аллергены домашней пыли + домашнего клеща + пера подушки - 12,2%, аллергены домашней пыли + эпидермальные аллергены домашний животных - 8,9%, аллергены домашней пыли + пыльцевые аллергены злаковых трав и сорняков, берёзы - 7,8%.

Формирование атопического дерматита у наблюдаемых нами детей

происходило на фоне экссудативно-катаральной аномалии конституции. Изменения со стороны кожи и слизистых оболочек (опрелости в складках кожи, стропулюс, гнейс, «молочный струп» на щеках, «географический язык» и др.) у 28,9% пациентов регистрировались уже в первые недели или в первые три месяца жизни, у 62,2% детей они появлялись в первом полугодии и только у 8,9% детей - во втором полугодии жизни. В последующем у всех наблюдаемых нами детей в периоде обострения атопического дерматита отмечалась истинная экзема островкового характера с преимущественной локализацией на щеках, лбу, волосистой части головы, шее и диффузный нейродермит с преимущественной локализацией на внутренней поверхности бёдер, коленных и локтевых сгибах, предплечьях, лучезапястных суставах. Обострения заболевания у пациентов возникали каждые 1-1,5 месяца и чаще и были связаны с нарушением диеты, воздействием причинно-значимых аллергенов или интеркуррентной инфекцией.

В периоде обострения атопического дерматита у наблюдаемых нами детей отмечалась эмоциональная неустойчивость, моторное возбуждение, беспокойный сон, плохой аппетит. Больных беспокоил сильный кожный зуд. При осмотре у 62,2% больных констатировалась нормотрофия, у 28,9% - паратрофия, у 8,9% - гипотрофия I степени. У всех пациентов на коже лба, щёк, волосистой части головы, шеи регистрировалось наличие микровезикул, мелких точечных эрозий («экзематозные колодцы») с капельками серозного экссудата, корочки и чешуйки; у 15,5% детей экзематозные изменения кожи отмечались также на ушных раковинах и ягодицах. У всех пациентов на внутренней поверхности бёдер, коленных и локтевых сгибах, предплечьях и лучезапястных суставах отмечалась папулёзная сыпь с лихенизацией кожи. На коже у всех больных следы расчёсов. На непоражённых участках кожи у 73,3% пациентов выявлялся красный, а у 26,7% - белый дермографизм. У всех больных атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания пальпировались периферические лимфатические узлы (затылочные, подче-

люстные, подмышечные, паховые) размером с горошину или фасоль, имеющие мягкую консистенцию и не спаянные с окружающими тканями.

Изменения со стороны респираторной системы у наблюдаемых детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания отсутствовали. У 28,9% пациентов выслушивался функциональный систолический шум на верхушке сердца; при электрокардиографическом исследовании у них обнаруживались признаки обменно-дистрофических изменений в миокарде (снижение интервала S-T, углубление зубца T, сокращение интервала P-Q). В периоде обострения заболевания у 40,0% детей с атопическим дерматитом пальпировалась печень, которая выступала из-под края рёберной дуги на 1-2 см и имела мягкую консистенцию, у отдельных пациентов (4,4%) пальпировалась селезёнка, выступавшая из-под края рёберной дуги на 0,5-1 см. При ультразвуковом исследовании у 71,1% больных атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания выявлялись признаки реактивных изменений ткани печени, у 62,2% пациентов - признаки гипотонической дискинезии желчевыводящих путей и у 40,0% пациентов - признаки реактивных изменений ткани поджелудочной железы, Существенных изменений со стороны клинического анализа кала и мочи у наблюдаемых нами детей с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита в периоде обострения заболевания не обнаруживалось. На фоне проводимой комплексной терапии у наблюдаемых нами больных младенческой формой тяжёлого распространённого атопического дерматита констатировалось наступление полной клинической ремиссии заболевания (в среднем через $25,7 \pm 0,8$ суток от начала наблюдения и лечения). В этом периоде у пациентов отмечалось удовлетворительное общее состояние, улучшение аппетита и нормализация сна, отсутствие кожного зуда и воспалительных изменений кожи, нормализация размеров периферических лимфатических узлов, исчезновение функционального систолического шума на верхушке сердца и отсутствие изменений на электрокардиограмме, нормализация размеров печени и

селезёнки, но сохранялась эмоциональная неустойчивость и дермографизм. Со стороны показателей периферической белой крови у детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания отмечалось увеличение общего количества лейкоцитов ($p < 0,001$), увеличение абсолютного количества палочкоядерных ($p < 0,02$) и сегментоядерных ($p < 0,01$) нейтрофилов, лимфоцитов ($p < 0,001$), моноцитов ($p < 0,01$) и эозинофилов ($p < 0,001$). При этом, абсолютное количество эозинофилов в крови наблюдаемых больных атопическим дерматитом превышало в 6,8 раза количество этих клеток в крови практически здоровых детей.

В периоде клинической ремиссии заболевания у пациентов отмечалось понижение уровня гемоглобина ($p < 0,02$), увеличение общего количества лейкоцитов ($p < 0,001$), абсолютного количества лимфоцитов ($p < 0,01$), моноцитов ($p < 0,02$) и эозинофилов ($p < 0,001$) в крови. При этом количество в крови больных атопическим дерматитом превышало в 3,9 раза их количество у практически здоровых детей.

У детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания констатировалось уменьшение относительного количества, Т-лимфоцитов ($p < 0,001$) и относительного количества СДС-клеток ($p < 0,01$), увеличение абсолютного количества В-лимфоцитов ($p < 0,001$) в крови. В периоде клинической ремиссии заболевания у детей с атопическим дерматитом сохранялось достоверное уменьшение относительного количества Т-лимфоцитов ($p < 0,001$), однако количество этих клеток в крови было больше ($p < 0,02$), чем в периоде обострения заболевания. Содержание других иммунокомпетентных клеток в крови больных атопическим дерматитом в периоде клинической ремиссии заболевания существенно не отличалось от их количества у практически здоровых детей.

В периоде обострения заболевания у общей группы детей с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита регистрировалось снижение уровней сывороточных иммуноглобулинов G ($p < 0,001$), A ($p < 0,001$) и

М ($p < 0,001$) на фоне резко выраженного повышения уровня общего иммуноглобулина Е ($p < 0,001$) в сыворотке крови. При этом концентрация иммуноглобулинов G, А и М в сыворотке крови у больных atopическим дерматитом была ниже соответственно в 1,8, 1,7 и 1,6 раза, а концентрация иммуноглобулина Е в сыворотке крови - выше в 5,0 раз, нежели у практически здоровых детей. В периоде клинической ремиссии болезни концентрация иммуноглобулина G в сыворотке крови у больных atopическим дерматитом была выше ($p < 0,001$), чем в периоде обострения заболевания, но ниже ($p < 0,001$) уровня этого иммуноглобулина в сыворотке крови у практически здоровых детей. Концентрация общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови детей с atopическим дерматитом превышала ($p < 0,001$) в 4,4 раза его уровень у практически здоровых детей. Уровни сывороточных иммуноглобулинов А и М у детей с atopическим дерматитом в периоде клинической ремиссии заболевания существенно не отличались от уровней этих иммуноглобулинов в

Достоверных изменений концентрации циркулирующих иммунных комплексов у детей с atopическим дерматитом в периодах обострения и клинической ремиссии заболевания не регистрировалось.

Наряду со сдвигами параметров клеточного и гуморального звеньев иммунитета у наблюдаемых детей с тяжёлым течением распространённого atopического дерматита констатировались выраженные изменения показателей фагоцитоза. Так, в периоде обострения заболевания у наблюдаемых пациентов отмечалось значительное снижение показателей фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,001$), фагоцитарного индекса ($p < 0,001$) и НСТ-теста ($p < 0,001$), которые оказались ниже соответственно в 1,3, 1,4 и 1,3 раза значений указанных показателей у практически здоровых детей. В периоде клинической ремиссии заболевания у детей с atopическим дерматитом сохранялись пониженные значения показателей фагоцитарной активности нейтрофилов ($p < 0,001$) и фагоцитарного индекса ($p < 0,001$), однако значения НСТ-теста у больных atopическим дерматитом существенно не отличались от этого

показателя у практически здоровых детей.

У общей группы больных атопическим дерматитом отмечались выраженные сдвиги содержания цитокинов в сыворотке крови. Так, в периоде обострения заболевания у них обнаруживалось повышение уровня интерферона-альфа ($p < 0,001$) и уровня интерлейкина-1 бета ($p < 0,001$), которые превышали соответственно в 4,1 и 39,2 раза уровни этих цитокинов в сыворотке крови у практически здоровых детей. В периоде клинической ремиссии заболевания у детей с атопическим дерматитом сохранялся высокий уровень интерферона-альфа ($p < 0,001$) в сыворотке крови, который превышал в 4,3 раза его уровень у практически здоровых детей. Уровень интерлейкина-1 бета в сыворотке крови у больных атопическим дерматитом в периоде клинической ремиссии заболевания был гораздо ниже ($p < 0,001$), чем в периоде обострения болезни, однако превышал ($p < 0,001$) в 16,2 раза этого цитокина у практически здоровых детей. Уровни фактора некроза опухолей-альфа в сыворотке крови у детей с атопическим дерматитом в периодах обострения и клинической ремиссии заболевания существенно не отличались у уровня этого цитокина у практически здоровых детей.

Результаты клинических наблюдений и специальных исследований свидетельствуют о том, что среди больных младенческой формой тяжёлого распространённого атопического дерматита преобладали мальчики. Предрасполагающими факторами для возникновения болезни у наблюдаемых пациентов могли быть наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний, наличие токсикоза, анемии, острых инфекционных заболеваний у матерей во время беременности, ранний перевод детей на смешанное и искусственное вскармливание и др. У всех детей отмечались в анамнезе признаки экссудативно-катаральной аномалии конституции, была выявлена поливалентная сенсibilизация организма к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам. Почти у трети детей изменения кожных покровов стали обнаруживаться уже в первые недели или в первые три месяца жизни, а у

большинства - в первом полугодии жизни.

В последующем у всех пациентов в периоде обострения заболевания аллергическое воспаление кожи проявлялось в виде экземы с преимущественной локализацией на лбу, щеках, волосистой части головы, шее и папулёзной сыпи с лихенизацией преимущественно на внутренней поверхности бёдер, коленных и локтевых сгибах, предплечьях и лучезапястных суставов. У больных отмечался сильный кожный зуд, обнаруживался красный, реже белый дермографизм, пальпировались увеличенные периферические лимфатические узлы.

Нервно-психический статус у детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания характеризовался эмоциональной неустойчивостью, моторным возбуждением, беспокойным сном. Почти у треть больных выслушивался функциональный систолический шум на верхушке сердца и обнаруживались признаки обменно-дистрофических изменений в миокарде на электрокардиограмме. Более чем у трети пациентов отмечалось небольшое увеличение печени и у отдельных больных - небольшое увеличение селезёнки. У большинства больных атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания при ультразвуковом исследовании отмечались признаки реактивных изменений ткани печени и гипотонической дискинезии желчевыводящих путей, у многих больных выявлялись признаки реактивных изменений ткани поджелудочной железы. Сдвиги показателей периферической крови у детей с атопическим дерматитом в периоде обострения заболевания проявлялись небольшим уменьшением количества эритроцитов и понижением уровня гемоглобина, увеличением общего количества лейкоцитов, абсолютного количества нейтрофилов, лимфоцитов и моноцитов, выраженной эозинофилией. Изменения иммунологической реактивности у наблюдаемых пациентов в периоде обострения заболевания нашли отражение в выраженных сдвигах параметров клеточного и гуморального звеньев иммунитета, показателей фагоцитоза и цитокинового статуса. При наступлении полной

клинической ремиссии заболевания у наблюдаемых детей с атопическим дерматитом основные симптомы болезни отсутствовали, но сохранялась эмоциональная неустойчивость и дермографизм. В периферической крови пациентов выявлялось увеличение абсолютного количества лимфоцитов, моноцитов и эозинофилов. Вместе с тем у детей с атопическим дерматитом в периоде клинической ремиссии заболевания констатировались сдвиги параметров иммунологической реактивности, хотя они были менее выраженными, нежели в периоде обострения болезни.

Выводы

1. У больных младенческой формой тяжёлого распространённого атопического дерматита отмечались в анамнезе признаки экссудативно-катаральной аномалии конституции, наследственная отягощённость в отношении аллергических заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, выявлялись признаки пищевой и лекарственной аллергии, поливалентной сенсибилизации организма к бытовым, эпидермальным и пыльцевым аллергенам.

2. В периоде обострения заболевания у детей с тяжёлым течением распространённого атопического дерматита отмечались функциональные нарушения нервной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, лимфоцитоз, моноцитоз и эозинофилия, признаки относительной недостаточности клеточного звена иммунитета, снижение уровней иммуноглобулинов основных классов и гипериммуноглобулинемия E, снижение неспецифической резистентности, высокий уровень провоспалительного цитокина (ИЛ-1 β) в сыворотке крови.

3. У детей с тяжёлым течением атопического дерматита, отмечалась непродолжительная (в течение месяца) клиническая ремиссия заболевания, при наступлении которой сохранялись сдвиги показателей периферической крови, клеточного и гуморального звеньев иммунитета, фагоцитоза, уровней цитокинов в сыворотке крови, аналогичные тем, которые выявлялись в периоде обострения болезни.

Список литературы

1. Намазова Л.С. и др. Атопический дерматит // Педиатрическая фармакология. – 2006. – № 1. – С. 34-40. [Namazova L.S. et al. Atopicheskiy dermatit. *Pediatricheskaya farmakologiya*. 2006; (1): 34-40. (In Russ)]
2. Аллергология и иммунология / Под ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. – М.,2008-2009. [Baranov A.A., Khaitova R.M., editors. *Allergologiya i immunologiya*. Moscow,2008-2009 (In Russ)].
3. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика: Научно-практическая программа. — М.: Союз педиатров России, 2000. [*Atopicheskiy dermatit u detey: diagnostika, lechenie i profilaktika: Nauchno-prakticheskaya programma*. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii, 2000. (In Russ)].
4. Баранов А.А. и др. Диагностика атопического дерматита у детей: Пособие для врачей— М.: Союз педиатров России, 2002. [Baranov A.A. et al. *Diagnostika atopicheskogo dermatita u detey: Posobie dlya vrachey* . Moscow: Soyuz pediatrov Rossii, 2002. (In Russ)].
5. Баранов А.А. и др. Профилактика и лечение атопического дерматита у детей: Пособие для врачей— М.: Союз педиатров России, 2002. [Baranov A.A. et al. *Profilaktika i lechenie atopicheskogo dermatita u detey: Posobie dlya vrachey*. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii, 2002. (In Russ)].
6. Шамова, Б. А., Маланичева Т.Г., Денисова С.Н. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей. – М.: Медицина, 2010. [Shamov, B. A., Malanicheva, T.G., Denisova, S.N. *Sovremennyye osobennosti atopicheskogo dermatita i bronkhial'noy astmy u detey*. Moscow: Meditsina, 2010. (In Russ)].
7. Альбанова, В. И., Пампура, А.Н. Атопический дерматит. Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. [Al'banova, V. I., Pampura, A.N. *Atopicheskiy dermatit. Uchebnoe posobie*. Moscow: GEOTAR-Media, 2014. (In Russ)].
8. Мамедова С.М. Иммуные нарушения при атопическом дерматите // Вятский медицинский вестник. – 2015. – № 2 (46). – С. 75-78. [Mamedova S.M. *Immune narusheniya pri atopicheskom dermatite / Vyatskiy meditsinskiy vestnik*. 2015;2(46):75-78 (In Russ)].

УДК 616-036.865.1

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ
КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ШУНТИРОВАНИЯ
КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**

Сергеева В.В., Полонская И.И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение

дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации 194044, г. Санкт-Петербург, Россия, Большой Сампсониевский пр., д. 11/12, e-mail: pol-lonskay@mail.ru

Особенностью современного этапа является увеличение числа больных с хроническими неинфекционными заболеваниями. Причины возникновения большинства из них имеют в основном многофакторный характер. Цель исследования: анализ публикаций, посвященных влиянию коморбидной патологии на эффективность реабилитации больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования. Материалы и методы: осуществлен обзор публикаций научной и медицинской литературы посвященной оценке реабилитационных возможностей больных ИБС после коронарного шунтирования. Результаты и их обсуждения: делается вывод о том, что трудности реабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования связаны с наличием у пациентов коморбидной патологии. Выводы: оценку реабилитационного потенциала больных ишемической болезнью сердца необходимо проводить с учетом коморбидной патологии, которая может влиять на ограничения жизнедеятельности и потребности в мерах социальной защиты.

Ключевые слова: коронарное шунтирование, трудоспособность, инвалидность, реабилитация.

**MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE IMPACT OF
COMORBID DISEASES ON REHABILITATION OF PATIENTS WITH
CORONARY HEART DISEASE AFTER BYPASS SURGERY**

Sergeyeva V.V., Polonskaya I.I.

*Saint-Petersburg Institute for Advanced Medical Experts of the Ministry of
Labor of the Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia, Bolshoy Sampsonievskiy
PR., d. 11/12, e-mail: pol-lonskay@mail.ru*

The number of patients with chronic non-infectious diseases is noted to increase nowadays. These diseases are caused by many different factors. The purpose of the study is to analyze articles devoted to the influence of comorbid diseases on the effectiveness of rehabilitation of patients with coronary heart disease after coronary bypass surgery. The materials and methods include review of scientific and medical literature on the assessment of rehabilitation capabilities of patients with coronary artery disease after coronary bypass surgery. The study demonstrates that the difficulties of rehabilitation of patients with coronary heart disease after coronary bypass surgery are associated with the presence of comorbid diseases. So, assessment of rehabilitation potential of patients with coronary heart disease should be carried out taking into account comorbid disorders, which can affect the quality of life and the need for social protection allowances.

Key words: coronary artery bypass surgery, labour ability, disability, rehabilitation.

Введение

В течение многих лет в России имеет место неблагоприятная тенденция показателей заболеваемости, смертности и нетрудоспособности населения от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1, 2].

Особенностью современного этапа является увеличение числа больных с хроническими неинфекционными заболеваниями. Причины возникновения большинства из них имеют в основном многофакторный характер.

Преимущественно преобладают заболевания, отличающиеся системностью поражения (атеросклероз, сахарный диабет, заболевания системы соединительной ткани и др.), кроме того характерно наличие у одного человека нескольких заболеваний. Сосуществование болезней описывается как сочетанные, сопутствующие, ассоциированные заболевания и состояния, то есть коморбидные заболевания или состояния.

Врачам часто приходится сталкиваться с проблемой коморбидности, особенно когда основной патологией являются заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС). Распространенность сосудистой коморбидности у больных ССЗ высокая, что значительно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых катастроф [3, 4]. Наиболее распространённым является сочетание четырех основных заболеваний ишемической болезни сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), фибрилляция предсердий (ФП), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в различных вариантах [3, 5, 6, 7].

Реваскуляризация миокарда (РМ) – широкое понятие, включающее как операцию коронарного шунтирования (КШ), так и различные виды транслюминальной коронарной ангиопластики. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца представляет одно из самых значительных достижений современной медицины.

Большой опыт последних десятилетий при выполнении КШ, отработанная техника вмешательства позволяют обеспечить высокую эффективность лечения, безопасное выполнение операций разной степени сложности, выполнять операции у пациентов пожилого и старческого возраста с низкими ресурсами ССС и тяжелой сопутствующей патологией [8, 9, 10].

В результате операции уменьшаются или исчезают симптомы стенокардии, увеличивается сократительная функция миокарда, двойное произведение, ударный объём, улучшается переносимость физических нагрузок, снижается смертность и частота развития нефатальных инфарктов миокарда, повышается качество и увеличивается продолжительность жизни,

восстанавливается трудоспособность [8, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Эффективность КШ доказана многочисленными исследованиями. Однако, возвращение к трудовой деятельности и полноценной социальной активности среди больных ИБС продолжает оставаться низким, а число прооперированных больных, имеющих инвалидность и низкую потребность в труде, – высоким [14, 15, 16].

Таким образом, представляется важным проведение анализа факторов, препятствующих реабилитации больных после РМ.

Основное содержание

Цель исследования: анализ публикаций, посвященных влиянию коморбидной патологии на эффективность реабилитации больных ИБС после КШ.

Материалы и методы. Восстановление коронарного кровотока после операции РМ приводит к нормализации путей движения крови, что восстанавливает функциональные возможности системы кровообращения. Уменьшаются клинические проявления ИБС. Возрастает толерантность к физической нагрузке, улучшается качество жизни. Однако, следует отметить, что из-за неполной РМ сохраняется коронарная недостаточность, кроме того возможно возникновение тромбоза коронарного шунта. Наличие зон постинфарктного кардиосклероза не позволяет полностью восстановить функцию сокращения и расслабления миокарда, несмотря на общее улучшение коронарного кровотока [16, 1, 19].

Все реабилитационные мероприятия, начиная с самых ранних стадий патологического процесса, направлены на обеспечение улучшений функций организма и наиболее полное восстановление трудоспособности [17, 19].

Главной целью реабилитации является возвращение инвалидов или лиц, временно утративших трудоспособность, к жизни в обществе, приобщению к нормальной личной и общественной жизни с помощью специфических мероприятий. Реабилитация больных после хирургической реваскуляризации

представляет собой комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на наиболее быстрое и качественное восстановление здоровья, психологического состояния и трудоспособности [17].

Несмотря на то, что после операции уменьшается функциональный класс стенокардии и улучшается сократительная способность сердца у большинства пациентов, возвращение их к труду, считающееся наиболее значимым критерием успешности лечения, отмечается гораздо реже [14, 21].

То есть реабилитация - это восстановление больного человека не просто как биологического существа, но и как социальной единицы общества, имеющего комплекс биологических и социально-экономических потребностей.

Медико-социальная реабилитация, являясь междисциплинарной отраслью здравоохранения, включает в себя самые различные виды помощи: лечебные, физические, психологические, социальные, профессиональные, экономические, педагогические, а также использование технических средств реабилитации.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ) проводится с целью определения потребностей человека в мерах социальной защиты и реабилитации, осуществляется на основе комплексной оценки клинико-экспертных показателей, позволяющих оценить реальный реабилитационный потенциал (РП) индивида, прогнозировать реабилитационные возможности организма пациента, рационально разработать индивидуальную программу реабилитации [4, 22].

Согласно клиническим рекомендациям, РП учитывает клиническое течение ИБС, объем и тяжесть повреждения миокарда, степень непроходимости венечных артерий, возможные осложнения инфаркта миокарда (ИМ) и КШ, индивидуальные ресурсы и компенсаторные возможности ССС и наличие коморбидности, кроме того психологическое состояние больного, состояние его когнитивной функции, а также факторы окружающей среды, влияющие на жизнеспособность и социальную активность больного [4, 22, 23].

В комплексной оценке РП учитывается такой показатель как трудовой прогноз, то есть способность возобновления или продолжение трудовой деятельности в соответствии с профессией или по другой специальности в полном объеме или с ограничениями. Трудовой прогноз тесно связан не только с клиническим состоянием больного, но и с характером, осуществляемой им, производственной деятельности, психологическими особенностями личности, бытовыми и социальными условиями [25, 27].

Врачам бюро МСЭ приходится сталкиваться с проблемой коморбидности весьма часто, особенно когда основной патологией являются заболевания ССС [3, 19, 23]. Сочетание и взаимодействие заболеваний, возраста и лекарственного лечения значительно изменяет клиническую картину и течение основного заболевания, характер и тяжесть осложнений. И лишь применяя индивидуальный подход к больному, разносторонне изучая клиническую картину основного, сопутствующих и перенесенных заболеваний, а также осуществляя их комплексную диагностику можно оценить РП и определить потребности человека в мерах социальной защиты (СЗ) и реабилитации [25, 26, 27, 28].

Согласно определению «коморбидность» — сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них [29, 30].

Выделяют несколько причин связи заболеваний, таких как наличие у заболеваний общих факторов риска, единых этиологических причин, одинаковых триггеров, а также неспецифические механизмы возникновения и развития заболеваний [25, 27, 28].

Так, АГ является фактором риска развития атеросклероза, и способствует возникновению и прогрессированию ИБС [30, 31].

При повышении АД возрастает потребность миокарда в кислороде, а ишемия миокарда может вызвать возрастание АД. Возникающий при ИМ

некроз участков сердечной мышцы приводит к снижению сердечного выброса и появлению симптомов ХСН. Кроме того, повышение потребности миокарда в кислороде и уменьшению адекватного кровоснабжения миокарда способствует возникновению систолической дисфункции левого желудочка. А атеросклероз коронарных артерий в сочетании с АГ может привести к нарушению кровоснабжения синусового узла и способствует появлению различных нарушений сердечного ритма (НСР) и проводимости. ФП повышает риск ишемии [27, 30, 31].

В ряде исследований показано наличие взаимосвязи между НСР и клиничко-функциональными, психологическими, социальными и профессиональными показателями, которые, в свою очередь, влияют на ограничения жизнедеятельности (ОЖД) и приводят к потребности в мерах СЗ [7].

Повышает риск ССЗ неалкогольная жировая болезнь печени. Большими факторами риска ИБС являются курение и стресс. Наличие язвенной болезни (ЯБ) снижает эффективность лечения и увеличивает смертность. При этом проводимое лечение у пациентов с ИБС может провоцировать возникновение и обострение ЯБ [25, 30].

Повышенный уровень гормонов щитовидной железы способствует спазму коронарных артерий, увеличению ЧСС, различным НСР. В период менопаузы у женщин возрастает риск развития ИБС.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) приводит к повышению АД и перегрузке миокарда, способствуя усилению ишемии миокарда и стенокардии. Кроме того, ХОБЛ и ИБС имеют общие факторы риска.

Хроническая болезнь почек (ХБП) вызывается АГ или сахарным диабетом. Доказано, что сниженная функция почек является независимым фактором неблагоприятного прогноза острого коронарного синдрома [25, 30].

Опыт последних десятилетий свидетельствует о том, что все коморбидные болезни влияют на течение и исход друг друга, но степень этого влияния может быть различной [19, 30, 31]. Приводя к нарушениям различных функций организма, коморбидность сказывается на возможностях проведения лечебных и реабилитационных мероприятий [30, 31]. РП пациента, перенесшего КШ, зависит от наличия у пациента сопутствующих заболеваний до и после проведения операции [27, 35].

По некоторым данным, программы кардиологической реабилитации (КР) не только способствуют улучшению самочувствия больного, но и сопровождаются экономической выгодой [32, 33]. Другие исследователи считают, что социально-экономическая эффективность операции остается достаточно низкой, так как не приводит к уменьшению числа инвалидов [17, 33, 34].

Результаты и их обсуждения. Анализ литературных данных свидетельствует о том, что комплексная КР после КШ положительно влияет на состояние здоровья пациентов с ССЗ. Трудности реабилитации пациентов с ИБС после КШ связаны с наличием у пациентов коморбидной патологии. Эффективность реабилитации может быть достигнута лишь при индивидуальном подходе к оценке РП с учетом сопутствующей патологии и функциональных нарушений, психологического состояния пациента. Распространённость атеросклероза и других коморбидных заболеваний часто влияет на РП прооперированных больных, не позволяет провести программу реабилитации в полном объёме, что приводит к ОЖД и требует мер СЗ, то есть установлению инвалидности и ограничивает возможность трудовой деятельности.

Выводы. Оценку РП больных ИБС необходимо проводить с учетом коморбидной патологии. Сочетание основной и сопутствующей патологии может приводить к ограничению жизнедеятельности и потребности в мерах социальной защиты.

Список литературы

1. Аверин Е.Е. Медицинские и социальные возможности реабилитации кардиохирургических пациентов: автореферат дис. ...д-ра мед. наук. – Волгоград, 2010. [Averin E. E. *Medicinskie i social'nye vozmozhnosti reabilitacii kardiohirurgicheskikh pacientov* [dissertation autoreferat], Volgograd; 2010. (In Russ)]
2. Кузнецов А.Н., Карпухина Е.В., Карпухин И.Б., Мельниченко О.В. Ишемическая болезнь сердца: стабильные формы. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2013. [Kuznetsov, A.N., Karpuhina E.V., Karpuhin I.B., Mel'nicenko O.V. *Ishemicheskaya bolezni' serdca: stabil'nye formy*. N. Novgorod: NGMA, 2013 (In Russ)]
3. Оганов Р.Г. Сосудистая коморбидность: общие подходы к профилактике и лечению // РФК. – 2015. – №1. [Oganov R.G. *Sosudistaya komorbidnost': obshchie podhody k profilaktike i lecheniyu* // *RFK*. 2015. (1). (In Russ)]. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/sosudistaya-komorbidnost-obschie-podhody-k-profilaktike-i-lecheniyu>. Ссылка активна на 12.03.2019.
4. Сергеева В.В., Нургазизова А.К. Влияние эндоваскулярных методов лечения на показатели первичной инвалидности у лиц пожилого и старческого возраста // Актуальные проблемы диагностики, терапии и реабилитации жителей блокадного Ленинграда и пациентов пожилого возраста, Материалы научно-практической конференции, Санкт-Петербург. – 2013. – С.70-71. [Sergeeva V.V., Nurgazizova A.K. *Vliyanie endovaskulyarnyh metodov lecheniya na pokazateli pervichnoj invalidnosti u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta* (Conference proceedigs). *Nauchno-prakticheskaya konferentsiya "Aktual'nye problemy diagnostiki, terapii i reabilitacii zhiteley blokadnogo Leningrada i pacientov pozhilogo vozrasta"*. Saint-Petersburg. 2013.pp.70-71 (In Russ)]
5. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития // Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов / Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. – М., 2014. [Dispansernoe nablyudenie bol'nyh hronicheskimi neinfekcionnymi zabolevaniyami i pacientov s vysokim riskom ih razvitiya In: Boytsova S.A., Chuchalina A.G., editors. *Dispansernoe nablyudenie bol'nyh hronicheskimi neinfekcionnymi zabolevaniyami i pacientov*, M.: 2014 . (In Russ)] Доступно по: <http://www.gnicpm.ru>, <http://www.ropniz.ru> Ссылка активна на 12.03.2019.
6. Наумова Л.А., Осипова О.Н. Коморбидность: механизмы патогенеза, клиническое значение // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 5.; [Naumova L.A., Osipova O.N. *Komorbidnost': mekhanizmy patogeneza, klinicheskoe znachenie* //

Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2016;(5). (In Russ)]. Доступно по: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=25301> Ссылка активна на 12.03.2019.

7. Заболотных И.И., Кантемирова Р.К., Иштутина И.С., Гуляева С.А., Кривенков С.Г., Фидарова З.Д., Сугарова Ф.В., Зальнова И.А., Царахова Н.М. Роль нарушений ритма как критерия оценки функционального состояния миокарда и ограничения жизнедеятельности больных ишемической болезнью сердца // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – №3. [Zabolotnyh I.I., Kantemirova R.K., Ishutina I.S., Gulyaeva S.A., Krivenkov S.G., Fidarova Z.D., Sugarova F.V., Zal'nova I.A., Carahova N.M. Rol' narushenij ritma kak kriteriya ocenki funkcional'nogo sostoyaniya miokarda i ogranicheniya zhiznedeyatel'nosti bol'nyh ishemicheskoy boleznyu serdca // *Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitaciya*. 2012\$ (3). (In Russ)] Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-narusheniy-ritma-kak-kriteriya-otsenki-funktsionalnogo-sostoyaniya-miokarda-i-ogranicheniya-zhiznedeyatel'nosti-bolnyh>. Ссылка активна на 12.03.2019.

8. Крюков Н.Н., Николаевский Е.Н., Поляков В.П. Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы): Монография. – Самара, 2010. [Kryukov N.N., Nikolaevskij E.N., Polyakov V.P. *Ishemicheskaya bolezny' serdca (sovremennye aspekty kliniki, diagnostiki, lecheniya, profilaktiki, medicinskoj reabilitacii, ekspertizy)*: Monograph. Samara, 2010. (In Russ)].

9. Арутюнов, Г.П. Кардиореабилитация. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. [Arutyunov, G.P. *Kardioreabilitaciya*. - М : MEDpress-inform, 2013. (In Russ)].

10. Comparison Between Effects of Home Based Cardiac Rehabilitation Programs Versus Usual Care on the Patients' Health Related Quality of Life After Coronary Artery Bypass Graft. Salavati M, Fallahinia G, Vardanjani AE, Rafiei H, Mousavi S, Torkamani M. *Glob J Health Sci*. 2015 Aug 19; 8(4):196-202. Epub 2015 Aug 19.

11. Cornwell L.D., Omer S., Rosengart T., Holman W.L., Bakaeen F.G. Changes over time in risk profiles of patients who undergo coronary artery bypass graft surgery: the Veterans Affairs Surgical Quality Improvement Program (VASQIP). *JAMA Surg*. 2015;150:308–315.

12. Аверин Е.Е. Медицинские и социальные возможности реабилитации кардиохирургических пациентов: автореферат дис. ...д-ра мед. наук. – Волгоград, 2010. [Averin E. E. *Medicinskie i social'nye vozmozhnosti reabilitacii kardiohirurgicheskikh pacientov* [dissertation autoreferat], Volgograd; 2010. (In Russ)]

13. Бакланов, Д.В., Огурцова О.О., Мэзден Р. Рестенозирование после успешной ангиопластики при окклюзиях коронарных артерий/Д.В. Бакланов, //Кардиология. – 1998. –

№1. – С.10-12. [Baklanov, D.V., Ogurcova O.O., Mezden R. Restenozirovanie posle uspehnoy angioplastiki pri okklyuziyah koronarnyh arterij. *Kardiologiya*.1998;(1):10-12. (In Russ)]

14. Балева, Е.С., Алёшкина, О.Ю. Перспективы исследования качества жизни больных ишемической болезнью сердца // БМИК. – 2011. – №7. – С.43-44. [Baleva, E.S., Alyoshkina, O.Yu. Perspektivy issledovaniya kachestva zhizni bol'nyh ishemicheskoy bolezniyu serdca. *ВМИК*. 2011; (7):.43-44. (In Russ)]

15. Гречаник П.М., Реабилитация больных ишемической болезнью сердца после инфаркта миокарда и операций реваскуляризации в санатории: автореферат дис. ...канд.мед.наук. - Санкт-Петербург, 2011. [Grechanik P.M., *Reabilitaciya bol'nyh ishemicheskoy bolezniyu serdca posle infarkta miokarda i operacij revaskulyarizacii v sanatoria* [dissertation autoreferat]. Saint Petersburg, 2011. (In Russ)].

16. Кантемирова Р.К., Чирицо М.М. Роль клинико-функциональных и профессиональных факторов в реабилитации и трудовом прогнозе больных, перенесших аорто-коронарное шунтирование и баллонную коронарную ангиопластику // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2011. №4 (99). [Kantemirova R.K., Chirico M.M. Rol' kliniko-funkcional'nyh i professional'nyh faktorov v reabilitacii i trudovom prognoze bol'nyh, perenessih aorto-koronarnoe shuntirovanie i ballonnuyu koronarnuyu angioplastiku. *Nauchnye vedomosti BelGU. Seriya: Medicina. Farmaciya*. 2011; 4 (99). (In Russ)]

17. Эфрос Л.А. Экономический ущерб от потерь здоровья больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Человек. Спорт. Медицина. – 2013. – №1. [Efros L.A. Ekonomicheskij ushcherb ot poter' zdorov'ya bol'nyh ishemicheskoy bolezniyu serdca posle koronarnogo shuntirovaniya. *Chelovek. Sport. Medicina*. 2013; (1). (In Russ).]

18. Антошина, И.Н. Клинико-психологические и социально- трудовые особенности больных, перенесших аортокоронарное шунтирование, в амбулаторном периоде реабилитации: дис. ... к. мед. наук: М.,2002 [Antoshina, I.N. Kliniko-psihologicheskie i social'no-trudovye osobennosti bol'nyh, perenessih aortokoronarnoe shuntirovanie, v ambulatornom periode reabilitacii: [dissertation]. Moscow,2002. (In Russ)]

19. Коморбидная патология в клинической практике // Клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей). Секция “Сочетанные патологии” Кардиоваскулярная терапия и профилактика, – 2017. – 16(6). [Komorbidnaya patologiya v klinicheskoy praktike. *Klinicheskie rekomendacii. Obshcherossijskaya obshchestvennaya organizaciya Associaciya vrachej obshchej praktiki (semejnyh vrachej). Sekciya “Sochetannye patologii” Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2017; 16(6) (In Russ).]

20. Аретинский В.Б., Система восстановительного лечения после операций аортокоронарного шунтирования и эндоваскулярного протезирования коронарных артерий : автореф. дис. ... д-ра мед. наук .- Москва, 2008. [Aretinskij V.B., *Sistema vosstanovitel'nogo lecheniya posle operacij aortokoronarnogo shuntirovaniya i endovaskulyarnogo protezirovaniya koronarnyh arteriy*. [dissertation autoreferat], Moscow, 2008. (In Russ)]

21. Эфрос Л.А., Самородская И. В. Инвалидность до и после коронарного шунтирования: динамика и причины// Человек. Спорт. Медицина/ – 2013. – Т.13. – № 3 – С. 115-123. [Efros L.A., Samorodskaya I. V. Invalidnost' do i posle koronarnogo shuntirovaniya: dinamika i prichiny. *Chelovek. Sport. Medicina*. 2013; 13(3): 115-123. (In Russ)]

22. Boudrez H, De Backer G. Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. *Acta Cardiol*. 2000;55:341–9. [PubMed]

23. Сергеева В.В., Нургазизова А.К. Влияние хирургических методов реваскуляризации миокарда на реабилитационный прогноз у больных ишемической болезнью сердца старших возрастных групп//Особенности старческого возраста. Выпуск IX. Актуальные проблемы диагностики, терапии и реабилитации жителей блокадного Ленинграда и пациентов пожилого возраста. – Санкт-Петербург, 2013. – С. 355-360. [Sergeeva V.V., Nurgazizova A.K. Vliyanie hirurgicheskikh metodov revaskulyarizacii miokarda na reabilitacionnyj prognoz u bol'nyh ishemicheskoy bolezniyu serdca starshih vozrastnyh grupp. In: *Osobennosti starcheskogo vozrasta. Vypusk IX. Aktual'nye problemy diagnostiki, terapii i reabilitacii zhitelej blokadnogo Leningrada i pacientov pozhilogo vozrasta*, Sankt-Peterburg, 2013. pp. 355-360. (In Russ)]

24. Бибарсова А.М., Рахматуллов Ф.К., Беляева Ю.Б., Рудакова Л.Е. Реабилитация больных ИБС в амбулаторных условиях// Наука в центральной России. – 2013. – № 12. – С. 50-54. [Bibarsova A.M., Rahmatullof F.K., Belyaeva Yu.B., Rudakova L.E. Reabilitaciya bol'nyh IBS v ambulatornyh usloviyah. *Nauka v central'noj Rossii*. 2013;(12): 50-54. (In Russ)].

25. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности: монография. – Иркутск: РИО ИГМАПО, – 2014. [Belyalov F.I. *Lechenie vnutrennih boleznej v usloviyah komorbidnosti*: monograph. Irkutsk: RIO IGMAPO, 2014. (In Russ)].

26. Баринов М.В. Современный комплекс реабилитационных мероприятий у больных, перенесших инфаркт миокарда. // Баринов М.В. Совершенствование экспертизы временной нетрудоспособности. Роль восстановительного лечения в снижении нетрудоспособности и реабилитации инвалидов. – СПб.:Феникс,2004. – С. 39-41. [Barinov M.V. Sovremennyj kompleks reabilitacionnyh meropriyatij u bol'nyh, perenessih infarkt miokarda. In: Barinov M.V. *Sovershenstvovanie ekspertizy vremennoj netrudosposobnosti. Rol'*

vosstanovitel'nogo lecheniya v snizhenii netrudosposobnosti i reabilitacii invalidov.- Saint Petersburg:Feniks,2004. pp. 39-41. (In Russ)].

27. Сергеева В.В., Родионова А.Ю., Зиняев Т.В., Бобылёва Т.А., Нургазизова А.К. Трудоспособность и показатели инвалидности у больных ишемической болезнью сердца после стентирования коронарных артерий.// Особенности соматических заболеваний у жителей блокадного Ленинграда и людей старших возрастных групп. Выпуск X (Юбилейный). – СПб. – 2015. – С.57-61. [Sergeeva V.V., Rodionova A.Yu., Zinyaev T.V., Boblyyova T.A., Nurgazizova A.K., Trudosposobnost' i pokazateli invalidnosti u bol'nyh ishemicheskoy boleznyu serdca posle stentirovaniya koronarnykh arteriy. In: *Osobennosti somaticheskikh zabolevanij u zhitelej blokadnogo Leningrada i lyudej starshih vozrastnykh grupp. Vypusk X (Yubilejnyj)*. Saint Petersburg. 2015. pp.57-61. (In Russ)].

28. Сергеева В.В., Родионова А.Ю., Башкирцев А.С., Зайцев Ю.Е., Тарасова А.С., Медицинский аспект реабилитации пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом// Особенности старческого возраста. Выпуск IX. Актуальные проблемы диагностики, терапии и реабилитации жителей блокадного Ленинграда и пациентов пожилого возраста. – Санкт-Петербург, 2013. – С. 366-370. [Sergeeva V.V., Rodionova A.Yu., Bashkircev A.S., Zajcev Yu.E., Tarasova A.S. Medicinskiy aspekt reabilitacii pacientov pozhilogo vozrasta s arterial'noj gipertenziey i metabolicheskim sindromom. In: *Osobennosti starcheskogo vozrasta. Vypusk IX. Aktual'nye problemy diagnostiki, terapii i reabilitacii zhitelej blokadnogo Leningrada i pacientov pozhilogo vozrasta*, Saint Petersburg, 2013. pp. 366-370. (In Russ)]

29. Репин А.Н., Сергиенко Т.Н., Лебедева Е.В., Розин А.И. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств при реабилитации больных ИБС после инвазивных вмешательств// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8. – № 6. – С. 301-302. [Repin A.N., Sergienko T.N., Lebedeva E.V., Rozin A.I. Diagnostika i korrekciya pogranych psihicheskikh rasstrojstv pri reabilitacii bol'nyh IBS posle invazivnykh vmeshatel'stv. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2009;. 8(6): 301-302. (In Russ)].

30. Верткин А.Л. и др. Коморбидность // Клиническая медицина. – 2012. – №10. [Vertkin A.L. et al.. Komorbidnost'. *Klinicheskaya medicina*. 2012;(10)/ (In Russ)]. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/komorbidnost> Ссылка активна на 12.03.2019..

31. Вёрткин А.Л., Скотников А. С. Коморбидность // Лечащий Врач: научно-практический журнал. – 2013. – N 6. – С. 66-68. [Vyortkin A.L., Skotnikov A. S. Komorbidnost'. *Lechashchij Vrach : nauchno-prakticheskij zhurnal*. 2013;(6): 66-68. (In Russ)].

32. Акчурин, Р.С. Хирургическое лечение ИБС // РМЖ. – 2014. – Т. 22. – № 30. – С. 2152-2157 [Akchurin, R.S. Hirurgicheskoe lechenie IBS. *RMZh*. 2014; 22(30): 2152-2157. (In Russ)].

33. Эфрос Л.А. Утилитарный анализ эффективности медицинской помощи в группе больных после коронарного шунтирования // Менеджер здравоохранения. – 2013. – №1. [Efros L.A. Utilitarnyj analiz effektivnosti medicinskoj pomoshchi v gruppe bol'nyh после koronarnogo shuntirovaniya. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2013;(1). (In Russ)]. Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/utilitarnyy-analiz-effektivnosti-meditsinskoj-pomoschi-v-gruppe-bolnyh-posle-koronarnogo-shuntirovaniya> Ссылка активна на 12.03.2019.

34. Piepoli MF, Corra U, Benzer W et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:1–17. doi10.1097/HJR.0b013e3283313592

35. Панов А.В., Абесадзе И.Т., Алугишвили М.З. Регистр больных, перенесших операцию коронарного шунтирования при ишемической болезни сердца стабильного течения (программа рикошет)/ / Артериальная гипертензия/ – 2014. – Т. 20. – № 6. – С. 568-577. [Panov A.V., Abesadze I.T., Alugishvili M.Z. Registr bol'nyh, perenesshih operaciyu koronarnogo shuntirovaniya pri ishemicheskoy bolezni serdca stabil'nogo techeniya (programma rikoshet). *Arterial'naya gipertenziya* . 2014; 20 (6): 568-577. (In Russ)]

36. Davoodi. S. Determinants of social activity and work status after coronary bypass surgery/ S. Davoodi et al. *Asian Cardiovascular and Thoracic Annals*. 2010. Vol.18(6): 551–556.

УДК 618.146-006.6-036.22(470.3/4)

**СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ
В ОТДЕЛЬНЫХ ОБЛАСТЯХ ПРИВОЛЖСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**

Сальникова Е.О., Мильчаков Д.Е.

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

В данной статье рассматривается заболеваемость раком шейки матки в отдельных областях: Кировской обл., Пензенской обл., Оренбургской обл., Ульяновской обл.

Целью является сравнение статистических показателей численности больных с данным диагнозом в представленных областях. Результаты исследований убедительно показали, что за последние годы возросла частота заболеваемости раком шейки матки, но общая летальность снизилась. В статье приведены наиболее вероятные причины развития данного заболевания и его профилактика.

Ключевые слова: рак шейки матки, онкоморфология, климато-географическая зона, заболеваемость.

CERVICAL CANCER INCIDENCE STATISTICS

IN SOME REGIONS OF THE VOLGA FEDERAL DISTRICT

Salnikova E. O., Milchakov D. E.

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

The article discusses cervical cancer incidence in certain areas, such as: Kirov region, Penza region, Orenburg region, Ulyanovsk region.

The purpose of the study is to compare statistical indicators of the number of patients with this diagnosis in the mentioned above regions. The results of the study have clearly shown that in recent years the cervical cancer incidence has increased, but the overall mortality rate has decreased. The article presents the most likely causes of the disease and its prevention.

Key words: cervical cancer, oncomorphology, climate and geographical area, incidence.

Введение

В настоящее время рак шейки матки (РШМ) занимает одно из ведущих мест в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности, что является важнейшей медицинской и социальной проблемой во всех экономически развитых странах.

Основное содержание

Актуальность проблемы. Рак шейки матки – достаточно распространенное онкологическое заболевание женщин. В некоторых странах (Япония, Бразилия, Индия) рак шейки матки составляет до 80% от всей онкологической заболеваемости женской половой сферы, хотя в целом в мире первое место принадлежит раку молочной железы. В России рак шейки матки (РШМ) встречается с частотой примерно 11 случаев на 100 000 населения, в США – около 13, в Японии – около 22, в Индии – около 43, в Бразилии – около 80 случаев.

Рак шейки матки занимает 7-е место среди всех злокачественных опухолей и 3-е место среди раковых заболеваний женщин (после рака молочной железы и рака толстой кишки). По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется 371 000 новых случаев РШМ и ежегодно умирают от него 190 000 женщин. Наибольшая частота цервикального рака наблюдается в странах Латинской Америки и Карибского бассейна. В странах Северной Америки и Европы отмечается довольно низкая степень частоты РШМ. Очень низкая частота отмечена также в Китае и странах Западной Азии.

Показатели заболеваемости и смертности РШМ значительно варьируют не только между странами, но и среди областей одной страны. Это может быть связано со многими факторами: социально-экономическими условиями, национальными традициями, образовательным уровнем населения, степенью развития системы здравоохранения, проведением программ скрининга и др.

Выживаемость больных РШМ связана со стадией заболевания, способами лечения, периодом времени после окончания лечения и другими факторами. По сводным данным популяционных раковых регистров стран Европы, 1-летняя выживаемость больных РШМ в 90-х годах составила 84%. 3-летняя - 66%, 5-летняя - 62%. Наименьшая 5-летняя выживаемость отмечена в Польше (51 %), наибольшая - в Исландии (84,7%).

Степень распространения опухолевого процесса имеет основное значение в определении прогноза заболевания.

Факторы, повышающие риск развития злокачественных новообразований

1. Вирус папилломы человека (ВПЧ).
2. Курение.
3. Иммуносупрессия (угнетение иммунитета).
4. Прием оральных контрацептивов (противозачаточных таблеток).
5. Наличие рака шейки матки у родственниц.

Наибольшее значение в профилактике онкологических заболеваний имеет:

- отказ от курения, чрезмерного употребления алкоголя;
- нормализация веса;
- соблюдение диеты;
- регулярная физическая активность;
- ежегодный осмотр врача.

Материалы исследования. Материалом данного исследования послужил сборник под редакцией А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой «Состояние онкологической помощи населению» (2012-2016гг.).

Методы исследования. Для данного исследования использованы статистико-аналитические методы, включающие в себя: ретроспективный

анализ статистических показателей указанных областей с последующей математической интерпретацией данных интернет-источников.

Результаты исследования. В материалах работы использовались статистические данные сборника “Состояние онкологической помощи населению” (2012-2016 гг). В качестве сравнения взяты одинаковые по численности населения области: Кировская, Пензенская, Оренбургская и Ульяновская (см. табл. 1).

Табл.1

Выявление рака шейки матки в различных стадиях в России в 2012-2016 г.

Стадия	2012	2013	2014	2015	2016
Абсолютное число больных со злокачественными опухолями шейки матки	15051	15236	15840	16439	16917
In situ (на 100 больных)	23,8	27,5	27,9	28,2	25,5
I-II	60,3	61,2	62,3	63,9	65,6
III	28,9	27,0	26,2	25,2	23,2
IV	9,1	9,5	9,2	9,4	9,3
Летальность	17,0	16,5	16,3	15,2	14,6

В Пензенской области в 2013 году всего выявлено 137 заболевших, диагноз подтвержден в 97,1%, больные в I стадии выявлены в 38,0%, во II – в 36,5%, в III – в 12,4%, в IV – в 10,9%. В 2,2% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 22,9%.

В Оренбургской области в 2013 году всего выявлено 207 заболевших, диагноз подтвержден в 97,6%, больные в I стадии выявлены в 27,1%, во II – в 28,0%, в III – в 25,6%, в IV – в 15,9%. В 3,4% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 21,8%.

В Ульяновской области в 2013 году всего выявлено 154 заболевших, диагноз подтвержден в 100,0%, больные в I стадии выявлены в 28,6%, во II – в

38,3%, в III – в 22,7%, в IV – в 10,4%. В 0,0% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 19,9%.

Табл.2

Сведения о контингенте больных со злокачественными новообразованиями шейки матки, состоящем на учете в онкологических учреждениях, 2012 г.

Область	Взято на учет с впервые в жизни установленным диагнозом	В т.ч. выявлено активно	Находилось на учете на конец года		Из них 5 лет и более		Индекс накопления контингента	Летальность, %
			Абсолютное число	На 100 тыс. населения	Абсолютное число	На 100 тыс. населения		
Кировская обл.	97	20,6	1242	93,1	869	70,0	12,8	3,6
Пензенская обл.	97	36,1	1340	97,1	991	74,0	13,8	4,1
Оренбургская обл.	188	41,0	2011	99,2	1393	69,3	10,7	3,6
Ульяновская обл.	136	39,0	1336	103,9	902	67,5	9,8	5,4



Рис. 1. Сведения о контингенте больных со злокачественными новообразованиями шейки матки, состоящем на учете в онкологических учреждениях, 2013 г.

В Пензенской области в 2014 году всего выявлено 120 заболевших, диагноз подтвержден в 100,0%, больные в I стадии выявлены в 35,8%, во II – в 39,2%, в III – в 15,8%, в IV – в 9,2%. В 0,0% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 15,8%.

В Оренбургской области в 2014 году всего выявлено 163 заболевших, диагноз подтвержден в 98,8%, больные в I стадии выявлены в 38,0%, во II – в 20,9%, в III в – 27,6%, в IV – в 11,0%. В 2,5% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 20,9%.

В Ульяновской области в 2014 году всего выявлено 172 заболевших, диагноз подтвержден в 100,0%, больные в I стадии выявлены в 34,9%, во II – в 38,4%, в III – в 20,3%, в IV – в 6,4%. В 0,0% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 17,0%.



Рис. 2. Сведения о контингенте больных со злокачественными новообразованиями шейки матки, состоящем на учете в онкологических учреждениях, 2014 г.



Рис. 3. Сведения о контингенте больных со злокачественными новообразованиями шейки матки, состоящем на учете в онкологических учреждениях, 2015 г.

В Пензенской области в 2015 году всего выявлено 107 заболевших, диагноз подтвержден в 99,1%, больные в I стадии выявлены в 34,6%, во II – в 36,3%, в III – в 13,1%, в IV – в 15,0%. В 0,9% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 14,8%.

В Оренбургской области в 2015 году всего выявлено 209 заболевших, диагноз подтвержден в 100,0%, больные в I стадии выявлены в 41,1%, во II – в 27,8%, в III – в 21,5%, в IV – в 6,2%. В 3,3% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 12,7%.

В Ульяновской области в 2015 году всего выявлено 155 заболевших, диагноз подтвержден в 100,0%, больные в I стадии выявлены в 32,3%, во II – в 40,0%, в III – в 13,5%, в IV – в 14,2%. В 0,0% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 16,6%.

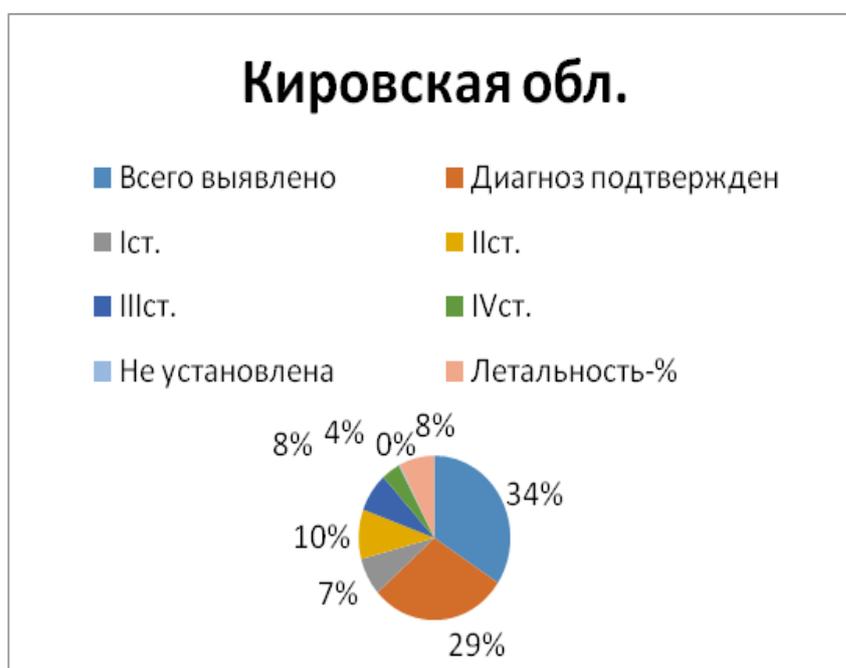


Рис. 4. Сведения о контингенте больных со злокачественными новообразованиями шейки матки, состоящем на учете в онкологических учреждениях, 2016 г.

В Пензенской области в 2016 году всего выявлено 117 заболевших, диагноз подтвержден в 100,0%, больные в I стадии выявлены в 40,2%, во – II в

37,5%, в III – в 12,8%, в IV – в 8,5%. В 0,9% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 27,3%.

В Оренбургской области в 2016 году всего выявлено 271 заболевших, диагноз подтвержден в 96,3%, больные в I стадии выявлены в 36,5%, во II – в 22,9%, в III – в 26,3%, в IV – в 8,1%. В 6,3% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 10,8%.

В Ульяновской области в 2016 году всего выявлено 188 заболевших, диагноз подтвержден в 100,0%, больные в I стадии выявлены в 33,0%, во II – в 42,6%, в III – в 15,4%, в IV – в 9,0%. В 0,0% случаев диагноз не установлен. Летальность составила 21,7%.

Выводы.

Согласно полученным данным, рак шейки матки имеет неблагоприятную тенденцию развития, так как за последние годы возросли показатели заболеваемости, но в то же время улучшилась диагностика и методы лечения данного заболевания, в результате этого на основе статистических данных можно говорить о некотором снижении летальности от рака шейки матки. По результатам проведенной работы с уверенностью можно сказать, что в Оренбургской области самый высокий уровень заболеваемости раком шейки матки, а в Кировской области самый низкий. В 2016 году произошло резкое повышение заболеваемости по всем рассмотренным областям. Актуальность данной работы очевидна и работа по проблеме состояния здоровья населения в отдельных областях ПФО будет продолжена.

Список литературы:

1. Справочник по оказанию онкологической помощи населению в 2017 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В.Петровой.– М., 2018. [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V., editors . *Spravochnik po okazaniyu onkologicheskoy pomoshchi naseleniyu v 2017 godu* . Moscow, 2018. (In Russ).]

2. Профилактика рака [*Profilaktika raka*.(In Russ).] Доступно по: <http://www.volonko.ru/profilaktika-raka> Ссылка активна на 18.03.2019.

3. Рак прямой кишки [*Rak pryamoj kishki*.(In Russ).] Доступно по: <http://www.colorectalcaner.ru/rectumcancer/> Ссылка активна на 18.03.2019.
4. Бутенко , А.В., Разбирин, В.Н.Рак прямой кишки. Современные направления и тенденции в лечении (обзор литературы) [Butenko , A.V., Razbirin, V.N.*Rak pryamoj kishki. Sovremennye napravleniya i tendencii v lechenii (obzor literatury)* (In Russ).] Доступно по: http://www.oncology.tomsk.ru/nii/journal/2011/6/files/soj_2011_6_83-89.pdf Ссылка активна на 18.03.2019.

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

УДК 908(470.347)

**ВЯТСКОЕ ГУБЕРНСКОЕ ЗЕМСТВО:
РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНЫ И ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

В.П. Калиниченко

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Вятская государственная сельскохозяйственная академия», 133, Октябрьский пр. г. Киров, 610017, Email: kalin.ura@yandex.ru

В статье дается анализ развития Вятского земства медицины, школьного образования. На земство легла огромная работа по строительству больниц, организации сельской медицины и разрушению вековых суеверий народа. В 1867–1870 гг. во главе губернского земства стоял энергичный и просвещенный деятель, врач М.М. Синцов. К 1914 г. лечебных заведений в губернии было уже 97, из них земских – 73. В штатных должностях находилось 187 врачей, из них земских – 122. Однако, детская смертность в губернии оставалась высокой.

Данная статья раскрывает основные аспекты совместной деятельности вятских губернских органов управления и земства по открытию школ, подготовке учителей, созданию школьных библиотек.

Ключевые слова: Вятка, земство, медицина, врачи, образование, школы, библиотеки.

VYATKA ZEMSTVO: THE DEVELOPMENT OF MEDICINE AND SCHOOL EDUCATION

Kalinichenko V.P.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Vyatka state agricultural academy, 133, Oktyabrskii pr., Kirov, 610017, e-mail: kalin.ura@yandex.ru

The article provides analysis of the development of Vyatka zemstvo medicine, school of education. The huge work was done on construction of hospitals, organization of rural medicine and destruction of age-old superstitions of the people. In 1867-1870 the provincial zemstvo was headed by a very energetic and educated person doctor M.M. Sintsov. By 1914 there were 97 medical institutions in the province, 73 of them were zemskiy. 187 people had a job of a doctor, 122 of them were zemskiy doctors. However, child mortality in the province remained high.

This article reveals the main aspects of cooperation of Vyatka provincial government and zemstvo in the spheres of school education, teacher education, school libraries.

Key words: Vyatka, zemstvo, medicine, doctors, education, schools, libraries.

Введение

В статье дается анализ основных направлений земской деятельности со времени создания земского самоуправления в Вятской губернии в 1867 г. до упразднения в январе 1918 г.

Научная проблема, рассматриваемая в статье, – влияние земства на социально–экономическое развитие Вятской губернии, самой населенной и обжитой губернии Российской империи. Медицинское дело в доземский период находилось на крайне низком уровне.

Актуальность исследования. Изучение и анализ практической деятельности земства, органа общесословного местного самоуправления второй половины XIX– начала XX вв., актуально в условиях интенсивного развития самоуправления в РФ.

Целью настоящего исследования является изучение и оценка практической деятельности губернского и уездного земств по развитию здравоохранения, просвещения в Вятской губернии.

Метод исследования. Исследование проводилось проблемно–хронологическим методом изучения и анализа архивных документов, а также научных исторических изданий конца XIX–XX вв. Большинство документов впервые вводятся в научный оборот.

Основное содержание

Вятская губерния, созданная указом императора Павла I 12 декабря 1796 г., включала в себя нынешнюю Кировскую область, Удмуртию и северную часть современной Татарской республики. Большая часть губернии находилась в бассейне реки Вятки. Более половины всей площади было занято лесами, болотами и торфяниками.

С 1817 г. вплоть до 1918 г. в состав Вятской губернии входили 11 уездов: Вятский, Глазовский, Елабужский, Котельничский, Нолинский, Орловский, Сарапульский, Слободской, Уржумский, Яранский и Малмыжский. По переписи домовладельцев 1891 г. в губернии было 22 тысячи

селений. По данным Всероссийской переписи 1897 г., в губернии проживало 3 030 831 человек.

По закону 1 января 1864 г. в губерниях Российской империи учреждалось земское самоуправление для руководства хозяйственными делами. Земства приглашали для работы врачей, учителей, техников, статистиков, страховых агентов и прочих земских служащих, имевших профессиональную подготовку.

Гласные Вятского губернского земского собрания были представителями разных сословий вятского общества. Журнал земского собрания от 29 ноября 1867 г. свидетельствует: «Из 23 гласных лиц крестьянского сословия – 4 (17,3% – прим. автора), купцов – 3 (13% – прим. автора), священнослужителей – 6. Остальные, 10 человек, чиновники и военные», относившиеся преимущественно к дворянскому сословию¹. Большое значение для жителей Вятской губернии имело справедливое распределение земских сборов. Право самообложения, полученное земством, было одним из важнейших прав. До земства казенные, в пользу государства, и местные сборы с крестьян основывались на подушной системе, которая была крайне неравномерна и несправедлива. С земством впервые вводится начало подоходного обложения. Так как не было даже образца для подоходного обложения, то Вятскому земству пришлось выработать основания для раскладок земского сбора самостоятельно².

Эпидемии, в особенности оспа и скарлатина, распространялись беспрепятственно по губернии, уменьшая население деревень более чем наполовину. Крестьяне не знали элементарных правил гигиены. До самого введения земства в сельской местности не было ни больниц, ни врачей. В редких случаях была доступна лишь фельдшерская медицинская помощь и оспопрививание. К обязательному открытию больниц во всех городах губернии

¹ Кировское областное государственное казенное учреждение «Государственный архив Кировской области». г. Киров (далее – КОГКУ «ГАКО»). Ф.616. Оп.1. Д.2. Л.1.

² Там же, Д.1. Лл. 50–53, 73, 92; Д.10. Л.181; Д.40. Лл.2–3.

приступили с 1811 г., после издания 2 июня «Положения о внутренней страже». Вятская губернская больница была открыта в 1811 г. на базе Вятской городской больницы, находилась в ведении приказа общественного призрения³. В уездных городах больницы открывались на 15 человек каждая. В 1823 г. в Вятке было построено городом собственное здание для больницы с необходимыми службами. За лечение больных взималась небольшая плата [1, 9].

Вся хозяйственная часть медицины в доземский период находилась в приказах общественного призрения, затем перешла к земству. Вятская губернская больница переведена в ведение губернской земской управы в 1867 г. В губернии не было ни одного санитарного врача. Существовала разъездная система обслуживания населения. С ней был связан так называемый «фельдшеризм» - система оказания медицинской помощи крестьянам фельдшерами, не кончившими фельдшерских школ, а приобретшими знания и навыки на военной службе, т.е. фактически санитарями. Таким образом, на земство легли не только огромные материальные затраты и организационная работа по созданию сельской медицины, но ему предстояли задачи разрушения вековых суеверий народа. Большинство докторов явилось в деревню прямо с университетской скамьи, воодушевленное желанием беззаветно служить народу, быть полезным ему.

Медицинская помощь населению не относилась к обязательным функциям земств. На них возлагалось только хозяйственное обеспечение медицинской деятельности, однако это направление в деятельности земства стало важнейшим. Первое губернское земское собрание, открывшееся 31 мая 1867 г., определило в главных чертах организацию деятельности земской медицины в Вятской губернии. В санитарно-медицинской деятельности уездные и губернское земства были признаны совершенно самостоятельными и

³ КОГКУ «ГАКО». Ф.152. Оп.1. Д.1395. С.70.

независимыми друг от друга. В ведение губернского земства перешли все благотворительные заведения, находившиеся в г. Вятке: больница, аптека, дом умалишенных. В ведение уездных земств – все больницы в уездных городах. Капиталы бывшего приказа общественного призрения губернского земское собрание, работавшее в декабре 1867 г. «...не признало подлежащим разделению. Капиталы, принадлежавшие уездным больницам, отнесло по принадлежности к уездным» [2, 158].

Функции по медицинскому обслуживанию населения были распределены между губернским и уездными земствами. Деятельность губернского земства заключалась в содержании больниц, фельдшерских и повивальных школ, а также в финансировании оспопрививания и борьбе с эпидемиями. На уездные земства возлагались обязанности по оказанию медицинской помощи жителям уездов, содержание больниц в уездных городах и часть расходов по ликвидации эпидемий.

В соответствии с данными, содержащимися в монографии «Кировская областная клиническая больница. 1802 – 2012», земство сразу же занялось укреплением материальной базы губернской земской больницы. Старший врач больницы Кармильский сообщал, что губернским земством в 1867–1868 гг., в ней было «... 1) устроено в одном из флигелей помещения для старшего врача, 2) устроено в нижнем этаже главного корпуса помещение для арестантской больницы, которая прежде помещалась... во флигеле, 3) поправлены печи в палатах, 4) палаты окрашены, 5) больница снабжена в достаточном количестве бельем, тюфяками, 6) введены лампы и керосиновое освещение, 7) улучшено снабжение больницы медикаментами, 8) увеличено содержание служащим при больнице...» (рис. 1).



Рис. 1. Вятская губернская земская больница. 1900-е годы.

В 1867 г. Вятским губернским земством на устройство и ремонт губернской больницы было израсходовано 17166 руб. 11 коп. В 1869 г. она была капитально отремонтирована: налажено водоснабжение больницы и вентиляция, устроены родильные палаты и теплица. В 1871 г. на постройку бани при больнице было выделено земством 1953 руб. 30,5 коп., на устройство в больнице кухни, пекарни и квасоварни земство израсходовало 7055 руб. 5 коп. [1,46-47].

Уездным земствам пришлось создавать все заново. Прежде всего, строить больницы, где их не было. Уже в 1867 г. решено строить земскую больницу при Ижевском заводе Сарапульского уезда. На покупку дома для городской больницы Нолинское земство в 1869 г. получило от губернского беспроцентную ссуду из «запасного» капитала в 9000 руб.⁴

С просьбами о выделении ссуд на строительство и расширение больниц в уездных городах к губернскому земству обратились Яранское, Елабужское, Орловское, Глазовское и другие земства. Больницы почти сразу появились и в центральных селах всех уездов. Они стали центрами медицинских участков, на которые делились уезды. Сначала таких участков было немного, но уже в

⁴ КОГКУ «ГАКО». Ф. 616. Оп. 1. Д.2 Л.151; Д.10. Лл. 183–184, 55; Д.17. Л. 44.

начале XX века – более 60 [2, 158]. В этом состояла принципиальная новизна организации медицинского дела в Вятской губернии.

Активная деятельность земства в области медицины обусловлена тем, что в течение первых 3 лет (1867–1870 гг.) во главе губернского земства стоял энергичный и просвещенный деятель, титулярный советник, врач Матвей Матвеевич Синцов, гласный (депутат) от г. Орлова. Разработанные М.М. Синцовым, первым председателем Вятской губернской земской управы, положения определили в дальнейшем основные направления деятельности земства по охране народного здоровья. В записке, составленной им по просьбе гласных первого губернского земского собрания, рекомендовалась самостоятельность уездных земств по заведованию медициной. М.М. Синцов предлагал ввести бесплатную медицинскую помощь для всех плательщиков земских налогов и в особенности бедного населения; увеличение медицинского персонала; устройство в наиболее населенных пунктах уезда больниц и приемных покоев, при которых должны постоянно находиться врачи и другой медицинский персонал, т.е. создать стационарную систему⁵. В России она только еще зарождалась.

Для привлечения врачей на вятскую землю губернским земством, а также некоторыми уездными земствами учреждались стипендии для студентов в 200-250 руб. в год с обязательством по окончании курса медицинских наук служить некоторое число лет в Вятском земстве. В 1871 г. стипендиатов земства было уже 29 чел., среди них медиков – 16. В особо тяжелой ситуации стипендиаты могли обращаться в губернскую управу с просьбой помочь им оплатить прослушанный курс лекций⁶. Молодые врачи привлекались в губернию и единовременными денежными пособиями. Чтобы доктора не предпочитали город селу, в сельских медицинских участках рекомендовались

⁵ КОГКУ «ГАКО». Ф. 616. Оп. 1. Д.1 Лл. 44, 51, 55; Д.1 Лл. 86–87.

⁶ Там же. Д.17 Лл. 124, 128, 130.

повышенные, против городских (900 руб. в год), оклады содержания в 1200 руб. Средний оклад врача в России был 1200–2000 руб. в год [2, 160–162].

Вятские губернаторы Н.В. Компанейщиков (1866–1869 гг.) и В.И. Чарыков (1869–1875 гг.) проявляли искренний интерес к деятельности земства, поддерживали, одобряли работу земства по развитию здравоохранения.

Передовые врачи являлись сторонниками скоординированной работы медицинских учреждений, выступали за выработку единых мероприятий по борьбе с инфекциями и общей заболеваемостью. С этой целью в июле 1874 г. был созван I съезд земских врачей Вятской губернии. Инициатором созыва съезда был уездный врач И.И. Молессон. На съезде присутствовал принятый на работу губернским земством первый санитарный врач, литератор и общественный деятель В.О. Португалов⁷. Второй съезд в 1875 г. был посвящен вопросу о медико-статистическом изучении губернии. Всего состоялось 8 съездов губернских врачей. Они посвящались главным образом профилактике инфекционной заболеваемости населения [3, 86].

В 1876 г. в Вятскую губернию был назначен новый губернатор Н.А. Тройницкий. С его приездом отношение администрации к земству совершенно изменилось: вместо сочувствия и содействия земство встречало подозрительность и стремление администрации к вмешательству в земскую жизнь. Уже в первой речи при открытии X очередного губернского земского собрания в 1876 г. губернатор Н.А. Тройницкий (1876–1882 гг.) в противоположность В.И. Чарыкову потребовал прежде всего экономии и сокращения расходов. Земские ассигнования на медицину сократились⁸.

Новый этап в деятельности земств наступает с выборов 1891 г., проводившихся на основе земского положения от 12 июня 1890 г. Эти выборы заметно обновили состав уездных и в особенности губернского земского собрания, дали земству много молодых и образованных деятелей. В их числе

⁷ КОГКУ «ГАКО». Ф. 616. Оп. 1. Д. 625. Лл. 3–9, 26–34, 61–65; Д. 626. Лл. 3–6, 136.

⁸ Там же, Д.40. Лл. 2–3.

был и Авксентий Петрович Батуев. В первый же год работы в земстве он был избран председателем губернской земской управы. Молодым силам, группировавшимся вокруг А.П. Батуева, обязано Вятское земство новым общественным подъемом и интересом к земским делам.

Вятское земство работало не только над совершенствованием организации медицинской помощи населению губернии, главным образом способствовало внедрению в практику достижений науки. Земские врачи были в недавнем прошлом выпускниками Медико-хирургической академии Санкт-Петербурга и медицинского факультета Казанского университета. 1 сентября 1872 г. было создано Вятское научное медицинское общество (Общество врачей г. Вятки). Это было первое научное объединение на вятской земле. Инициатором создания общества являлся врач Иона Иванович Михайлов (1824–1899 гг.), он же стал его председателем⁹.

В конце XIX в. в губернии появилась специализированная медицинская помощь. Врачей-специалистов деревня не знала. Хирурги вырастали из среды земских врачей. Развитие хирургической деятельности было обязано личной склонности врача, его знаниям и смелости. Процесс развития земской специализированной хирургической помощи был длительным и сложным.

В архивных документах отразилась деятельность Совета врачей губернской земской больницы по практической подготовке фельдшерского персонала в 1875–1876 гг. Был приобретен положительный опыт, достигнут хороший результат. Количество участковых фельдшеров выросло с 95 в 1870 г. до 272 в 1890 г.¹⁰ Происходил постепенный рост уровня знаний медицинских работников. Быстрое практическое применение находили научные открытия. В земской губернской больнице в начале XX в. появилось новое оборудование. В 1908 г. был устроен рентгеновский кабинет.

⁹ Там же, Д.23. Лл. 326–327; Ф. 582. Оп. 43. Д. 518. Л. 24;

¹⁰ КОГКУ «ГАКО». Ф. 616. Оп. 1. Д.634. Лл. 50–60.

С первых лет работы земство констатировало, что чрезвычайно высокая смертность населения губернии, доходившая иногда до 5% на сто человек и значительно превосходившая общерусскую – 3,8%, определялась главным образом детской смертностью. Половина и более новорожденных умирала до 1 года. Происходило это прежде всего от низкого уровня народной культуры. Другая причина высокой смертности в губернии заключалась в эпидемиях, в особенности оспы и тифа. С оспой борьба началась с первых лет создания земства. Земские врачи боролись также с эпидемиями тифа, дифтерита и холеры [2, 172].

С 1867 г. по 1900 г. в Вятской губернии более чем в 4 раза увеличилось число врачей: если в 1870 г. их насчитывалось 27, то в 1900 г. находились на штатных должностях и занимались практикой 120 врачей, среди них земских – 86. Тем не менее, основную помощь населению, по-прежнему, оказывали фельдшеры. Их было 368, среди них земских – 333. В 1900 г. Вятская губерния, насчитывавшая 11 уездов, делилась на несколько десятков медицинских участков. В каждом из них была больница на 5 и более коек с радиусом обслуживания от 8 до 120 верст. Всех лечебных заведений было 70, из них земских 54, других ведомств – 8, заводских – также 8. Число всех кроватей в этих заведениях составляло 2048, в том числе 1126 кроватей в городских больницах, а остальные 922 в сельских¹¹.

Земская медицина получила небывалое до того времени развитие. Значительно увеличились ассигнования на медицину. В 8 уездах из 11 в 1898 г. было установлено бесплатное коечное лечение. Вятское губернское земство наряду с расширением и оборудованием отделений губернской больницы продолжало обустройство земских больниц в уездных городах и селах.

К 1914 г. лечебных заведений в губернии было уже 97, из них земских – 73. Число кроватей насчитывало 4092, увеличилось в 2 раза по сравнению с

¹¹ КОГКУ «ГАКО» Справочно-информационный фонд (далее – СИФ). Обзор Вятской губернии за 1900 г. Приложение к всеподданнейшему отчету Вятского губернатора. Вятка, 1901. С.87, 91.

1900 г. В штатных должностях находилось 187 врачей, из них земских – 122. Женщины среди них составляли 36 человек¹². В Вятской губернской земской больнице работали пять отделений: терапевтическое, хирургическое, инфекционное, родильное и психиатрическое. Велось разукрупнение медицинских участков. Накануне Февральской революции в губернии было 73 врачебных участка. Наряду с ними существовали фельдшерские пункты, родовспомогательные учреждения, лечебницы Общества Красного Креста, психиатрические отделения и т.д. Население губернии в 1914 г. составляло 3 791 678 человек. Сельское население значительно преобладало над городским. В городах жило 154434 человека, т.е. 4,1%¹³. В процентном отношении к общему числу жителей губернии рождаемость составляла 5,1%, смертность снизилась по сравнению со второй половиной XIX в. и составляла 3,3% [3,84.].

В результате исследования обнаружены сведения, что открытие лечебных заведений в губернии продолжалось и в годы Первой мировой войны (1914–1918 гг.). К концу 1914 г. всех лечебных заведений было уже 110, из них земских – 78. Военное ведомство в Вятке не имело своего госпиталя для нижних чинов. Прибывавшие в губернию с фронтов больные и раненые воины проходили лечение в терапевтическом отделении губернской больницы, в лазарете, устроенном в помещении Медицинского общества Вятской губернии, в лазаретах Общества сестер милосердия и Общества Красного Креста, а также в других лечебных заведениях. В каждом из них было увеличено число кроватей. В 1914 г. в губернии на медицинские нужды было израсходовано 1809092 руб. 88 коп.¹⁴. В годы Первой мировой войны земства внесли огромный вклад в дело организации медицинской помощи раненым воинам, беженцам, пленным и переселенцам.

¹² КОГКУ «ГАКО» СИФ. Обзор Вятской губернии за 1913 г. Приложение к всеподданнейшему отчету Вятского губернатора. Вятка, 1914. С.94,96.

¹³ КОГКУ «ГАКО» СИФ. Обзор Вятской губернии за 1914 г. Приложение к всеподданнейшему отчету Вятского губернатора. Ведомость о движении населения в Вятской губернии за 1914 г. Приложение №3. Вятка, 1915.

¹⁴ КОГКУ «ГАКО» СИФ. Обзор Вятской губернии за 1914 г. С.128.

В январе 1918 г. земское самоуправление, а вместе с ним и земская медицина были упразднены. Вятская губернская земская больница передана в ведение губернского отдела здравоохранения. Созданное в годы советской власти отечественное здравоохранение практически все заимствовало у земской медицины: прежде всего бесплатность, общедоступность, профилактическую направленность оказания медицинской помощи, участковый принцип, участие населения в охране здоровья.

Открытие школ – второе по значимости направление в работе Вятского земства. По реформе образования 1803 г. школы Вятской губернии были включены в состав Казанского учебного округа. В соответствии с новым уставом учебных заведений 1804 г. в губернии открывались учебные заведения трех типов: приходские училища с двухгодичным сроком обучения, уездные училища также с двухгодичным сроком обучения и четырехлетние гимназии.

Гимназия в Вятке открылась в 1811 г. на базе главного народного училища. Первое уездное училище появилось в Елабуге в 1809 г. Затем повышенные начальные школы возникли в Вятке, Сарапуле, Яранске, Слободском, Котельниче, Глазове. Приходские училища стали открываться во втором десятилетии XIX в. К 1830 г. их насчитывалось восемь. Создавались и волостные училища для подготовки писцов, школы для государственных и удельных крестьян. К 1864 г. в губернии было 302 начальных народных училища. В них учились 6927 мальчиков и 918 девочек [4, 10]. Подготовленных учителей было крайне мало. Их жалованье составляло 100 руб. в год. Не было школьной мебели. В лучшем случае ученики сидели за большим столом на скамейках по 10-15 человек в ряд, но часто прямо на полу, на соломе.

По «Положению о земских учреждениях» расходы земства делились на обязательные и желательные. К последним относились расходы на народное образование. Несмотря на это, с первых дней своего существования Вятское земство первостепенное значение придавало народному просвещению.

Первое собрание губернского земства в 1867 г. поставило на обсуждение вопрос о народном образовании. Было признано, что на открытие школ потребуется 3000 руб. Расходы были возложены на уездные земства. Губернское земство осуществляло наблюдение за действиями уездных земств¹⁵. На собрании 1869 г. было отмечено, что за 1868–869 гг. в губернии открыто 117 низших школ [5, 79]. На развитие народного образования Вятское земство направляло средств больше, чем другие земства, даже столичные. В 1868 г. в среднем в губерниях расходовалось на школы 5,1% земского бюджета, в Вятской губернии – 12,1%; в 1878 г., соответственно, 12% и 19,8%, в 1890 г. – 15,3% и 23%. В последующие годы эта разница еще больше увеличилась [6,83].

К 1879 г. общее число школ в губернии составляло 623. В начале 80–ых годов XIX в. разработано новое положение о церковно-приходских школах. По нему эти школы переходили под управление местной епархиальной власти. За вычетом церковно-приходских школ в 1883 г. в губернии было 507 народных училищ [6, 83] (рис. 2).



Рис. 2. Первое здание Кикнурского земского мужского двухклассного училища

Губернское земство заботилось о подготовке учителей. Было ассигновано 4500 руб. на организацию педагогического класса при Вятской

¹⁵ КОГКУ «ГАКО». Ф. 616. Оп. 1. Д. 1. Л.8.

женской гимназии и выделены средства на стипендии тем учащимся, которые хотели стать в будущем земскими учителями. В 1869 г. губернское земство выдвинуло предложение об открытии земского сельскохозяйственного технического училища, чтобы готовить специалистов по нескольким направлениям, в том числе учителей для народных школ. В 1872 г. училище открылось, успешно развивалось, стало значительным событием в культурной жизни губернии. Однако в 1880 г. по не зависящим от земства обстоятельствам было преобразовано в реальное училище, хотя его выпускники считались лучшими учителями народных училищ. Для работы в земских школах уездные земства постепенно увеличивали вознаграждение учителям, но оно оставалось низким. По данным кировского исследователя Н.В. Лаптевой: «В 1868 г. жалование учителей народных училищ составляло 150–200 руб. в год. В начале XX в. дошло до 240–300 руб. в год за исключением Орловского уезда, где оно было меньше». К категории среднеобеспеченной интеллигенции относились в России лица с доходом в 50–150 руб. в месяц (600–1800 руб. в год). Учитель, начинавший службу в казенной гимназии, получал оклад 60–65 руб. в месяц [5, 79] (рис. 3).



Рис. 3. Работники народных училищ Вятской губернии

Вятское земство организовывало учительские съезды, но с 1895 г. они были запрещены. Для повышения квалификации учителей в уездах проводились краткосрочные курсы. Ряд школ перешли на новые методы обучения. В 1903 г. была открыта учительская семинария в слободе Кукарка, в 1912 г. – женская учительская семинария в Сарапуле, в 1915 г. – в Глазове. При вятском городском училище созданы одногодичные курсы подготовки учителей. С этой же целью 5 женских прогимназий были преобразованы в полные гимназии. К концу XIX в. губерния имела едва ли не в каждом городе по женской гимназии: из 11 уездных городов только в трех их не было. В 1914 г. в Вятке открыт учительский институт. Благодаря этим мерам в начале XX в. большинство учителей начальной школы имели специальное или общее среднее образование [6, 84].

Постепенно стали создаваться школьные библиотеки. Земство выделяло средства для бесплатной раздачи книг детям. По инициативе председателя губернской земской управы А.П. Батуева издавались маленькие «пятирублевые» библиотеки, куда входили произведения русских писателей. Нередко они служили началом создания школьных библиотек.

За последние три десятилетия XIX в. губернским и уездными земствами было открыто 993 школы, из которых 48% – в последние 4 года столетия. Деятельность в начале 90-х годов XIX в. А.П. Батуева и в целом Вятского земства по организации народного просвещения высоко оценивали и современники. В журнале «Русская школа» за 1897 г. читаем: «...В течение каких-нибудь двух лет вятские земства увеличили число своих школ на 700 слишком, т.е. более, чем вдвое. Примера такой энергичной деятельности в области народного просвещения Россия еще не знала. При этом уездные земства Вятской губернии работают дружно при содействии губернского земства, причем такой гармонии в работе уездных и губернских земств у нас также до сих пор еще не встречалось...» [7, 231].

Во второй половине XIX в. налоги на население росли. Значительно увеличился и земский налог, что вызывало некоторое недовольство крестьян. Однако, за три десятилетия земство успело сделать очень много. Из 4 320 279 руб. общих земских расходов в 1900 г. по Вятской губернии 2 420 тыс. руб. или более половины (1 362 тыс. руб. и 1 058 тыс. руб.) было направлено на народное образование и медицину [8,19].

На средства земства строились добротные здания, однако проблема школьных помещений стояла остро. В 1910 г. 2/3 всех школ располагались в арендованных крестьянских избах. Всего при помощи земства открылись 35 средних школ, 10 городских училищ, 2500 начальных школ. Исследованием установлено, что в 1914 г. в губернии работало уже 3489 учебных заведений. За год их число увеличилось на 116. Были открыты вторая мужская гимназия в г. Вятке и гимназия при Ижевском заводе. Общее число учащихся во всех учебных заведениях достигло 216867 человек. В школах училось 146033 мальчика и 7083 девочки. По сравнению с 1913 г. рост учащихся произошел на 6465 человек¹⁶. Задачу введения всеобщего начального образования планировалось решить в 1918 г., открыв 900 новых школ. Однако революционные потрясения 1917 г. прервали поступательное развитие земской школы (рис. 4).



Рис. 4. Вятская мужская гимназия и вид улицы Спасской. Начало XX в.

¹⁶ КОГКУ «ГАКО» СИФ. Обзор Вятской губернии за 1914 г. С.159–160.

Вятское земство не жалело средств и трудов на развитие и поддержку народного просвещения. С первых шагов своей деятельности стало считать народное образование важнейшим путем для повышения уровня жизни народа.

Выводы

Отмена крепостного права в 1861 г. и либеральные реформы 1864–1874 гг. оказали огромное влияние на последующую историю России. В 1867 г. в лице губернского земского собрания вятская земля получила новый, всеобщий орган местного самоуправления. Земство сыграло большую положительную роль в улучшении жизни вятской деревни. Вскоре вятская земля покрылась сетью земских школ и больниц. В истории Вятской губернии остались имена выдающихся земских деятелей – врачей Матвея Матвеевича Синцова, Ионы Ивановича Михайлова, В.О. Португалова, председателя губернской земской управы Авксентия Петровича Батуева. Их характеризовала безукоризненная честность, душевная доброта, благородное служение делу «народного здравия» и просвещения. В начале XX в. центром развития хирургии являлась Вятская губернская земская больница. Преодолевая трудности, вятские хирурги внедряли в практику достижения науки.

Список литературы

1. Куковьякин С.А., Троегубов В.И., Куковьякина Н.Д., Поляков К.Л. Кировская областная клиническая больница. 1802 – 2012. – Киров: КОГБУЗ МИАЦ, – 2012. [Kukovyakin S. A. Announce V. I., Kukovyakin N. D., Polyakov K. L. *Kirovskaya oblastnaya klinicheskaya bol'nitsa. 1802 – 2012.* Kirov: KOGBUS MIAC. 2012.. (in Russ.)].
2. Голубев П.А. Земская медицина //Краткий обзор деятельности Вятского губернского земства за 35 лет. (1867–1902 гг.). Вып.1. – Вятка, 1906. – С. 149–176. [Golubev P. A. *Zemskaya meditsina* In: *Kratkiy obzor deyatel'nosti Vyatskogo gubernskogo zemstva za 35 let. (1867–1902.)* Vol.1. Vyatka, 1906. pp. 149–176. (in Russ)].
3. Токарев В.Г. К истории земской медицины в Вятской губернии // Советское здравоохранение. – 1969. – № 6. – С.82–86. [Tokarev V. G. *K istorii zemskoy meditsiny v Vyatskoy gubernii. Sovetskoe zdavoohranenie.*1969;(6):. 82–86.(in Russ)].
4. Красев А. Начальные народные училища Вятской губернии. – Вятка, 1900. [Krasev A. *Nachal'nye narodnye uchilishcha Vyatskoy gubernii.* Vyatka, 1900. (in Russ)].

5. Лаптева Н.В. Деятельность Вятского земства в области школьного дела (1867–1917гг.) // Российские регионы: проблемы, суждения, поиск путей развития: тезисы IV межрегиональной научно-практической конференции. Киров, 2001. С. 79–81. [Lapteva N.V. Deyatel'nost' Vyatskogo zemstva v oblasti shkol'nogo dela (1867–1917gg.). (Conference proceedigs) Mezhhregional'naya nauchno-prakticheskaya konferentsiya "Rossiyskie regiony: problemy, suzhdeniya, poisk putey razvitiya". Kirov, 2001. pp. 79–81. (in Russ)].

6. Храбрикова Т.Б. Развитие начальной школы в Вятской губернии до 1917г. // Вятская земля в прошлом и настоящем: материалы III науч. конф., посвящ. 50-летию Победы в Великой Отеч.войне: в 5 т. Киров, 1995. Т.1. С.82–85.[Hrabrikova T.B. Razvitie nachal'noy shkoly v Vyatskoy gubernii do 1917g. (Conference proceedigs): Vyatskaya zemlya v proshlom i nastoyashchem: materialy III nauchno-prakticheskaya konferentsiya, posvyashch. 50-letiyu Pobedy v Velikoy Otech.voyne: v 5 t. Kirov, 1995. Vol.1. pp. 82–85. (in Russ)].

7. Абрамов Я. Хроника народного образования //Русская школа. 1897. – Февраль. – С.230–234. [Abramov Ya. Hronika narodnogo obrazovaniya. *Russkaya shkola*. 1897. – Fevral'. pp. 230–234. (in Russ)].

8. Голубев П.А. Организация земских учреждений в Вятской губернии //Краткий обзор деятельности Вятского губернского земства за 35 лет. (1867–1902 гг.). Вып.1. – Вятка, 1906. С. 1–36. [Golubev P. A. Organizatsiya zemskih uchrezhdeniy v Vyatskoy gubernii In: *Kratkiy obzor deyatel'nosti Vyatskogo gubernskogo zemstva za 35 let. (1867–1902)*. Vyatka, 1906. Vol.1. pp. 1–36. (in Russ)].

УДК 614.1 (519.23)

О РАЗРАБОТКЕ АЛГОРИТМА ПО ВЫБОРУ СТАТИСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Караулова Л.В.

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

Научное исследование в области медицины подразумевает сбор экспериментальных данных, их обработку и анализ полученных результатов.

Грамотное осуществление эксперимента и практическая интерпретация полученных результатов во многом зависит от правильного выбора статистического критерия, с помощью которого будет обосновываться выдвинутая гипотеза научного исследования. В статье анализируется проблема создания алгоритмического подхода к выбору статистического критерия при проверке научной гипотезы в медико-биологических исследованиях, поскольку часто исследователь, получив результаты, не может обоснованно выбрать метод их статистического анализа. Проводится анализ различных подходов к выбору статистического метода и отмечается, что в них не находит отражения неоднозначность сопоставления научной гипотезы и статистического критерия. Предлагается подход к разработке указанного алгоритма с учетом указанной неоднозначности. Данный подход позволяет осуществить выбор статистического критерия на этапе планирования эксперимента и содержит рекомендации по сбору экспериментальных данных.

Ключевые слова: статистический критерий, медико-биологические исследования.

**ON THE DEVELOPMENT OF ALGORITHM
OF THE CHOICE OF STATISTICAL
CRITERIA IN MEDICAL AND BIOLOGICAL RESEARCH**

Karaulova L.V.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (210027, Kirov, K.Marx Streey,
112), e-mail: v.karaulov@mail.ru*

Scientific research in the field of medicine implies collection of experimental data, their processing and analysis of the results obtained. Competent implementation of the experiment and practical interpretation of the results obtained much depend on the right choice of the statistical criterion by which the proposed hypothesis of the scientific research will be justified.

Since the researcher, having received the results, often can not reasonably choose the method of statistical analysis, the article below analyzes the problem of creating an algorithmic approach to the selection of a statistical criterion for testing a scientific hypothesis in biomedical research. Analysis of various approaches to the choice of the statistical method demonstrates that ambiguity in the comparison of a scientific hypothesis and a statistical criterion is not reflected in them. It is proposed to take into account this ambiguity. Such an approach allows us to select a statistical criterion at the stage of the experiment planning and provides recommendations for collection of experimental data.

Key words: statistical test, medical and biological research.

Введение

Обоснование гипотезы научного медико-биологического исследования включает в себя выдвижение статистической гипотезы, соответствующей цели исследования, ее проверку и практическую интерпретацию полученного результата.

Казалось бы, наличие специализированных пакетов прикладных программ (STATISTIKA, SPSS, BIOSTAT и др.), а также статистических калькуляторов on-line в свободном доступе позволяет без особых проблем применить тот или иной статистический критерий для проверки научной гипотезы. Однако в работах многих исследователей, например, [1], [2], отмечается проблема некорректного использования статистических критериев в медико-биологических исследованиях, приводящего к необоснованным выводам. Происходит это потому, что использование подобных программных продуктов позволяет решить проблему рутинных расчетов, но не освобождает исследователя от необходимости обоснования нужного критерия и интерпретации полученного результата с практической точки зрения. Поэтому медик-исследователь должен иметь представление о допустимости применения и возможностях рассматриваемых статистических методов.

Наличие достаточного количества учебников и учебно-методических пособий по использованию математико-статистических методов для обработки результатов научного исследования (эксперимента) само по себе также не решает проблему их грамотного применения. Это объясняется тем, что в основном данная литература ориентирована на лиц, имеющих специальные знания, а медицинский вуз не может в рамках существующей учебной программы обеспечивать своим выпускниками профессиональный уровень владения медицинской статистикой. Главная проблема, как отмечалась выше, связана не с проведением математических расчетов, а с обоснованным выбором подходящего статистического критерия.

Основное содержание

Решение данной проблемы многие исследователи видят в разработке алгоритмов выбора статистических критериев, и в отдельных случаях представления процедуры выбора в виде блок-схемы. При этом единого подхода к построению алгоритма пока нет.

Например, в [3] алгоритм выбора критериев основывается на выделении типовых (наиболее распространенных) задач, возникающих в медико-экспериментальных исследованиях, и описание статистических методов предлагается в виде «рецептов» для решения этих задач. В перечень типовых задач входят: описание данных, изучение сходства/различия, исследование зависимостей, снижение размерности, классификация и прогноз.

В работе [4] процедуру выбора статистического критерия предлагается начинать с ответа на вопрос, представляет ли интерес задача о взаимодействии между двумя признаками. В случае положительного ответа предлагается использовать корреляционно-регрессионный анализ, а в случае отрицательного – либо использовать методы многомерного анализа (если выборка более двух), либо осуществлять выбор с учетом закона распределения исследуемого признака (нормального или отличного от нормального).

Однако на практике исследователь может испытывать затруднения с определением типовой задачи. Приведем упрощенный пример. Пусть требуется подтвердить (опровергнуть) гипотезу о том, что с возрастом у людей повышается содержание холестерина в крови. Эту задачу можно отнести и к задаче установления зависимости (и применить корреляционно-регрессионный анализ), и к задаче установления сходства/различия содержания холестерина в крови у лиц молодого и пожилого возраста. Если фактор «возраст» рассматривается в совокупности с другими факторами и требуется оценить существенность вклада этого фактора по сравнению с другими, то возникает задача снижения размерности, для решения которой рекомендуются метод главных компонент, множественный дисперсионный анализ, множественный регрессионный или множественный логистический регрессионный анализ. Таким образом, одной и той же задаче научного исследования может быть сопоставлены различные типовые задачи, а значит, различные статистические критерии.

При выборе статистического критерия предлагается также отталкиваться от вида исследуемого (результативного) признака [4–6]. Например, в [5] сначала определяется вид результативного признака (количественный или качественный), а затем предлагается алгоритм выбора статистического критерия в виде блок-схем для каждого вида признака с учетом числа сформированных выборок и их зависимости/независимости.

Однако в этом случае исследовать снова сталкивается с проблемой неоднозначности выбора критерия. В рассмотренном нами упрощенном примере результативный признак «содержание холестерина» можно рассматривать и как количественный, и как качественный (со значениями признака «низкий», «средний», «высокий»), и как дихотомический («в норме» и «выше нормы»). Число групп испытуемых и принципы их формирования также могут различаться. Можно сформировать две (или более) зависимых выборки, т.е. запросить данные об уровне холестерина у одних и тех же испытуемых

через определенные промежутки времени, а можно сформировать две (или более) независимые выборки лиц разных возрастных групп.

Таким образом, одной гипотезе научного исследования можно сопоставить различные статистические критерии и классификации, предполагающие описанные выше подходы к выбору статистического критерия, автоматически ведут к «сужению» множества критериев, которые можно применить. При этом исключается возможная ситуация, когда по одному критерию подтверждается нулевая, а другому – конкурирующая гипотеза, что предполагает достаточно интересные с практической точки зрения выводы.

Заметим также, что теоретически выбор статистического критерия должен проводиться на начальном этапе научного медицинского исследования, т.е. до начала проведения эксперимента и сбора статистических данных. Однако процедура выбора критерия, начинающаяся с ответов на вопросы «Признак распределен нормально?», «Сформировано две выборки?», «Выборки зависимые?» и т.п. создает у многих исследователей представление, что нужно сначала собрать статистический материал, а уже затем попытаться «подогнать» полученные данные под подходящий критерий. Подобный подход может привести к тому, что выводы на основании выбранного критерия окажутся недостаточно информативными и возникнет необходимость в сборе дополнительных данных, а значит, к дополнительным временным и финансовым затратам.

Таким образом, выбор статистического критерия должен являться продуктом анализа рабочей гипотезы, а процедура выбора – ставить цель описать множество статистических критериев, которые могут быть сопоставлены рабочей гипотезе, а также рекомендации по формированию выборок (их численности, зависимости и объема).

Нам представляется нецелесообразным выделять задачу установления наличия (отсутствия) зависимости между признаками в отдельный класс

типовых задач, поскольку гипотеза медико-биологического исследования (как любая научная гипотеза) содержит утверждение о наличии/отсутствии существенного влияния факторного признака X (или совокупности факторных признаков) на результивный признак Y . В частности, это может быть гипотеза о том, что выполнение определенных условий представляет собой более эффективный метод лечения. Метод сходства/различия или метод сопутствующих изменений – это не отдельно выделяемые задачи статистического исследования, а способы установления причинно-следственной связи на основании экспериментальных данных.

Цель проверки статистической гипотезы – установить, является ли зависимость Y от X существенной, а в случае положительного ответа по возможности охарактеризовать эту зависимость (указать направление, степень связи, найти ее функциональное выражение и т.п.). В многофакторном случае ставится вопрос не только о влиянии отдельных факторов, но и их взаимовлиянии на результат. Математико-статистический аппарат, применяемый при многофакторном анализе, значительно сложнее, чем аппарат для анализа однофакторного, поэтому в рамках данной статьи мы ограничимся описанием алгоритма выбора статистического критерия для однофакторной зависимости.

При выборе статистического критерия важен вид не только результивного (исследуемого), но и факторного признака, поэтому начать выбор критерия рекомендуется с ответа на вопрос: «Могут ли признаки X и Y рассматриваться как количественные?». В случае положительного ответа для анализа зависимости может применяться корреляционно-регрессионный анализ. Если хотя бы один из этих признаков не может рассматриваться как количественный, то для установления наличия (отсутствия) связи рекомендуется применить метод сходства/различия. Поскольку количественные признаки могут рассматриваться и как качественные, и как дихотомические, то для количественных признаков X и Y также могут применяться методы

сходства/различия. Таким образом, находит отражение неоднозначность соответствия между гипотезой исследования и статистическим критерием.

Продемонстрируем начальный этап выбора критерия на рисунке 1.



Рис. 1. Начальный этап выбора статистического критерия

В случае, когда предстоит сформировать две или более выборки, необходимо определить, зависимыми или независимыми будут эти выборки.

Зависимые выборки подразумевают динамический способ их формирования, т.е. выборки состоят из одних и тех же элементов (испытуемых), у которых значения признака Y фиксируются несколько раз. Поэтому часто в научной и научно-методической литературе гипотезу о существенности различий значений этих выборок называют оценкой существенности сдвига.

Процедуру выбора статистического критерия для зависимых выборок изобразим на рисунке 2.



Рис. 2. Выбор статистического критерия для зависимых выборок

Независимые выборки подразумевают пространственный способ их формирования, т.е. выборки состоят из разных элементов (испытуемых) и могут

иметь разные объемы. Процедуру выбора статистического критерия для независимых выборок изобразим на рисунке 3.

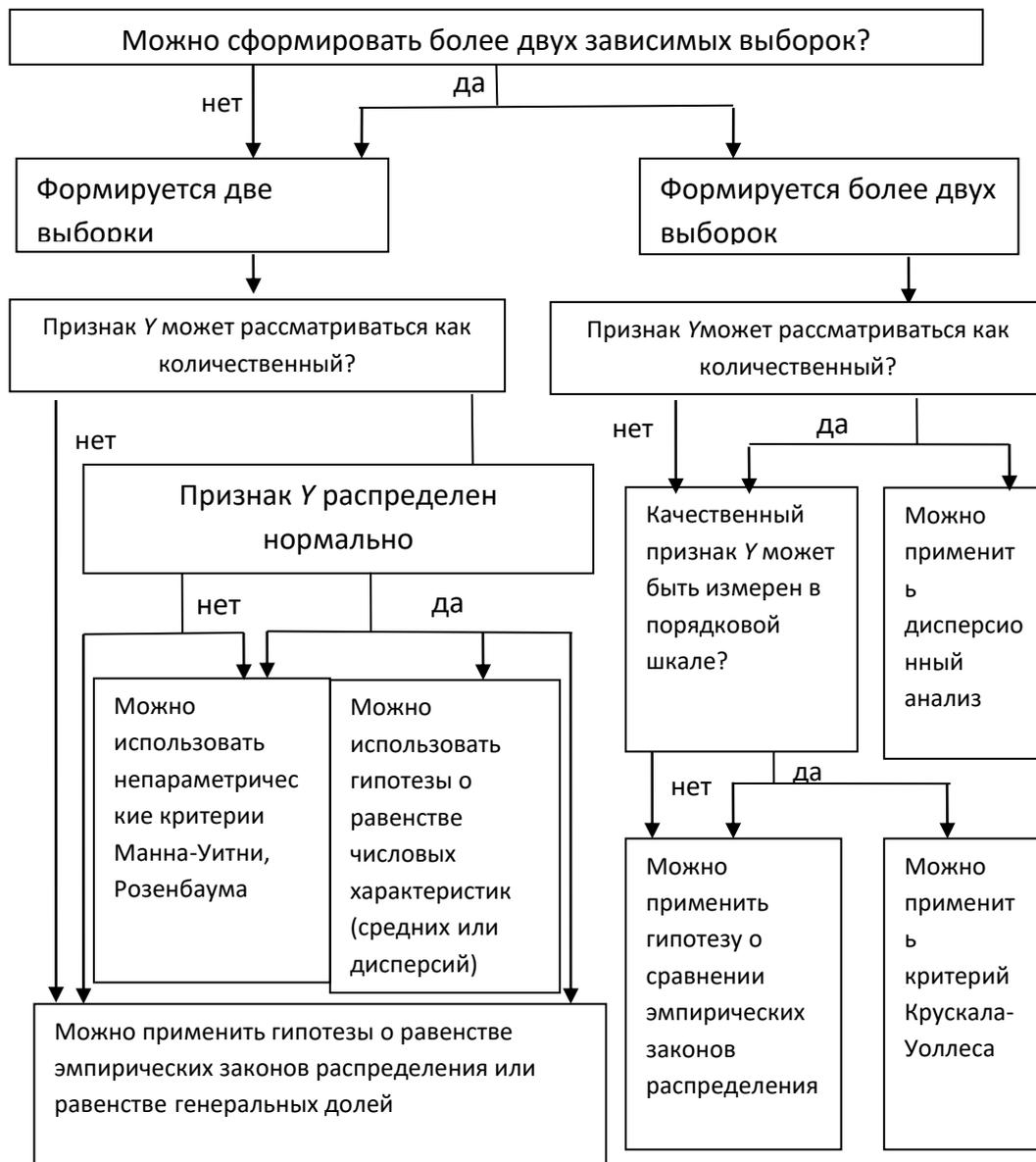


Рис. 3. Выбор статистического критерия для независимых выборок

Выводы

Таким образом, предлагаемый алгоритм выбора статистического критерия отражает неоднозначность его сопоставления гипотезе исследования. Исследователь получает представление о том, какие выборки он должен сформировать и как измерить изучаемые признаки, чтобы применить тот или

иной критерий, и поэтому исходит не из того, какие данные у него уже собраны, а из того, какие данные ему могут быть доступны.

Как отмечалось выше, более глубокий анализ причинно-следственной связи в научных исследованиях предполагает использование многофакторных статистических методов. В рамках данной статьи мы не рассматриваем их, однако отметим, что подход к выбору статистического критерия может основываться на том же принципе неоднозначности сопоставления статистического критерия гипотезе научного исследования.

Список литературы

1. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.: Практика, –1998. [Glants S. *Mediko-biologicheskaya statistika*. Moscow: Practica; 1998. (In Russ.)]
2. Леонов В.П. Ошибки статистического анализа биомедицинских данных // Международный журнал медицинской практики. –2007. –Вып. 2. –С. 19–35. [Leonov V.P. *Oshibki stasisticheskogo analiza biometricheskih dannyh. Mezhdunarodnyi zhurnal medicinskoj praktiki*. 2007;2:19–35. (In Russ.)]
3. Новиков Д.А., Новочадов В.В. Статистические методы в медико- биологическом эксперименте (типовые случаи). – Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2005. [Novikov D.A., Novikov V.V. *Statisticheskie metody v medico- biologicheskom ehksperimente (tipovye sluchai)*. Volgograd: VolGMU; 2005. 84 p. (In Russ.)]
4. Румянцев П.Р., Саенко В.А., Румянцева У.В., Чекин С.Ю. Статистические методы анализа в клинической практике. // Проблемы эндокринологии. –Т.55. – №5. Обнинск: ГУ РМНЦ РАМН, 2009. –С.48–55. [Rumyantsev P.R., Saenko V.A., Rumyantseva Yu.V., Chekin S.Yu. *Statisticheskie metody analiza v klinicheskoi praktike. Problemy ehndokrinologii*. Obninsk: GU RAMN; 2009; 55(5):48–55 (In Russ.)]
5. Мухаматзанова М.Ш., Захарова М.А., Вельш В.А. О выборе метода статистической обработки данных для медико-социологических исследований// Волгоградский научно-медицинский журнал. –2009. –№ 2. – С.51–53. [Muhamatzanova M.Sh., Zaharova M.A., Vel'sh V.A. *O vybore metoda stasisticheskoi obrabotki dannyh dlya mediko-sociologicheskikh issledovaniy*. *Volgogradskii nauchno-meditsinskii zhurnal*. 2009;(2):51–53 (In Russ.)]

6. Гржибовский А.М. Выбор статистического критерия для проверки гипотез // Экология человека. – 2008. – Вып. 11. – С.48–57. [Grzhibovskii A.M. Vybór statisticheskogo kriteriya dlya proverki gipotez. *Ehkologiya cheloveka*. 2008;11:48–57. (In Russ.)]

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

УДК. 6.61.618

ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ

Иутинский Э.М., Дворянский С.А., Яговкина Н.В., Овчинников В.В.,
Макарова И.А.

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

В статье приведен опыт кафедры акушерства и гинекологии по организации симуляционного обучения студентов 4 – 6 курсов специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия» на базе центра АСО Кировского ГМУ. Приведены основные положительные моменты такого обучения, направленные на формирование у будущих врачей клинического мышления, профессиональных навыков и компетенций, в том числе коммуникативных.

Ключевые слова: Симуляционное обучение, акушерство и гинекология, клиническое мышление, профессиональные компетенции

SIMULATION TRAINING TECHNIQUES TO TEACH STUDENTS AT THE CLINICAL DEPARTMENT

Iutinsky E.M., Dvoryansky S.A., Yagovkina N.V., Ovchinnikov V.V.,
Makarova I.A.

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

The article presents the experience of the Obstetrics and Gynecology Department in organizing simulation training for 4th-, 5th- and 6th-year students majoring in Internal Medicine and Pediatrics. The training is organized in the Certification and Simulation Training Center at Kirov State Medical University. The article describes the main positive aspects of training aimed at the formation of future doctors' clinical thinking, professional skills and competencies, including professional communication.

Keywords: Simulation training, obstetrics and gynecology, clinical thinking, professional competencies

Введение

Отличительным признаком современного медицинского образования является широкое внедрение в процесс обучения практических занятий с использованием разнообразных фантомов, моделей, муляжей, тренажеров, виртуальных симуляторов и других технических средств обучения, позволяющих с той или иной степенью достоверности моделировать процессы, ситуации и иные аспекты профессиональной деятельности медицинских работников.

Все это в конечном итоге позволяет создать систему использования симуляционного (имитационного) обучения, применение которой призвано существенно повысить эффективность и безопасность оказываемой медицинской помощи.

Главным и самым важным преимуществом имитации является возможность объективной регистрации параметров выполняемой профессиональной деятельности с целью достижения высокого уровня подготовки каждого специалиста.

Основное содержание

Действующая в Российской Федерации система образования медицинских специалистов способствует совершенствованию оказания медицинской помощи, но не обеспечивает выявления врачей и медицинских сестер с недостаточным уровнем подготовленности и плохими показателями деятельности, так как не направлена на оценку всех сфер компетентности специалистов. Внедрение контроля уровня подготовленности через систему симуляционного обучения могло бы способствовать решению этой проблемы.

В существующих законах и стандартах, регламентирующих подготовку медицинских работников (Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"), говорится о том, что практическая подготовка медицинских работников обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности под контролем работников образовательных организаций. Пациент должен быть проинформирован и вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. Поэтому во многих стационарах сейчас складывается такая ситуация, в которой студенты просто лишены возможности пройти практическую подготовку с участием пациентов, поскольку последние зачастую от нее отказываются.

Внедрение симуляционного обучения в процесс профессиональной подготовки будущих врачей может коренным образом изменить эту ситуацию.

В целом схема подготовки специалистов в медицинском вузе может выглядеть следующим образом:



Рис. 1. Схема обучения студентов

Данная концепция уже в течение 2 лет с успехом реализуется на кафедре акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России.

В учебную программу дисциплины «Акушерство и гинекология» для студентов 4, 5 и 6 курсов специальностей «Лечебное дело» и «Педиатрия» включен учебный модуль по симуляционному обучению на базе центра АСО Кировского ГМУ.

Каждое практическое занятие в центре аккредитации и симуляционного обучения имеет четкую структуру и состоит из следующих частей:

- 1) входной контроль уровня подготовленности, инструктаж об имитации, получение задания (до 20% времени),
- 2) непосредственное выполнение заданий,
- 3) обсуждение выполнения (дебрифинг),
- 4) итоговое выполнение (до 10% времени).

На вторую и третью часть отводится не менее 70% времени, при этом в зависимости от вида компетенций распределение между ними может соотноситься от 60:10 для отдельных навыков и до 30:40 для профессиональной деятельности в целом.

Использование симуляционного обучения не только позволяет студентам хорошо подготовиться к процессу первичной аккредитации, являющейся обязательным условием для начала самостоятельной профессиональной деятельности, но и позволяет формировать знания, умения и профессиональные навыки студентов путем вовлечения их в активную учебно-познавательную деятельность.

Обучение на базе симуляционного центра предполагает использование такой системы методов обучения, которая направлена главным образом, не на изложение преподавателем готовых знаний и их воспроизведение, а на самостоятельное овладение студентом знаниями в процессе активной практической деятельности.

Именно с помощью отработки практических навыков, под руководством преподавателя студенты овладевают знаниями и умениями необходимыми для их профессиональной деятельности.

В основе практической подготовки студентов на базе центра АСО лежит в том числе диалогическое общение, как между преподавателем и студентами, так и между самими студентами, позволяющее им выработать необходимые коммуникативные навыки, умение решать проблемы коллективно. Активные методы практического обучения направлены на привлечение студентов к самостоятельной познавательной деятельности, призваны вызвать личностный интерес к решению каких-либо практических задач и дать возможность применения студентами полученных знаний. Таким образом, практические методы обучения способствуют тому, что в усвоении знаний, умений, навыков участвуют все психические процессы (речь, память, воображение и т.д.).

Общеизвестно, что люди запоминают информацию лучше всего тогда, когда они активно вовлечены в решение практических задач и упражнений в процессе обучения. Они помнят 20% того, что слышат, 40% того, что видят и слышат, и 80% того, что слышат, видят и выполняют.

Выводы

Таким образом, использование преподавателями активных методов практической подготовки на базе симуляционного центра способствует преодолению стереотипов в обучении, выработке новых подходов к профессиональным ситуациям, развитию творческих способностей студентов и в конечном итоге ведет к лучшему усвоению материала, а значит к росту успеваемости студентов по итогам промежуточных и итоговой аттестации.

Цель практического обучения с использованием симуляторов состоит не только в том, чтобы дать знания и навыки, но и в том, чтобы создать базу для работы по решению проблем после того, как обучение закончится.

Обучение наиболее эффективно, если оно учитывает реальную практическую ситуацию, возникающую при выполнении врачом своих ежедневных профессиональных задач в схожих профессиональных условиях.

Использование практического обучения должно включать действия, которые помогают студентам выработать клиническое мышление, попрактиковаться на реальных задачах и в выработке решений, приобрести навыки, необходимые для дальнейшей эффективной работы над аналогичными проблемами.

Применение способов обучения с использованием симуляционного оборудования способствует развитию навыков критического мышления и познавательных интересов студентов. На занятиях, где используются эти технологии, студенты чувствуют себя уверенно, свободно выражают свои мысли и спокойно воспринимают замечания, поскольку являются активными участниками учебного процесса. Именно при таких условиях возможно воспитание специалиста, подготовленного к будущему, в котором необходимо решать проблемы и принимать конкретные решения.

Список литературы

1. Гацура О. А., Зимина Э. В., Кочубей А. В. и др. Симуляционные образовательные центры для подготовки кадров здравоохранения в Российской Федерации// Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-8. – С. 1482-1484. [Gatsura O. A., Zimina E. V., Kochubey A. V. et al. Simulyatsionnye obrazovatel'nye tsentry dlya podgotovki kadrov zdavoohraneniya v Rossiyskoy Federatsii. *Fundamental'nye issledovaniya*. 2014; (10-8):S. 1482-1484. (in Russ)].
2. Захарова Л., Нагибина Ю. Симуляционное обучение в системе медицинского профобразования // Сестринское дело. – 2016. – № 6. – С. 24-25. [Zaharova, L., Nagibina Yu Simulyatsionnoe obuchenie v sisteme meditsinskogo profobrazovaniya. *Sestrinskoe delo*. 2016;(6): 24-25. (in Russ)].
3. Шевченко С. Б., Куличенко В. П., Казаков В. Ф., Турзин П. С. Инновационные образовательные технологии в системе непрерывного медицинского образования - эффективный инструмент профессионального развития врача / // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2014. – № 1. – С. 74-80. [Spevchenko S. B., Kulichenko V. P., Kazakov V. F., Turzin P. S. Innovatsionnye obrazovatel'nye tekhnologii v sisteme nepreryvnogo meditsinskogo obrazovaniya - effektivnyy instrument professional'nogo razvitiya vracha. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik*. 2014; (1): 74-80. (in Russ)].

4. Лигатюк П. В., Перепелица С. А., Кузовлев А. Н., Лигатюк Д. Д. Симуляционное обучение в медицинском институте – неотъемлемая часть учебного процесса // *Общая реаниматология*. – 2015. – № 1. – С. 64-71. [Ligatyuk P. V., Perepelitsa S. A., Kuzovlev A. N., Ligatyuk D. D. Simulyatsionnoe obuchenie v meditsinskom institute – neot'emlemaya chast' uchebnogo protsessa. *Obshchaya reanimatologiya*. 2015;(1): 64-71. (in Russ)].
5. Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., Горелик С. Г. Симуляционное обучение медсестер // *Медицинская сестра*. – 2016. – № 4. – С. 7-9. [Il'nitskiy A. N., Proshchaev K. I., Gorelik S. G. Simulyatsionnoe obuchenie medsester. *Meditsinskaya sestra*. 2016;(4): 7-9. (in Russ)].
6. Пасечник И. Н., Скобелев Е. И., Крылов В. В. и др. Симуляционные технологии – инновационный метод подготовки специалистов // *Вестник интенсивной терапии*. – 2014. – № 4. – С. 65-70. Pasechnik I. N., Skobelev E. I., Krylov V. V. i dr. Simulyatsionnye tekhnologii – innovatsionnyy metod podgotovki spetsialistov. *Vestnik intensivnoy terapii*. 2014; (4): 65-70. (in Russ)].
7. Троицкая Н. Б., Блохин Б. М., Гаврютина И. В. и др. Симуляционные технологии в совершенствовании оказания неотложной помощи детям. // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. – 2012. – № 1. – С. 30-33. [Troitskaya N. B., Blohin B. M., Gavryutina I. V. et al. Simulyatsionnye tekhnologii v sovershenstvovanii okazaniya neotlozhnoy pomoshchi detyam. // *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskiy vestnik*. 2012;(1): 30-33. (in Russ)].
8. Филимонов, В. Симуляционная технология обучения врачей ведению пациентов в критических ситуациях : методические рекомендации // *Медицинская газета*. – 2012. – № 73. – С. 8- 9. [Filimonov, V. Simulyatsionnaya tekhnologiya obucheniya vrachev vedeniyu patsientov v kriticheskikh situatsiyah : metodicheskie rekomendatsii. *Meditsinskaya gazeta*. 2012; (73): 8- 9. (in Russ)].
9. Шумилович, Б. Р., Спивакова И. А. Современные автоматизированные технологии в курсе симуляционного профессионального образования по специальности «Стоматология» // *Институт стоматологии*. – 2014. – № 1. – С. 28-31. [Shumilovich, B. R., Spivakova I. A. Sovremennye avtomatizirovannye tekhnologii v kurse simulyatsionnogo professional'nogo obrazovaniya po spetsial'nosti «Stomatologiya». *Institut stomatologii*. 2014;(1): 28-31. (in Russ)].
10. Юдаева, Ю. А. Симуляционный центр как инновационное направление развития медицинского профессионального образования // *Управление инновациями: теория, методология, практика*. – 2014. – № 11. – С. 124-127. [Yudaeva, Yu. A. Simulyatsionnyy tsentr kak innovatsionnoe napravlenie razvitiya meditsinskogo professional'nogo obrazovaniya. *Upravlenie innovatsiyami: teoriya, metodologiya, praktika*. 2014; (11):124-127. (in Russ)].

УДК 3.37.378

**ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
НА СЕМИНАРСКИХ ЗАНЯТИЯХ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ИСТОРИЯ»
В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

**(на примере Федерального государственного образовательного
учреждения «Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации)**

Криушина В.А.

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

В статье автор рассматривает вопросы применения эмоционально-ценностных игровых технологий, используемых в самостоятельной работе студентов при изучении истории в медицинском вузе

Ключевые слова: история, обучение, игра, студенты, самостоятельная работа.

**ORGANIZING STUDENTS' INDEPENDENT WORK IN SEMINARS ON
"HISTORY" SUBJECT AT MEDICAL UNIVERSITY**

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

V. A. Kriushina,

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

In the article the author examines the use of emotional value-based gaming technologies used to organize the independent work of medical university students studying History as a discipline.

Keywords: history, learning, game, students, independent work

Введение

В педагогическое пространство знания-информации (устоявшиеся сведения, которые нужно усвоить студенту) непременно должно входить знание-мысль (состояние ума индивида и смыслы, которые рождаются в сознании в результате собственных усилий обучающегося). Задача преподавателя гуманитарных дисциплин в медицинском вузе состоит в том, чтобы создать на семинаре ситуацию мысли, которая приводит к приращению знаний в сознании всех участников учебной ситуации, позволяет формировать образ истории как науки, обладающей не только познавательным, но и развивающим потенциалом.

Решение этой педагогической задачи оказывается возможным при использовании методики проведения интеллектуальных игр.

Основное содержание

Содержание вопросов учебной игры не может и не должно полностью совпадать с информацией, освоенной студентами при подготовке к занятию; вопросы должны «улавливать» те нюансы и детали в содержании темы, которые могут быть «выведены» из общего контекста путём совместного поиска.

Можно дать вопросам образные названия (заимствование из формата телевизионной игры «Умники и умницы»): представить их либо мелом на доске, либо маркером на ватмане, либо с помощью мультимедиа на экране (если учебная аудитория имеет оборудование). С началом каждого раунда команды по очереди получают право выбрать следующий вопрос по ключевому слову (словосочетанию).

Спортивный вариант организации игры предполагает одновременное участие нескольких команд. Это неизбежно в условиях семинарского занятия. Используется традиционная методика получения ответов – с помощью небольших листов бумаги, на которых пишется краткий ответ, листы эти собираются организаторами игры для подведения итогов раунда. Ответ на вопрос может быть сформулирован кратко, двумя-тремя словами, команды

пишут эти краткие версии ответов на предварительно розданных (в соответствии с количеством вопросов) небольших листах. Эти листы обязательно подписываются названием команды – для этого необходимо выделить 2-3 минуты в рамках организационного момента.

Ответ чаще всего нуждается в развёрнутом комментировании, объяснении. Именно поэтому команды в порядке очередности получают право прокомментировать свой ответ, объяснить, какой логикой они руководствовались при поиске ответа. Остальные команды-участники игры имеют право дополнить устный комментарий [1].

Примеры вопросов, используемых в учебном процессе по дисциплине «История» на первом курсе лечебного факультета Кировского ГМУ в первом семестре 2018-2019 учебного года.

1) на семинаре по теме «Введение в отечественную историю», где анализируется термин «историография» на примере Николая Михайловича Карамзина, возможно предложить следующие задания:

– Историк придерживался консервативного мировоззрения и, поясняя причины тому, писал в 1817 г.: «Я хвалю Самодержавие, а не либеральные идеи, то есть хвалю ЭТО в Северном климате». Продолжите признание Карамзина, учтя, что в основе мысли историка лежит сравнение (ответ: «Я хвалю Самодержавие, а не либеральные идеи, то есть хвалю печи зимою в Северном климате»).

– Желая видеть на губернаторских должностях «мужей умных, добросовестных» и связывая с их деятельностью надежду на то, что «дела в России пойдут как должно», Карамзин предлагал императору дать губернаторам статус наместников, чтобы уйти от ведомственного дробления власти на местах. Монархическое правление, по его мнению, предполагало соединение всех властей в наместнике. Он как «домоправитель» должен был давать отчет исключительно «господину», то есть монарху. Продолжите фразу

Карамзина о российских губерниях: «...всякая губерния есть Россия ... (?)» (Ответ: «всякая губерния есть Россия в малом виде»).

2) на семинаре по теме «Киевская Русь в IX–XII вв.» изучение языческого миропонимания восточных славян (восприятие природного мира связано с миром человеческим и предметным, все объекты и предметы определяются одно через другое – по законам первобытного синкретизма) опирается на отгадывание командами традиционных русских загадок.

Возможно обратиться к краеведческому материалу – к дореволюционному сборнику вятских загадок И.М. Софийского:

- Вёрст не считал, по дорогам не ездил, а за морем бывал (птица);
- Бесится, болтается, всяк за него хватается (рукомойник);
- В небе есть, на земле нет, в бабе два, в мужике ни одного нет (буква Б);
- В сыром в болоте лежит колода: не гниёт, не плеснеет (язык);
- Вышла Марья из подполья, волосы растрепала, золото похватила и опять взад ушла (метла);
- Город лубяной, воевода немой, выйти не может (ребёнок в зыбке);
- Двое живут, одного мёртвого бьют; мёртвый ревет, к нему идёт народ (два сторожа при церкви и колокол);
- Долга, долга Алёна, одной доской покрыта (река);
- Зайко – лисайко, полежи на мне: хоть тебе лихо, да мне хорошо (земля под снегом);
- Из избы – пляшет, в избу – плачет (вёдра);
- Лежит брус на всю Русь; если встанет – до неба достанет (дорога);
- Летом – хохлушка, зимой – молодушка (берёза);
- Маленькая кругленькая, из кармана в карман скачет (копейка);
- Маленько, чёрненько, на лавку вскочит, царя поворотит (блоха);
- Мужик бабу проволоком через потолок (труба и дым);
- На воде родится, на огне вырастает, с матерью увидится – опять умирает (соль);

- На тоненьком, зелёньком весь живот весится (колосья);
- На улице кланяется–кланяется, домой придёт – растянется (топор);
- Пляшу по горнице с работою моею; чем больше верчусь, тем больше толстею (веретено);
- Полна печка пирожков, посерёдке – мяконькой (звезды и месяц);
- Посередь деревьев кузнецы куют (дятлы);
- Село заселено, петухи не поют, люди не встают (кладбище);
- Сидела шушлепа на дереве, приехали по шушлепу на пятёре, взяли шушлепу – об пол хлоп! (сморкаться);
- Сорву косматому голову, выну сердце, дам пить – будет говорить (гусиное перо);
- Стоит посудина нерукотворена, налита в ней каша не варена (соты);
- Сахарный медок на блюде не бывал, а всяк его едал (молоко матери);
- Один махай, четыре гуляй, две – детям страсть, четыре – так всласть (корова);
- Носить могу, а сосчитать не могу (волосы);
- Разошлись все мальчики в тёмные чуланчики – каждый мальчик в свой чуланчик (перчатки);
- Бьют меня палками, мнут камнями, и за то, что все меня любят (хлеб).

3) на семинаре по теме «Россия в XIX веке»:

– «Создание Годунова» (образное словосочетание как намёк на содержание вопроса). «При воззрении моём на пепелище ЕГО, лежащего на покатоности отлогой левого берега Днепра, я восчувствовал тяжкое прискорбие, видя опустошенность города, обглоданный огнем скелет которого чуть напоминал прежнее его благоустройство. Одни лишь исполинские башни крепостной стены, создания Годунова, уныло бормотали о давней его знатности...». 28 октября 1812 г. Наполеон привел туда около 50 тыс. солдат – половину армии, вышедшей из Москвы. Пепелище какого города созерцали солдаты Великой армии? (Ответ – Смоленск).

– «Историческая география». В 1807 г. М.Б. Барклай-де-Толли сказал советнику прусского правительства Б.Г. Нибуру: «Если бы мне пришлось действовать против Наполеона... – я вёл бы отступательную борьбу, увлёл бы грозную французскую армию в сердце России, даже на Москву, истощил бы и расстроил её и, наконец, воспользовавшись суровым климатом, заставил бы Наполеона на берегах ЕЁ найти вторую ЕЁ». 22 июня 1812 г. Александр I написал шведскому наследному принцу Бернадоту: «Однажды вынужденный начать эту войну, я твердо решил продолжать её годы, хотя бы мне пришлось драться на берегах ЕЁ». Назовите ЕЁ – первую, если Барклай и император единодушны в вопросе о её берегах. Назовите ЕЁ – вторую, которую должен был найти Наполеон в сердце России. (Ответ: река Волга, Полтава).

– П.А. Вяземский в «Характеристических заметках и воспоминаниях о графе Ростопчине» и Н.А. Некрасов в поэме «Русские женщины» процитировали одну и ту же «ростопчинскую шутку» – о сапожниках и князьях. Шутка эта обозначила абсолютную противоположность французской и русской революций – конца XVIII и первой четверти XIX вв. Попробуйте пошутить в духе московского главнокомандующего 1812–1814 гг. (Ответ: Пётр Вяземский о восстании 14 декабря на Сенатской площади: «Во Франции сапожники взбунтовались, чтобы попасть в князя, а у нас князя взбунтовались, чтобы попасть в сапожники». Н.А. Некрасов: «В Европе сапожник, чтоб барином стать, бунтует – понятное дело! У нас революцию сделала знать: в сапожники, что ль, захотела?»). (Поэма «Русские женщины»).

– Словом ЭТОТ заменён один эпитет в ироническом высказывании А.П. Ермолова. Какое мероприятие николаевского царствования породило это наблюдение: «Теперь у каждого или ЭТОТ мундир, или ЭТА подкладка, или хоть ЭТА заплатка»? (Ответ: «Теперь у каждого или голубой мундир, или голубая подкладка, или хоть голубая заплатка» – сказано после учреждения в 1826 г. III Отделения СЕИВК и жандармского ведомства).

– В эпоху буржуазных реформ 1860-х годов русский врач Н.И. Пирогов назвал эти учреждения «лучшим барометром общества». А родились эти учреждения в своём более или менее современном облике в первой четверти XIX в. Назовите их. (Ответ: В статье «Университетский вопрос» (1863 г.) Н.И. Пирогов так отозвался об университетах: «Университет есть лучший барометр общества»).

4) на семинаре по истории Великой Отечественной войны:

– На памятнике, установленном в Австрии, фигура этого советского военачальника изображена как бы высеченной из льда. Однако в боях на территории Австрии он не участвовал. Как зовут этого военачальника и почему ему поставили памятник именно в Австрии? (Ответ: Дмитрий Михайлович Карбышев (1880–1945), – генерал-лейтенант инженерных войск, профессор Военной академии Генерального штаба, доктор военных наук, Герой Советского Союза. 8 августа 1941 года при попытке выйти из окружения генерал Карбышев был тяжело контужен в бою в районе Днепра, в Могилёвской области Белорусской ССР. В бессознательном состоянии был захвачен в плен. Карбышев содержался в немецких концентрационных лагерях: Замосць, Хаммельбург, Флоссенбург, Майданек, Аушвиц, Заксенхаузен и Маутхаузен. Неоднократно от администрации лагерей получал предложения сотрудничать. Несмотря на свой возраст, был одним из активных руководителей лагерного движения сопротивления. В ночь на 18 февраля 1945 года в концлагере Маутхаузен (Австрия), в числе других заключённых (около 500 человек), был после зверских пыток облит водой на морозе и погиб. Тело Д. М. Карбышева было сожжено в печах Маутхаузена).

– В январе 1966 г. ЦК КПБ принял решение о создании в Логойском районе Белоруссии мемориального комплекса. «Работа над проектом захватила нас, – вспоминал о создании мемориала архитектор Леонид Левин – мы придумали венцы срубов на месте бывших домов, обелиски в виде печных труб, но чего-то не хватало. Заросшее травой поле, свидетель трагедии, хранило

мёртвую тишину. И вдруг в этой щемящей душу тишине неожиданно запел жаворонок. Звук, тут должен быть звук!». Назовите местечко в Белоруссии и название мемориального комплекса, о котором идёт речь в описании. В каком году произошла запечатленная в мемориальном ансамбле трагедия? В каком образе воплотилась идея, пришедшая зодчим и скульпторам мемориала после услышанного ими пения жаворонка? (Ответ. (Хатынь, «Непокорённый», 1943 год. «Так родилась идея колоколов Хатыни»).

– Этому историческому персонажу принадлежат знаменитые слова: «Кто с мечом к нам придёт, от меча и погибнет». Назовите художественный фильм, снятый в 1943 году, посвящённый данному герою русской истории, и режиссёра кинокартины. В каких видах искусства в военные годы были созданы другие произведения, героем которых стал этот исторический персонаж? Назовите их авторов. (Ответ. Фильм «Александр Невский». Режиссёр – Сергей Эйзенштейн. Виды искусства – живопись (Павел Корин), музыка (Сергей Прокофьев. Кантата «Александр Невский... Вставайте, люди русские»).

– 3 декабря 1966 г. именно там был взят прах Неизвестного солдата и торжественно с воинскими почестями перевезён в Александровский сад и похоронен у Кремлёвской стены. 8 мая 1967 г. над могилой Неизвестного солдата был зажжён Вечный огонь. Назовите место, откуда принесли прах Неизвестного солдата, и объясните его значение в ходе Великой Отечественной войны. Откуда был доставлен факел, зажжённый Вечный огонь? (Ответ: На 41-м километре Ленинградского шоссе стоит памятник погибшим защитникам Москвы. Здесь в декабре 1941 г. гвардейцы-пехотинцы 7-й и 8-й стрелковых дивизий А.С. Грязнова и И.В. Панфилова, гвардейцы-кавалеристы 2-го кавалерийского корпуса Л.М. Доватора и гвардейцы-танкисты 1-й танковой бригады М.Е. Катучкова совместно с другими частями и соединениями 16-й армии остановили рвавшиеся к Москве фашистские полчища, разгромили их и сделали первые

шаги к Победе. Факел был доставлен из Ленинграда от Вечного огня на Марсовом поле).

– С Кировской областью связаны имена двух генеральных конструкторов, чьи «детища» стали символом советского оружия в годы войны. Первый – проживал в г. Кирове в 1920-х гг., занимал посты заведующего Кондитерской фабрики и Губернской советско-партийной школы. Второй – Герой Социалистического труда. Когда в годы Первой мировой его призвали в армию, он попал не в строевые части, а был определен оружейным мастером в пехотный полк. Это определило его судьбу. Его оружие отличалось простотой устройства, не боялось ни мороза, ни дождя, ни песка. О ком идет речь? Каковы главные виды изобретенных ими видов вооружений? (Ответ: Михаил Ильич Кошкин – советский конструктор, начальник КБ танкостроения Харьковского завода, создавшего знаменитый танк Т-34. Георгий Семёнович Шпагин – советский конструктор стрелкового оружия. Наибольшую славу конструктору принесло создание пистолета-пулемёта образца 1941 года (ППШ). Кроме того, в 1943 г. разработал сигнальный пистолет СПШ).

Отметим, что если верный ответ на предложенный вопрос не будет найден командами, прямо на семинаре можно обратиться к Интернет-источнику. Ситуация интеллектуального поиска в дополнении с соревновательным элементом создаст условия для заинтересованного отношения к информации, для расширения кругозора студентов.

Также – в развитие аудиторной работы студентов – возможно предложить задания продвинутого уровня для внеаудиторной работы: придумать свои вопросы для интерактивной игры по темам, проблемам, сюжетам, вызвавшим наибольший интерес.

Важнейшим методом формирования знания-мысли можно считать выполнение студентами заданий по написанию небольших эссе.

Непосредственно на семинаре может быть предложено дискуссионное высказывание, по поводу которого необходимо сформулировать своё мнение.

Так, на семинаре, посвящённом историографии и источниковедению как специальным историческим дисциплинам («Введение в отечественную историю»), знакомство с личностью и мировоззрением Василия Осиповича Ключевского осуществляется с помощью раздаточного материала – карточек, содержащих мысли историка о России:

– «Исторически Россия, конечно, не Азия, но географически она не совсем и Европа. Это переходная страна, посредница между двумя мирами. Культура неразрывно связала её с Европой; но природа положила на неё особенности и влияния, которые всегда влекли её к Азии или в неё влекли Азию»;

– «... как в бурю листья на деревьях повертываются изнанкой, так смутные времена народной жизни, ломая фасады, обнаруживают задворки, и при виде их люди, привыкшие замечать лицевую сторону жизни, невольно задумываются и начинают думать, что они доселе видели далеко не все»;

– «Чужой западноевропейский ум призван был нами, чтобы научить нас жить своим умом, но мы попытались заменить им свой ум»;

– «Политика должна быть не более и не менее, как прикладной историей. Теперь она не более как отрицание истории и не менее как ее искажение»;

– «Изучение нашего прошлого бесполезно – с отрицательной стороны. Оно оставило нам мало пригодных идеалов, но много поучительных уроков, мало умственных приобретений и нравственных заветов, но такой обильный запас ошибок и пороков, что нам достаточно не думать и не поступать, как наши предки, чтобы стать умнее и порядочнее, чем мы теперь»;

– «История не учительница, а надзирательница, *magistra vitae*: она ничему не учит, а только наказывает за незнание уроков»;

– «Закономерность исторических явлений обратно пропорциональна их духовности»;

– «Русская интеллигенция – листья, оторвавшиеся от своего дерева: они могут пожалеть о своем дереве, но дерево не пожалеет о них, потому что вырастит другие листья».

На занятии «Россия в XVII в.» предлагается к обсуждению тезис историка-кадета П.Н. Милюкова, содержащий оценку церковной реформы патриарха Никона и государя Алексея Михайловича: «Болезненный и обильный последствиями разрыв между интеллигенцией и народом, за который славянофилы упрекали Петра, совершился веком раньше... первой и главной причиной разрыва были вопросы совести».

Навык понимания исторического источника формируется с опорой на систематическую (из семинара в семинар) работу с доступными студентам медицинского вуза текстовыми документами. Например, на семинарах по истории XIX в., где много внимания уделяется изучению крестьянского вопроса, политике центральной власти относительно института крестьянской общины, студентам предлагается тематически классифицировать народные пословицы (от труде, о Боге, о соседе и пр.), записанные В.И. Далем, и назвать черты крестьянского менталитета, фиксируемые этими образцами русского народного творчества:

«Не купи двора, купи соседа»; «Всё по-новому, а когда же по-правому?»; «Сам себе на радость никто не живет»; «Моя радость хоть во пне, да не во мне»; «У Бога дней впереди много – наработаемся»; «Всякая душа празднику рада»; «Хватает каждому дню своих забот»; «Близкий сосед лучше дальней родни»; «Завтрашнему дню не верь!»; «Живи не как хочется, а как Бог велит»; «Один и в каше утонет»; «Обомнётся, оботрётся – все по-старому пойдёт»; «На острую косу много сенокосу»; «Прежде жили не тужили; теперь живем – не плачем, так ревём»; «Живи для людей – поживут люди для тебя»; «В праздник у Бога все равны»; «Кто малым доволен, тот у Бога не забыт»; «Никакой мирянин от мира не прочь»; «Как отцы и деды, так и мы»; «Жить в деревне – не видать веселья»; «Все в мире творится не нашим умом, а Божьим судом»; «Где

не жить, только бы сыту быть»; «Подать оплачена, хлеб есть, и лежи на печи»; «Много нового, мало хорошего, что новизна, то и кривизна»; «Крепче мирского лаптя мужику не найти»; «На ретивую лошадку не кнут, а вожжи»; «В праздник и у воробья пиво»; «Артели думой не владати»; «Где у мира рука, там моя голова»; «Отцы и деды не знали этого да жили не хуже нашего»; «Кто в воскресенье орет, тот в понедельник кобылы ищет»; «Богатство перед Богом грех, а бедность – перед людьми»; «Ищи добра на стороне, а дом люби по старине».

Данное задание позволяет «увязать» специальные вопросы исторической науки с житейским опытом и мировоззрением обучающихся.

Выводы

Образовательное пространство современного вуза нуждается в ценностно-ориентированном знании, которое не разделяет людей, говорящих на языках разных наук (в данном случае – медицинской и исторической), но объединяет их. Образование, понимаемое как феномен культуры, является средой, в которой совершается становление личности, владеющей не столько суммой знаний, сколько методами их приобретения и конструирования, не довольствующейся готовым (чужим) объяснением мира [2].

Только при таком методологическом подходе возможна реализация компетентностного принципа формирования специалиста – как человека, способного к самообразованию и саморазвитию уже за пределами учебного процесса, в повседневном опыте жизнедеятельности.

Список литературы

1. Криушина, В. А. Интеллектуальная игра «Что? Где? Когда?» в образовательном процессе // Сквозь границы. Культурологический альманах. Вып. 9–10. – Киров, 2011. – С. 188–199. [Kriushina, V. A. Intellektual'naya igra «Chto? Gde? Kogda?» v obrazovatel'nom protsesse. In: *Skvoz' granitsy. Kul'turologicheskiy al'manah*. V. 9–10. Kirov, 2011. pp. 188–199. (in Russ)].

2. Криушина, В. А. Интеграция исторического и культурологического знания в подготовке специалиста-историка // Культура и образование: реальность и перспективы. Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции. – Киров, 2007. – С. 97–103. [Kriushina, V. A. Integratsiya istoricheskogo i kul'turologicheskogo znaniya v podgotovke spetsialista-istorika (Conference proceedigs). Mezhhregional'naya nauchno-prakticheskaya konferentsiya” Kul'tura i obrazovanie: real'nost' i perspektivy”. Kirov, 2007. pp. 97–103. (in Russ)].

3. Криушина, В. А. Духовные и технологические аспекты формирования интеллигентности в практике преподавания «Истории мировой и отечественной культуры» на историческом факультете ВятГГУ // Становление интеллигентности: проблемы, опыт и возможности социальных институтов. Материалы Международного конгресса. – Киров, 2008. – С. 257–261. [Kriushina, V. A. Duhovnye i tekhnologicheskie aspekty formirovaniya intelligentnosti v praktike prepodavaniya «Istorii mirovoy i otechestvennoy kul'tury» na istoricheskom fakul'tete VyatGGU (Conference proceedigs) . Mezhdunarodnyi congress “Stanovlenie intelligentnosti: problemy, opyt i vozmozhnosti sotsial'nyh institutov”. Kirov. 2008. pp. 257–261. (in Russ)].

УДК 37.012.1

Н.И. ПИРОГОВ: «БЫТЬ СЧАСТЛИВЫМ СЧАСТЬЕМ ДРУГИХ»

Помелов В.Б.

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

vladimirpomelov@mail.ru

В статье раскрывается многосторонняя деятельность великого русского врача, педагога-теоретика и организатора образования середины XIX в. Николая Ивановича Пирогова (1810-1881). Охарактеризованы главные периоды жизни Н.И. Пирогова, рассказывается о его важнейших педагогических и медицинских работах. Особенно подробно описан вклад ученого в развитие теории и практики общего образования. Н.И. Пирогов показан в статье как патриот своей Родины.

Ключевые слова. Н.И. Пирогов, И.Ф. Мейер, К.Д. Ушинский, Н.А. Добролюбов, Крымская война, «Вопросы жизни».

N.I. PIROGOV: "BEING HAPPY WITH OTHERS' HAPPINESS"

Pomelov V.B.

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

vladimirpomelov@mail.ru

The article deals with the multifaceted activities of the great Russian doctor, pedagogue and organizer of the education of the mid-19th century Nikolai Ivanovich Pirogov (1810-1881). It describes the main stages of the life of N.I. Pirogov and it tells about his critical, pedagogical and medical work. The contribution of the scientist into the development of theory and practice of general education is shown particularly detailed. N.I. Pirogov is shown in the article as a patriot of his homeland.

Keywords: N.I. Pirogov, I.F. Mayer, K.D. Ushinskiy, N.A. Dobrolyubov, the Crimean War, «Issues of life».

*«Все готовящиеся быть полезными гражданами
должны сначала научиться быть людьми».*

Н.И. Пирогов

*«Н.И. Пирогов служил не лицу, а делу,
своему отечеству, своей науке».*

А.И. Герцен

Введение

Едва ли в нашей стране найдется человек, которому бы не было известно имя славного сына России Николая Ивановича Пирогова. Своими великими деяниями Пирогов обессмертил свое имя, вошел в мировую и отечественную историю как один из выдающихся ученых. Вот почему изучение научного наследия Н.И. Пирогова представляет собой достаточно важную и

актуальную задачу современной отечественной педагогики. Это обстоятельство определяет необходимость написания и опубликования данной статьи.

Основное содержание

Детство Н.И. Пирогова

Н.И. Пирогов родился 13 (25) ноября 1810 г. в Москве в семье небогатого интендантского чиновника. Впоследствии Н.И. Пирогов тепло вспоминал свое детство и в особенности своих первых наставниц – няню Екатерину Михайловну и служанку Прасковью Кирилловну. Неграмотная крестьянка Прасковья Кирилловна обладала хорошей памятью, умела сочинять сказки. Эти сказки Пирогов запомнил на всю жизнь и рассказывал потом своим детям.

Помимо этих двух женщин из народа в дом приглашались учителя. «Ранг» таких домашних учителей зависел от материальных возможностей родителей. Юного Пирогова на дому обучали студенты Московского университета. В 12 лет Н. Пирогова определили в лучший московский частный пансион В.С. Кряжева, где он обучался в течение двух лет, но был вынужден уйти из-за недостатка средств. Семья бедствовала, что и неудивительно: мать Н.И. Пирогова, вышедшая замуж пятнадцати лет, имела четырнадцать детей; Николай был по счету тринадцатым [1, с. 55-56].

Полученных в пансионе знаний, особенно по русскому и французскому языкам и геометрии, оказалось достаточно, чтобы по совету друга семьи декана медицинского факультета Московского университета профессора Ефима Осиповича Мухина (1766–1850) поступить в университет [2, с. 29].

Годы учебы Н.И. Пирогова в Московском и Дерптском университетах

Когда 24 сентября 1824 г. Пирогов, блестяще сдав вступительные экзамены, стал студентом, ему еще не было 14 лет. Некоторые его сверстники в этом возрасте всего лишь поступают в гимназию, а он спустя четыре года закончил университет в звании «лекаря первого отделения», и был направлен в числе лучших воспитанников на два года для подготовки к профессорской

деятельности по хирургии и повивальному искусству в Дерптский (Гартусский) университет, при котором был создан специальный, так называемый профессорский институт, прообраз современной аспирантуры.

В течение пяти лет Н.И. Пирогов работал там под руководством профессора Ивана Филипповича Мейера (1786–1858), сразу же обратившего внимание на его незаурядные способности к научной и практической деятельности, на необыкновенную работоспособность. В декабре 1829 г. Пирогов получает золотую медаль на конкурсе, проводившемся в университете, за сочинение «Что наблюдается при операциях перевязки больших артерий?». В эти годы он уделял много внимания изучению анатомии, практикуется в хирургии, а в 1832 г. на медицинском факультете Дерптского университета защитил докторскую диссертацию, впоследствии опубликованную в Германии отдельной книгой, основанную на результатах своих экспериментально-хирургических исследований.

Преподавательская и научная работа Н.И. Пирогова

С мая 1833 г. в течение трех лет вместе с группой молодых ученых-медиков Пирогов находился в Германии, где осваивал методику работы немецких коллег. С 1836 г. Н.И. Пирогов работал профессором по кафедре хирургии медицинского факультета в Дерпте, заняв место ушедшего в отставку И.Ф. Мейера, а с февраля 1841 г. жил в Санкт-Петербурге, где получил кафедру хирургии в Медико-хирургической академии. Чтение лекций и ведение практических занятий он всегда успешно совмещал с научной деятельностью, видел в слиянии теории и практики залог успешной преподавательской деятельности, приобретения авторитета среди студентов. Он считал, что лекции, которые тогда являлись едва ли не единственным методом преподавания в высшей школе, представляют педагогический и научный интерес лишь в двух случаях: тогда, когда преподавателем излагается новая научная идея, еще не получившая отражение в литературе и одному ему известная, и тогда, когда преподаватель владеет особенным даром слова.

В первом случае лекции служат мощным средством в руках истинных «двигателей» науки для устного изложения новых теорий; они возбуждают интерес к научному творчеству и обогащают знания студентов в области данной науки. Во втором случае благодаря своей яркой форме лекции содействуют повышению интереса к науке, делают ее содержание более доходчивым. В лекционном же пересказе того, что написано в учебнике, Пирогов не видел никакого смысла. С большей пользой преподаватель мог бы употребить свое время на составление руководств, монографий и на «разговорное» объяснение того, что действительно должно быть уяснено, – писал он в работе «Чего мы желаем?» [3, с. 139].

Н.И. Пирогов неизменно отстаивал требование, чтобы каждый профессор обладал как можно более высокими научными и нравственными достоинствами. Поэтому он решительно выступал против замещения профессорских вакансий лицами, не обладавшими, по его мнению, необходимыми качествами, за что подвергался нападкам и оскорблениям, в частности, со стороны печально известного журналиста Ф.В. Булгарина (1789–1859), возглавлявшего еще ранее травлю Пушкина, Гоголя, Белинского, Некрасова.

Пятнадцать лет работы Н.И. Пирогова в Санкт-Петербургской медико-хирургической академии были годами расцвета его таланта как ученого, хирурга, преподавателя. Всемирную известность принесли ему написанные в эти годы такие научные труды как «Полный курс прикладной анатомии человеческого тела...» (12 выпусков, 1843–1848), «Патологическая анатомия азиатской холеры» (1849), «Топографическая иллюстрированная анатомия...» (В 4 т., 1851–1859). Он удостоивается «полных» Демидовских премий Академии наук. В январе 1847 г. он избирается членом-корреспондентом академии наук по биологическому отделению, а 20 апреля того же года утверждается в звании академика медико-хирургической академии.

Севастопольский период

По зову сердца Н.И. Пирогов прощается с благополучной и обеспеченной жизнью и отправляется в Севастополь, в самое пекло Крымской войны во главе впервые в мире организованной общины сестер милосердия для оказания помощи больным и раненым, где ежедневно до полного физического изнеможения он оказывает больным и раненым медицинскую помощь [4, с. 436]. При этом Пирогов и его коллеги постоянно находятся по существу на передовой, подвергают смертельной опасности свои жизни, рискуя немногим менее солдат, ходивших в атаку.

Участие Н.И. Пирогова в Севастопольской обороне принесло ему известность как родоначальника военно-полевой хирургии, славу замечательного отважного человека – патриота России. Горько было осознавать ему порочность общественно-политической и военной системы России, полностью «расписавшейся» в своей беспомощности перед лицом неприятеля, потенциально намного более слабого. В письмах к жене А.А. Пироговой (урожд. Бистром) он отмечает грубые ошибки, нерешительность, бессмыслицу, царившие в военных действиях. Пишет о том, что штабы состоят из «ничтожных людей», ошибки и недальновидность которых усугубляют тяжелое положение армии и приносят новые жертвы и страдания. Но, разумеется, в истории Крымской войны остались лучшие, – адмиралы Корнилов и Нахимов, матрос Федор Кошка, медсестра Даша Севастопольская, сам Пирогов, деяния и подвиги которых обессмертили Л. Толстой, М. Филиппов и другие писатели.

«Вопросы жизни»

После окончания Крымской войны Пирогов возвращается в Санкт-Петербург и 4 января 1856 г. подает рапорт о своем уходе из Академии, мотивируя это расстройством здоровья и домашними обстоятельствами. В июле 1856 г. был подписан указ о его освобождении от должности.

Как раз в эти дни в июльской книжке журнала «Морской сборник» была напечатана первая педагогическая статья Н.И. Пирогова – «Вопросы жизни»,

которая, по существу, знаменовала собой новый этап в развитии педагогической мысли в России. Пожалуй, не было в России во второй половине XIX в. сколько-нибудь заметного педагога, на научное и журнально-публицистическое творчество которого не оказала бы влияние эта небольшая по объему статья. С выходом ее в свет на авансцене педагогической мысли в России появилась новая крупная личность – Н.И. Пирогов. В самом начале своей статьи Пирогов приводит разговор двух лиц: «К чему вы готовите вашего сына?» – кто-то спросил меня. «Быть человеком», – отвечал я. «Разве вы не знаете, – сказал спросивший, что людей собственно нет на свете; это одно отвлечение, вовсе не нужное для нашего общества. Нам необходимы негоцианты, солдаты, механики, моряки, врачи, юристы, а не люди». «Правда это или нет?» – вопрошает Н.И. Пирогов [3, с. 29].

В самом деле, что важнее – сначала готовить к школе будущего чиновника, учителя, военного, либо обращать главное внимание на развитие общечеловеческих начал в юном человеке? С позиций сегодняшнего дня в общем виде ответить на этот вопрос не так уж и сложно. Разумеется, в основе формирования личности лежит идея общего развития, и лишь затем взрослые выявляют индивидуальные склонности детей, постепенно готовят их к выбору профессии. Во времена же Пирогова, когда школа была сословной и классовой, а родительская погоня за узкопрактическими выгодами школьного учения поощрялась официальными кругами, его призыв к общечеловеческому в воспитании и обучении, выдвижение им задачи «подготовки человека» было делом совершенно новым. Еще до Н.И. Пирогова эту идею – «быть человеком!» – вынашивал В.Г. Белинский, но у «неистового Виссариона» она носила общий, скорее философский и риторический характер (В значении «быть сыном Отечества!»). Пирогов же поставил ее во главу всего дела современной подготовки подрастающего поколения, как краеугольный камень воспитания и обучения, – как ВОПРОС ЖИЗНИ!

Выражая свой протест против ранней специализации, присущей школам того времени, Н.И. Пирогов призывал не спешить «с вашей прикладной реальностью». «Дайте созреть и окрепнуть внутреннему человеку, – говорил он, – наружный успеет еще действовать; он, выходя позже, но управляемый внутренним, будет, может быть, не так ловок, не так сговорчив и уклончив, как воспитанник реальных школ; но зато на него можно будет вернее положиться; он не за свое не возьмется. Дайте выработаться и развиться внутреннему человеку! Дайте ему время и средства подчинить себе наружного, и у вас будут и негоцианты, и солдаты, и моряки, и юристы; а главное, – у вас будут люди и граждане» [3, с. 37]. Это вовсе не означало, что Пирогов предлагал закрыть реальные и специальные школы. Нет, он восставал лишь против того, что, по его выражению, родители и специальные школы самоуправно распоряжаются участью детей, назначая их, едва выползших из колыбели, туда, где по разным соображениям и расчетам им предстоит более выгодная карьера.

Все готовящиеся быть полезными гражданами, должны сначала научиться быть людьми, убеждал Н.И. Пирогов, а «поэтому все до известного периода жизни, в котором ясно обозначаются их склонности и таланты, должны пользоваться плодами одного и того же нравственно-научного просвещения» [3, с. 39], то есть получить общее для всех воспитание и образование. Это удобно как для правительства, поскольку все воспитанники до определенного возраста будут воспитываться, руководимые общим для них направлением, в одном духе и воспитание будет находиться в одних руках, так и для воспитанников, потому что все воспитанники до вступления их в число взрослых граждан будут дружно пользоваться одинаковыми правами и одинаковыми выгодами воспитания. Итак, сначала необходимо дать ребенку общее развитие и воспитание, а уж затем – специальную подготовку. К этой идее Пирогов в дальнейшем неоднократно возвращался в своей научно-теоретической и практической деятельности.

Одесский и Киевский период деятельности Н.И. Пирогова

Первая проба пера на поприще педагогической журналистики оказалась успешной. Пирогов сразу заявил о себе как о талантливом ученом-педагоге. Вскоре после выхода статьи 3 сентября 1856 г. он, столь неожиданно и ярко заявивший о своих педагогических устремлениях, был назначен попечителем Одесского учебного округа и уже 27 сентября выехал к месту своей новой службы. На этом по существу завершилась медицинская служба Н.И. Пирогова и началась педагогическая деятельность. Назначение на эту должность известного ученого, умеренного либерала, взгляды которого находили понимание у демократически-прогрессивной части общества, и одновременно устраивавшего консервативно-охранительскую его часть, должно было, по мысли царских чиновников, продемонстрировать намерение властей идти на определенные уступки общественному мнению, выражавшему недовольство сословно-крепостнической системой воспитания. Правительство было уверено, что став попечителем учебного округа, Н.И. Пирогов не решится на какие-то радикальные меры, не согласующиеся с правительственной политикой в области просвещения. В своей административно-педагогической деятельности в должности попечителя Одесского учебного округа Пирогов уделял главное внимание улучшению организации учебно-воспитательной работы в школах, распространению грамотности в народе. Он много ездил по школам округа, постоянно встречался с учителями, директорами и учащимися, студентами и профессорами, посещал занятия. На заседаниях педагогических советов и в беседах с педагогами он рекомендовал им обмениваться опытом, изучать и применять достижения лучших учителей. Обобщая опыт передовых школ и преподавателей, он давал указания в распространявшихся по учебным округам циркулярах, выполнение которых строго контролировал.

Письма, указания и распоряжения Н.И. Пирогова полны заботы об учителе, его материальном положении, о надлежащем оснащении учебного процесса. 30 октября 1856 г. он пишет «Предложение совету Ришельевского

лица», в котором просит дать ему сведения о том, кто из преподавателей лица имеет сочинения, то есть опубликованные статьи, материалы и т. п. по преподаваемому предмету; нет ли в лице таких преподавателей, которые желали продолжить свое образование на научном поприще; нет ли недостатка в книгах и учебных пособиях для лицейской библиотеки и каких именно книг недостает [3, с. 52]. В письме к министру народного просвещения А.С. Норову от 10 ноября 1856 г. он поднимает вопрос о тяжелом материальном положении преподавателей этого лица и просит его дать указание об отмене запрещения преподавателям держать пансионеров и давать частные уроки [3, с. 52–54].

Вопрос о материальном положении учительства поднимался Пироговым не раз, в частности, в статьях «О порядке проведения частных уроков» (1857), «Об учреждении отделений для усиления изучения иностранных языков при гимназии Ришельевского лица» (1857), «Чего мы желаем?», «Взгляд на общий устав наших университетов» (1861) и др. 20 января 1857 г. он пишет докладную записку А.С. Норову «О ходе просвещения в Новороссийском крае и о вопиющей необходимости преобразования учебных заведений», в которой он ставит ряд вопросов, например о необходимости установления связи общего и специального образования, о недостатках в постановке образования в учебных заведениях округа, о формализме в оценке знаний учащихся, о вреде разделения учебных предметов на главные и второстепенные, о многопредметности, ведущей к перегрузке учащихся, о нежелательности разделения гимназического курса на два разряда, о плохом состоянии учебного оборудования, что негативно сказывалось на уровне преподавания, о необходимости преобразования Ришельевского лица в университет. Эта докладная записка в определенной степени способствовала тому, что спустя шесть лет лицей был преобразован в университет.

Н.И. Пирогов был горячим сторонником физического воспитания учащихся. Он высказывался за открытие Санкт-Петербургского гимнастического института. Такой институт был открыт позднее, уже после

смерти Пирогова. Он ходатайствовал перед министром об отмене в гимназиях «военной маршировки», введенной в период николаевской реакции в 1850 г., и добился своего. Вместо отупляющей муштры в гимназиях округа было введено преподавание гимнастики. Он был крайне не удовлетворен состоянием специальной подготовки учителей. Этому было свое объяснение: почти никого из учителей специально к выполнению профессиональных обязанностей не готовили. Н.И. Пирогов пишет проект создания педагогической семинарии при Ришельевском лицее [3, с. 83–90].

Спустя год, в 1858 г., уже работая в Киеве, он пишет проект педагогической семинарии при университете Святого Владимира. Это были первые проекты создания в России специальных педагогических учебных заведений. Эти идеи по созданию педагогической семинарии были подхвачены К.Д. Ушинским, представившим в министерство свой проект в 1860 г.

В своих проектах Н.И. Пирогов справедливо отмечает, что невозможно ожидать успеха в деле обучения, если это дело поручают людям, не получившим специального педагогического образования. Он считает, что педагогическая семинария должна готовить учителей трех разрядов: для приходских училищ, уездных училищ и гимназий. У каждой из категорий обучающихся должна быть своя программа и сроки обучения, свой уровень требований. Он ставит также вопрос о правах семинаристов, стипендиях. Все это было ново и необычно для того времени.

В период работы в Одессе в 1858 г. Н.И. Пироговым были написаны две статьи, которые вызвали широкий резонанс в общественно-педагогических кругах. В первой из них («Быть и казаться») он поднимает проблему нравственного воспитания детей, предостерегает от угрозы развития в них притворства, неискренности, тщеславия. Поводом к написанию статьи послужила просьба учащихся 2-й одесской гимназии разрешить им выступать в публичном театре. Н.И. Пирогов разрешил им это, «но совесть моя, – писал он в статье, – этим не успокоилась» [3, с. 91]. У него возникли сомнения,

правильно ли он поступил, дав такое разрешение. «Разве удачно разыграть роль, принять подготовленную позу, суметь сделать удачный жест и живо выразить миной поддельное чувство, разве все это не есть школа лжи и притворства?», – размышляет педагог. «И не выходя на театральную сцену – без того, на одной сцене жизни – он (ребенок. – *В.П.*) скоро научится лучше *казаться*, чем *быть*. [3, с. 93]. Таким же «театром» Н.И. Пирогов называет и публичные экзамены. «К вам, матери семейств, относится преимущественно мой совет! Вместо того, чтобы посылать детей на театральную и балльную сцену, ступайте сами за кулисы детской жизни! Наблюдайте отсюда за их первым лепетом и первыми движениями души» [3, с. 97], – советует педагог.

Трудно что-либо возразить против последнего совета. Но непонятно, чем же так провинился перед нравственностью театр, возвышающее и облагораживающее воздействие которого общеизвестно. Впоследствии другой замечательный педагог Н.Ф. Бунаков на практике докажет наличие огромных воспитательных возможностей, заложенных в театре, в детской художественной самодеятельности.

Дискуссия с Н.А. Добролюбовым

Поводом для написания статьи «Нужно ли сечь детей и сечь в присутствии других детей», ставшей достаточно заметным событием в журнально-педагогической полемике тех лет, послужила переписка Н.И. Пирогова с директором Херсонской гимназии. Пирогову стало известно, что в гимназии применяются телесные наказания, в том числе в присутствии других лиц. Он указал директору и совету гимназии на недопустимость и безнравственность практики применения телесных наказаний. Директор и совет гимназии в ответном письме выступили против замечаний Пирогова: мол, все секут. И тогда Пирогов написал статью, в которой выразил свое отрицательное отношение к физическим наказаниям. Н.И. Пирогов указывал, что сеченные розгой дети теряют страх и стыд перед наказанием: «Розга – слишком грубый и насильственный инструмент для возбуждения стыда. А чувство стыда – это

такой нежный, оранжерейный цветок, который разом завянет, когда побывает в грубых руках. Розга вселяет страх – это правда, но не исправительный, не надежный, а прикрывающий только внутреннюю порчу. Она исправляет только слабодушного, которого исправили бы и другие средства, менее опасные» [3, с. 104].

Тема наказания детей получила в дальнейшем продолжение в педагогической деятельности Н.И. Пирогова. Спустя год, работая уже в Киеве, он пишет «Правила о проступках и наказаниях учеников гимназий Киевского учебного округа» [3, с. 176–194]. Он указывает, что в деле воспитания всегда более или менее преобладает одно из трех начал: призвание, администрация и спекуляция. По призванию воспитывают детей только некоторые родители и педагоги, хотя призвание должно бы быть господствующим началом воспитания. В учебных заведениях господствует административное начало, ориентирующееся на предписания и постановления начальства. В большей части частных школ и пансионов господствует спекуляция, то есть то, что приносит самому хозяину больше выгоды.

Тем не менее, какими бы ни были изначальные педагогические установки, педагоги всегда вынуждены соотноситься с темпераментом и способностями воспитанников. Деятельность учителей регламентируется уставами, инструкциями, циркулярами. Не должна ли школьная жизнь и самих детей быть подчинена особым правилам, за нарушение которых может быть положено наказание? В статье и предлагается целый кодекс наказаний с подробным указанием за какой проступок какое должно следовать наказание.

К проступкам учащихся Н.И. Пирогов относит нарушение прав собственности (кража, порча вещей), нарушение прав личности – собственной и посторонней (куренье, употребление спиртных напитков, разврат, картежная игра, хулиганство, ложь), нарушение учебно-административных правил школы (лень, опоздание, прогулы, ослушание учителя, кощунство, нарушение церковных обрядов). Далее он классифицирует наказания, подразделяет их на

нравственные (выговор, стояние в углу, штрафной билет, черная доска) и физические (лишение пищи, арест, обязательная работа с «обыкновенной» пищей или на хлебе и воде, карцер, выговор с угрозой исключения для высших и с угрозой наказания розгами для трех низших классов, перевод в низший класс, лишение освобождения от платы за обучение, лишение «казенности содержания») и высший разряд наказаний (временное или полное исключение с оповещением директоров всех учебных заведений округа). При установке меры наказания Н.И. Пирогов советует учитывать обстоятельства, усиливающие степень проступка (умысел, инициатива, повторность и т. п.), облегчающие ее (неумышленность, легкомыслие, доброе намерение плохого поступка, добровольное признание, раскаяние, простое участие, неосторожность, малолетство, болезнь, темперамент, дурное влияние) или вовсе освобождающие ребенка от наказания (доказанная случайность проступка, вынужденная оборона, врожденные физические недостатки). Далее им излагалась подробная методика наложения наказания, характеристика действий должностных лиц при определении меры наказания, организация «совестного» суда товарищей.

Мнение директоров гимназий Киевского учебного округа по вопросу о применении телесных наказаний разделились. Н.И. Пирогов организовал специальный комитет для решения этого вопроса, на заседании которого его точку зрения о недопустимости телесных наказаний поддержало меньшинство членов комитета. Он был вынужден подчиниться мнению большинства и согласиться с тем, что применение телесных наказаний не отменяется полностью, а лишь значительно ограничивается сфера их применения. Следствием этого решения и стали вышеназванные «Правила...».

Консервативность статьи Пирогова настолько очевидна, что, к примеру, составители сборника «Избранные педагогические сочинения» Н.И. Пирогова, вышедшего в серии «Педагогическая библиотека» [3], включили в него только часть ее, те извлечения, где отражены прогрессивные взгляды Пирогова, и обрывали его мысли на полуслове, как только его взгляды становятся

«неудобными». При этом скромно указывалось, что статья «печатается в сокращении».

Непоследовательность Пирогова в вопросе о наказаниях детей была осуждена Н.А. Добролюбовым в статье «Всероссийские иллюзии, разрушаемые розгами» [5, с. 596–623]. На страницах печати возникла полемика между сторонниками и противниками телесных наказаний.

Спустя год Н.И. Пирогов выступил в печати с «Отчетом о следствиях введения по Киевскому учебному округу правил о проступках и наказаниях учеников гимназии». В нем он с горькой иронией писал о «наших мечтателях», которые де «хотят удивить крайностью убеждений, идеальностью взглядов, тонкостью логического анализа». «Все крайнее, высокое и недостижимое уже давно высказано о воспитании, – писал Пирогов. – Нам ли обманывать себя мечтою идеального воспитания, которое и не у нас недостижимо? Вправе ли мы требовать от наших педагогов высокого призвания, опыта жизни, самоотвержения, христианской любви и трудного искусства индивидуализировать? Откуда могут взяться вдруг у нас такие личности? Кто вел, кто приготавливал их этим путем?» [3, с. 250].

В 1861 г. появилась новая статья Н.А. Добролюбова «От дождя да в воду» [5, с. 683–714], где он уже был вынужден оправдываться в ответ на якобы необоснованные обвинения в адрес Н.И. Пирогова. Добролюбов в своей статье пояснил, что он выступил не лично против Пирогова, которого считает честным и правдивым человеком; он осуждает Пирогова за измену ранее им же самим провозглашенных принципов. Последовал новый ответ Пирогова, в котором он еще раз пояснил, что он, в принципе, против телесных наказаний, но был вынужден подчиниться мнению большинства его коллег.

Увольнение с должности

Либеральная деятельность Н.И. Пирогова в Одессе вызывала недовольство реакционного чиновничества. Повод для его удаления вскоре нашелся. По ходатайству Н.И. Пирогова в ведение Ришельевского лицея было

передано издание газеты «Одесский вестник», в которой сразу же утвердилось либеральное направление. Особенно остро обсуждался в газете наболевший крестьянский вопрос. Это пришлось не по нраву генерал-губернатору А.Г. Строганову, который завел по этому поводу переписку с министерством народного просвещения. Жалобы на газету стали писать и другие влиятельные лица.

В итоге, приказом министра Е.П. Ковалевского от 11 июля 1858 г. Пирогов был освобожден от занимаемой должности, а газета была изъята из ведения лица. Однако, учитывая энергичную деятельность Н.И. Пирогова в деле просвещения, его огромный авторитет, а также то обстоятельство, что ничего особенно предосудительного с точки зрения царского правительства в его статьях и поступках не было, решено было назначить его в Киев на ту же, что и в Одессе, должность [6, с. 217]. И в Киеве деятельность Н.И. Пирогова протекала не менее интенсивно. Он преобразовывал работу педсоветов гимназий и уездных училищ. Запрашивал протоколы их заседаний, анализировал их и наиболее интересные печатал полностью или в изложении в «Циркулярах по управлению Киевским учебным округом», который вскоре стал популярным и интересным ежемесячным педагогическим журналом.

Идеи Н.И. Пирогова по вопросу о подготовке учительских кадров и системе образования

Верный своей идее повышения уровня подготовленности учительских кадров, он учредил педагогическую семинарию при Киевском университете по шести предметам гимназического курса, добился участия профессоров университета в преподавательской деятельности в гимназиях, организовал конкурсы и «испытания» на замещение вакантных учительских должностей и получение младшими учителями должностей старшего учителя на право преподавания в различных учебных заведениях на дому. Н.И. Пирогов всегда поддерживал принцип коллегиальности. Поэтому он создал совет при попечителе, комитеты для обсуждения сложных административных и

педагогических вопросов. На этих комитетах принимались «Правила о проступках и наказаниях учеников...», «Правила для студентов Киевского университета», «Правила о переводных экзаменах», различные циркуляры.

В киевский период своей деятельности Н.И. Пирогов уделял много внимания литературно-педагогической работе. В своих статьях «Мысли и замечания о проекте устава училищ, состоящих в ведомстве Министерства народного просвещения» (1860), «Замечания на отчеты морских учебных заведений за 1858 год» (1860) и в написанной несколько позднее, но по содержанию примыкавшей к ним работе «Замечания на проект устава общеобразовательных учебных заведений и на проект общего плана устройства народных училищ» (1862) Н.И. Пирогов анализирует структуру и содержание школьной системы, настаивает на исключении из нее сословных и национальных ограничений, препятствий организационного и образовательного характера (например, незнание латинского и греческого языков при поступлении в гимназию) на пути тех, кто обладает желанием и способностями учиться, но не имеет материальных возможностей для получения образования.

Последнее замечание весьма примечательно. Пирогов, будучи по своим политическим взглядам весьма умеренным либералом, составной частью идеала человека считал его умение устоять от соблазнов революционной борьбы, от попыток коренным образом изменить существующий общественный строй, который, по его мнению, должен быть предоставлен «времени и Промыслу». Он не возражал против классовой школы, основное, а по существу и единственное предварительное требование которой – плата за обучение. Оставаясь реалистом, он понимал, что современное состояние общественной жизни не может предложить иного решения вопроса о доступности и недоступности образования. Для воспитания «истинного» человека Н.И. Пирогов предлагал устранить разнорядность в типах школ и создать систему единой школы, которая бы включала ряд ступеней, неразрывно связанных между собой. Он справедливо считал, что следовало устранить многопредметность в

учебных планах, внедрять две линии общего образования – гуманитарную (классическую) и реальную.

Систему образования он представлял следующим образом. Вначале все дети без различия материального положения и сословий проходят единую первую ступень образования – элементарную школу. В ней два класса, в каждом из которых дети обучаются по одному году. В них преподаются Закон Божий (молитвы, главные постулаты вероучения и священная история в кратких пересказах), чтение, письмо, арифметика, включающая четыре действия. Кроме того, с детьми проводятся специальные уроки наглядного обучения, цель которых – ознакомление с окружающим миром. По окончании элементарной школы происходит разделение детей на обучающихся в классической и реальной прогимназиях. В каждом из видов прогимназий имеется четыре класса, с годичным сроком обучения в каждом классе. В реальной прогимназии изучаются Закон Божий (катехизис, священная история, «Евангелие» и «Апостол», литургия), русский язык, арифметика, алгебра, геометрия, география, история (в биографических очерках), естествоведение, два новых языка, черчение.

В классической прогимназии изучаются один новый язык, латынь (с третьего класса) и греческий язык (с четвертого класса). На изучение каждого из древних языков отводилось по 6 часов в неделю. Русский язык должен был преподаваться в классической прогимназии 5, а в реальной – 4 часа в неделю. Начала природоведения и географии должны изучаться в реальных прогимназиях во всех классах, а в классических – только в первых двух. Выпускники элементарной школы получали бы возможность выбирать направление своего дальнейшего обучения. Закончивший реальную прогимназию продолжал бы образование в реальной гимназии, выпускники классической прогимназии – в гимназии классической. Если же по окончании прогимназии ученики захотели бы поменять профиль обучения, препятствий бы не возникло: требовалось только сдать экзамены по несовпадающим

предметам и темам. В гимназиях, по мысли Н.И. Пирогова, различия в учебных планах должны были становиться очень заметными. Классическая гимназия должна предлагать учащимся, – считал педагог, – прежде всего, классические языки и русский язык, математику и историю. Напротив, в реальной гимназии вовсе не предусматривалось изучение латыни и греческого, намного меньше отводилось времени на изучение русской филологии и истории, а главным предметом становилось естествознание, которого вообще не было в учебном плане классической гимназии. Для классических гимназий Н.И. Пирогов предлагал 4–5 летний срок обучения, а их главной целью ставил подготовку в университет. Основное назначение реальных гимназий он видел в подготовке к практической деятельности. Тем самым он отдавал явное предпочтение классической гимназии, был ревностным сторонником преподавания древних языков.

Позиция Н.И. Пирогова в вопросе о необходимости «древних языков»

В этой защите классического образования он сильно расходился во взглядах с виднейшими представителями отечественной педагогики середины и второй половины XIX в. (К.Д. Ушинский, Л.Н. Толстой, В.И. Водовозов, Н.Ф. Бунаков и др.), которые видели в насаждении мертвых языков орудие классовой селекции в образовании. Но не надо при этом забывать, что у Пирогова, как у врача, был свой, можно сказать, профессиональный подход к рассмотрению этого вопроса.

Будучи крупнейшим специалистом в области медицины, он в своей научной и практической деятельности постоянно убеждался в полезности латыни (на этом языке им был написан ряд крупных трудов). Но то, что было хорошо для такого научного светила, каким был Н.И. Пирогов, могло не оказаться подходящим для огромного количества российских школьников. Тем более, что и в науке латынь в тот период утрачивала свою монополию. Все большую значимость приобретали новые языки – немецкий, французский, а усилиями таких ученых, как Н.И. Пирогов, и русский. Планируя две линии

школ (классическую и реальную) и несколько ступеней, Н.И. Пирогов считал, что необходимо таким образом организовать обучение на каждой ступени, чтобы она давала какой-то законченный круг знаний и одновременно служила бы основанием для следующей ступени обучения. Эта идея – идея концентризма в организации школьной системы была очень важна, ибо было очевидно, что еще в течение достаточно продолжительного времени не удастся всем детям давать среднее образование. Школьная система, по Н.И. Пирогову, устраняла тупиковые школы, открывала возможности для перехода из одного типа школы, создавала предпосылки для ликвидации многопредметности, была ясной, стройной и логичной.

Однако ясно выраженная Пироговым позиция предпочтения классического образования перед реальным вызвала возражения ряда прогрессивных деятелей того времени, в частности Чернышевского, Добролюбова, Ушинского, сотрудника журнала «Современник» Ф. Толля, которые видели прогресс школьного образования в создании единой общеобразовательной школы, дающей гуманитарные, реальные знания.

По своей должности Н.И. Пирогов должен был требовать неукоснительного выполнения программ, уставов, инструкций и других регулятивных установлений, и он это делал. Однако будучи новатором, борцом за новую школу, он сам подвергал критике действующие программы, высказывал свои предложения по вопросу о соотношении обязательности их выполнения и свободы творчества учителя. Подвергнув анализу учебный процесс современной ему школы, Н.И. Пирогов пришел к выводу, что его эффективность зависит от таких составляющих, как свойства самой науки, качества личности и степени развития как самого ученика, так и учителя, а также от способа преподавания учебного предмета.

Главнейшим принципом обучения Н.И. Пирогов считал наглядность. Он возводил ее в ранг школьного предмета, который «наравне с грамотой и счетностью» должен быть «одним из главных предметов элементарного

учения». В классно-урочной системе он видел неисчерпаемые возможности совершенствования учебно-воспитательного процесса. Большое внимание педагог уделял использованию таких методов, как рассказ, беседа, лекция. Характер взаимоотношений учащихся и учащихся от класса к классу изменяется. Изменяются и методы обучения в направлении от беседы к лекции, что к тому же служит средством подготовки к занятиям в университете.

Н.И. Пирогов отрицательно относился к существованию арифметической системы оценки знаний учащихся и предлагал свою, выразившуюся словесно и состоявшую из трех ступеней. Первая ступень означала недостаточный уровень знаний, вторая – достаточный, третья – «избыток знаний, желательный, но не обязательный для ученика». Некоторое время эта система использовалась в высшей школе, где ставились отметки «весьма удовлетворительно», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Но впоследствии трехуровневая оценка знаний студентов была сочтена недостаточно дифференцирующей их знания. Н.И. Пирогов был противником переводных экзаменов, называл их формальностью и считал, что педсовет, директор и без них знают, можно ли переводить ученика в следующий класс. Он был сторонником отмены вступительных экзаменов в университеты, полагая, что слабые, неподготовленные молодые люди отсеются сами собой. Эти идеи нашли, правда, частичное воплощение в практике работы отечественной средней и высшей школы.

Во времена Н.И. Пирогова сложилась такая ситуация, что университеты, несмотря на их незначительное число, испытывали крайнюю нужду в подготовленных абитуриентах. Поэтому некоторыми педагогическими деятелями реакционного толка делался вывод о том, что нужно «приспособить» уровень университетского образования к возможностям выпускников гимназий, не способных при сложившемся положении дел полноценно учиться в высшей школе. А таковых «неспособных» было, по мнению Пирогова, процентов девяносто. В статье «Чего мы желаем?» он энергично протестует против

профанации высшего образования: «Следует не понижать уровень университетского образования, а, напротив, возвысить уровень гимназического» [3, с. 135].

Обострение внутривосточной обстановки в стране на рубеже 1850–1860-х гг. обусловило необходимость полицейского надзора над студентами, что вызвало возмущение московских, харьковских, казанских и петербургских студентов. В Киевском университете при Пирогове студенты в большей мере, нежели в других университетах, пользовались демократическими свободами; им разрешались сходки (собрания), были организованы лектории, касса взаимопомощи. Н.И. Пирогов горячо поддержал выдвинутую студентами идею организации воскресных школ и принял активное участие в их открытии. Первая воскресная школа в России была открыта в Киеве в октябре 1859 г. в помещении Киево-Подольского уездного дворянского училища. Руководителем учебной части школы был профессор истории университета П.В. Павлов. Пирогов добился разрешения на сбор средств в пользу воскресных школ, всячески отстаивал их от посягательств властей, не без оснований относившихся к ним с подозрением.

При открытии воскресной школы Н.И. Пирогов должен был сначала получить на это разрешение от киевского генерал-губернатора И. И. Васильчикова. Однако он поступил иначе: из опасения, что Васильчиков затянет рассмотрение этого вопроса, а то и вовсе запретит открытие таких школ, «Вашего сиятельства покорный слуга Пирогов» пишет ему 24 сентября письмо, в котором сообщает об *открытии*, и даже не одной, а двух школ, фактически ставя высокопоставленного чиновника перед свершившимся фактом. Этот шаг не прошел для Пирогова бесследно. Его письмо было «отложено особо» и сыграло свою роль в отставке Н.И. Пирогова.

Генерал-губернатор оказывал постоянное давление на Н.И. Пирогова, требуя от него постоянного тайного полицейского надзора за студентами. Пирогов же категорически отказывался принять это требование к исполнению.

В письме к И.В. Бертенсону от 27 декабря 1880 г. он писал: «Я отстаивал мой коренной принцип, по которому попечитель обязан оказывать на учащихся и учащихся одно лишь нравственное влияние и быть охранителем закона в университете, другие же власти желали навязать мне тайно – полицейский надзор, то есть именно ослабить мое нравственное значение в глазах учащихся и учащихся; не помогли ни протесты, основанные на явных, доказывающих вред навязываемых мне функций, фактах, ни то, что в течение моего двухлетнего управления, несмотря на возбужденное состояние умов, не было ни одной серьезной студенческой демонстрации, беспрестанно случавшихся тогда в других университетах. Тщетно я представлял, что, взяв на себя несвойственную своему призванию роль полицейского соглядатая, попечитель лишил бы себя возможности действовать своим влиянием на среду людей, наиболее подвластных этому влиянию, и должен бы был прибегать к силе» [3, с. 435].

В письме к Э.Ф. Раден от 2 февраля 1862 г., написанном уже после своего освобождения от должности попечителя, он с грустью констатировал, что «учебные заведения могут только служить правительству барометром, указывающим большее или меньшее давление воздуха. Я знаю, что общество при таких обстоятельствах обыкновенно первое жалуется на университетские и училищные волнения <...> странным остается всегда, что разумные люди занимаются тем, что из-за непогоды бьют по барометру, или так хотят его перестроить, чтобы он не показывал непогоды» [3, с. 412].

Е.П. Ковалевский вызвал Н.И. Пирогова и некоторых других попечителей в столицу на специальное совещание, целью проведения которого было дать указание осуществлять полицейский надзор за студентами. Но и это совещание не изменило позиции Пирогова, который по-прежнему отказывался от контактов с полицией и был слишком высок, как писал в «Колоколе» А.И. Герцен, – для роли шпиона и не мог оправдывать подлостей государственными соображениями. Над Н.И. Пироговым сгустились тучи второй отставки. В письме к Э.Ф. Раден от 26 ноября 1860 г. он писал: «Наконец осуществилось то,

что я предчувствовал... Министр народного просвещения дал мне знать, что сильная интрига очернила меня и что он не уверен в том, что ему удастся защитить меня и мой образ действий» [3, с. 411]. И отставка не заставила себя долго ждать. Увольнение Пирогова указом Александра II от 13 марта 1861 г. прогрессивная общественность страны встретила с возмущением, как «одно из мерзейших дел правительства» (А.И. Герцен). Мало того, правительство лишило Пирогова заслуженной им пенсии, ранее обещанной. Проводы Н.И. Пирогова в Одессе и особенно в Киеве стали настоящими манифестациями, в ходе которых студенты выразили свое уважение к любимому наставнику и протест против его отстранения от должности. Полны горечи слова Н.И. Пирогова в письме к И.В. Бертенсону: «Наконец, клевете удалось очернить меня, где следует, и я должен был оставить мой пост, несмотря на мою решимость и уверенность удержать необдуманый порыв учащейся молодежи в взволнованном политическими интригами крае» [3, с. 435].

Последние годы жизни Н.И. Пирогова

Н.И. Пирогов поселился в небольшом имении «Вишня» в Подольской губернии, ныне Винницкая область Республики Украина. Однако вскоре его опыт и знания вновь пригодились: он был командирован за границу в качестве руководителя группы молодых ученых, готовившихся к профессорской деятельности, а также для ознакомления с постановкой дела образования за рубежом. Он посетил около шестидесяти университетов, приобретая учебную литературу, программы, оборудование.

Свои впечатления о поездке он изложил в «Письмах из Гейдельберга». Особенный интерес представляет сравнение, которое он делает, анализируя работу российских и германских университетов: «В Германии многие науки вовсе не излагаются в целости или систематически; в России науки во всех университетах излагаются не иначе, как систематически и в полном объеме. В Германии систематические курсы наук практических, опытных, естественных сжаты, коротки, элементарны, но зато соединены всегда со множеством

опытов, демонстраций и излагаются как можно нагляднее. В России эти же самые курсы при пространным изустном изложении растянуты иногда на целые годы и часто в ущерб наглядности. В Германии при самых скудных доходах многих местностей и правительств профессора опытных наук располагают всеми современными средствами для наглядного преподавания. В богатой России почти от каждого преподавателя реальных наук услышишь жалобу на недостаток и скудность средств в лабораториях, музеях и т.п.» [3, с. 394].

Удивительно, но факт: лишь в 1868 г. впервые встретились два великих русских педагога – Н.И. Пирогов и К.Д. Ушинский, и где? – в Гейдельберге! Находясь за пределами России, Н.И. Пирогов по просьбе русских студентов, учившихся за границей, выехал в Специю (Италия) для лечения (извлечение пули) героя итальянского освободительного движения Джузеппе Гарибальди.

После покушения Дмитрия Каракозова на жизнь императора Александра II 17 июня 1866 г. и установившейся вследствие этого реакции педагогическая деятельность Пирогова, также, впрочем, как и целого ряда других славных педагогов, была прервана, и на этот раз окончательно.

Поселившись в имении «Вишня» Н.И. Пирогов продолжил частную врачебную деятельность среди местного населения. Во время франко-прусской войны (1870) и русско-турецкой войны (1877) по просьбе общества Красного Креста Пирогов выезжал на места сражений: в Германию, Эльзас-Лотарингию и Болгарию для организации оказания помощи раненым.

В мае 1881 г. общественность вспомнила о Николае Ивановиче. В Москве торжественно отмечалось пятидесятилетие его научной и практической деятельности. Многие российские и зарубежные университеты, научные организации поздравили юбиляра. Он был избран почетным гражданином Москвы. Но год триумфа и признания стал и последним годом жизни ученого. Он скончался 23 ноября (5 декабря) 1881 г. Дом Н.И. Пирогова в селе Вишня в настоящее время является музеем-усадьбой. Многочисленные экскурсанты могут осмотреть не только внутреннее убранство, вещи и все то, что обычно

имеется в подобных мемориальных местах, но и саркофаг с телом Николая Ивановича, бережно сохраняемым уже почти полтора века.

Выводы

Педагогические труды всегда вызывали интерес и были востребованы еще в дооктябрьский период [7; 8; 9; 10]. В советский период они также неоднократно переиздавались [11, 12, 13]. Педагогическое наследие Н.И. Пирогова и сейчас вызывает большой интерес, представляет немалую ценность для дела народного образования и для педагогической науки, поэтому оно нередко становилось предметом изучения отечественных исследователей, правда, следует признать, в основном, в советский период, то есть сравнительно давно [14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22; 23; 24; 25].

Прогрессивные идеи Н.И. Пирогова об организации системы народного образования, особенно ее высшего звена, о методах и организационных формах педагогической деятельности, о подготовке учителя и ученого и многие другие продолжают оставаться актуальным как в силу глубины и содержательности заложенных в них мыслей и чувств, так и по причине извечной и непреходящей актуальности самих этих идей.

Список литературы

1. Помелов В.Б. Российская педагогика в лицах: монография. – Саарбрюккен Lap Lambert Academic Publishing, 2013. [Pomelov V.B. *Rossijskaya pedagogika v licah*: monograph. Saarbrücken:Lap Lambert Academic Publishing, 2013. (in Russ.)].
2. Помелов В.Б. Российские педагоги второй половины XIX – начала XX вв.: учебное пособие. – Киров, Изд-во ВятГПУ, 2000. [Pomelov V.B. *Rossijskie pedagogi vtoroj poloviny XIX – nachala XX vv.* Kirov: VyatGPU, 2000. (in Russ.)].
3. Пирогов Н. И. Избранные педагогические сочинения. – М.: Педагогика, 1985. [Pirogov N. I. *Izbrannye pedagogicheskie sochineniya*. М.: Pedagogika, 1985. (in Russ.) .]
4. Антология педагогической мысли России первой половины XIX в. / ред. кол.:М.И. Кондаков [и др.] – М.: Педагогика, 1987. [*Antologiya pedagogicheskoy mysli Rossii pervoj poloviny XIX v.* / r. kol.: M.I. Kondakov [et al]. Editor. М.: Pedagogika, 1987. (in Russ.)].

5. Добролюбов Н.А. Избранные педагогические произведения. – М.: Учпедгиз, 1952. [Dobrolyubov N.A. *Izbrannye pedagogicheskie proizvedeniya*. М.: Uchpedgiz, 1952. (in Russ.)].
6. Помелов В.Б. 100 великих педагогов. – М.: Вече, 2018. [Pomelov V.B. *100 velikih pedagogov*. М.: Veche, 2018. (in Russ.)].
7. Пирогов Н. И. Сочинения: В 2 т. – СПб., 1887 [Pirogov N.I. *Sochineniya*: Vol.1- 2 . Saint Petersburg. 1887. (in Russ.)].
8. Пирогов Н. И. Сочинения: В 2 т. – СПб., 1900. [Pirogov N.I. *Sochineniya*: Vol.1- 2 . Saint Petersburg. 1900] (in Russ.)].
9. Пирогов Н.И. Сочинения: В 2 т. – Киев, 1910 [Pirogov N.I. *Sochineniya*: Vol.1- 2 . Kiev, 1910] (in Russ.)].
10. Пирогов Н.И. Сочинения: В 2 т. – Киев, 1914–1916 [Pirogov N.I. *Sochineniya*: Vol.1- 2 . – Kiev, 1914–1916] (in Russ.)].
11. Пирогов Н.И. Избранные педагогические сочинения – М.: Учпедгиз, 1952. . [Pirogov, N. I. *Izbrannye pedagogicheskie sochineniya*. М.: Uchpedgiz, 1952.(in Russ.)]
12. Пирогов Н.И. Избранные педагогические сочинения – М.: Учпедгиз, 1953. . [Pirogov, N. I. *Izbrannye pedagogicheskie sochineniya*. М.: Uchpedgiz, 1953.(in Russ.)]
13. Пирогов Н.И. Собрание сочинений: В 8 т. – М.: Наука, 1957–1962 [Pirogov N.I. *Sobranie sochinenij*: Vol.1- 8 . М.: Nauka, 1957–1962. (in Russ.)].
14. Арсеньев А.М. Н.И. Пирогов и учительские семинарии // Советская педагогика. – 1939. – № 8–9. – С. 118–122 [Arsen'ev A.M. N.I. Pirogov i uchitel'skie seminarii. *Sovetskaya pedagogika*. 1939; (8–9):118–122. (in Russ.)].
15. Барабой А.З. О причинах увольнения Н.И. Пирогова с поста попечителя Киевского учебного округа // История СССР. – 1959. – № 4. – С. 106–113 [Baraboy A.Z. O prichinah uvol'neniya N.I. Pirogova s posta popечitelya Kievskogo uchebnogo okruga. *Istoriya SSSR*. 1959; (4):106–113. (in Russ.)].
16. Букин Ю.В. Н.И. Пирогов о физическом воспитании в школах // Физическая культура в школе. – 1959. – № 6. – С. 4–6. [Bukin Yu.V. N.I. Pirogov o fizicheskom vospitanii v shkolah . *Fizicheskaya kul'tura v shkole*. 1959; (6): 4–6. (in Russ.)].
17. Ганелин Ш.И. Н.И. Пирогов // История педагогики и современность. – Л.: Изд-во «Наука», 1970. – С. 161–172 [Ganelin Sh.I. N.I. Pirogov In: *Istoriya pedagogiki i sovremennost'*. Leningrad: Nauka, 1970. pp 161–172. (in Russ.)].
18. Геселевич А.М., Смирнов Е.И. Николай Иванович Пирогов. – М.: Учпедгиз, 1960. [Geselevich A.M., Smirnov E.I. *Nikolaj Ivanovich Pirogov*. М.: Uchpedgiz, 1960. (in Russ.)].

19. Днепров Э.Д. Н.И. Пирогов – зачинатель общественно-педагогического движения 60-х годов // Очерки истории школы и педагогической мысли народов СССР. Вторая половина XIX в. – М.: Изд-во АПН СССР, 1976. – С. 248–264 [Dneprov E.D. N.I. Pirogov – zachinatel' obshchestvenno-pedagogicheskogo dvizheniya 60-h godov. In: *Ocherki istorii shkoly i pedagogicheskoy mysli narodov SSSR. Vtoraya polovina XIX v.* М.: APN SSSR, 1976. pp. 248–264. (in Russ.)]

20. Желваков Н.А. Педагог-реформатор // Учительская газета. – 11 октября 1937 [Zhelvakov N.A. Pedagog-reformator. *Uchitel'skaya gazeta*. 1937. October, 11. (in Russ.)].

21. Жильцов М. Д. Н.И. Пирогов о воспитывающем обучении // Советская педагогика – 1939. – № 1. – С.115–120 [Zhil'cov, M. D. N. I. Pirogov o vospityvayushchem obuchenii . *Sovetskaya pedagogika* 1939; (1):. 115–120. (in Russ.)].

22. Казанский Н.Г. Н.И. Пирогов о связи общего и специального образования с жизнью // Советская педагогика. – 1960. – № 11. – С. 104–110 [Kazanskij N.G. N.I. Pirogov o svyazi obshchego i special'nogo obrazovaniya s zhizn'yu. *Sovetskaya pedagogika*. 1960; (11): 104–110. (in Russ.)].

23. Кириллов М. Педагогические взгляды Н.И. Пирогова // Народное образование. – 1960. – № 11. – С. 37–99 [Kirillov M. Pedagogicheskie vzglyady N.I. Pirogova. *Narodnoe obrazovanie*. 1960; (11):37–99. (in Russ.)].

24. Красновский А.А. Педагогические идеи Н.И. Пирогова. – М.: АПН РСФСР, 1949. [Krasnovskij A.A. *Pedagogicheskie idei N.I. Pirogova*. М.: APN RSFSR, 1949. (in Russ.)]

25. Медынский Е.Н. Педагогические идеи и деятельность Н.И. Пирогова // Очерки по истории педагогики. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1952. – С. 202 – 205 [Medynskij E.N. *Pedagogicheskie idei i deyatel'nost' N.I. Pirogova*. In: *Ocherki po istorii pedagogiki*. М.: APN RSFSR, 1952. pp. 202 – 205. (in Russ.)]

ОБЗОРЫ

УДК: 616-091.0+37.062.5

ПРЕПОДАВАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ» В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ (ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ)

Жакота Д.А., Туманова Е.Л., Туманов В.П., Симонова Н.А.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия (117997, ул. Островитянова д.1) zhakota_da@rsmu.ru

С целью выяснения отношения учащихся к дисциплине “патологическая анатомия” (ПА) и улучшения способов подачи учебного материала с позиций современных информационных технологий и компетентностного подхода были проанкетированы 275 студентов и ординаторов. Для создания опроса использовался бесплатный сервис google forms. Опрос проводился анонимно и без ограничения по времени. Вопросы уточняли отношения учащихся к предмету в целом и текущему учебному процессу. На основании полученных результатов был скорректирован учебный план и методическая работа кафедры.

Ключевые слова: патологическая анатомия, педагогика высшей школы, анкетирование, опрос, студент, google forms, удовлетворённость учащихся.

TEACHING “PATHOLOGICAL ANATOMY” SUBJECT IN THE MEDICAL UNIVERSITY

(EVALUATION OF THE METHODOLOGICAL APPROACHES EFFICIENCY)

Zhakota D.A., Tumanova E.L., Tumanov V.P., Simonova

N.A.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
(117997, Ostrovitianov str. 1) zhakota_da@rsmu.ru

275 students and interns were interviewed to reveal their attitude to the discipline and satisfaction with the ways of teaching it. The selected survey method can be recommended for quick visual feedback. The results of the survey are useful for improving the educational process. A free google forms service was used to set the survey. The survey was anonymous and time-limit free. The questions of the survey were to find out students' attitudes to the subject and the current style and

quality of the educational process. The results of the survey have been used to adjust the program and teaching inventory at the Department.

Key words: pathological anatomy, higher school pedagogics, questionnaire, survey, student, google forms, student satisfaction.

Введение

Проблема актуальности преподавания патологической анатомии в вузе, качества и методологии предоставления материала регулярно обсуждается в литературе [1][2][3][4][5][6][7]. Мы изучили опыт коллег по формированию опросов удовлетворённости учащихся [8][9][10] с целью выяснения отношения студентов и ординаторов к дисциплине “Патологическая анатомия” (ПА), преподаваемой на III курсе педиатрического факультета университета. Сравнение мнений студентов и ординаторов нужно нам для улучшения способов подачи учебного материала с позиций современных информационных технологий и компетентностного подхода.

Основное содержание

Материалы и методы: В 2017/2018 учебном году было проанкетировано 162 студента III курса и 113 ординаторов с курса электива по патологической анатомии. Анкетирование проводилось с помощью сервиса Google Forms. На слайде презентации студентам демонстрировалась короткая ссылка и QR-код (получены с помощью Google URL Shortener) для быстрого перехода к анкете. Анкетируемые отвечали на вопросы с помощью своих телефонов и планшетов. Время на ответ не ограничивалось. Изменять свои ответы и посмотреть результаты ответов других пользователей после завершения опроса нельзя. Персональные данные не собирались. Первичный результат опроса Google Forms для администратора наглядно доступен в диаграммах. Для проведения детального анализа в результаты опроса были экспортированы в Google Sheets с помощью встроенной функции Google Forms.

Для сопоставления ответов студентов и ординаторов формировались сводные таблицы в Google Sheets.

Результаты и их обсуждение:

Подавляющее большинство респондентов положительно оценивает значимость ПА в подготовке врача (рис. 1). Этот положительный результат обязывает нас оправдывать ожидания студентов в информативности и актуальности преподаваемого материала, который им понадобится в освоении врачебных специальностей.

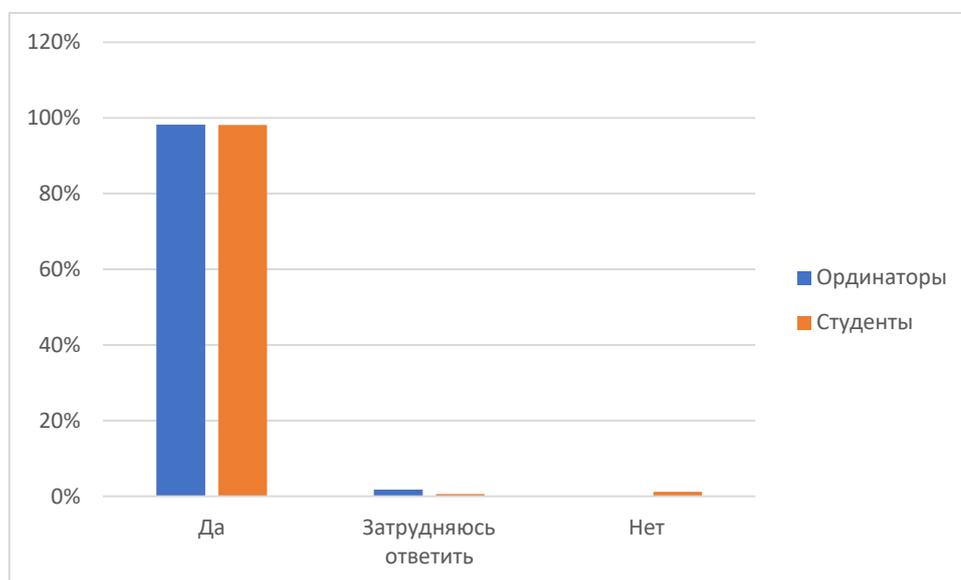


Рис. 1. Результаты ответов на вопрос анкеты «Нужно ли изучение ПА для практического врача?»

В университете учёт знаний студентов ведётся с помощью балльно-рейтинговой системы (БРС). Работа студента оценивается исходя из 4 пунктов, по которым выставляются баллы. Расчёт количества баллов за вид деятельности (тест, практикум, активность) делегирована кафедрам. Каждая кафедра может самостоятельно оценить, какой из видов деятельности должен вносить больше баллов в занятие. Нас заинтересовало, как относятся учащиеся к вариабельности простановки баллов на тест.

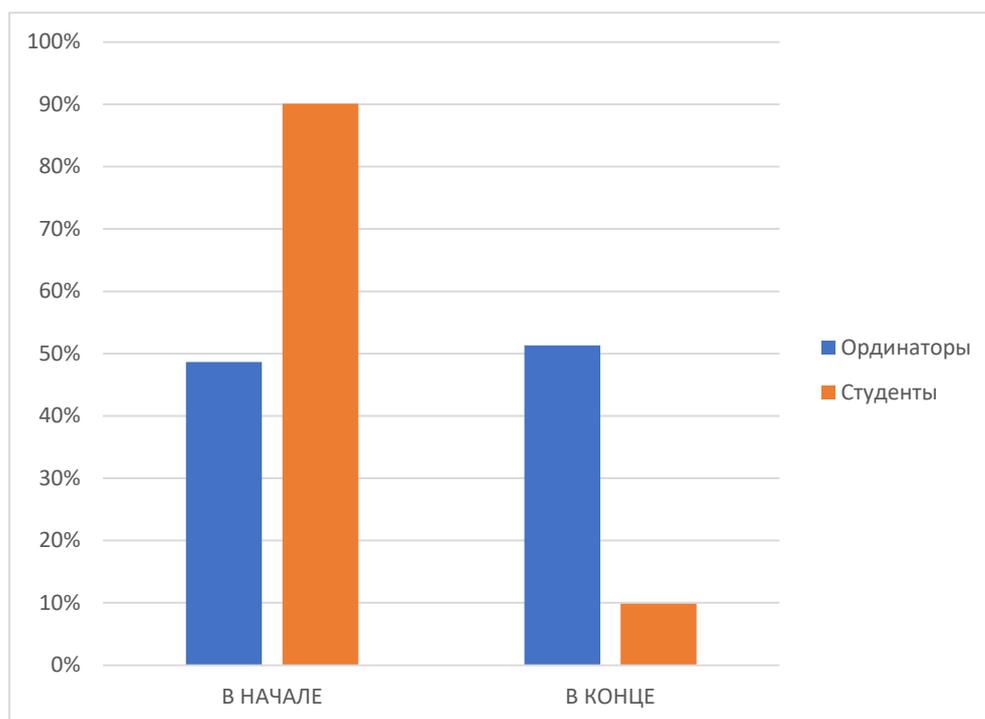


Рис. 2. Результаты ответов на вопрос анкеты «Когда нужно проводить тест-контроль?»

Опрошенным было предложено выбрать:

1. Проходить тест в начале занятия с *повышением* максимального балла за тест для БРС.
2. Проходить тест в конце занятия с *понижением* максимального балла за тест для БРС.

По результатам опроса студенты предпочли проходить тест-контроль в начале занятия (до разбора темы занятий) и добиваться максимального балла для БРС. Такой подход характеризует студентов как высоко мотивированных к самостоятельной подготовке, т.к. высокий итоговый балл влияет на шансы получить бюджетное место в ординатуре. Мнение ординаторов разделилось примерно поровну. Это можно объяснить тем, что в момент их обучения на 3 курсе результаты в БРС не влияли на поступление в ординатуру.

Т.к. технологии визуализации развиваются стремительно, мы наблюдаем рост количества студентов, которые предпочитают делать снимки микропрепаратов через объектив микроскопа на занятии или искать эталонные

изображения микропрепаратов в банках данных микропрепаратов. Ответ на предпочтение рисовать или распечатать для нас был очевиден, тем не менее мы включили его в опрос.

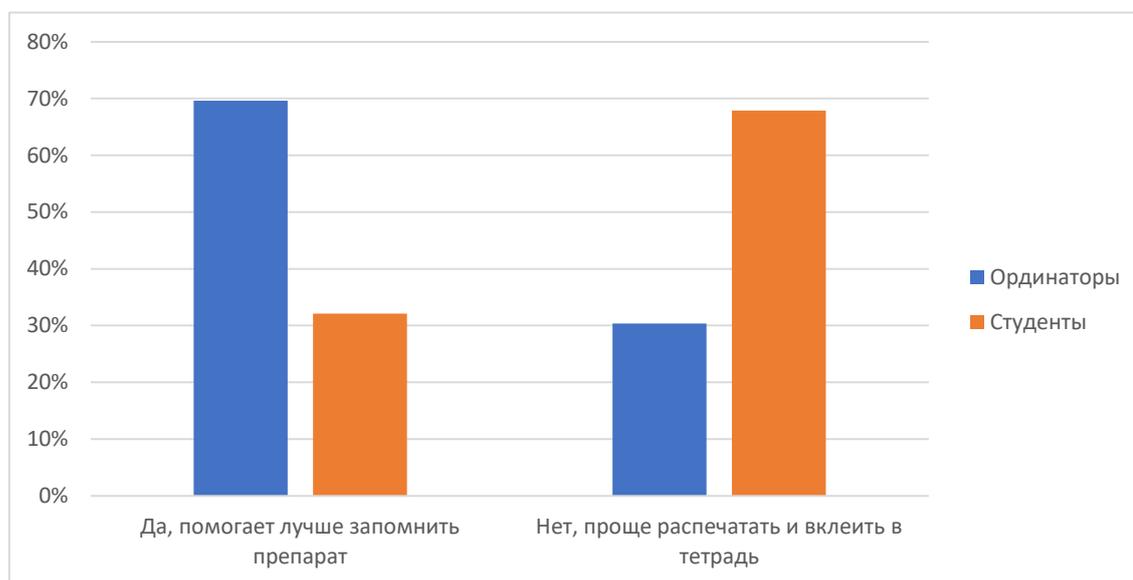


Рис. 3. Результаты ответов на вопрос анкеты «Нужна зарисовка микропрепаратов на занятиях?»

Асимметричный результат между студентами III курса и ординаторами можно объяснить сменой методологии проведения занятия. Ординаторы во время обучения на III курсе занимались преимущественно зарисовкой препаратов на семинаре. Студенты готовят конспект в соответствии с общими требованиями к практикуму дома. Время, сэкономленное на зарисовку микропрепаратов, мы перераспределили на устные ответы во время занятий для максимального охвата аудитории и разбора дополнительных клинических примеров с микро- и макропрепаратами.

Контроль знаний (тесты, коллоквиумы, модули, экзамен) является обязательной частью учебного процесса. Любая проверка знаний является стрессом для экзаменуемых. Ожидаемо, что любой контроль вызывает как минимум неприязнь. Однако на вопрос «Как влияет контроль знаний на усвоение материала?» подавляющее большинство (75% (n=84) ординаторов и

74% (n=119) студентов) анкетированных подтвердили, что контроль знаний положительно сказывается на изучении материала.

Одним из важных пунктов оценки работы студента в БРС является балл за активную работу на занятии. Это позволяет вести объективную оценку о работе студента в текущем учебном году для кафедры. Мы предоставляем студентам три варианта получения балла за активную работу: презентация, устный доклад или ответ на вопрос преподавателя.

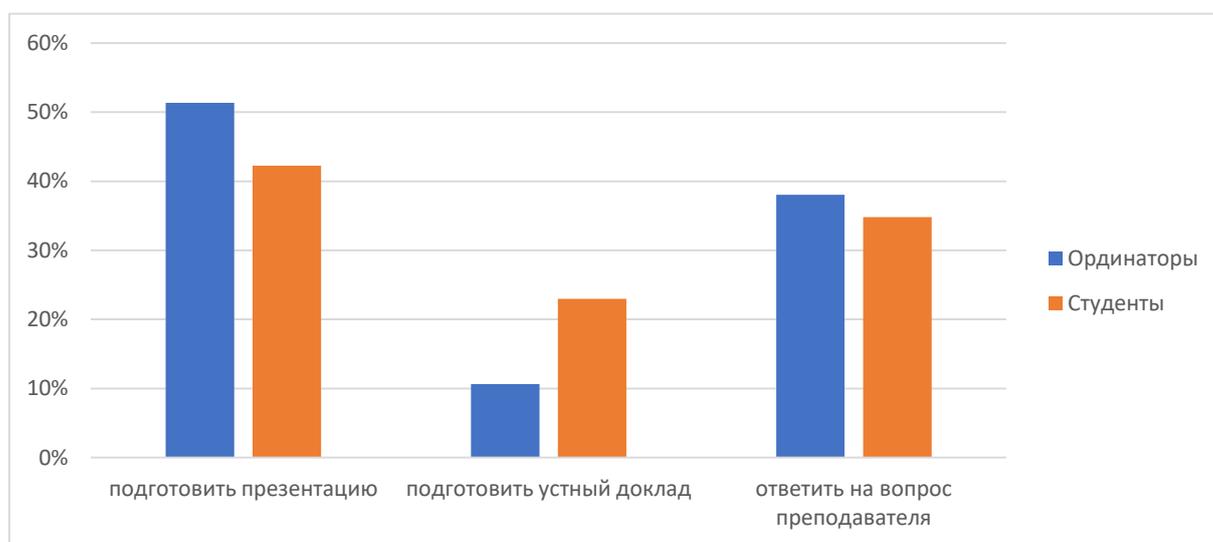


Рис. 4. Результаты ответов на вопрос анкеты «Как Вы предпочтёте получить балл за активную работу на занятии?»

Предпочтения по выбору формы существенно отличались в группах со вторым вариантом ответа – устный доклад. Но преобладает желание делать доклады в виде презентаций. Учащиеся не просто сдают презентации преподавателю, а делают полноценный доклад перед аудиторией группы. Одногоруппники и преподаватель задают вопросы и обсуждают совместно тему доклада. Выбор данного метода позволяет улучшить подготовку студентов для выступлений на студенческих научных обществах и конференциях.

Мы разрешаем готовить совместно доклад/презентацию двум или трём авторам, в зависимости от сложности или объёма взятой темы. К сожалению, коллегиальная работа над проектом не популярна среди учащихся. 79% (n=89)

ординаторов и 74% (n=120) студентов предпочли готовить презентацию индивидуально. Мы считаем, что это плохой прогностический показатель, т.к. работа в медицине на современном этапе требует высоких коммуникативных навыков.

Важной частью обучения врача является демонстрационная аутопсия. Во время вскрытий проводится анализ всего случая летального исхода, а не только демонстрация аутопсии. 93% (n=104) ординаторов и 92% (n=149) студентов ответили утвердительно на вопрос: «Занятия с демонстрационным вскрытием повышают уровень понимания медицины?». Стоит отметить, что среди студентов чрезвычайно высокая мотивация присутствовать на демонстрационной аутопсии.

Мы попросили оценить качество семинаров и лекций от 1 (не удовлетворительно) до 5 (отлично) баллов. Средний балл оценки семинаров у ординаторов составил 4,4, а у студентов 4,5. Средний балл оценки лекций был 4,5 и 4,1 соответственно. Несмотря на минимальные различия в средних баллах, на рис. 5 и рис. 6 можно увидеть, что студенты менее удовлетворены качеством лекций.

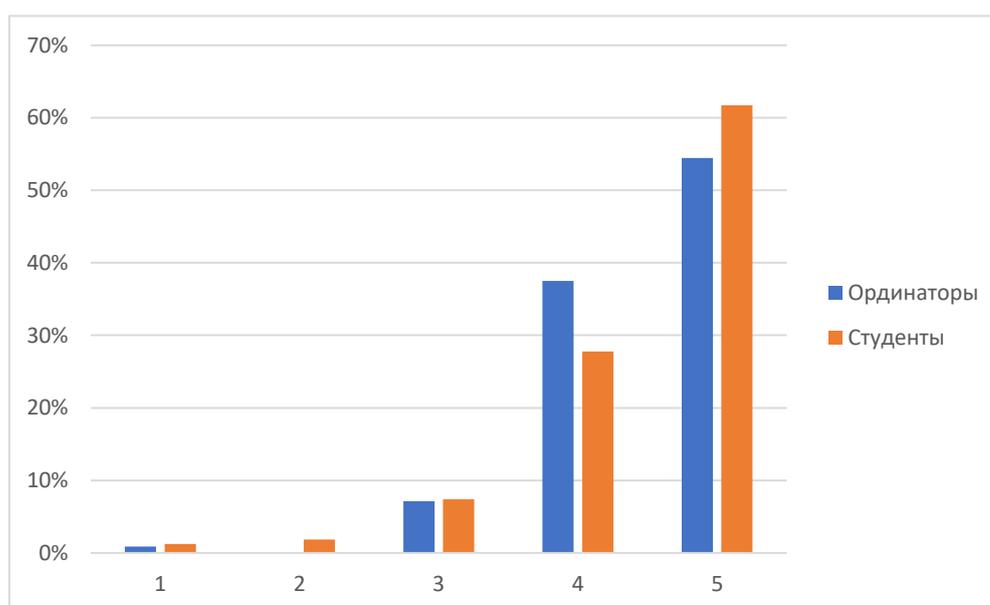


Рис. 5. Результаты ответов на вопрос анкеты «Как Вы оцениваете качество семинаров?»

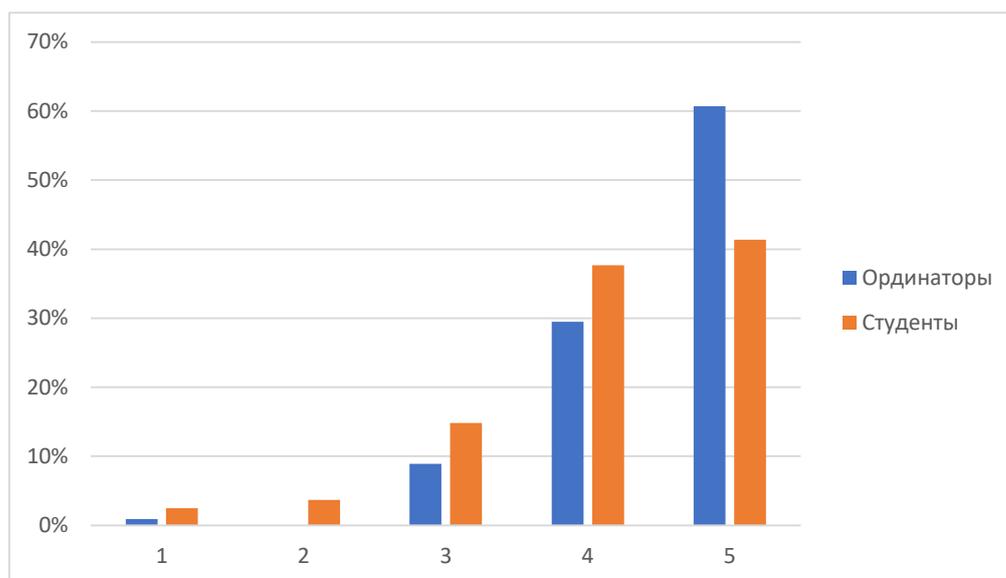


Рис. 6. Результаты ответов на вопрос анкеты «Как Вы оцениваете качество лекций?»

Мы разработали дополнительный опрос об удовлетворённости материалами семинаров и лекций, чтобы детализировать ожидания и требования учащихся.

Заключительным вопросом была просьба в свободной форме высказать пожелания по улучшению работы кафедры. Наиболее типовыми пожеланиями были:

1. Увеличить количество демонстрационных вскрытий.
2. Предоставить дополнительное время на самостоятельную работу с микроскопом.
3. Предоставить методические пособия кафедры по каждой теме занятий.

Выводы

Выбранная нами методология анкетирования с помощью бесплатного сервиса Google Forms позволяет легко и оперативно собирать отзывы студентов и ординаторов, не тратя на их обработку много времени. Это удобный способ

мгновенно получать обратную связь в любые выбранные интервалы учебного года.

Результаты показали, что существующая форма преподавания ПА (по имеющимся учебникам, лекциям, методическим пособиям и базе микро- и макропрепаратов) в целом оптимальна и не нуждается в кардинальном пересмотре. Существенным и очевидным недостатком является малое количество часов занятий с демонстрационными вскрытиями и лимит времени на самостоятельную работу с микроскопом. Данную проблему мы не можем решить в рамках тематического учебного плана. Но мы смогли решить вопрос, перенеся эти виды деятельности на занятия в студенческом научном кружке для всех заинтересованных учащихся.

Список литературы

1. Али-Риза, А. Е. Проблемная лекция «Система менеджмента качества в патологической анатомии» // Актуальные проблемы и перспективы развития российского и международного медицинского образования; Красноярск, 02-03 февраля 2012 г. — Красноярск: Версо 2012. — С. 51-53. [Ali-Riza A.E. Problemnaya leksiya «sistema menedzhmenta kachestva v patologicheskoy anatomii». In: *Proceedings "Topical problems and prospects of development of Russian and international medical education"*. Krasnoyarsk, 02-03 February 2012. — Krasnoyarsk: UP Print; 2012. pp. 51-53. (In Russ)]
2. Надеев А.П., Карпов М.А. Практическое обучение студентов по дисциплине «Патологическая анатомия. Клиническая патологическая анатомия» на кафедре патологической анатомии медицинского университета // Материалы V съезда российского общества патологоанатомов. — 2017. — С. 232–234. [Nadeev A.P., Karpov M.A. Prakticheskoe obuchenie studentov po distsipline «Patologicheskaya anatomiya. Klinicheskaya patologicheskaya anatomiya» na kafedre patologicheskoy anatomii meditsinskogo universiteta. In: *Proceedings "Materials of the V Congress of the Russian society of pathologists"*. 2017. pp. 232–234. (In Russ)]
3. Насыров Р.А., Попова Е.Д., Красногорская О.Л. О возможностях подготовки специалистов по патологической анатомии детского возраста // Архив патологии. — 2010. — Т. 72. — № 6. — С. 6–8. [Nasyrov R.A, Popova E.D, Krasnogorskaya O.L. On feasibilities of training specialists in childhood pathological anatomy. *Arkhiv patologii*. 2010;72 (6):6-8. (In Russ)]
4. Нечаева О.Н., Конкина Е.А. Профилизация преподавания патологической

анатомии на педиатрическом факультете // Вестник ивановской медицинской академии. — 2005. — Т. 10. — № 1–2. — С. 82–84. [Nechaeva O.D., Konkina E.A. Profilizatsiya prepodavaniya patologicheskoy anatomii na pediatricheskom fakul'tete. *Vestnik ivanovskoy meditsinskoj akademii*. 2005;10 (1-2):82-4. (In Russ)]

5. Пономарев А.Б., Федоров Д.Н. Компьютерные технологии в преподавании патологической анатомии // Архив патологии. — 2015. — Т.77. — № 2. — С. 32–34 [Ponomarev A.N., Fedorov D.N. Computer technology in the teaching of pathological anatomy. *Arkhiv patologii*. 2015;77(2):32–4. (In Russ)]

6. Magid MS, Cambor CL. The integration of pathology into the clinical years of undergraduate medical education: a survey and review of the literature. *Hum Pathol*. 2012 Apr;43(4):567–76.

7. Wood A, Struthers K. Pathology education, Wikipedia and the Net generation. *Med Teach*. 2010 Jul 23;32(7):618.

8. Беляева Г.Ф., Царенко А.С. Опросы «Преподаватель глазами студента» как инструмент совершенствования управления учебным процессом в вузе // Государственное управление. Электронный вестник. — 2012. — № 32. [Belyaeva G.F., Tsarenko A.P. Oprosy «Prepodavatel' glazami studenta» kak instrument sovershenstvovaniya upravleniya uchebnym protsessom v vuze. *Gosudarstvennoe upravlenie. Elektronnyy vestnik*. — 2012. — № 32. (In Russ)]
Доступно по: <https://cyberleninka.ru/article/n/oprosy-prepodavatel-glazami-studenta-kak-instrument-sovershenstvovaniya-upravleniya-uchebnym-protsessom-v-vuze>. Ссылка активна на: 20.12.2018.

9. Мильчаков Д.Е. Взгляд студентов на патологическую анатомию как на дисциплину преподаваемую в медицинском вузе // Вятский медицинский вестник. — 2010. — Т. 3. — С. 69–71 [Mil'chakov D.E. Students ' view on pathological anatomy as a discipline taught in medical University. *Vyatskiy meditsinskiy vestnik*. 2010;3:69–71. (In Russ)].

10. Herrmann FEM, Lenski M, Steffen J, Kailuweit M, Nikolaus M, Koteleswaran R, et al. A survey study on student preferences regarding pathology teaching in Germany: a call for curricular modernization. *BMC Med Educ*. 2015 Dec 2;15(1):94

УДК. 3.37.378

**ПРОБЛЕМА ВОСПИТАНИЯ НАВЫКОВ
ТОЛЕРАНТНОГО МЕЖРЕЛИГИОЗНОГО ОБЩЕНИЯ
У ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Сахарова Л.Г., Сахаров В.А.

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

*ФГБОУ ВО Вятский государственный университет, (610000, г. Киров, ул.
Московская, 36) vas701@rambler.ru*

В статье рассматривается основное содержание воспитания навыков толерантного межрелигиозного общения у обучающихся медицинских вузов в Российской Федерации

Ключевые слова: медицинский вуз, воспитание, межрелигиозное общение, профессиональная компетентность

**THE PROBLEM OF TRAINING TOLERANT INTERRELIGIOUS
COMMUNICATION
IN STUDENTS AT A MEDICAL UNIVERSITY
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

Sakharova L.G. , Sakharov V.A.

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

*Vyatka State University, (610000, Kirov, Moskovskaya street, 36)
vas701@rambler.ru*

The article discusses techniques to train the basic skills of tolerant interreligious communication in students of medical schools in the Russian Federation.

Keywords: medical school, education, multi-cultural communication, professional competence

Введение

Проблема выстраивания общения и взаимоотношений врача и пациента включает необходимость учета сторон общественной жизни: политических, социальных, национальных, религиозных ее аспектов.

На протяжении развития истории медицины идея развития бесконфликтного межрелигиозного общения в сфере оказания медицинской помощи являлась актуальной.

На современном этапе развития общества продолжается осуществление поиска универсальных социальных, политических и правовых детерминант, определяющих педагогические приоритеты воспитания культуры межрелигиозного общения у студентов в условиях развития современных медицинских высших учебных заведений.

Основное содержание

В современной России верующие составляют значительную часть населения и проявляют свою религиозную индивидуальность в поведении в условиях медицинских учреждений. Развитие системы высшего медицинского образования Российской Федерации должно учитывать данную реалию времени и способствовать воспитанию религиозной толерантности у обучающихся в процессе формирования профессиональной компетентности специалистов медицинской сферы.

Этому способствует и ряд причин политического и социально-правового характера:

Во-первых, усиливающимися в XXI веке глобализационными процессами в системе высшего медицинского образования (развитие международного медицинского сотрудничества, прохождение студентами медицинских вузов практик и стажировок в зарубежных клиниках, развитием медицинских

добровольческих и миротворческих акций в различных кризисных регионах мира).

Во-вторых, усиливающимися миграционными процессами в различных регионах мира, в том числе и в Российской Федерации, что ориентирует на выработку бесконфликтных подходов в сфере медицинского обслуживания.

В-третьих, усиливающейся тенденцией к выражению пациентами отношения к медицине и поведению в медицинских учреждениях на основе религиозных идей (взгляды на оказание медицинской помощи, отношение к медицинским процедурам и новым медицинским технологиям, к организации питания, к культуре одежды, к гигиенической культуре, культуре взаимоотношений между полами и др.) [2; 3].

В-четвертых, требованиями соблюдения норм Конституции Российской Федерации и ряда Федеральных Законов, определяющих необходимость соблюдения религиозных прав граждан в медицинской сфере.

В-пятых, требованиями федеральных государственных образовательных стандартов к подготовке специалистов в медицинской сфере, предусматривающих воспитание религиозной толерантности как составляющей профессиональной компетентности выпускника медицинского вуза.

Таким образом, на современном этапе развития идеи воспитания обучающихся медицинских вузов **связаны с** необходимостью выявления содержания проблемы воспитания у обучающихся медицинских вузов России религиозной толерантности и ее социально-педагогической значимости. Осмысление этой проблемы невозможно без анализа специфики требований к подготовке специалистов медицинской сферы с политико-правовых позиций [4].

В первую очередь, выявление содержания проблемы воспитания религиозной толерантности врача и формулирование понятия религиозной толерантности врача будет ориентировано на идею необходимости соблюдения прав и свобод гражданина.

Таким образом, формулируя содержание понятия «религиозная толерантность» врачей будущих медицинских работников и подходов к ее воспитанию, позволяет сформулировать содержание ряда нормативно-правовых актов Российской Федерации¹⁷.

Общий идейный подход государства к развитию мирных межрелигиозных отношений в различных сферах жизни общества определен Президентом Российской Федерации В.В. Путиным: *«Попытки провоцировать межэтническую напряженность, религиозную нетерпимость мы должны рассматривать как вызов единству Российского государства, как угрозу для каждого из нас (В.В. Путин)¹⁸»*.

Сформулировать содержание проблемы воспитания религиозной толерантности врача с политико-правовых позиций позволит анализ содержания нормативно-правовых актов Российской Федерации.

Так, в соответствии с Конституцией Российской Федерации «каждому гарантируется свобода совести, свобода вероисповедания, включая право исповедовать индивидуально или совместно с другими любую религию или не исповедовать никакой, свободно выбирать, иметь и распространять религиозные и иные убеждения и действовать в соответствии с ними» [1]. Необходимость соблюдения данной нормы в медицинской сфере закреплена в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В соответствии с ним:

- государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места

¹⁷ Конституция Российской Федерации, Федерального закона «О свободе совести и религиозных объединениях» (1997 г.); Федеральный закон «О противодействии экстремистской деятельности» (2002 г.), «Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года», «Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2016-2020 годы», «Стратегии развития воспитания в Российской Федерации до 2025 года», Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», Государственные образовательные стандарты высшего образования, Федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования, Федеральная целевая программа «Укрепление единства российской нации и этнокультурное развитие народов России (2014-2020 гг.)» и др.

¹⁸ Полный текст Послания Федеральному собранию Президента РФ В.В. Путинна 12 декабря 2012 года// Российская газета -2012 № 5959 Доступно по: <http://www.kremlin.ru/news/17118> (Ссылка активна на 12.03.2019)

жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств (Статья 5);

- оказание медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента (Статья 6);

- российский врач должен «быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств» (Статья 71);

- пациент имеет право на «допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения (Статья 30) [7].

Выводы

Таким образом, содержание российского законодательства по проблеме соблюдения религиозных прав пациентов позволило российским ученым сформулировать ряд задач развития религиозной толерантности у студентов медицинских вузов:

Во-первых, важной задачей воспитания религиозной толерантности у обучающихся российских вузов, в том числе и медицинских, является развитие понимания идеи необходимости соблюдения религиозных прав граждан (пациентов) в сфере профессиональной деятельности (С.А. Бурьянов, М.Ю. Зеленков, А.А. Нураллаев, М.М. Мчелдова., И.В. Степанкова, Н.Л. Хабибуллина, А.Д. Чубарьян, М.О. Шахов, И.Н. Юркин и др.).

Во-вторых, необходимость грамотного предотвращения усиливающегося клерикализма общества, необоснованного вмешательства религиозных институтов во все сферы общественной и государственной жизни, в том числе и сферу медицины (Д.И. Аминов, С.А. Бурьянов, М.М. Гильманов, М.П. Мчедлов, М.М. Мчедлова, А.А. Нураллаев, Т.А. Петрова, С.Н. Поминов, И.В. Степакова, М.С. Стецкевич, С.Н. Фридинский, Н.Л. Хабибуллина, А.Д. Чубарьян, И.Н. Юркин и др.)

В-третьих, развитие умений и навыков бесконфликтного поведения в медицинской сфере у будущих врачей и пациентов, стремления к развитию межрелигиозного сотрудничества в решении важных социальных и медицинских проблем (отношение к новым медицинским технологиям, проблема аборт) (А.И. Голикова, А.В. Кураев, М.М. Мчедлова, И.В. Силуянова и др.)

В-четвертых, развитие действенных социально-педагогических механизмов обеспечения проявления религиозной толерантности в профессиональной сфере (О.А. Богатова, О.В. Васильева, А.Г. Поляков, М.Ю. Смирнов, Л.Г. Сахарова) [5, с.116].

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации, Статья 28 [*Konstitutsiya Rossiyskoy Federatsii, Stat'ya 28*(In Russ)] Доступно по: <http://constitutionrf.ru/rzd-1/gl-2/st-28-krf>
Ссылка активна на 12.03.2019
2. Сахаров В.А., Сахарова Л.Г. Взаимосвязь духовно-нравственного и поликультурного воспитания студенческой молодежи // Среднее профессиональное образование –2011. – № 11. –С.11–12[Sakharov V.A., Sakharova L.G. Vzaimosvyaz' dukhovno-nravstvennogo i polikul'turnogo vospitaniya studencheskoy molodezhi . *Srednee professional'noe obrazovanie*. 2011;(11):11–12 (In Russ).]
3. Сахаров В.А., Сахарова Л.Г. Сапожникова А.Г. Духовно-нравственное воспитание современной молодежи в контексте реализации государственной национальной политики// Среднее профессиональное образование. –2013. –№ 11. –С.14–15. [Sakharov V.A., Sakharova L.G., Sapozhnikova A.G. Dukhovno-nravstvennoe vospitanie sovremennoy molodezhi v

kontekste realizatsii gosudarstvennoy natsional'noy politiki *Srednee professional'noe obrazovanie*. 2013; (11):14–15 (In Russ).]

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

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

6. Федеральный государственный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.05.01. Лечебное дело (уровень специалитета). – 2016. [Federalnyy gosudarstvennyy standart vysshego obrazovaniya po napravleniyu podgotovki 31.05.01. Lechebnoye delo (uroven spetsialiteta). (In Russ).].2016.

7. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [*Federal'nyy zakon ot 21 noyabrya 2011 g. № 323-FZ "Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii"* (In Russ)] Доступно по: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025> Ссылка активна на 12.03.2019