

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

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

4(8). 2019

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



КИРОВ, 2019

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

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

4(8). 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

4 (8).2019

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

Kirov, 2019

Медицинское образование сегодня № 4(8). 2019

ББК 5я5
М42
16+

ISSN: 2686-7745

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ Научно-практический журнал

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

Заместители главного редактора:

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

Ответственный секретарь – доцент Л.Г. Сахарова.

Члены редакционной коллегии: профессор, д.м.н. А.Л. Бондаренко; профессор, д.м.н. С.А. Дворянский; профессор, д.м.н. Я.Ю. 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. Семенов (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

Катько В.А., Черевко В.М., Дегтярев Ю.Г.

Инвагинация кишечника у детей: 15-летний опыт лечения гидростатической клизмой7

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Абрамовская Д.В., Волкова А.А., Серёгин Д.С., Трапезников М.В.

Идея гармонии человека и природы на разных этапах человеческой истории.....13

Походенько И.В., Романовская С.В., Мухачева Е.А., Шипицына В.В.,

Маркова Г.А.

Изменения в социально-гигиенической характеристике старших медицинских сестер лечебных учреждений Кировской области в динамике за 5-летний период25

Санникова Ю.П., Бельтюкова О.В., Новгородцева И.В.

Психологические аспекты паллиативной помощи пациентам с онкологическим заболеванием.....33

Смирнов А.А., Петров С.Б.

Гигиеническая оценка аэрогенного риска для здоровья населения в районах размещения многотопливных теплоэлектроцентралей города Кирова (на примере Кировской ТЭЦ-5)45

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

Мошанова Т.Л.

Организация учебного процесса по специальности «Фармакология и физиология» (степень «бакалавр наук») в Вестминстерском университете (Лондон)54

Новикова Л.И.

Некоторые вопросы использования диалоговых методов обучения.....71

Пуртова М.С., Новгородцева И.В.

Особенности аффективно-личностного эгоцентризма подростков с девиантным поведением.....73

Сахаров Р.В.

Организация отдыха детей в оздоровительных лагерях Кировской области накануне Великой Отечественной войны.....85

ОБЗОРЫ

Белоусова О.В., Белоусов Е.А. , Петухова Е.П., Бондарев К.В., Карасёв М.М.

Исследование ассортимента лекарственных средств, применяемых для лечения язвенной болезни желудочно-кишечного тракта91

Белоусова О.В., Белоусов Е.А. , Карасёв М.М.

Изучение влияния маркетинговых инструментов на величину среднего чека в аптечной организации98

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.34-007.44-053-08

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОСТАТИЧЕСКОЙ КЛИЗМОЙ

Катько В.А., Черевко В.М., Дегтярев Ю.Г.

УО «Белорусский государственный медицинский университет» (220116, г. Минск, Республика Беларусь, пр.Дзержинского, 83) childsurg@bsmu.by

Авторами представлен опыт применения нового метода консервативной дезинвагинации у детей – гидростатической клизмы под сонографическим контролем. Проанализированы результаты лечения 800 детей. В возрасте до 3 месяцев – 1,8%, от 4 до 6 месяцев – 16,9%, от 7 до 12 месяцев – 25,3%, от года до 3 лет – 44,3% и старше 3 лет – 11,7% детей. Из них у 724 инвагинат расправлен гидростатической клизмой под сонографическим контролем, 76 (9,5%) пациентов оперированы. Таким образом, новый метод консервативного лечения гидростатической клизмой под сонографическим контролем эффективен в 90,5% случаев, безвреден для ребенка. Осложнение в виде перфорации кишки во время расправления не угрожает жизни ребенка. Авторы считают, что оперативное лечение предпочтительнее проводить поперечной лапаротомией или лапароскопически, благодаря чему предупреждаются послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, дети, консервативное лечение, хирургия

INTESTINAL INVAGINATION IN CHILDREN: A 15-YEAR EXPERIENCE IN THE DISEASE TREATMENT WITH HYDROSTATIC ENEMA REDUCTION

Katko V.A., Cherevko V.M., Degtyarev Yu.G.

(Belarusian State Medical University, 220116, Minsk, Republic of Belarus,
83 Dzerzhinsky Ave) childsurg@bsmu.by

The authors describe their experience in using a new method of conservative disinvagination in children – sonographic guided hydrostatic enema reduction. 800 children have been treated. 1.8% of the children are under the age of 3 months, 16.9% - from 4 to 6 months, 25.3% - from 7 to 12 months, 44.3% - from a year to 3 years and 11, 7% - older than 3 years. In 724 of them intussusception was reduced with the help of sonographic guided enema. 76 (9.5%) patients were treated via surgical intervention. Thus, the study has found out that the new method of conservative treatment with sonographic guided hydrostatic reduction is successful in 90.5% of the cases and harmless to the child. Complication in the form of intestinal perforation during the procedure does not threaten the life of the child. The authors believe that laparotomy or laparoscopy are more preferable as they prevent some postoperative complications.

Key words: intestinal invagination, children, conservative treatment, surgery

Введение

Инвагинация кишечника – это один из наиболее частых видов механической кишечной непроходимости у детей, возникающая чаще всего в возрасте от 6 мес. до 2 лет.

Причина заболевания во многих случаях неизвестна. В 94% случаев заболевание носит идиопатический характер, в 3,5% случаев оно обусловлено интестинальными причинами и в 2,5% случаев – экстраинтестинальными факторами (1, 2). Число оперативных вмешательств по поводу инвагинации (по литературным данным) колеблется от 15 до 85,3% (3-5).

Патологоанатомическая картина инвагинации сводится к тому, что брыжейка инвагинированной петли кишки сдавливается между слоями инвагината, причем со стороны шейки и головки стенка кишки согнута на 180°. Внутренний и средний цилиндры инвагината находятся в «ловушке»

между двумя этими изгибами, поэтому кровоснабжение указанных отделов кишки затруднено (венозный стаз, отек). Слизь, смешиваясь с просачивающейся через стенку кишки кровью, образует стул в виде «малинового желе». Когда давление в тканях из-за отека превысит артериальное, циркуляция крови в стенке инвагината прекращается и наступает некроз дистального конца среднего и внутреннего цилиндров и потом распространяется проксимально.

В прошлом для диагностики использовали в основном ирригоскопию с бариевой взвесью, пневмоирригоскопию и другие методы. Этими же методами проводилось консервативное лечение, в случаях неудачи – применяли оперативное лечение.

Основное содержание

Нами предложен новый метод консервативного лечения инвагинации кишечника (6).

Цель – провести оценку нового метода консервативного лечения инвагинации кишечника «гидростатической клизмой под сонографическим контролем» за 15 лет.

Материалы и методы. С 2002 г. по 2016 г. в клинике находилось на лечении 800 пациентов: в возрасте до 3 месяцев – 1,8%, от 4 до 6 месяцев – 16,9%, от 7 до 12 месяцев – 25,3%, от года до 3 лет – 44,3% и старше 3 лет – 11,7% детей. Из них у 724 (90,5%) инвагинат расправлен гидростатической клизмой под сонографическим контролем, 76 (9,5%) пациентов оперированы.

Необходимо отметить, что не подлежали дезинвагинации тонко-тонкокишечная и тонко-тонкотолстокишечная инвагинации. Связано это с тем, что давление на головку инвагината можно осуществлять только в толстой кишке. Большинство пациентов с инвагинацией кишечника (67,5%) поступили в клинику до 12 ч от начала заболевания.

Консервативная дезинвагинация физиологическим раствором под сонографическим контролем была успешно проведена у 724 (90,5%)

пациентов, не увенчалась успехом только у 76 (9,5 %). Консервативное лечение было неэффективным в случаях тонко-тонкокишечной инвагинации, подвздошно-подвздошно-ободочной инвагинации, утолщения брыжейки подвздошной кишки увеличенными лимфоузлами в инвагинате и позднего поступления (более 2 суток от начала заболевания).

Оперативное лечение применено у всех 76 пациентов: лапаротомия, расправление инвагината кишечника по Гутчинсону – у 34, лапароскопия, дезинвагинация – у 24; дезинвагинация, резекция дивертикула Меккеля – у 6; дезинвагинация и ушивание разрыва поперечно-ободочной кишки – у 1; удаление кистозного образования слепой кишки и тонкой кишки – у 3; резекция некротически измененной петли тонкой кишки, формирование илеостомы – у 2; резекция некротически измененной петли подвздошной кишки с наложением анастомоза «конец в конец» – у 6.

Результаты и обсуждение. Начало подхода к альтернативному методу консервативного лечения инвагинации кишечника, имеющее цель предупреждение ионизирующего излучения и бариевого перитонита, положил [4] Kim et al. в 1982 г [4]. Он предложил гидростатическое расправление инвагинации кишечника под сонографическим контролем. В последующем некоторые исследователи сообщали об использовании солевых растворов и водорастворимых контрастных веществ в виде клизм для консервативного лечения. Однако эта методика все еще не является хорошо известной детским хирургам. G.D. Wang, S.J. Liu (1988) сообщили о 95, 5% случаев успешных дезинвагинаций этим способом [1]. Данные авторы считают, что показанием к лапаротомии служит нерасправленная инвагинация солевым раствором под давлением 90 мм рт.ст. Давление в толстой кишке не должно превышать 80 мм рт.ст. в следующих случаях: а) длительность заболевания более 48 ч; б) инвагинат расположен в нисходящей ободочной кишке; в) состояние шока у пациента; г) возраст ребенка меньше

трех месяцев. Более высокое давление использовали O.C. Soon et al. (1994)– 90-110 мм рт.ст. и достигли 80,9% расправлений [5].

Результаты консервативных дезинвагинаций по нашему методу: 90,5% на 800 случаев общего количества инвагинаций кишечника.

Приведенные данные на большом клиническом материале показывают, что достигнуто 90,5% успешных расправлений по сравнению с 79,0% ранее применяемых бариевыми клизмами. Кроме того, маленькие дети не подвергались рентгенологическому облучению и опасности смертельного бариевого перитонита в случае разрыва патологически измененного участка кишки в инвагинате.

Применение поперечных разрезов при лапаротомии по сравнению со срединной позволило избегать множественных осложнений (расхождение швов, эвентрация, множественные кишечные свищи, перитонит, спаечная непроходимость и др.). Наблюдалось одно осложнение (разрыв восходящей ободочной кишки в инвагинате) через 3 суток от начала заболевания, отсутствовала летальность, что свидетельствует о прогрессе в лечении этого тяжёлого заболевания.

Выводы

1. Новый метод консервативного лечения гидростатической клизмой под сонографическим контролем эффективен в 90,5% случаев, безвреден для ребенка. Осложнение в виде перфорации кишки во время расправления не угрожает жизни ребенка.

2. Оперативное лечение предпочтительнее проводить поперечной лапаротомией или лапароскопически, благодаря чему предупреждаются послеоперационные осложнения.

Список литературы

1. Wang G.D. Enema reduction of intussusceptions by hydrostatic pressure under ultrasound guidance: a report of 377 cases / G.D. Wang, S.J. Liu // *J. Pediatr. Surg.* 1988;23(9):814-818.

2. Разин М.П., Сырчин Э.Ф., Кузнецов С.Ю., Лобастов Д.К. Редкая форма инвагинации кишечника // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2015. – Т. V. – № 2. – С. 79-82. [Razin M.P., Syrchin E.F., Kuznecov S.Yu., Lobastov D.K. Redkaya forma invaginacii kishechnika. *Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii*. 2015;V(2): 79-82. (in Russ).]
3. Беляев М.К. Особенности инвагинации кишечника у детей старше одного года. // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 47-50. [Belyaev M.K. Osobennosti invaginacii kishechnika u detej starshe odnogo goda. *Hirurgiya*. 2003;(4): 47-50. (in Russ).]
4. Kim Y.J. et al. Diagnosis and treatment of childhood intussusception using real-time ultrasonography and saline enema: Preliminary report // *J. Korean Soc. Med. Ultrasound*. 1982; (1): 66-70.
5. Soon O.C. Ultrasound guided water enema: an alternative method of nonoperative treatment for childhood intussusception / O.C. Soon, W.H. Park, S.K. Woo // *J. Pediatr. Surg*. 1994; 29:498-500.
6. Кат'ко В.А. Диагностика и лечение инвагинации кишечника у детей. Минск, 2006. [Kat'ko V.A. *Diagnostika i lechenie invaginacii kishechnika u detej*. Minsk, 2006. (in Russ).]

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

УДК 101:502

**ИДЕЯ ГАРМОНИИ ЧЕЛОВЕКА И ПРИРОДЫ НА РАЗНЫХ
ЭТАПАХ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ИСТОРИИ**

Абрамовская Д.В., Волкова А.А., Серёгин Д.С., Трапезников М.В.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет

Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112)

dina.abramovskaya@mail.ru

Данная статья посвящена анализу идеи гармонии человека и природы на разных этапах человеческой истории с позиции взаимоотношения человека и природы и отношения социума к природе.

В статье рассматриваются вопросы отношения к природе в первобытном общинном обществе, в эпоху античности, эпохи Возрождения, XVII, XVIII, XIX и XX вв. Анализ идей взаимоотношений человека и природы у философов и мыслителей различных исторических периодов позволяет сделать вывод о противоречивости отношения человечества к окружающему миру. Отношение человека к природе расходитя от ощущения себя частью природы до её полного подчинения и сведения природы к утилитарным функциям.

Ключевые слова: гармония, взаимоотношения человека и природы, история философии, эволюция взаимоотношений человека и природы, философия природы.

**THE IDEA OF HARMONY OF HUMAN AND NATURE AT
DIFFERENT STAGES OF HUMAN HISTORY**

Abramovskaya D.V., Volkova A.A, Seregin D.S, Trapeznikov M.V,

Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx street, 112) dina.abramovskaya@mail.ru

This article is devoted to the analysis of the idea of harmony between man and nature at different stages of human history from the perspective of the relationship between man and nature and the relationship of society to nature.

The article discusses the relationship to nature in a primitive communal society, in the era of antiquity, the Renaissance, 17th, 18th, 19th and 20th centuries. An analysis of the ideas of the relationship between man and nature among philosophers and thinkers of various historical periods allows us to conclude that the relationship of mankind to the world around is contradictory. The relation of man to nature diverges from the feeling of being a part of nature to its complete submission and reduction of nature to utilitarian functions.

Keywords: harmony, the relationship between man and nature, the history of philosophy, the evolution of the relationship between man and nature, the philosophy of nature.

Введение

Мы живём в мире, где экологические проблемы становятся важным социальным аспектом. В новостных лентах и социальных сетях появляется большое количество статей и публичных страниц, где активно обсуждаются вопросы экологического характера. Яркими примерами подобных событий можно считать, например, выступление экологической активистки Греты Тунберг или лесные пожары в Сибири. На сегодняшний день человечество пытается искать варианты взаимоотношений с природой, при которых было бы возможно сохранить экологию планеты, при этом, не имея экономических потерь и не в ущерб научно-техническому развитию. Всё это заставляет

задуматься над следующими вопросами, какими же должны быть отношения человека и природы, как найти гармонию с природой, почему недостаточно говорить, например, только об их единстве?

Основное содержание

Взаимоотношения человека и природы на протяжении всей истории человечества имели различные подходы. На заре появления человечества человек не пытался менять природу под себя. Древние родоплеменные сообщества пытались выжить в суровых природных условиях, довольствовались в своей жизни в основном естественными благами, стремились найти гармонию в отношениях с природой, чтобы наилучшим образом приспособиться к ней[1]. Первобытные люди не имели сложных орудий труда, не эксплуатировали человек человека, а существовали только за счёт присвоения продуктов природы. Основными видами их деятельности были охота и собирательство, их соотношение было неодинаковым на разных этапах развития человеческого общества и в разных природно-климатических условиях. Природно-климатические условия становились важным аспектом существования и развития человеческого общества. Постепенно человечество развивалось, создавало новые орудия труда, училось обрабатывать камень и металлы, что привело его к менее зависимому положению от окружающей среды[2].

В эпоху античности взаимоотношения человека и природы нашли своё отражение в трудах философов, которые рассматривали их с позиции единения. Идеал общества – стремление жить в согласии с природой. В Древней Греции люди ещё были очень близки к природе, они мыслили своих богов как проявления силы природы в человеческом облики[3]. Такие боги как Зевс, Гефест, Посейдон, Рея, Гейя, Деметра и другие стали проявлением могущества природы и люди античности пытаются с ними договориться. Примечательны такие персонажи древнегреческой мифологии как Прометей, который учит людей правильному отношению с огнём, т.е. даёт возможность

подчинить природу себе. Античный философ Платон в своём диалоге «Зенон» рассматривает взаимоотношения «человек-природа» следующим образом: «Всё, что возникло, возникает ради всего в целом, с тем, чтобы осуществить присущее жизни целого блаженное бытие, и бытие это возникает не ради тебя, а, наоборот, ты - ради него» [4]. Таким образом, он подчёркивает, что человек может чувствовать себя счастливым только благодаря гармонии с природой.

Аристотель в своих работах говорит, что у всего есть душа, тем самым подчёркивает единение человека и природы. При этом, он делает акцент на том, что «душа» эта менее качественная, чем у человека. Даже присутствие души в неживых природных объектах вовсе не означает, что они равноценны человеку, тем не менее эта идея выражается в том, что человек ближе к субъектному, чем к объектному восприятию природы [5].

Важной чертой античной философии взаимоотношения природы и человека является понимание, что природа это не только материальная, но и духовная ценность. Природа становится идеалом гармонии всего сущего, её идеалы нашли своё отражении в античном искусстве, где всё соразмерно человеку. Природа начинает выступать как образец, идеал гармонии, которой человек должен учиться у неё, подражать ей в своей повседневной жизни.

Софисты разделили законы природы и законы общественные, то есть, развели то, что существует по природе и что существует по установлению, по мнению. Многие здесь сделал Антифонт. Он полагал, что источник многих бед человека коренится в антагонизме общественных и природных законов. Законы общества заставляют человека очень часто поступать вопреки природе. В силу этого возникает раздвоенность, «двуличность» человека, что отнюдь не способствует его душевному равновесию. Отсюда возникает требование жить сообразно с природой, по природе, ибо законы природы отменены и упразднены быть не могут. Относительно же законов общества, которые существуют, т.е. установлены людьми, утверждается, что людьми же они могут быть отменены или изменены [6].

Во времена раннего средневековья отношения человека и природы ещё были очень близки по своему значению эпохе античности, человек пытался приспособиться к её законам и суровым условиям. Западная Европа в период раннего средневековья это лесистая территория с достаточно прохладным климатом. Крестьяне учатся обрабатывать землю, и часть их жизнедеятельности связана с лесом. Не стоит забывать, что в Средневековье меняется мировоззрение человека. В центре мироздания находится Бог и человек живёт в мире, который он создал. Сам человек выступает одновременно в двух ипостасях: естественной и Божественной. Постепенно от гармонии космоса человек переходит к Божественному миру[7]. Поэтому в средневековой культуре абсолютom является не Космос, а Бог, который выше всякого Космоса, ибо является его творцом. Природа определяется как источник ресурсов, а человек имеет право использовать её так, как ему угодно. Христианский взгляд предполагал, что человек – хозяин природы, т.е. он должен её себе подчинить. В позднее Средневековье появляется чёткое представление, что природа необходима для удовлетворения нужд человека, она существует для того, чтобы человеку было комфортно существовать в Божьем мире, и человек должен заботиться о природе, как Бог заботится о человеке[8]. Средневековый Китай считает верхом совершенства вещь, в которой её природная основа так трансформирована, что внешне никак не проявляется.

Эпоха Возрождения привнесла новый взгляд на мир, центром мира становится не Бог, на первое место выходит человек. Возникает мысль, что Бог сливается с природой, а природа представляется единым целым, в котором всё взаимосвязано. Природа мыслится как что-то живое, как то, что обладает креативностью и самодостаточностью. Мыслители эпохи Возрождения начинают относиться к природе как к тому, что противопоставлено человеческому обществу, как возможности убежать от социума, который ведёт к несчастью [9].

Человек рассматривается как часть природы, который действует по его законам. Большое внимание уделяется такому понятию как гармония. По представлениям философов Возрождения мир существует по законам гармонии, которая выражается во всём: в красках природы, в звуках и ощущениях. Необходимо отметить, что в это время гармония видится как принцип организации социальной жизни и воспитания. В эпоху Возрождения впервые начинают рассматриваться гармоничные взаимоотношения человека и природы. В эпоху Возрождения начинается время географических открытий, которые меняют картину мира, а философия рассматривает природу не сквозь призму религии, а по средствам светской философии, где разбираются законы природы и её суть.

Одним из представителей философов эпохи Возрождения был Николай Кузанский, который в своих работах отмечал, что природа так же бесконечна, как и Бог, так как Бог присутствует во всех её проявлениях. Природа замеряема, состоит из различных элементов, бесконечное и конечность мира это две стороны одной медали. Человек рассматривался им как венец создания природы, которое обладает разумом, что влечёт за собой его самостоятельные решения и поступки. По сути, человек создаётся чистым и невинным, он гармоничное и совершенное существо [10].

Вызывает интерес Дж. Бруно, который говорил о том, что если Бог везде, то это значит, что его нет нигде [11]. Таким образом, можно сказать, что в период Возрождения человек мыслился как продукт природы, а не результат собственной деятельности. И хотя природное начало в человеке подчёркивается, он всё же ставится выше природы, над ней Человек, с точки зрения данной эпохи, красив, деятелен и свободен.

Проблема взаимоотношений человека и природы в эпоху Возрождения характеризовалась некой противоречивостью. Ведь человек здесь, с одной стороны, часть гармоничной природы, с другой – внутренне гармоничен, но возвышается над природой.

Семнадцатое столетие привнесло новое звучание отношений природы и человека. Новое время – это время активного развития науки и техники. Философ Декарт выразил мысль, что природа в эту эпоху представляется, прежде всего, как технический материал труда, основная задача, которой выражается в сырьевой функции для производства. Подобное отношение к природе можно объяснить тем, что Новое время – это эпоха складывания буржуазного общества. Декарт отмечал, что человек должен стать господином природы. Такая позиция характеризуется появлением различных технических возможностей влияния на природу. Появляется философия покорения природы, когда ее задача это доступность для техники и производственного использования [12]. Природа в Новое время, это, прежде всего, механизм, который само регулируется, появляется новое звучание природы как утилитарного явления. Природой управляют неизменные от сотворения мира законы, физические тела состоят из инертной, косной материи, физические тела не могут мыслить. Человек в Новое время рассматривается в двух направлениях: во-первых, как части природы, во-вторых, как субъект, который способен её изменять.

Идея философского видения природы встречается у мыслителей Нового времени как образ природы-механизма. Подобное отношение хорошо проиллюстрировано в работе Ж.О. Ламетри «Человек-машина, государство-машина». В своём произведении Ж.О. Ламетри даёт определение человеку как механизму, но делает акцент на том, что это не просто механизм, это «человек-животное», являющееся единым материальным существом, существом органического мира[13].

Идею природы как инструмента и механизма выразили в своих трудах просветители XVIII века, где чётко прослеживается мысль о том, что природа это совершенный механизм, созданный Богом. Большое внимание уделяется эксперименту, как способу познания природы в контексте полезности для человека. Однако в этот исторический период существовали и иные

представления по поводу природы. Прежде всего, отличное от механистического представление о природе, давали естественные науки. В XVIII столетии начинает преобладать географический детерминизм, когда мир мыслится сквозь призму новых географических данных, опираясь на научные сведения. Представление о происхождении человека в результате эволюции природы стало общепринятым не только в науке, но и в обществе. Примером таких представлений можно назвать работу «Происхождение современного человека» К.П.Гроувса[14]. Человек сформировался в результате давления естественного отбора в направлении универсальных особенностей, определивших не только его господствующее положение в биосфере, но также выход на новый уровень организации.

В XIX в. Продолжают сохраняться идеи о природе как гигантском механизме, где человек становится сторонним наблюдателем, а мир делится на субъект и объект. Стоит отметить, что XIX век был временем, когда существовали в обществе противоречивые взгляды на роль и сущность природы и человека в ней. Возрождаются античные идеи понимания человека как неотъемлемой части природы, а с другой стороны бытуют мнения, что человечество за свою историю накопило большой багаж знаний о природе, поэтому легко властвует над ней. Возникает диалогическая картина мира, когда природный мир видится в череде событий. Мир предстаёт как многомерный, открытый, бесконечный. Эта идея нашла своё отражение в русской философии космизма второй половины XIX века. Русский космизм представлен значительным количеством авторов, которые, так или иначе, затрагивали тему взаимоотношений природы и человека, такие как И.Киреевский, В.Соловьев, Н.Федоров, П.Флоренский, Н.Лосский и другие. В целом можно представить идеи русского космизма как идею человека как части природы, и не возможность их противопоставления, так как человек и природа это единое целое. Человек обладает разумом, который несёт ответственность за природу. Невзирая на всё многообразие этого направления,

именно в его рамках зародилось понимание неизбежности противоречий между Разумом и Природой, между Человеком и окружающей средой. Появляется мысль, что необходимо создавать новое общество, в котором доминирует нравственное начало, это необходимое условие для развития человеческого общества в дальнейшем [15].

В своей работе «Философия общего дела» Н. Федоров пытался найти новый вариант взаимоотношений человека и природы. Н. Федоров не смотря на религиозность содержания своего трактата, говорит о том, что овладение природой должно проходить по законам Добра, необходимо победить смерть. В мире должно существовать нравственное управление природой или её регуляция. Труды Н.Федорова на многие годы опередили своё время. Больше века назад он писал о том, что необходимо переходить к энергоэффективным и ресурсосберегающим технологиям. Он видел основную задачу армии не в состязании друг с другом, а в её возможности борьбы с природными стихиями. Н.Федоров предрекал ещё в XIX веке различные экологические катастрофы, если человечество не станет относиться к природе с добротой [16].

XX век привнёс новое звучание в проблему взаимоотношения человека и природы. Всё больше заявляет о себе идея равенства человека и природы, необходимости своеобразного диалога между ними.

Появляется новое определение такое как «ноосфера». Ноосфера – это особым образом организованная сознательной деятельностью человека сфера взаимодействия природы и общества, в которой люди сознательно и целесообразно, в соответствии с собственными потребностями и познанными законами природы направляют и контролируют ход важных жизненных процессов. В.И. Вернадский, который предлагает это новое звучание тема природы и человека, глубоко убеждён, что ноосфера – это процесс сознательного гуманистического преобразования человеком условий своего естественного природного окружения. Мысль В.И. Вернадского заключается в

том, что в ней фиксируется неадекватность методов и языка, которые предлагались естествознанием для создания моделей взаимосвязи природы и общества. Проблема взаимодействия природы и общества может быть решённой лишь в том случае, если она будет понятна как проблема планомерного развития цивилизации [17].

Интересна для XX века идея Тейяра де Шардена о том, что Бог растворён в природе, натурализован, а человека как природное существо, и как носителя «мистической радиальной энергии». В последние десятилетия возникают идеи, которые освещают идею трансгуманизма и «сверхчеловека». Подобные идеи рассматривают будущее человека как нечто отличное от понимания его как продукта природы. Человек станет нечто иным благодаря применению новых технологий в генетическом, физиологическом, интеллектуальном и других отношениях. Б.Г.Юдин в работе «Сотворение Трансчеловека» даёт анализ трансгуманизма как сверх идеи создания нового человека. Последователи этого направления видят новые формы существования разума в искусственных носителях, что выведет человека на новый этап развития, уделяют внимание развитию искусственного интеллекта [18]. Эти идеи можно проследить в работах «Постчеловека» или «Мегаполисного человека» С.С. Хоружия, «Постличности» и др.

Выводы

Взаимодействие человечества и природы - это сложный процесс, в котором стороны должны стремиться к взаимовыгодному сотрудничеству. Между природным и общественным нет пропасти - общество остаётся частью более обширного целого - природы. На протяжении существования человечества идея гармонии человека и природы рассматривалась с различных точек зрения: чем больше развивалось общество, тем чаще приходили к мысли о том, что человек способен и должен эксплуатировать природу по своему назначению. На сегодняшний день можно сказать, что существуют следующие основные постулаты, которые решает человечество в отношении природы:

сохранение природы; экологические проблемы как следствие бездумного, даже варварского отношения к природе, разрешение которых возможно при применении научно-технического прогресса, его потенциальных возможностей.

Список литературы:

1. Рахилин В.К. Общество и живая природа. Краткий очерк истории взаимодействия / В.К. Рахилин. - М.: Наука, 1999. [Rahilin V.K. *Obshchestvo i zhivaya priroda. Kratkiy ocherk istorii i vzaimodeystviy*. Moscow: Nauka; 1999. (In Russ)].
2. Марков Г.Е. История хозяйства и материальной культуры в первобытном и раннеклассовом обществе. - М.: МГУ, 1999.. [Markov G.E. *Istoriya hozyaystva i material'noy kul'tury v pervobytnom i ranneklassovom obshchestve*. Moscow: MGU; 1999. (In Russ)].
3. Арним, Г. История античной философии / Г. Арним. - М.: ЛКИ, 2007. [Arnim, G. *Istoriya antichnoy filosofii*. Moscow: LKI, 2007. (In Russ)].
4. Асмус, В. Платон; Мысль – Москва, 2011. [Asmus, V. *Platon*; Mysl'; Moscow; 2011. (In Russ)].
5. Аристотель. Сочинения / Аристотель. - М.: Мультимедийное издательство Стрельбицкого, 2013. [Aristotel'. *Sochineniya*. Moscow; Mul'timediynoe izdatel'stvo Strel'bickogo, 2013. (In Russ)].
6. Антология мировой философии. Античность. - М.: АСТ, 2017. [Antologiya mirovoy filosofii. *Antichnost'*; Moscow; AST, 2017. (In Russ)].
7. Бэймкер, К. Европейская философия Средневековья / К. Бэймкер. - Москва: СИНТЕГ, 2015. [Beymker, K. *Evropeyskaya filosofiya Srednevekov'ya*. Moscow; SINTEG, 2015. (In Russ)].
8. Хрестоматия по западной философии: Античность, Средние века. Возрождение. – М.: ООО «Издательство Астрель»: ООО «Издательство АСТ», 2017. - с.411. [Khrestomatiya po zapadnoy filosofii: *Antichnost', Srednie veka. Vozrozhdenie*; Moscow; ООО «Izdatel'stvo Astrel'»: ООО «Izdatel'stvo AST»; 2017. (In Russ)].
9. Николай Кузанский. Избранные философские сочинения. - М.: Гос. соц-эконом. изд-во, 1937.. [Nikolay Kuzanskiy. *Izbrannye filosofskie sochineniya*; Moscow; Gos. soc-ekonom. izd-vo; 1937. (In Russ)].
10. Хрестоматия по западной философии: Античность, Средние века. Возрождение. – М.: ООО «Издательство Астрель»: ООО «Издательство АСТ», 2017. -

с.411.[*Khrestomatiya po zapadnoy filosofii: Antichnost', Srednie veka. Vozrozhdenie*; Moscow; ООО «Izdatel'stvo Astrel'»: ООО «Izdatel'stvo AST»; 2017.(In Russ)].

11. Фишер К. История новой философии. Рене Декарт / К. Фишер. - М.: «АСТ», 1991..[Fisher K. *Istoriya novoy filosofii. Rene Dekart*. Moscow: «AST»; 1991.(In Russ)].

12. Хесле, В. Гении философии нового времени / В. Хесле. - М.: Наука, 2016. [Hesle, V.*Genii filosofii novogo vremeni*. Moscow; Nauka; 2016. (In Russ)].

13. Иодль, Ф. История этики в новой философии: Кант и этика в девятнадцатом столетии. Пер. с нем. / Ф. Иодль. - М.: КД Либроком, 2016.. [Iodl', F. *Istoriya etiki v novoy filosofii: Kant i etika v devyatnadsatom stoletii*; Moscow; KD Librokom; 2016.(In Russ)].

14. Лосский, Н. История русской философии / Н. Лосский. - М.: Азбука.Азбука-Аттикус, 2018.. [Losskiy, N. *Istoriya russkoy filosofii*. Moscow; Azbuka.Azbuka-Attikus; 2018.(In Russ)].

15. Руденко А.М. История философии: Учебное пособие / А.М. Руденко. - Рн/Д: Феникс, 2017. [Rudenko, A.M. *Istoriya filosofii: Uchebnoe posobie*. Rostov na Donu: Phoenix; 2017.(In Russ)]

16. Фалев Е.В. История философии второй пол. XIX - нач. XX в.: Учебное пособие / Е.В. Фалев. - М.: Инфра-М, 2018..[Falev, E.V.*Istoriya filosofii vtoroy pol. XIX - nach.XX v.: Uchebnoe posobie* . Moscow; Infra-M; 2018.(In Russ)].

17. В. И. Вернадский о ноосфере. - М.: Московский рабочий, 1989. [V. I. *Vernadskiy o noosfere*; Moscow; Moskovskiy rabochiy; 1989.(In Russ)]

18. Багдасарьян, Н.Г. История, философия и методология науки и техники: Учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / Н.Г. Багдасарьян, В.Г. Горохов, А.П. Назаретян. - Люберцы: Юрайт, 2016. – 830 с. [Bagdasar'yan, N.G. Gorohov V.G., Nazaretyan A.P. *Istoriya, filosofiya i metodologiya nauki I tekhniki: Uchebnik i praktikum dlya bakalavriata i magistratury*; Lyubercy: Yurayt; 2016. (In Russ)].

УДК 616.37

**ИЗМЕНЕНИЯ В СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ
ХАРАКТЕРИСТИКЕ СТАРШИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
В ДИНАМИКЕ ЗА 5-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД**

Походенько И.В., Романовская С.В., Мухачева Е.А., Шипицына В.В.,
Маркова Г.А.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)
statkbb7iv@mail.ru*

Данная статья посвящена изучению изменений в социально-гигиенической характеристике старших медицинских сестер лечебных учреждений Кировской области в динамике за 5-летний период. В статье рассматриваются вопросы социально-гигиенической характеристики старших медицинских сестер Кировской области по данным их анкетирования в 2011-2013 гг. и 2018-2019 гг. (105 и 109 старших медсестер соответственно). Выявлены некоторые особенности, проанализированы в сравнении изменения за 5-летний период.

Ключевые слова: старшие медицинские сестры, социально-гигиеническая характеристика, анкетирование, динамика за 5-летний период.

**CHANGES IN SOCIAL AND HEALTH-RELATED
CHARACTERISTICS OF NURSE SUPERVISERS IN KIROV REGION
HEALTHCARE INSTITUTIONS IN DYNAMICS OVER A 5-YEAR PERIOD**

Pokhodenko I.V., Romanovskaya S.V., Mukhacheva E.A., Shipitsina V.V.,
Markova G.A.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street,
112), statkbb7iv@mail.ru.*

The article is devoted to the study of changes in social and health-related characteristics of the nurse supervisors of Kirov region healthcare institutions over a 5-year period. The study is aimed to describe social and health-related characteristics of senior nurses of Kirov region according to the questionnaire in 2011-2013 and 2018-2019 (105 and 109 people participated in the survey respectively). The changes in the social and health-related characteristics of senior nurses that occurred in a 5-year period have been analyzed.

Key words: senior nurses, social and health-related characteristics, questionnaire, dynamics over a 5-year period.

Введение

Актуальность. Каждый этап развития общества выявляет новые проблемы и актуализирует старые, заставляя взглянуть на них по-новому: выявив актуальные проблемы в управленческой деятельности руководителей сестринских служб, можно изменить уровень подготовки управленцев - с целью соответствия современным потребностям практического здравоохранения. В то же время высокий профессиональный уровень и качество оказания медицинской помощи могут быть достигнуты в условиях хорошо функционирующей системы управления учреждениями здравоохранения в целом. В Программе развития сестринского дела в РФ на 2010 – 2020 годы было указано, что в системе здравоохранения работает более 1,3 млн. специалистов со средним медицинским образованием. Укомплектованность сестринским персоналом составляет 69,7%. Показатель обеспеченности средними медицинскими работниками на 10 тыс. населения - 94,9. Соотношение «врач: средний медицинский персонал» составляет 1 : 2,4 (в 1960 г. – 1 : 4,1, в 1994 г. – 1 : 3) [1].

Российское здравоохранение в настоящее время сталкивается с целым рядом вопросов кадрового порядка: сохраняется дисбаланс между количеством средних медицинских работников и врачей, высокая текучесть

кадров, низкая заработная плата медицинского персонала, нередко низкий уровень профессиональной компетентности данных категорий специалистов, особенно в сельской местности [2].

Высокая «текучесть» сестринских кадров тесно связана с такими факторами, как неудовлетворенность работой, низкий престиж профессии и невысокий социальный статус данной профессиональной группы. Кадровые проблемы связаны не только с нехваткой специалистов, а и с проблемой управления кадровыми ресурсами. Отсюда же вытекает проблема большого объема заполняемой медицинскими работниками документации, отчетности, постоянный рост документооборота. Ряд авторов выделяют такие проблемы в управленческой деятельности менеджера, как недостаточное знание руководителями нормативных документов, плохая ориентированность в правовых вопросах. Было установлено также, что старшие медицинские сестры отделений ЦРБ нуждались в информации для решения возникающих проблем [3, 4].

В 2009 г. в Кировской области было проведено пилотное исследование проблем главных медицинских сестер ЦРБ, которое показало, что наиболее приоритетными из них являются недостаточная материально-техническая база данных ЛПУ, дефицит временного ресурса для осуществления управленческой деятельности, невозможность достойно мотивировать средний и младший медицинский персонал, недостаточное финансирование ЛПУ, невозможность создать «нормальные» условия для труда и отдыха персонала (Романовская С.В. с соавт., 2010).

В этот период было установлено, что у главных медицинских сестер ЦРБ Кировской области возникают такие проблемы в их управленческой деятельности, как: наличие широкого спектра обязанностей, постоянно увеличивающаяся нагрузка на средний медицинский персонал, устаревшее оборудование, отсутствие мотивации у персонала к эффективной деятельности, недостаток врачебных кадров в ЦРБ и т.д. [5].

По результатам обзора различных источников социологический портрет старшей медицинской сестры выглядел так: специалист женского пола, в возрасте от 40 до 55 лет, с базовым медицинским образованием, с первой квалификационной категорией, с уровнем профессиональных знаний выше среднего, считает себя исполнителем, руководителем или психологом и удовлетворена своим здоровьем [6].

Цель: изучить изменения в социально-гигиенической характеристике старших медицинских сестер лечебных учреждений Кировской области в динамике за 5-летний период.

Материалы и методы. Исследование проведено в Кировской области путем анкетирования старших медицинских сестер по специально разработанной анкете: в 2011-2013 гг. получено 105 заполненных анкет, в 2018-2019 гг. в анкетировании участвовало 109 человек. Совокупности респондентов формировались случайным методом и были близки к генеральной совокупности. В результате проведенного исследования были выявлены изменения, произошедшие в социально-гигиенической характеристике старших медицинских сестер за 5 летний период. Одновременно изучались возникающие в работе данной категории медсестер проблемы и предложения по решению этих проблем.

Основное содержание

Результаты (для наглядности цифровой материал представлен в таблице). В оба периода 100% опрошенных респондентов составляли лица женского пола.

Средний возраст опрошенных старших медсестер составлял в 2011-2013 гг. $43,6 \pm 8,9$ лет, в 2018-2019 гг. – $43,4 \pm 8,8$ лет. Имелись тенденции к изменениям ($p > 0,05$) в числе лиц в возрастных группах 40-49 лет (рост числа в 2,1 раза) и 50-59 лет (уменьшение числа лиц в 3,7 раза).

Средний стаж работы в системе здравоохранения составлял в 2011-2013 гг. $25,4 \pm 9,7$ года, в 2018-2019 гг. – $22,5 \pm 8,5$ лет. Имелись тенденции к

изменениям ($p > 0,05$) в группах по стажу работы от 10 до 15 лет (рост в 2,1 раза) и от 25 до 30 лет (уменьшение числа лиц в 2,2 раза).

Средний стаж работы в должности старшей медицинской сестры составлял в 2011-2013 гг. $7,8 \pm 4,2$ года, в 2018-2019 гг. - $8,7 \pm 5,2$ года. При этом каких-либо видимых тенденций в составе групп по стажу работы в должности старших медицинских сестер выявлено не было.

По числу имеющих квалификационные категории: за период исследования выросло в 2,1 раза число старших медсестер, не имеющих категорий ($p > 0,05$).

Таблица

Показатели в социально-гигиенической характеристике старших медицинских сестер Кировской области в 2011-2013 гг. (1 - 105) и в 2018-2019 гг. (2 – 109 чел.) (на 100 человек)

№	Показатели социально-гигиенической характеристики	Частота показателя (1)	Частота показателя (2)	p
1	Лица женского пола	100,0	100,0	
2	Возраст:			
	20-29 лет	5,7	3,7	
	30-39	35,2	22,9	
	40-49	29,5	61,5	*
	50-59	26,7	7,3	*
	60 и более лет	2,9	4,6	
3	Стаж работы в здравоохранении:			
	от 5 до 10 лет	7,6	7,3	
	от 10 до 15	8,6	18,3	*
	от 15 до 20	20,0	22,9	
	от 20 до 25	14,3	13,8	
	от 25 до 30	18,1	8,3	*
	от 30 и более лет	31,4	29,4	
4	Стаж работы старшей медсестрой:			
	менее 5 лет	25,7	28,4	
	от 5 до 10	27,6	21,1	
	от 10 до 15	17,1	24,8	

	от 15 до 20	13,3	11,9	
	от 20 до 25	9,5	5,5	
	от 25 до 30 лет	6,7	8,3	
5	Квалификационная категория:			
	нет	6,7	13,8	*
	вторая	20,0	10,1	
	первая	25,7	33,0	
	высшая	47,6	43,1	
6	Наличие высшего образования	22,9	41,3	*
7	Семейные отношения:			
	наличие семьи	97,1	100,0	
	бездетных семей	5,7	6,4	
	наличие детей (на 100 семей)	219	140	*
8	Проживание:			
	в квартире	77,1	90,8	
	в отдельном доме	22,9	9,2	*
9	Жалобы на здоровье	6,7	6,4	
		105	109	

За период исследования была выявлена тенденция к росту числа старших медсестер ($p > 0,05$) с наличием высшего образования (больше в 1,8 раза).

Имели семью от 97,1% до 100,0% медсестер. Прослеживаемые изменения ($p > 0,05$): незначительный рост числа бездетных семей (с 5,7 до 6,4 на 100 старших медицинских сестер) и снижение числа детей в семьях (если в 2011-2013 гг. детей в семьях насчитывалось в среднем 22 ребенка на 10 семей, или 4 ребенка на 2 семьи, то в 2018-2019 гг. детей в среднем имелось 14 на 10 семей, или 3 ребенка на 2 семьи).

Жилищные условия: за период исследования выявлена тенденция ($p > 0,05$) к уменьшению семей старших медсестер, проживающих в отдельных домах (в 2,5 раза). В 2018-2019 гг. уже 90,8% семей старших медсестер проживали в своих квартирах.

Частота жалоб на здоровье у старших медсестер за период исследования фактически не изменилась (6,7 и 6,4 на 100 респондентов соответственно).

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены некоторые тенденции ($p > 0,05$), наметившиеся в социально-гигиенической характеристике старших медицинских сестер Кировской области за 5-летний период:

- рост частоты старших медсестер в возрастной группе 40-49 лет (с частоты 29,5 до 61,5 на 100 человек) и уменьшение группы в возрасте 50-59 лет (с частоты 26,7 до 7,3 на 100 человек);

- увеличение частоты по стажу работы в здравоохранении в группе старших медсестер от 10 до 15 лет (с 8,6 до 18,3 на 100 человек) и снижение частоты по стажу работы в здравоохранении в группе от 25 до 30 лет (с частоты 18,1 до 8,3 на 100 человек);

- рост числа старших медсестер без квалификационных категорий (с частоты 6,7 до 13,8 на 100 человек);

- рост частоты наличия высшего образования у старших медсестер (с 22,9 до 41,3 на 100 человек);

- уменьшение среднего числа детей в семьях (с 22 до 14 детей на 10 семей);

- уменьшение числа проживающих респондентов в частных домах (с частоты 22,9 до 9,2 на 100 человек).

По результатам нашего исследования социологический портрет старшей медицинской сестры в 2011-2013 гг. выглядел так: специалист женского пола, в возрасте от 30 до 59 лет, со стажем работы в здравоохранении от 20 лет и более, со стажем работы старшей медсестрой от 5 до 10 лет, в 93,3% случаев - с наличием квалификационных категорий, у каждой пятой – наличие высшего образования, наличие 2 и более детей в семьях.

В 2018-2019 гг. произошли определенные изменения в социально-гигиенической характеристике старших медицинских сестер, работающих в государственном секторе здравоохранения: это также специалисты женского пола, но в возрасте от 40 лет и более, со стажем работы в здравоохранении от

10 и более лет, со стажем работы старшей медсестрой от 10 и более лет, уменьшение доли лиц с квалификационными категориями до 86,2% категорий, у 4 из 10 – наличие высшего образования, уменьшение детей в семьях до 14 на 10 семей.

Выводы

1. В Кировской области за 5-летний период наблюдаются определенные тенденции в изменении социально-гигиенической характеристики старших медицинских сестер.

2. Положительными тенденциями считаем:

- увеличение группы старших медсестер в возрасте 40-49 лет;
- увеличение группы старших медсестер по стажу работы в здравоохранении от 10 до 15 лет;
- увеличение частоты наличия у старших медсестер высшего образования.

3. Отрицательными тенденциями (в прогнозе на будущее) считаем:

- уменьшение группы старших медсестер в возрасте 50-59 лет;
- уменьшение группы старших медсестер по стажу работы в здравоохранении от 25 до 30 лет;
- увеличение группы старших медсестер без квалификационных категорий;
- уменьшение числа детей в семьях.

Список литературы

1. Шляфер С. И. Кадровый потенциал сестринской службы Российской Федерации // Главная медицинская сестра. – 2011. – № 7 – С. 20 – 28. [Splyafer S. I. Kadrovyyu potentsial sestrinskoy sluzhby Rossiyskoy Federatsii. *Glavnaya meditsinskaya sestra*. 2011; (7): 20 – 28. (in Russ).]

2. Савельева И. Укомплектованность сестринским персоналом спасает жизни пациентов // Сестринское дело. – 2010. – № 3 – С. 27-29. [Savel'yeva I. Ukomplektovannost' sestrinskim personalom spasayet zhizni patsiyentov. *Sestrinskoye delo*. 2010;(3): 27-29. (in Russ).]

3. Володин А. В. Оценка качества трудовой жизни руководителей сестринского персонала Оренбургской области // Главная медицинская сестра. – 2012. – № 2 – С. 123 – 133. [Volodin A. V. Otsenka kachestva trudovoy zhizni rukovoditeley sestrinskogo personala Orenburgskoy oblasti. *Glavnaya meditsinskaya sestra*. 2012;(2):123 - 133 (in Russ).]

4. Грекова И. И. Анализ количественных показателей кадрового состава сестринских служб ЛПУ региона (на примере Курской области) // Главная медицинская сестра. – 2011. – № 5. – С. 75 – 80. [Grekova I. I. Analiz kolichestvennykh pokazateley kadrovogo sostava sestrinskikh sluzhb LPU regiona (na primere Kurskoy oblasti). *Glavnaya meditsinskaya sestra* 2011; (5): 75 - 80. (in Russ).]

5. Шишкина Н. А. Направления развития сестринского дела в Кировской области. В кн.: Организация и управление сестринской деятельностью. – Киров: 2010. – С. 11-13. [Shishkina N. A. Directions of nursing development in the Kirov region. In: *Organization and management of nursing activities*. Kirov; 2010. p. 11-13. (in Russ).]

6. Селиверстова И. С. Главная (старшая) медицинская сестра: администратор или специалист по сестринскому уходу? // Старшая медицинская сестра. – 2011. – № 3 – С. 3 – 5. [Seliverstova I. S. Glavnaya (starshaya) meditsinskaya sestra: administrator ili spetsialist po sestrinskому уходу? *Starshaya meditsinskaya sestra*. 2011;(3): 3 – 5 (in Russ).]

УДК: 159.9: 616-006-039.75

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ

Санникова Ю.П., Бельтюкова О.В., Новгородцева И.В.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112),
kf29@kirovgma.ru

В статье рассматриваются психологические стадии принятия онкологического заболевания.

Ключевые слова: онкологическое заболевание, паллиативная помощь.

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PALLIATIVE CARE
TO CANCER PATIENTS**

Sannikova Yu.P., Novgorodtseva I.V., Beltyukova O.V.

Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street, 112), kf29@kirovqma.ru

The article discusses psychological stages cancer patients usually go through.

Key words: cancer, palliative care.

Введение

В настоящее время во всем мире наблюдается тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями, которые являются одной из основных причин смертности и инвалидизации населения. Показатели на 100 тыс. среднегодового населения первичная заболеваемость онкологическими заболеваниями снизилась с 497,2 в 2017 году до 477,4 в 2018 году. Распространенность выросла с 2769,3 в 2017 году до 2831,6 в 2018 году (кто повторно и впервые обратились). Одногодичная летальность снизилась с 28,8 % в 2017 году до 27,6 % в 2018 году. Пятилетняя выживаемость увеличилась с 51,4% в 2017 году до 51,5 % в 2018 году.

Основное содержание

Жизнь – драгоценный дар, а смерть является неотъемлемым фактором жизни и может быть скоропостижной или являться результатом неизлечимой болезни. Разные люди встречают смерть по-разному. Онкологическое заболевание – тяжелое испытание как для пациента, так и для его семьи. Начиная с момента постановки диагноза и на протяжении всего процесса лечения жизнь пациента и его близких меняется: то, что было доступным и естественным становится порой невозможным. Болезнь меняет восприятие и отношение человека к окружающим событиям, к самому себе. В результате болезни создается особое положение среди близких людей и иное положение в обществе. Каждая болезнь кроме типичных для нее клинических проявлений

всегда сопровождается большими или меньшими изменениями психики больного. Но наибольшие психологические и физические переживания причиняют заболевания хронические, особенно те, которые неизлечимы и имеют смертельный исход [2].

Паллиативная помощь – помощь, обеспечивающая оптимальный комфорт, функциональность и социальную поддержку пациентам (и членам семьи) на стадии заболевания, когда специальное, в частности противоопухолевое лечение, уже невозможно. В этой ситуации борьба с болями и иными соматическими проявлениями, а также решение психологических, социальных или духовных проблем больного приобретает первостепенное значение. Основной целью паллиативной помощи является улучшение качества жизни пациента и членов его семьи [3].

Анализ научной литературы позволяет констатировать, что вопросами онкологии, психологическими и этическими аспектами паллиативной помощи, особенностями взаимоотношений с онкологическими пациентами, а также вопросами медицинской этики и деонтологии в различных областях медицины, в частности в онкологии, занимались Гнездилов А.В., Ганцев Ш.Х., Морозов Г.В., Остапенко А.Л., Новиков Г.А., Петровский Б.В., Чулкова В.А., Царегородцев Г.И. и др. [1,2,3].

Стрессовый характер онкологического заболевания, тревожность людей при диагнозе «рак» свидетельствуют о необходимости оказания психологической помощи пациентам с этим заболеванием. Объективно установленный терминальный период злокачественного процесса наиболее трагичен как для самого пациента, так и для его родственников. Пациента беспокоят постоянные боли, общая слабость и психологический страх смерти. Наступают депрессия, раздражительность, изоляция от окружающих и бессонница [9]. Среди медицинских проблем терминальных больных на первом месте стоит болевой синдром, среди психологических проблем на первый план выступает приближающаяся смерть, весь комплекс мыслей и

чувств больного вращается вокруг нее. Ужас небытия, уничтожение личности представляются конечной точкой [3].

Основной проблемой для пациента является его заболевание, которое своей необратимостью и тяжестью порождает массу психологических реакций. Чаще всего они наблюдаются в рамках невротических нарушений и психологических проблем. У пациентов онкологическим заболеванием отмечаются серьезные психические реакции: от страхов и тревожного состояния через страх смерти и депрессию до параноидных психозов [1].

Сам диагноз онкологического заболевания для пациента, как правило, является причиной постоянного эмоционального напряжения, вызывая даже после успешной терапии страх рецидива. С осознанием признаков неизлечимости онкологического заболевания (и тем более получением медицинской информации об этом) больной вступает в качественно новую жизненную ситуацию. Болезнь окончательно изменяет все перспективы человеческой жизни, характер ее ориентации на будущее. Изменение эскиза будущего – одна из наиболее существенных особенностей жизненной ситуации таких больных. Будущее становится неопределенным, разворачивается перед ними в оскудевшем виде, не соответствующем преморбидно сложившимся планам и ожиданиям. В условиях терминальной стадии заболевания отказ от привычной профессиональной деятельности, превращение в объект семейной опеки, изоляция от привычного социального окружения – все это в комплексе изменяет весь психический облик больного.

Первым сигналом перестройки является возникновение нового по качеству эмоционального состояния. В самом начале этого процесса объективно изменившееся положение человека в мире, в социальной среде еще может быть не осознано больным в полной мере, но его новое положение – положение неизлечимо больного – находит отражение в непосредственной эмоциональной реакции на ситуацию. В дальнейшем замкнутость, отчуждение, пассивность, обеднение контактов с людьми в значительной

степени обусловлены сужением круга актуальной мотивации больного. Доминирование ведущего мотива сохранения жизни придает особую окраску всей психической жизни больного, такие пациенты часто становятся более равнодушными к близким людям, сужается круг явлений, способных заинтересовать их, привлечь внимание [6,20].

Пациент, получивший информацию о наличии у него онкологического заболевания, представляющего реальную угрозу для жизни, переживает ряд последовательных психологических стадий. Процесс психологической переработки пациентом информации о неизлечимом заболевании в исследованиях Элизабет Кюблер-Росс назван «работой скорби» [2,4]. Рассмотрим их более подробно.

1-я стадия - «шок». Сознание пациента наполняется картиной неотвратимой гибели, и психическую боль этой стадии трудно определить в словах. «Все оборвалось, сердце остановилось, я заledenел, информация ударила, как топор по голове и т. д.» Понятие взрыва равносильно понятию психологической смерти, от которой не всем суждено оправиться. Нередко сверхсильный стресс вызывает реактивный психоз со ступором, реже с возбуждением. Диагноз онкологического заболевания вызывает обычно бурные чувства. Эмоциональная шоковая реакция внешне выражается в тревоге, страхе, депрессии или желании смерти. Поскольку этиология многих форм рака недостаточно изучена, иногда пациенты начинают винить в возникновении заболевания себя. Они обеспокоены также влиянием заболевания на их карьеру и семейную жизнь. Некоторые, считая болезнь контагиозной, ограничивают контакты, боясь заразить близких.

Обычно пациент охвачен аффектом и, как правило, недоступен рациональному психотерапевтическому воздействию, возможность рационального реагирования с его стороны близка к нулю. Даже при оптимистичном прогнозе врача аура этого заболевания формирует негативную реакцию.

Информацию о заболевании необходимо давать не прямо, а косвенно и по частям. Слово «рак» часто воспринимается как синоним слова «смерть», поэтому в первом разговоре с больным (а нередко и в последующем) целесообразно пользоваться другими терминами («неоплазма», «пролиферация тканей» и др.), не скрывая при этом серьезности заболевания и не делая радужных прогнозов. В случае бурной реакции пациента следует дать выплеснуться его эмоциям. При этом важно присутствие близкого человека, чтобы смягчить переживания больного. Можно попытаться переключить внимание пациента на другие, менее важные проблемы, указать на необходимость проведения дополнительных исследований, чем-либо его отвлечь. Дав информацию, не уходить от больного, а побыть с ним столько, сколько ему нужно. Дать время на «созревание» для правды. В этот период для пациента особенно необходима эмоциональная поддержка врача, которая заключается в эмпатическом выражении сочувствия и понимания.

Следует поддержать надежду на выздоровление, обратив внимание больного на значимость для результатов лечения психологической установки, которая зависит от него самого.

2-я стадия - «отрицание». У пациента включаются механизмы психологической защиты своего Я. Он отрицает заболевание, уверяя себя и близких, что «все пройдет». Своим поведением он призывает окружающих принять его позицию, избавив свое сознание от необходимости принять и оценить болезнь. Он как бы забывает о диагнозе, продолжая жить, как если бы ничего не случилось. Некоторые больные ориентируются на нетрадиционные методы лечения, обращаются к знахарям или создают свою систему лечения. Иногда отрицание болезни может быть проявлением «игры для близких».

Следует учитывать, что в стадии «отрицания» неосторожно сказанное слово о неблагоприятном прогнозе может привести к гневу и агрессии со стороны пациента. В таких случаях нельзя запугивать больного тем, что в случае прекращения лечения он еще быстрее ухудшит свое здоровье.

Некоторую помощь может оказать сотрудничество с родственниками больного, сохраняющими рациональное реагирование на сложившуюся ситуацию. Извечный ход спасительной мысли о врачебной ошибке, о возможности нахождения чудотворных лекарств или целителя дает передышку «простреленной» психике, но в тоже время в клинической картине начинают возникать проекции прошлого, эквиваленты кризисной ситуации, которая переживалась пациентом когда-либо раньше. И нарушения сна со страхом уснуть и не проснуться, и страх темноты и одиночества, и воспоминания ситуаций угроз жизни, - все нередко пронизано одним – психологическим переживанием умирания. Содержание психотической симптоматики полно ощущения опасности, которая звучит и в бреде преследования и колдовства, и в соответствующих галлюцинациях.

3-я стадия - «агрессия» (бунт или протест). Реальность частично осознана, наступает новая волна аффекта. Часто наблюдается экстрапунитивное (направленное на других) реагирование с обвинениями в адрес медицинского персонала, что защищает пациента от внутреннего конфликта и интрапунитивных (самообвинительных) реакций. В некоторых случаях возникают паранойяльные идеи магического воздействия окружающих, «околдовывания», «порчи». Не исключен суицид. В этот период возможен категорический отказ больного от дальнейшего лечения и сотрудничества с врачом, что может болезненно восприниматься последним, так как снижает его профессиональную самооценку.

Необходимо дать пациенту возможность отреагировать свои эмоции, но сохранить управление ситуацией. Не противоречить и не разубеждать. Можно разделить его негодование, если оно справедливо, но лучше отвлечь пациента какой-либо деятельностью (хотя бы изложить свои жалобы на бумаге), дать возможность для физической разрядки.

Поскольку эта стадия обычно непродолжительная, следует использовать выжидательную тактику. После снижения эмоционального накала и

агрессивности необходимо доброжелательно и постепенно добиваться сотрудничества больного, постараться выяснить, какие вопросы его беспокоят, не жалеть времени на аргументацию своей диагностической и лечебной тактики. В стадии агрессии полученная информация признается, и личность реагирует поиском причины болезни и виноватых. Протест против судьбы, негодование на обстоятельства, ненависть к тем, кто, возможно, явился причиной болезни, - все это выплескивается или каким-то образом должно быть выплеснуто наружу.

4-я стадия - «депрессия». На этой стадии происходит развертывание классической клинической картины реактивной депрессии. Пациент постоянно пребывает в мрачном настроении, стремится к одиночеству. Он уже ничему не сопротивляется, становится апатичным, вялым и безразличным (демонстрирует полное отсутствие интереса к семье и близким, вплоть до безразличия к собственным детям). Характерно наличие иллюзорных переживаний - вещей сновидений и предчувствий, не исключена возможность суицида.

Этот период может быть очень длительным. Следует поддержать пациента, он нуждается в собеседнике. В случае тревожных фантазий насчет будущего переориентировать пациента на настоящее. Необходимо дать высокую оценку личности пациента и его внутреннему миру. В этот период очень важна возможность отвлечения: радио, музыка, телевидение, просмотр фотографий, которые могут напомнить о счастливых днях его жизни. Стадия депрессии также должна быть пережита, чтобы дать пациенту новое качество жизни. Следует учитывать, что вероятность суицида у пациентов в периоды агрессии и депрессии максимальна.

На смену приходит 5-я стадия - «принятие». Примирение с судьбой, ориентация пациента не на дальние перспективы, а на сиюминутную жизнь. Меняется восприятие больным временных интервалов. Течение времени как бы замедляется, поскольку оно оценивается пациентом как очень значимое.

Больному остается, к примеру, месяц жизни, а он говорит: «Как это много!» Часто в размышлениях больного доминируют религиозные представления, вера в бессмертие. Нередко в этой стадии пациенты испытывают особое ощущение свободы. Некоторые говорят о том, что всю жизнь прожили с ощущением страха смерти, а сейчас, когда очевидна ее скорая неизбежность, этот страх исчез. Изменение отношения к смерти заставляет пациента изменить отношение к самой жизни, он начинает понимать, что смерть - это часть жизни.

Важно принять версию пациента, уметь его выслушать, оказать эмоциональную поддержку. Следует максимально обогатить окружающий мир пациента (музыка, природа, близкие) с целью поддержания у него положительных эмоций. Это именно тот момент качественной перестройки жизни, переоценки физических и материальных истин ради истин духовных. Смысл бытия, даже неопределяемый словами, начинает распускаться в пациенте и успокаивает его. Это как вознаграждение за проделанный «крестный» путь. Теперь человек не клянет свою судьбу, жестокость жизни. Теперь он принимает на себя ответственность за все обстоятельства болезни и своего существования. Отсюда рождаются улыбки для близких, и радость свидания, и доверие к воле судьбы.

Следует отметить, что все перечисленные психологические стадии проживания горя пациентов в связи со своим заболеванием могут менять последовательность.

Наиболее трагичным и изнуряющим для пациента является терминальный период злокачественного процесса. Для поддержки в этот период пациентов и их родных в России в начале 90-х годов были организованы первые хосписы с использованием многолетнего мирового опыта в этой области.

Хосписная служба – это служба, призванная заботиться об умирающем пациенте. В настоящее время хосписы – это учреждения, где осуществляется

комплексная помощь умирающим больным. Помимо медицинской помощи, занимающейся в широком смысле слова, обезболиванием, уходом за больными и контролем над симптоматикой – то есть всем, что входит в понятие паллиативной медицины, – здесь оказывается психологическая поддержка, как пациентам, так и их родственникам.

Профессионализм работника паллиативной помощи – это во многом умение правильно построить беседу с пациентом. Прежде всего, необходимо выделить время для неспешной непрерывной беседы, а также место, где никто не мог бы помешать. Важно, чтобы во время разговора глаза собеседников находились на одном уровне. Во время беседы нужно избегать медицинской лексики. Вопросы следует задавать открытые, давая возможность пациенту самому охарактеризовать свои ощущения, например: «Как самочувствие сегодня?», «Как спалось?».

Безусловно, пациент должен доверять, кто вступает с ним вступает в диалог. Понимание того, что хочет пациент, и готовность к совместному переживанию «информации на двоих», поможет успешной беседе.

Общаясь с тяжелобольным онкологическим пациентом, всегда нужно помнить, что главная цель подобного общения – избавить пациента от неопределенности, придать новое значение его отношениям с окружающими, помочь ему и его семье принять правильное решение. «Я буду регулярно наблюдать вас», «Вы очень важны для нас» или «Мы можем облегчить вашу боль и можем контролировать другие симптомы», «Один из нас всегда будет в вашем распоряжении», «Давайте выясним, как можно помочь вам и вашей семье», вот какие слова хочет слышать пациент. Но всегда нужно помнить, что лишь часть этой информации может быть передана пациенту в словесной форме. Прикосновение, пожатие руки – не менее важное средство внушить ему чувство уверенности, создать психологический комфорт.

Заключение

Онкологическое заболевание – одно из немногих заболеваний, где индивид чувствует свою неспособность каким-либо образом контролировать свою болезнь. В психологическом плане это означает возможную потерю психологического и социального контроля в ситуации онкологической болезни. Тревога, беспокойство, страх являются одним из главных составляющих эмоциональной реакции на любую болезнь и имеют ряд особенностей как в проявлении – интенсивности и глубине, так и по содержанию переживаний. Такое заболевание, как рак, служит мощным дистрессором для психики больного потому, что психогенное воздействие болезни связано с дальнейшей судьбой больного, жизненными перспективами, вынужденным резким изменением жизненного стереотипа [1].

Поэтому даже с приближением смерти надежда сохраняется, если забота и комфорт находятся на достаточно высоком уровне. Когда же конец близок, то пациент может надеяться на спокойную смерть в окружении близких людей. Психологическая помощь паллиативным онкологическим пациентам должна заключаться в надлежащей эмоциональной поддержке. Последствия заболевания часто приводят к обострению всех отношений и противоречий в семье, иногда даже к ее разрушению. Кризисная ситуация, тяжелая болезнь близкого человека - индикаторы сплоченности семьи. Нередко в сложной, экстремальной ситуации проявляется социальная незрелость семьи, эгоизм отдельных ее членов, неадекватная реакция на болезнь. Их показателями являются степень поддержки своего близкого: регулярность посещений, помощь в повседневном уходе, сосредоточенность на потребностях пациента в большей степени, чем на потребностях остальных членов семьи. Для улучшения качества жизни онкологического больного очень важно попытаться хотя бы частично восстановить социальные связи или компенсировать их другими. Через переосмысление жизни и формирование новых жизненных ценностей возникает состояние мудрости и некой

отстраненности. За короткий срок пациент может перейти на новую ступень в духовном развитии. Со стороны это выглядит так, как будто он становится намного старше и опытнее, постигает истину. Итогом являются терпимость и смирение. Данная проблема требует владения экзистенциальной проблематикой (смысл жизни человека, ценности, духовность, личностная свобода и ответственность) и умения выявлять, анализировать ценностные ориентации, кризисные состояния. Правильная реадаптация, обращение к духовной сфере, этическим ценностям могут привести к разрешению ситуации и появлению рационального поведения, свидетельствующего о «примирении» и переориентации пациента на достойную встречу с неизбежным.

Список литературы

1. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 488 с. [Gantsev Sh.Kh. *Onkologiya: Uchebnik dlya studentov meditsinskikh vuzov*. Moscow: Medical Information Agency, 2006. (In Russ.)].
2. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех, интересующихся проблемой. – СПб.: Издательство «Речь», 2004. [Gnezdilov A.V. *Psikhologiya i psikhoterapiya poter'. Posobiye po palliativnoy meditsine dlya vrachey, psikhologov i vsekh, interesuyushchikhsya problemoy*. St. Petersburg: Rech Publishing House, 2004. (In Russ.)].
3. Новиков Г.А. Паллиативная помощь онкологическим больным. – М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. -192 с. [Novikov G.A. *Palliativnaya pomoshch' onkologicheskim bol'nym* . Moscow: Medicine for the quality of life, 2006. (In Russ.)].
4. Середина Н.В., Шкуренко Д.А. Основы медицинской психологии: общая клиническая патопсихология. – Ростов н/Д.: Феникс, 2003. - 512 с. [Seredina N.V., Shkurenko D.A. *Osnovy meditsinskoy psikhologii: obshchaya klinicheskaya patopsikhologiya*. Rostov na Donu: Phoenix, 2003 . (In Russ.)].

УДК 614.72:(616.1+616.2)

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АЭРОГЕННОГО РИСКА ДЛЯ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАЙОНАХ РАЗМЕЩЕНИЯ
МНОГОТОПЛИВНЫХ ТЕПЛОЭЛЕКТРОЦЕНТРАЛЕЙ ГОРОДА
КИРОВА (НА ПРИМЕРЕ КИРОВСКОЙ ТЭЦ-5)**

Смирнов А.А., Петров С.Б.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112),
smirnov.arthur.alexandrovich@gmail.com , sbpetrov@mail.ru*

В работе приведены материалы исследования по оценке аэрогенного загрязнения территории г. Кирова многотопливным теплоэнергоцентралями (ТЭЦ) (на примере Кировской ТЭЦ-5) с использованием профессионального программного обеспечения для расчета выбросов и моделирования рассеивания в атмосферном воздухе загрязняющих веществ (ЗВ).

Ключевые слова: теплоэнергоцентрали, ТЭЦ-5, атмосферные выбросы, моделирование рассеивания примесей, взвешенные вещества, диоксид серы, оксиды азота, оксид кислорода, канцерогенные вещества, риск здоровью.

**AEROGENIC HEALTH RISK ASSESSMENT IN DISTRICTS WITH
COMBINED HEAT AND POWER PLANTS
(USING THE EXAMPLE OF KIROV CHP-5)**

Smirnov A.A., Petrov S.B.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx
Street, 112), smirnov.arthur.alexandrovich@gmail.com sbpetrov@mail.ru*

The study was performed on the territory of Kirov region in the area of atmospheric emissions from combined heat and power plants (CHP). The article below presents research materials on studying aerogenic pollution on the territory of the city of Kirov by CHP (using the example of Kirov CHP-5). Professional

software for calculating and of pollutant emission and atmospheric dispersion modeling was used.

Key words: combined heat and power plants, multifuel power plants, CHP-5, atmospheric emission, atmospheric dispersion modeling, suspended matters, sulfur dioxide, nitrogen oxides, carbon oxide, environmental carcinogens, health risk.

Введение

Актуальность. Доля энергетики на органическом топливе в общем топливно-энергетическом балансе планеты составляет примерно 90%. Исходя из этого, предприятия тепловой энергетики (ПТЭ) относятся к числу наиболее значимых и распространенных источников загрязнения атмосферного воздуха [1].

В топливно-энергетическом балансе теплоэнергетики России доля природного газа и мазута превалирует, однако, в качестве основного топлива чаще используется каменный уголь, при сжигании которого образуется летучая зола (ЛЗ), величина выброса которой в атмосферный воздух зависит от количества сжигаемого топлива, его зольности, технологии сжигания и эффективности золоулавливания. ЛЗ является наименее изученным в отношении действия на организм загрязнителем атмосферного воздуха городской среды, однако ее патологический эффект воздействия высок и опасен [2].

Несмотря на проводимые технические мероприятия для минимизации выбросов продуктов деятельности в атмосферу, суммарный выброс ПТЭ в атмосферный воздух золы остается высоким. В России на долю ПТЭ приходится около 40% всего объема пылевых выбросов в атмосферу [1].

Активное участие России в международном сотрудничестве в области экологической безопасности в малой степени затрагивает изучение влияния на здоровье населения частиц пыли и дыма, взвешенных в воздухе [2].

Перечисленные выше эколого-гигиенические проблемы по охране атмосферы от аэрогенного загрязнения твердотопливными ПТЭ, определяют

актуальность темы настоящего научного исследования, его цель и основные задачи.

Основное содержание

Цель. Целью настоящего исследования являлась гигиеническая оценка аэрогенного риска для здоровья населения в районах размещения ТЭЦ города Кирова (на примере Кировской ТЭЦ-5).

Задачи. В задачи исследования входили: оценивание санитарного состояния атмосферного воздуха на основании данных территориального экологического мониторинга ПТЭ с использованием профессионального программного обеспечения, учет влияния производственных выбросов ПТЭ на качество жизни населения г. Кирова.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе кафедры гигиены и кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления Кировского ГМУ.

Для расчета приземных концентраций контролируемых химических загрязнителей атмосферного воздуха (взвешенные вещества, углерода оксид, азота диоксид, серы диоксид) использовались данные территориального экологического мониторинга. Расчёт загрязнения атмосферы выполнен в соответствии с Приказом Минприроды России № 273 «Об утверждении методов расчетов рассеивания выбросов вредных (загрязняющих) веществ (ЗВ) в атмосферном воздухе». Для суммарной количественной оценки загрязнения атмосферного воздуха были рассчитаны коэффициенты (НQ) и индексы (НI) опасности неканцерогенных эффектов при остром и хроническом ингаляционном воздействии химических веществ, для канцерогенов – индивидуальный (ICR) и популяционный (PCR) канцерогенные риски при ингаляционном воздействии химических веществ.

Для оценки распространения исследуемых примесей в атмосфере на расстоянии до 5,0 км использовалась стационарная Гауссова модель на базе программы Screen View Lakes Environmental.

Для расчета объемов выброса ПТЭ ЗВ и моделирования их рассеивания в заданных точках использовалась унифицированная программа расчета загрязнения атмосферы (УПРЗА) «ЭКОцентр-Стандарт».

Результаты и обсуждения. Ежегодно ПТЭ города Кирова, на которых в качестве основного топливного материала используется каменный уголь, в атмосферный воздух выбрасывается до 3,8 тыс. тонн взвешенных частиц и до 8,7 тыс. тонн газообразных веществ. Состав выбрасываемых в атмосферный воздух вредных веществ: оксид углерода (3,9%), взвешенные частицы (30,0%), диоксид серы (32,2%), оксиды азота (в пересчете на NO_2) – 33,9%. По результатам санитарно-химических исследований максимальная приземная разовая концентрация разных по химическому составу веществ составила: взвешенные частицы – 0,0245 $\text{мг}/\text{м}^3$ (мелкодисперсные ($d \approx 10 \text{ мкм}$) – 0,0189 $\text{мг}/\text{м}^3$ и ($d < 2,5 \text{ мкм}$) – 0,00561 $\text{мг}/\text{м}^3$) диоксид серы – 0,0096 $\text{мг}/\text{м}^3$, оксид углерода – 0,0017 $\text{мг}/\text{м}^3$, диоксид азота – 0,0135 $\text{мг}/\text{м}^3$. Среднегодовые концентрации оксида углерода, диоксида серы, оксида азота и диоксида азота на расстоянии 0,5-5,0 км от источников атмосферных выбросов (ПТЭ) не превышали установленных для данных веществ величин среднесуточных предельно-допустимых концентраций. Однако среднегодовые концентрации аэрозолей ЛЗ превышали установленную величину предельно-допустимой концентрации ($\text{ПДК}_{\text{с.с.}} = 0,15 \text{ мг}/\text{м}^3$) на расстоянии 0,5-5,0 км от ПТЭ в 2,6-1,6 раза.

Поскольку выбранные для расчетов вещества, выбрасываемые в атмосферный воздух в результате работы ПТЭ являются как канцерогенами (по классификации Международного агентства по изучению рака (МАИР), так и неканцерогенами, то для первых был произведен расчет индекса сравнительной неканцерогенной опасности выброса (HRI) с учетом весовых коэффициентов оценки неканцерогенных эффектов (TW) (табл. 1), для вторых – индивидуальный (ICR) и популяционный канцерогенные риски (PCR) (табл. 2). PCR был рассчитан с учетом количества популяции г. Кирова на начало

2018 г. (507,15 тыс. чел. по данным Федеральной службы государственной статистики по Кировской области).

Табл. 1.

**Расчет химических веществ
по индексу сравнительной неканцерогенной опасности**

№ п/п	Вещество	Е, т/год	TW	HRI	Вклад в суммарный HRI, %
1	Взвешенные вещества	6094,55	100	30908,8	30,01
2	Сера диоксид	3401,36	100	17250,2	16,75
3	Углерод оксид	605,031	1000	30684,4	29,79
4	Азота диоксид	4761,14	100	24146,4	23,45
5	Суммарный HRI			102989,8	100,0

Исходя из полученных результатов (табл. 1) наиболее патогенными свойствами из неканцерогенных веществ обладают взвешенные частицы, диоксид серы и диоксид азота, общая сумма вклада в HRI которых равна 83,2%, наименее патогенными, но не менее опасным для здоровья населения является серы диоксид, сумма вклада в HRI которого равна 16,8%. По ранговому отношению вещества составили следующую последовательность: взвешенные вещества, углерода диоксид, азота диоксид и серы диоксид.

Для веществ, обладающих канцерогенными свойствами ICR (PCR) представлялся с помощью метода ранжирования в порядке убывания с указанием уровня риска. Первое ранговое место занимает хром – $4,47 \times 10^{-3}$ ($8,95 \times 10^{-3}$) (средний уровень), второе – мышьяк – $2,66 \times 10^{-4}$ ($5,33 \times 10^{-4}$) (средний уровень), третье – свинец – $1,74 \times 10^{-5}$ ($3,48 \times 10^{-5}$) (низкий уровень), четвертое – кадмий – $1,49 \times 10^{-5}$ ($2,98 \times 10^{-5}$) (низкий уровень), пятое – никель – $4,63 \times 10^{-9}$ ($9,27 \times 10^{-9}$) (допустимый уровень). Общий канцерогенный риск для ингаляционного поступления ($CR_{и}$) для ICR (PCR) составил $4,77 \times 10^{-3}$ ($9,55 \times 10^{-3}$) (высокий уровень), что подразумевает проведение плановых оздоровительных мероприятий для населения (табл. 2).

Расчет показателей канцерогенного риска при ингаляционном воздействии химических веществ, где * – фактор наклона для ингаляционного поступления канцерогенов; ** – общий канцерогенный риск для ингаляционного поступления канцерогенов

№ п/п	Вещество	С.с.	SFI*	ICR	PCR
1	Мышьяк	0,0003	15	$2,66 \times 10^{-4}$	$5,33 \times 10^{-4}$
2	Никель	0,0005	0,84	$4,63 \times 10^{-9}$	$9,27 \times 10^{-9}$
3	Свинец	0,007	0,042	$1,74 \times 10^{-5}$	$3,48 \times 10^{-5}$
4	Хром	0,0018	42	$4,47 \times 10^{-3}$	$8,95 \times 10^{-3}$
5	Кадмий	0,00004	6,3	$1,49 \times 10^{-5}$	$2,98 \times 10^{-5}$
6	CR _U **			$4,77 \times 10^{-3}$	$9,55 \times 10^{-3}$

По данным статистики Всемирной организации здравоохранения за 2016 год общая заболеваемость населения по основным классам нозологических единиц была следующая: болезни системы кровообращения – 34640,9 тыс., болезни органов дыхания – 58750,7 тыс., болезни кожи и подкожной клетчатки – 8604,2 тыс., болезни мочеполовой системы – 17019,9 тыс., новообразования – 6927,6 тыс. У населения, располагающегося вблизи ПТЭ по сравнению с городским наблюдается превышение уровней распространенности новообразований, болезней эндокринной системы, крови и кроветворных органов, нервной системы, органа зрения и уха, системы кровообращения, болезней органов дыхания и пищеварения, мочеполовой системы, поскольку оказываемая концентрация химических веществ значительно агрессивнее воздействует на целевые системы органов в пределах территории промышленного действия ПТЭ. Наиболее выраженным патогенным действием на организм человека обладают химические вещества, воздействующие на систему органов дыхания и кровообращения. В первую очередь наблюдается патология органов дыхательной системы, вследствие аэрогенного загрязнения окружающей среды продуктами деятельности ПТЭ,

затем патология органов кровообращения, поскольку имеется прямая связь между транспортом кислорода, его использованием в качестве энергетического продукта для клеток и вдыханием атмосферного воздуха.

Анализ данных, представленных в табл. 3, свидетельствует о том, что на исследуемой территории наибольший вклад в развитии неканцерогенных эффектов, исходя из рассчитанных коэффициентов опасности (HQ) при остром ингаляционном воздействии (ОИВ), вносят взвешенные вещества ($0,775 \pm 0,010$), при хроническом ингаляционном воздействии (ХИВ) – азота диоксид ($0,846 \pm 0,0187$), серы диоксид ($0,486 \pm 0,011$) и взвешенные вещества ($0,320 \pm 0,009$). При этом индекс неканцерогенной опасности (HI) при ОИВ был в пределах нормы ($<1,0$), а при ХИВ – выше критерия приемлемости неканцерогенного риска ($>1,0$). В первую очередь подобные оценки указывают на имеющиеся проблемы и установления приоритетов мероприятий по снижению риска.

Табл. 3.

Коэффициенты и индексы опасности неканцерогенных эффектов при остром и хроническом ингаляционном воздействии химических веществ

$M \pm m$, при $n=600$

№ п/п	Вещества	С _{max} (мг/м ³)	С _{с.г.} (мг/м ³)	Расчет неканцерогенных рисков			
				HQ _{остр.}	HQ _{хрон.}	HI _{остр.}	HI _{хрон.}
1	Взвешенные вещества	$0,232 \pm$ $0,003$	$0,024 \pm$ $0,001$	$0,775 \pm$ $0,010$	$0,320 \pm$ $0,009$	$0,786 \pm$ $0,01$	$1,654 \pm$ $0,034$
2	Сера диоксид	$0,024 \pm$ $0,001$	$0,003 \pm$ $0,0001$	$0,004 \pm$ $0,013$	$0,486 \pm$ $0,011$		
3	Углерод оксид	$0,004 \pm$ $0,0001$	$0,0004 \pm$ $0,00002$	$0,00002 \pm$ $0,000001$	$0,001 \pm$ $0,00003$		
4	Азота диоксид	$0,024 \pm$ $0,0007$	$0,005 \pm$ $0,0002$	$0,011 \pm$ $0,0003$	$0,846 \pm$ $0,0187$		

С помощью программного обеспечения Screen View от Lakes Environmental был предложен разброс исследуемых веществ на расстоянии до

5 км при сохранении географии исследуемой местности и метеорологических условий. Из представленного графика (рис. 4) видно, что концентрация веществ при удалении от источника выброса на примере ТЭЦ-5 снижается, поэтому в пределах жилой местности наблюдаются концентрации оптимальные для нормальной жизнедеятельности населения, что соответствует санитарно-эпидемиологическим нормам.

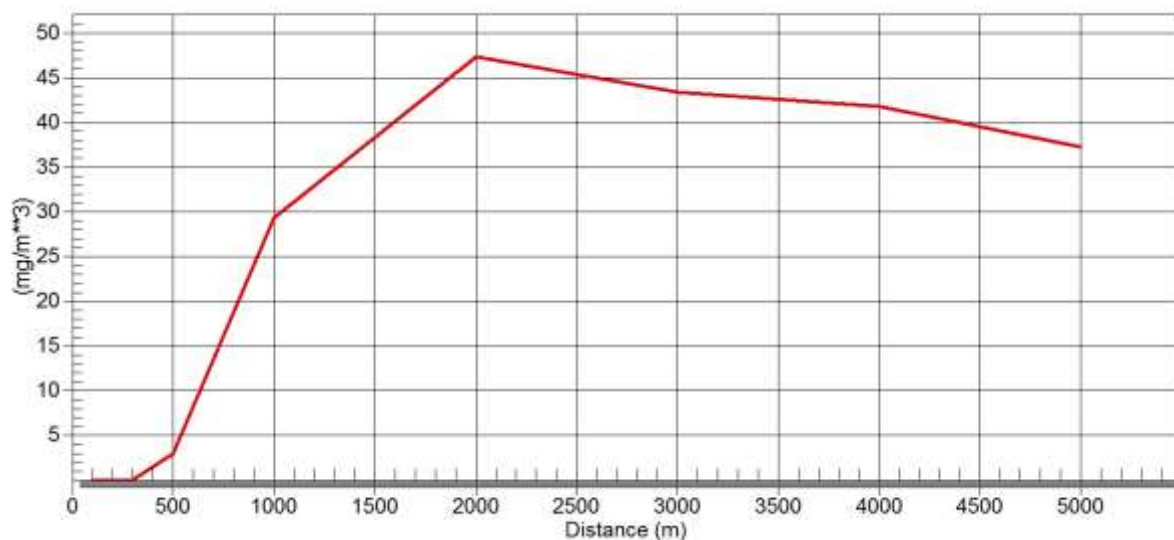


Рис. 1. Распределение концентрации химических веществ на примере взвешенных частиц относительно заданного расстояния от территории источника выброса веществ

Выводы

1. В рамках проведенного анализа данных методом моделирования с помощью специального программного обеспечения было показано, что на всей исследуемой территории от источника выброса рассеивание веществ неравномерное, что объясняется географическим местоположением объекта ПТЭ и метеорологическими условиями местности (направлением ветра), не превышающее значений ПДК. Однако при расчете индекса опасности неканцерогенных эффектов при хроническом ингаляционном воздействии химических веществ и суммарных индексов неканцерогенной опасности для органов дыхания было выявлено повышение нормативных значений, что

может сказываться на стохастических эффектах относительно заболеваний различных систем, в первую очередь, заболеваний органов дыхания.

2. Атмосферные выбросы химических веществ ПТЭ оказывают неблагоприятное влияние на здоровье населения, на что указывает статистическая картина заболеваемости населения города Кирова, повышается уровень общей заболеваемости за счет увеличения частоты распространения болезней органов дыхания, пищеварения и кровообращения, эндокринной и мочеполовой системы у взрослого населения, особенно живущих в городской среде.

Список литературы

1. Величковский Б.Т. О патогенетическом направлении изучения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения // Вестник Российской Академии медицинских наук – 2008 – № 3 – С.3-8 [Velichkovskiy B.T. O patogeneticheskom napravlenii izucheniya vliyaniya faktorov okruzhayushchey sredy na zdorov'ye naseleniya . *Vestnik Rossiyskoy Akademii meditsinskikh nauk.* 2008;(3):3-8. (In Russ.)]

2. Кочуров В. И. Экологическая ситуация в России. Региональные проблемы здоровья населения России / В. И. Кочуров, Л. И. Саравайская, Т. Б. Денисова; ред. В. Д. Беляков. - М.: ВИНТИ, 2007 [Kochurov V.I., Saravayskaya L.I., Denisova T.B. *Ekologicheskaya situatsiya v Rossii. Regional'nye problemy zdorov'ya naseleniya Rossii.* Belyakov V.D. editor. M.: VINITI; 2007. (In Russ.)]

3. Петров С.Б. Медико-экологическое обоснование мониторинга здоровья населения на территориях размещения твердотопливных теплоэлектроцентралей: Дис. док. мед. наук. – Оренбург; 2014 [Petrov S.B. *Mediko-ekologicheskoe obosnovanie monitoringa zdorov'ya naseleniya na territoriyakh razmeshcheniya tverdotoplivnykh teploelektrotsentralei.* [dissertation] Orenburg; 2014. (In Russ.)]

4. Селюнина С. В. Эколого-гигиеническая оценка атмосферных выбросов городских предприятий теплоэнергетики: Дис. канд. мед. наук. – Архангельск; 2006 [Selyunina S. V. *Ekologo-gigienicheskaya otsenka atmosferykh vybrosov gorodskikh predpriyatiy teploenergetiki.* [dissertation] Arkhangel'sk; 2006. (In Russ.)] Доступно по: <https://www.dissercat.com/content/ekologo-gigienicheskaya-otsenka-atmosferykh-vybrosov-gorodskikh-predpriyatii-teploenergeti-0>. Ссылка активна на 21.11.2019.

ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

УДК 378.14

**ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ФАРМАКОЛОГИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ»
(СТЕПЕНЬ «БАКАЛАВР НАУК») В ВЕСТМИНСТЕРСКОМ
УНИВЕРСИТЕТЕ (ЛОНДОН)**

Мошанова Т.Л.

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет

Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 137)

kf13@kirovgma.ru

Данная статья посвящена организации учебного процесса по специальности «Фармакология и физиология» (степень «Бакалавр наук») в Вестминстерском университете Лондона. В ней описывается структура каждого учебного года, модули, изучаемые на каждом курсе, различные формы контроля полученных студентами знаний на разных этапах их обучения, тьютерская система и виды документов, выдаваемых студентам по окончании их курса обучения. Особое внимание в данном университете уделяется академическим и другим правилам поведения студентов, а также мерам дисциплинарного наказания в случае их нарушения. Организация учебного процесса в Вестминстерском Университете значительно отличается от такового в Российской Федерации.

Ключевые слова: Справочник по курсу «Фармакология и физиология» на степень бакалавра наук, модули, электронная информационная система «Блэкборд», полилэнг, занятия с тьютерами, экзамены с открытой книгой, экзамены без использования справочных материалов, домашний экзамен, викиз, система проверки текстов на плагиат «Турнитин», Университетские Академические правила, Правила поведения студентов, временная приостановка изучения модуля, отчисление студентов с изучения модуля,

исключение студента из университета, индикатор, диплом с отличием, диплом без отличия, сертификат об окончании университета, личное дело студента.

ORGANIZATION OF THE ACADEMIC STUDIES FOR BACHELOR OF SCIENCE IN “PHARMACOLOGY AND PHYSIOLOGY” IN WESTMINSTER UNIVERSITY (LONDON)

Moshanova T.L.

Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx street, 137) kf13@kirovgma.ru

This article is devoted to the organization of the academic studies (BSc pharmacology and physiology) in Westminster University, London. It describes the structure of every academic year, the modules, studied each year, different forms of the received knowledge, the tutorial system and the documents granted to the graduates of this university. Special attention is paid in this university to the academic and other regulations, as well as to the disciplinary punishments in case they are violated. The organization of the academic studies in Westminster University considerably differs from the one in the Russian Federation.

Keywords: BSc Pharmacology and Physiology Course Handbook, modules, electronic information system “Blackboard”, polylang, tutorials, open book exams, closed book exams, take home exams, wikies, theInternet-based plagiarismdetection service “Turnitin”, the University Academic Regulations, Student Disciplinary Regulations, suspension, withdrawal from the module, expelling from the university, indicator, Diploma of Higher Education (Hons), Diploma of Higher Education (BSc), Certificate, transcript.

Введение

Опыт работы в Кировском государственном медицинском университете показывает, что студенты проявляют интерес к системе медицинского

образования, медобслуживания, состоянию медицины в Великобритании, стране, язык которой они изучают.

На основании некоторого личного опыта знакомства с этими проблемами в результате повышения квалификации в двух университетах Великобритании, регулярной самостоятельной работы с аутентичными материалам этой страны (журналами, справочниками, инструкциями, бюллетенями, газетами и т.д.), преподаватель английского языка и строит свою просветительскую и воспитательную работу со студентами 1 курса. Это презентации, беседы, дискуссии, круглые столы на темы: «Как поступают в медицинские школы Великобритании», «Волонтерская медицинская (и другая) работа школьников – обязательное требование к поступлению в вуз», «Послевузовское образование врачей», «Работа скорой помощи и отделений неотложной помощи при больницах», «Культура обращения с лекарствами в Великобритании» и др.

Основное содержание

Задача данной статьи показать студентам как организуется учебный процесс по специальности «Фармакология и физиология» на степень бакалавра наук в Вестминстерском университете Лондона. Университету 180 лет, в нем учатся более 20 тысяч студентов Великобритании из более чем 150 стран мира.

Основные положения статьи сопровождаются соответствующей лексикой английского языка, что служит и цели формирования и развития, наряду с познавательными, лингвистическими и культурными компетенциями студентов.

Каждый учебный год длится 3 семестра (осенний, зимний и летний) по 12 недель каждый. 1-й семестр - с середины сентября до середины декабря и примерно в середине его есть неделя полностью для самостоятельной работы студентов – reading week. 2-й семестр – с середины января по примерно

середину апреля, 3-й семестр – с мая по конец июля, и заканчивается зачетами (credits) и экзаменами (exams).

Каждый студент получает документ-руководство по изучению фармакологии и физиологии, и график работы на весь академический учебный год с указанием последнего срока сдачи курсовых работ, эссе и т.д. (deadline) по всем изучаемым модулям. Другой важной особенностью этого графика является написанная крупным и жирным шрифтом следующая информация – предупреждение: «Не планируйте отъезд из Лондона в период экзаменов» (указываются даты экзаменов в мае и июле).

Заслуживает внимания организация факультетами и университетом в целом самой первой организационной недели первого учебного года (the welcome and orientation week). Поступивших в вуз студентов (entrants) знакомят с целями и задачами изучаемых дисциплин, с руководителями этих курсов, с тьютерами (tutors), с тьютерской системой в целом (Academic Tutorial Scheme), с правилами поведения в учебном и внеучебном процессе (Academic Regulations), и каждый студент подписывается под этими правилами, что означает, что он обязуется их неукоснительно выполнять. Этот документ знакомит студентов с работой всех служб факультета и университета. Это: библиотека (the library), компьютерная служба (computer service), регистрационный офис (the School registry), деканат (the Dean's office), электронная информационная система организации учебного процесса (Blackboard), офис в помощь студентам-инвалидам (Disability Learning Support), международный отдел (the International office), союз студентов (Students' Union), здравпункт (Student Health).

Библиотека содержит 356 тысяч книг, 29 тысяч печатных и электронных журналов, свыше 45 тысяч электронных ресурсов. В университете свыше 3500 компьютеров. Регистрационный офис регистрирует выбранные студентом модули, курсовые работы, экзамены. Blackboard – это виртуальная электронная система, дающая студенту полную информацию об учебном

процессе, о каждом модуле: его содержание, тексты лекции, вопросы к семинарам, тьюториалам, указывает учебники, сведения об экзаменах, зачетах и консультациях с преподавателями.

Офис в помощь студентам-инвалидам (Disability Learning Support) оказывает учебную, финансовую, медицинскую помощь студентам, например, с такими заболеваниями как дислексия (dyslexia), дизграфия (dyspraxia), аутизм (autism), ослабленный слух (hearing impairment) и зрение (visual impairment) и др.

Международный отдел помогает студентам с их местожительством, с открытием банковского счета, с оформлением и продлением виз и т.д.

Каждый поступивший в медицинскую школу и в университет в целом автоматически становится членом Студенческого союза (Students' Union). Он предлагает студентам разнообразную программу внеаудиторной деятельности (клубы, спортивные секции и т.д.), а, главное, дает студентам определенные права и привилегии. Так, например, это – бесплатные консультации и лечение в больницах (кроме стоматологии и офтальмологии), получение карточки oyster, дающей право проезда автобусами и метро в пределах Большого Лондона с 30% скидкой, бесплатные лекарства, скидки на турпоездки за границу, скидки на посещение некоторых театров, например, Национальной оперы, театр Глобус, театр Барбикан и др.

Университет работает по модульной программе (Modular Programme). Модуль – это часть учебной дисциплины, имеющей установленное за ней количество баллов (credits) – 15 credits, как правило за один семестровый модуль и 30 баллов за материал, изучаемый за два и более семестра. На каждый модуль требуется около 200 часов, из которых 12-20 часов еженедельных занятий по расписанию, оставшаяся большая часть времени отводится на самостоятельную работу (independent works).

Основные модули первого курса обучения – это: биохимия и молекулярная биология (Biochemistry and Molecular Biology), клеточная

биология (Cell Biology), критическое мышление для ученых (Critical Thinking for Scientists), физиология человека и анатомия (Human Physiology and Anatomy), принципы фармакологии (Principles of Pharmacology).

Основные модули второго курса – биохимия (Biochemistry), прикладная патофизиология (Applied Pathophysiology), фундаментальные основы диагностики болезней (Fundamentals of Disease Diagnosis), иммунология (Immunology), медицинская генетика (Medical Genetics), методы лабораторных исследований (Laboratory Research Methods).

Главные модули третьего курса – клеточная патология (Cellular Pathology), клиническая химия (Clinical Chemistry), клиническая иммунология (Clinical Immunology), гематология и переливание крови (Haematology and Transfusion Science), медицинская микробиология (Medical Microbiology и написание проекта (Project)).

Каждый модуль оценивается определенным количеством баллов и заканчивается написанием курсовой работы или доклада на хорошем академическом английском языке и стиле. Хорошая демонстрация письменного академического английского языка считается факультативным модулем, хотя студент может и специально зарегистрироваться на изучение этого модуля.

Интересно, что среди факультативов есть не только модуль, связанный с родным языком «Академический английский язык», но и с иностранными языками. Это «Современные иностранные языки по схеме «Полиланг» (Modern Foreign Languages via Polylang).

Баллы за языковые факультативы тоже учитываются при присвоении студенту степени бакалавра наук.

Polylang – это факультатив, предлагающий возможность начать или продолжать изучать один из иностранных языков: арабский, испанский, китайский, итальянский, французский, японский, немецкий, русский и другие. Преподаватели этих факультативов – носители этих языков.

Формы изучения учебного материала разнообразны и зависят от модуля. Это лекции (студент обязан посетить не менее 80% лекций каждого модуля), семинары, презентации, тьюториалз (tutorials), опыты в лабораториях, доклады, исследовательские проекты. Тьюториалз – это занятия, проводимые тьютерами (преподавателями – предметниками) с небольшой группой студентов, на которых студенты должны показать хорошее усвоение учебного материала. Тьютеры работают с одной и той же группой студентов на протяжении всех трех лет обучения.

Кроме того, тьютерная система Вестминстерского университета предполагает и назначение личного тьютера для каждого студента, он помогает своему студенту и в решении его морально-психологических и личных проблем.

В Справочнике по специальности «Фармакология и физиология» (Pharmacology and Physiology Course Handbook), который выдается каждому студенту в первую организационную неделю первого учебного года, студентам даются рекомендации – основы изучения учебного материала (ABC), показывающие как надо заниматься, чтобы быть успешным в учебе. Это – быть активными участниками учебного процесса, посещать все занятия и полностью отдавать себя работе в классе, при выполнении лабораторных работ, на занятиях с тьютерами и при выполнении домашних заданий. Справочник также рекомендует перечитывать и повторять все записи по всем предметам и не оставлять подготовку к занятиям, зачетам и экзаменам в самый конец. Перед лабораторными работами по химии рекомендуется внимательно несколько раз прочитать в методичках (method sheets) инструкцию о соблюдении техники безопасности. Эти рекомендации обозначаются сокращенно PEAR (prepare, engage, attend, revise) – будь готов, участвуй, посещай все занятия и повторяй.

Красной линией через весь учебный процесс проходит положение о важнейшей роли самостоятельной работы студентов (independent work),

которая по каждому модулю должна занимать по меньшей мере в пять раз больше времени, чем работа по расписанию. Вряд ли можно добиться хороших результатов простым запоминанием материала лекции. Успешное усвоение учебного материала предусматривает большую и ответственную самостоятельную работу по предмету.

Естественным продолжением учебного процесса в любом вузе является постоянная оценка усвоения полученных знаний студентов (continuous assessment) и оценка их в конце изучения модуля. Формы контроля знаний по специальности «Фармакология и физиология» разнообразны. Это текущие тесты в классах (in-class tests), компьютерные задания, лабораторные опыты, портфолио (portfolio), доклады, выступления на семинарах и тьюториалз, индивидуальные и групповые презентации, эссе, курсовые работы, зачеты и экзамены. В групповых заданиях учитывается самостоятельный творческий вклад каждого студента в решении того или иного задания.

Студент одного года обучения получает 120 единиц (credits).

В Вестминстерском университете формами контроля и оценки знаний являются курсовые работы по окончании изучения модуля и экзамен. Экзамены на специальности «Фармакология и физиология» следующие:

- open book exams
- closed book exams with Take Home Exam
- wikies

Open book exams – это экзамен с открытым доступом к справочным материалам. Здесь можно использовать конспекты лекций, тексты законов, постановлений парламента, статистические данные, т.е. такие материалы, которые требуют предельной точности. Этот экзамен проверяет способность студента быстро находить, применять, интерпретировать и анализировать справочную информацию. Такой экзамен обычно проводится в двух формах:

1) в виде традиционного письменного экзамена в классе с фиксированным лимитом времени на его выполнение с разрешенной степенью доступа к определенным справочным материалам.

2) Take Home Exam – такой же экзамен, но выполняемый дома. Он включает в себя самостоятельные ответы студента на заданные вопросы. Студент может использовать формулы, таблицы и определенное, но ограниченное количество текстов. Ответы на заданные вопросы должны быть сданы преподавателю (тьютеру) в течение определенного ограниченного короткого времени, чаще всего на другой день. Такой экзамен проверяет не память студента, а умение использовать полученную им информацию для объяснений и решений проблем (problem solving).

Closed book exams или Closed unseen exams – это экзамен без использования каких-либо материалов но с обязательным критическим осмыслением проблемы и сферы ее применения.

Wikies – это компьютерные страницы с различной информацией по какому-либо вопросу, и задача студента подойти к этой информации критически, объяснив, что в ней достоверно, а что нет. Т.е. такой экзамен должен продемонстрировать критическое осмысление материала студентом.

Учеба по специальности «Фармакология и физиология» после изучения по программе всех модулей завершается экзаменом и написанием проекта (project). В конце второго года обучения студент выбирает тему своего будущего проекта, объем которого должен быть не меньше 7000-10000 знаков.

Пример одного из экзаменационных билетов:

- 1) Что такое клинические судебные дела? – What are clinical trials?
- 2) Объясните роль упаковок в фармакологическом производстве.
- 3) Нарисуйте таблицу клетки. Опишите ее ядро и межклеточные элементы.
- 4) Охарактеризуйте следующие болезни (например, гипертензию, анемию и т.д.).

5) Объясните функции крови и т.д.

Примером темы проекта может быть «Изменение и функции биогенезиса при сердечной недостаточности». Проверяются проекты Оценочным Советом (Assessment Board), в составе которого обязательно есть внешний рецензент из другого университета (external examiner).

Все курсовые работы, эссе, презентации, доклады, проекты студентов на факультете «Фармакология и физиология», а также в Университете в целом, проходят обязательную проверку на плагиат через Turnitin. Это компьютерная система, которая сравнивает предоставленный письменный текст с оригинальными текстами, используемыми студентом для написания курсовых работ и проектов. Эта процедура занимает всего лишь 5 минут, а для проверки повторного текста требуется 24 часа. Эта система выдает результаты этого сравнения в Blackboard в виде таблицы, разные цвета которой указывают на количество процентов сходства сравниваемых текстов.

Синий цвет указывает на отсутствие сходства, зеленый – 24% плагиата, желтый – 25%-49%, оранжевый – 50%-74%, красный – 75%-100% сходства, т.е. полный плагиат. При этом Turnitin отмечает конкретные места плагиата с указанием источника. До 15% сходства сравниваемых текстов допустимо. Свыше 25% сходства уже считается высокой степенью плагиата, на это указывает желтый, оранжевый и красный цвета.

Плагиат – это использование в тексте материала без ссылки на его источник, использование устно или письменно чужих идей, иных фактов, таблиц, графиков, цитат и парафраз с небольшими изменениями, чужих сказанных или написанных слов и предложений. Плагиат – это неэтично, т.к. это попытка человека нечестным путем получить преимущество над другими людьми, это обман преподавателя и экзаменатора.

Естественно, что студенческие работы с плагиатом не могут быть оценены, а студент должен понести наказание за это.

Положительным моментом Справочника, выдаваемого студенту в установочную неделю на первом курсе, является информация, разъясняющая, что такое плагиат и дающая рекомендации как его не допустить.

Вестминстерский Университет работает в соответствии с установленными Академическими Правилами (the University Academic Regulations) и правилами поведения студентов (Student Disciplinary Regulations). Каждый студент, поступивший в Университет (entrant), подписывается под этим документом, что означает, что он обязуется неукоснительно выполнять эти правила и требования. Этот документ также разъясняет и меры дисциплинарного воздействия в случае нарушения этих правил. Они сводятся к следующему:

- Для получения диплома об окончании университета студент должен усвоить все модули, определенные программой и составляющие за 3 года обучения 360 единиц (credits), 120 единиц в каждом учебном году.

- Сданным считается модуль, общая оценка знаний которого равняется или больше 40%.

- Обязательное посещение не менее 80% лекций (compulsory attendances).

- Обязательное посещение всех занятий с тьютором.

- Самостоятельное усвоение модулей и выполнение всех заданий (курсовых работ, эссе, лабораторных заданий, докладов, презентаций и т.д.) самостоятельно, без помощи других студентов.

- Пересдача модуля разрешается только дважды, т.е. после провала возможна только одна попытка пересдачи.

- В случае списывания и использования несанкционированных справочных материалов у студента могут аннулировать все оценки, полученные этим студентом ранее по этому модулю.

- В случае провала на зачете или экзамене того или иного модуля, частично или полностью, в случае пропуска большей части занятий судьбу этого студента решает Совет по данной дисциплине (Subject Board). Это

может быть временная приостановка изучения данного модуля (suspension) или окончательное отчисление студента с этого курса (withdrawal) (с правом поступления в университет снова на 1 курс), или разрешение пересдать зачет или экзамен в новые сроки (при предоставлении документов с указанием уважительных причин).

- Студенты имеют право приостановить изучение того иного курса на один академический год. Для этого необходимо: получить одобрение от руководителя этого курса (Course Leader), решить вопрос об оплате за обучение, финансировании его учебы и визе (если это студент-иностранец), написать заявление, заполнить форму о прекращении занятий по этому модулю (Discontinuation of Studies Form) и предоставить ее в Регистрационный Отдел (the Faculty Registry).

Студентам рекомендуется:

1) Включать в список литературы все использованные ими источники и делать обязательную ссылку на этот источник в тексте курсовой и дипломной работы.

2) Цитируемый материал должен быть заключен в кавычки.

3) Делать ссылку на используемые диаграммы, таблицы и другие статистические данные.

4) Обязательно делать ссылки и на web-sites с указанием использованной страницы.

5) Используемые студентом в курсовых и дипломных работах части предложений других авторов также должны быть указаны.

6) Студенту следует проконсультироваться с преподавателем, ведущим тот или иной модуль (Module Leader), а также с руководителем курсовой и дипломной работы (Course Leader).

Студентам строго запрещено во время тестов и экзаменов общаться с другими студентами, приносить на экзамены и зачеты неразрешенные учебные и справочные материалы, методички (method sheet), списывание. В

противном случае студент понесет соответствующее наказание, определенное «Правилами поведения» (Academic Regulations).

Совет определяет дату пересдачи зачета или экзамена (разрешаются 2 попытки), но при этом студент обязан повторить весь модуль, посещая все занятия по нему и с полной ее оплатой снова.

Временная приостановка изучения модуля и полное исключение студента с этой дисциплины влекут за собой финансовые проблемы, а для студентов-иностранцев еще и визовые проблемы, решать которые надо в Министерстве Внутренних Дел.

При наличии уважительных причин (болезнь и уважительные причины личного характера), когда студент сдал зачет или экзамен с оценкой ниже 40%, он может получить разрешение на его сдачу полностью на следующем курсе (level), если этот предмет по учебному плану продолжается. Это называется *condoned credit*. Только студенты 2 и 3 курса могут получить разрешение на это.

Обязательным требованием является предоставление преподавателю для оценки выполненных самостоятельно всех отчетных по модулю учебных материалов и в строго установленные сроки (*deadline*).

В случае сдачи курсовых работ после установленного срока, но не позднее 24 часов, как наказание снимаются 10% оценки за эту работу. Если работа предоставляется после установленного срока в период, превышающий 24 часа, то студент получает за эту работу 0. При наличии уважительной причины (болезни или уважительных причин личного характера) студент пишет заявление с просьбой принять во внимание эти обстоятельства и решить его проблему. В случае положительного решения (при предоставлении медицинской справки и других документов) студент обязан представить курсовую работу в течение следующих 10 дней. После установленного последнего срока письменные учебные материалы не принимаются.

Студент должен хранить копии курсовых работ в электронном виде.

Строжайшим образом запрещено использование во время тестов, зачетов, экзаменов несанкционированных справочных материалов, учебников и т.д. и разговоры с другими студентами. В противном случае студент получает 0, т.к. оценка должна соответствовать личному уровню знаний студентов и его личным индивидуальным затратам на усвоение материала.

Это основные академические требования и правила Вестминстерского Университета.

Что касается «Правил поведения студента» в целом (Student Disciplinary Regulations), то они сводятся к следующим: это уважительно относиться к преподавателям, к своим сверстникам, независимо от их расы, социально-экономического положения, религиозных и политических убеждений.

Эти правила также требуют бережного отношения к собственности Университета, соблюдения должных правил поведения в любой обстановке и ситуации, и т.д.

В случае очень серьезных нарушений студентов дисциплинарного кодекса студент отчисляется из университета (to expel from the University), преступления криминального характера преследуются по закону.

Все достижения студентов, его успеваемость, его участие во внеучебной работе, волонтерская деятельность, а также дисциплинарные взыскания, грамоты, т.е. все информация о его годах обучения в университете заносятся в его личное дело (transcript).

По окончании университета, в том числе и по специальности «Фармакология и физиология», при условии выполнения всего учебного плана полностью, подсчитывается индикатор, который и определяет тип документа об окончании высшего образования на степень BSc (бакалавра наук).

Индикатор складывается из 220 кредитов по всем модулям только 5 и 6 уровней (2 и 3 курс обучения), причем оценки 5-го уровня принимаются за $\frac{1}{3}$, а 6-го уровня – за $\frac{2}{3}$. Эти дроби умножаются на оценки всех модулей 2-го курса с цифрами, обозначающими так называемую их «стоимость» (value).

Так же подсчитывается индикатор 3-го курса. Обе суммы складываются и получается балл полного индикатора (indicator score) за 2 года обучения. Он и определяет тип диплома, с отличием или без.

Диплом с отличием (Diploma of Higher Education in BSc (Hons) в Вестминстерском Университете подразделяются на дипломы двух классов в зависимости от разных индикаторов: с индикатором 70-100 – Диплом с отличием 1 класса, а от 60 до 69 – Диплом с отличием 2 класса.

Кроме дипломов о высшем образовании университет выдает и так называемый промежуточный документы о высшем образовании – сертификаты (certificates). Их получают студенты или неспособные получить полное высшее образование, или по каким-либо причинам оставившие изучение того или иного модуля, на который были зарегистрированы изначально.

И дипломы, и сертификаты выдаются студентам при соблюдении единого требования – все зачеты и экзамены по модулям должны быть сданы с первой попытки. Вручение дипломов происходит дважды в год – в июле и в ноябре в торжественной обстановке, лично каждому студенту в назначенный день (graduation day). Сертификаты не вручаются студентам, а отправляются им по почте спустя 8-10 недель после опубликования результатов их учебы.

Диплом об окончании Вестминстерского Университета по специальности «Фармакология и физиология» в цифрах полностью отражает требования, предъявляемые к студенту для получения высшего образования и получения документа соответствующего образца.

Приведем вкратце схему этого диплома. Это один листок с названием университета и личными данными студента (его имя, дата рождения, его регистрационный номер, его квалификация (бакалавр наук)). Далее идет основная часть диплома с указанием уровня (года обучения), перечисление модулей на каждом из них, семестр, их результаты (оценки экзаменов) и попытки сдачи этих модулей. Затем указывается «стоимость» всех модулей за

каждый уровень (год обучения) и их общее количество. Эти данные как раз и подтверждают название соответствующего диплома.

И по форме, и по содержанию диплом Вестминстерского Университета и в Российской Федерации отличаются.

Таким образом, из всего вышесказанного можно сделать следующие выводы:

- Учебный процесс в Вестминстерском Университете во многом отличается от системы высшего образования, принятой в Российской Федерации.

- Университет предоставляет широкие возможности для получения высшего образования студентам-инвалидам и студентам с нарушениями здоровья.

- Учебный процесс в каждом академическом году стоит более четко и организованно: строгое постоянное расписание занятий, наличие системы Blackboard в помощь студентам.

- Среди модулей есть «Проблемы фармакологии и физиологии глобального масштаба», а так же «Методы их исследования». Это дает студентам перспективы научных исследований и вооружает их методикой этой деятельности.

- Учебный план предлагает студентам развитие лингвистических компетенций по родному и иностранному языку (polylang).

- Строгие формы отчетности по каждому модулю в определенные сроки с указанием последнего срока на предоставление материала для оценки (deadline).

- Документ «Handbook on pharmacology and physiology» дает студентам методические указания как организовать их учебу, как учить каждый модуль и как организовать самостоятельную работу.

- Строгая организация передачи несданного модуля.

- Эффективно работающая тьютерская система.

- Разработан принцип получения знаний – PEAR.
- Строгая форма текущего контроля (continuous assessment) с разнообразными формами проверки полученных знаний (in-class tests, open-book exams, closed book exams, wikies).
- Строгая система проверки курсовых работ и проектов – Turnitin.
- Наличие документов «Академические правила поведения» и «Правила поведения студентов», выдаваемых каждому студенту за его подписью обязательно их исполнять.
- Строгая система наказаний за нарушение этих правил.
- Гибкие формы дипломов и сертификатов, выдаваемых студентам по окончании университета и т.д.

Выводы

Эти положения организации учебного процесса по специальности «Фармакология и физиология» в Вестминстерском Университете представляют познавательный интерес для студентов российских вузов и дают им возможность критически воспринимать их, сравнивать их и по мере необходимости использовать положительный опыт в своей работе.

Список литературы

1. BSc Pharmacology and Physiology Course Handbook Level 4. London. University of Westminster. 2016.
2. Handbook of Academic Regulations. Available from: <http://westminster.ac.uk/academic-regulations>

УДК 378.147

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАЛОГОВЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ

Новикова Л.И.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112),
kf29@kirovgma.ru*

В данной статье раскрываются причины, затрудняющие использование диалогической формы обучения, а так же система их преодоления.

Ключевые слова: диалог, внутренние причины, внешние факторы, система преодоления недостатков.

SOME ISSUES OF USING DIALOGUE METHODS OF TEACHING

Novikova L.I.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street,
112), kf29@kirovgma.ru; Clinical Psychology graduate*

This article reveals the reasons that impede the use of the dialogue-based form of training, as well as the system for overcoming them.

Key words: dialogue, internal causes, external factors, system for overcoming shortcomings.

Диалог является не только формой организации учебно-познавательной деятельности студентов, но и средством ее активизации. На основе диалогической формы обеспечивается лучшее усвоение теоритических знаний, формирование потребности в их постоянном их пополнении и обновлений.

Главными причинами затрудняющими использования диалогической формы, являются внутренние факторы, зависящие от студентов

(недостаточный уровень знаний по данной проблеме, заниженная самооценка, скованность речи, боязнь самостоятельных высказываний, чрезмерная скромность и др.), так и внешние, зависящие от условий обучения в вузе (стихийность использования этой формы в обучении, авторитарность обучения, отсутствие методики ее использования и др.).

Первоочередной задачей преодоления этих недостатков, повышения качества организации диалогической формы является необходимость использования определенной системы по ее реализации. К основным элементам этой системы можно отнести:

1) целевую установку на место и роль диалога в профессиональном обучении. Этим мы обеспечиваем мотивационную сторону участия субъекта в обучении (развитие у него творческой активности, формирование интереса к теории, воспитание ответственности в подготовке к занятиям);

2) учитывая, что сама диалогическая форма включает в себя использование педагогом проблемных вопросов, дискуссий, решение проблемных задач и ситуаций, обсуждение творческих заданий, то здесь в качестве составного документа выступает обучение студентов введению диалога, критическому анализу обсуждаемого материала;

3) стимулирование положительного отношения у студентов к данной форме обучения (использование разных форм морального поощрения творческой работы студентов, определение исследовательских заданий, моделирование способов и приемов профессиональной деятельности и др.).

Безусловно данная работа будет эффективной при соблюдении принципа сотрудничества между студентами и преподавателем.

Список литературы

1.Столяренко Л.Д. Педагогическая психология. – М.: Феникс, 2000 [Stolyarenko L.D. *Pedagogical psychology*. Moscow: Phoenix Publishing House, 2000 (InRuss.)].

УДК: 159.922.763

**ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНО-ЛИЧНОСТНОГО
ЭГОЦЕНТРИЗМА ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

Пуртова М.С., Новгородцева И.В.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет
Минздрава России (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), kf29@kirovgma.ru*

В данной статье представлены результаты исследования особенностей аффективно-личностного эгоцентризма подростков с девиантным поведением, взаимосвязи между аффективно-личностным эгоцентризмом и склонностью к девиантному поведению, аффективно-личностным эгоцентризмом и акцентуациями характера.

Ключевые слова: девиантное поведение, эгоцентризм, подростки.

**FEATURES OF AFFECTIVE EGOCENTRIC PERSONALITY
TYPE IN ADOLESCENTS WITH DEVIANT BEHAVIOR**

Purtova M.S., Novgorodtseva I.V.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street,
112), kf29@kirovgma.ru*

This article presents the results of a study of the characteristics of affective-personal egocentrism of adolescents with deviant behavior, association between affective personality egocentrism and deviant behavior issues, affective-personal egocentrism and character accentuations.

Key words: deviant behavior, egocentrism, adolescents

Введение

Проблематика девиантного поведения детей и подростков занимает значимое место в категории актуальных проблем в психологии. Девиантное поведение – явление не только персональное, но и социальное. Рассмотрение отдельных компонентов проблемы девиантного поведения детей и подростков, а также их взаимосвязей позволяет в персональном случае не только понять причину отдельных элементов девиантного поведения, входящих в общую структуру, но и найти основную причину нарушения для последующей коррекции.

По мнению Фокиной А.В., изучение эгоцентризма как компонента девиантного поведения детей и подростков обусловлено искажениями понимания социальных отношений. Система представлений подростков субъективна, эгоцентрична, не соответствует социальным нормам. Обращение к работам Элкинда Д. дает основания утверждать, что изучение значимости эгоцентризма в общей картине девиантного поведения детей и подростков является новым направлением в психологии, которое, в свою очередь, помогает расширить понимание конкретных причин, механизмов, а также возможности коррекции данного вида поведения. Исследование соотношения девиантности и эгоцентризма связано как с задачей понимания внутренней картины мира современного девиантного подростка, так и с необходимостью коррекции его проявлений в социальном взаимодействии.

Основное содержание

Эгоцентризм является одним из основных понятий в психологической характеристике личности человека. Как понятие эгоцентризм отображает определенное взаимодействие человека с окружающей средой, определяет его мировоззрение, которое характеризуется фиксацией человека на своём образе «Я». Термин «эгоцентризм» в психологию ввел Жан Пиаже. По его мнению, эгоцентризм - это одна из трех стадий развития мышления ребенка. На первой стадии (стадии «аутизма») – мышление асоциально и субъективировано, на

второй (стадии эгоцентризма) – ребенок отождествляет точки зрения других людей со своим мнением, так проявляется субъективный реализм. Третья стадия (стадия социального мышления) – дает возможность понимать и принимать другие точки зрения, и формировать объективный образ окружающего мира. Такое мышление характеризуется развитием операций обратимости мышления и способности к децентрации. Эгоцентризм снижается не за счет увеличения знаний ребенка, а путем социальных взаимодействий, в которых он сравнивает свою точку зрения с иными [4]. Проблему эгоцентризма рассматривал в частности и Зигмунд Фрейд, с точки зрения нарциссизма.

«Нарциссизм – любовь к собственному образу, к самому себе, болезненная самовлюбленность» [3].

В психоанализе Зигмунд Фрейд использовал термин «нарциссизм» для характеристики и описания процессов либидо, направленных на собственное «Я», а не на другие сексуальные объекты. З. Фрейд рассматривал нарциссическую фазу нормальной промежуточной стадией развития ребенка между периодом «первоначального аутоэротизма» и любовью к объекту. Таким образом, самовлюбленность по З. Фрейду – это подготовительная стадия зрелой любви к объекту, когда нарциссизм сменяется отношениями, лишенными эгоизма. С точки зрения Фрейда З. нарциссизм перенесен на идеальное «Я», т.к. человек с возрастом ставит перед собой как идеал нарциссическое совершенство своего детства и возмещает утерянный нарциссизм детства уже взрослым [2].

Анализируя либидо людей с ментальными нарушениями, К. Абрахам (1908) пришел к выводу, что их либидо обращается на «Я» и может стать причиной бреда величия и шизофрении. Так же, исследуя меланхолию, К. Абрахам пришел к выводу, что ожесточение против сексуального объекта переносится на собственное «Я» человека, т.е. нарциссизм человека лежит в основе меланхолии или ипохондрии.

Э. Фромм предложил свое понимание нарциссизма. По Э. Фромму основу нарциссической личности составляют отдельные аспекты его личности. Для

нарциссического человека каждое частное свойство личности образует его Самость и может быть объектом нарциссизма.

В подростковом возрасте проявляется симптоматика патологического нарциссизма, характерного для пубертата: склонность фантазировать о власти, фантазии об идеальной любви, глобальном успехе. Фантазии подростков отличаются не реалистичностью, излишней эмоциональностью и находят отражение в воображении подростков. В стремлении родителей, взрослых вернуть подростков к реальности приводит к вспышкам агрессии, замкнутости, использовании незрелых форм защит. Такие реакции подростков обращены на ущемление нарциссической структуры подростков [5].

Так, в подростковом возрасте формируются симптомы патологического нарциссизма. Таких подростков называют «трудными подростками», подростками с девиантным поведением. Подростковый эгоцентризм проявляется в опыте, так называемом методе проб и ошибок социализации. Если детский эгоцентризм дошкольника был изолированным эгоцентризмом, в котором не было необходимости обращения к социуму, то в подростковом возрасте личное Я подростка ищет соответствия и применения в обществе. Подростковый эгоцентризм переплетен с общественным мнением. Общественные постулаты пропускаются через призму личностных потребностей, собственные взгляды и представления ищут поддержку в обществе [4].

Существуют различные модели объяснений происхождения и развития подросткового эгоцентризма. Первоначально появление подросткового эгоцентризма (в первую очередь, мифа воображаемой аудитории и личного мифа) связывалось с развитием познавательных способностей в этом возрасте. Ж. Пиаже называл личностный эгоцентризм подростков «наивным идеализмом», связанным с развитием формально-логического интеллекта. Развитие способности абстрактно мыслить используется подростком для решения задач самопознания, исследования собственного внутреннего мира. Расширение интеллектуальных способностей открывает новые возможности для

самоанализа, причем подростки воспринимают собственные мысли и мечты не как фантазии, но как эффективные действия, которые могут трансформировать реальный мир. Трудности в дифференциации «Я - Другие» приводят к актуализации существующих мифов. Дальнейшее развитие и освоение формально-логического интеллекта обеспечивают преодоление эгоцентрической позиции. Д. Элкин писал о том, что многочисленные психофизиологические изменения подростка неизбежно ведут к сосредоточению на внутреннем мире, вниманию к собственному «Я» - телесному, социальному, духовному [6].

В дальнейшем в работах Д. К. Лэпси, М. Н. Мерфи было показано, что развитие и преодоление эгоцентризма обусловлены не только познавательным, но и социальным развитием человека. Возникновение подросткового эгоцентризма связывается с достижением стадии формально-логического интеллекта, преодоление требует опыта социального взаимодействия с другими людьми. Социальное взаимодействие дает подростку, с одной стороны, знание того, что разные люди могут испытывать похожие чувства и переживание, что позволяет преодолеть личный миф, а с другой - понимание того, что люди могут по-разному воспринимать и относиться к одним и тем же событиям, что приводит к развенчиванию мифа воображаемой аудитории. Так, можно говорить о том, что взаимодополнение интеллектуального и социального развития подростка обеспечивает преодоление мифов подросткового эгоцентризма. Несомненна связь развития подросткового эгоцентризма с развитием идентичности: актуализация вопросов «Кто Я?», «Какой Я?» приводит к фиксации личности на собственных переживаниях. Неспособность преодоления эгоцентрической позиции связывается с сохранением статуса диффузной идентичности. Эгоцентризм также может быть рассмотрен как свойство личности, которое обуславливается влиянием различных социальных факторов: особенностями стиля воспитания и межличностного взаимодействия, социальным статусом и особенностями ближайшего социального окружения.

Значительный интерес представляет исследование особенностей эгоцентризма у девиантных подростков. Авторы описали аффективно-личностный эгоцентризм, который представляет нерефлексивное компенсаторное искажение восприятия себя и социального мира. Были выделены показатели аффективно-личностного эгоцентризма: непонимание или искажение понимания собственных особенностей, неспособность увидеть самого себя и ситуацию с точки зрения партнера по общению или «со стороны»; непонимание относительности любой позиции; неумение дифференцировать и сравнивать собственную и чужую точки зрения; преувеличение собственной уникальности и ее негативных следствий; предвзятый выбор фактов, их поверхностная или противоречивая интерпретация; необоснованность и категоричность суждений и выводов; несоответствие действий и оценок ситуации или человека в изменившейся обстановке; принципиально разное толкование идентичных социальных фактов и «санкций» в отношении самого себя и другого. Было обнаружено различное значение феноменов аффективно-личностного эгоцентризма у девиантных и нормотипических подростков. Для девиантных подростков эгоцентризм усиливается и приобретает особые функции, которые состоят в защитном, оправдывающем себя и свое поведение искажении представлений о собственной личности. Это обеспечивается следующими особенностями: фаворитизация «Я», преувеличение собственной исключительности, рассогласование представлений о собственных особенностях и месте в социуме и социальных представлений о них, парадоксальное восприятие просоциального и асоциального поведения, неспособность осознать собственную субъективность, эгоцентрическая оценка социальных норм и санкций. Таким образом, эгоцентризм девиантных подростков трансформируется в устойчивое патологическое состояние, которое маскирует реальные трудности и создает «фасадную успешность», компенсирующую восприятие подростком-девиантом себя и окружающих. Следует отметить, что при этом сохраняется адекватное понимание тех аспектов социальной

действительности, которые не связаны непосредственно с ним самим. Указанные эгоцентрические изменения видения социального мира и самого себя в нем позволяют девиантному подростку избегать осознания собственной социальной не успешности за счет искажения смысла событий и переживаний так, чтобы не нанести ущерб представлениям подростка о самом себе. Возрастная динамика аффективно-личностного эгоцентризма для всех подростков одинакова: большая степень эгоцентрического искажения представлений о значимости собственного поведения для окружающих («картины социального мира») в младшем подростковом возрасте и искажение качеств собственной личности («картины себя») в старшем подростковом возрасте [1].

Итак, говоря об эгоцентризме, необходимо сделать акцент на значимости воспитательного процесса в семье, формировании мировоззрения подростка в социуме, влияния акцентуаций характера поведения в подростковом возрасте, а также отграничивать норму проявлений аффективно-личностного эгоцентризма и акцентуаций характера подростков и проявления психопатии. Механизмы преодоления аффективно-личностного эгоцентризма у нормотипических и девиантных подростков идентичны, однако их действие значительно более затруднено у девиантных подростков в силу хронической социальной дезадаптации.

Результаты исследования

Объект исследования: особенности аффективно-личностного эгоцентризма подростков с девиантным поведением. Предмет исследования: акцентуации характера, склонность к девиантному поведению, эгоцентризм подростков. Цель исследования: изучить особенности аффективно-личностного эгоцентризма аффективно-личностной сферы подростков с девиантным поведением, установить взаимосвязь между аффективно-личностным эгоцентризмом и склонностью к девиантному поведению; аффективно-личностным эгоцентризмом и акцентуациями характера.

Гипотеза исследования: аффективно-личностный эгоцентризм имеет особенности: наиболее выраженные демонстративный, гипертимный, тревожный типы акцентуаций характера у подростков с девиантным поведением; между аффективно-личностным эгоцентризмом и склонностью к девиантному поведению, аффективно-личностным эгоцентризмом и акцентуациями характера существует взаимосвязь разной силы и направленности.

Задачи исследования: 1) Изучить литературу по проблеме исследования; 2) Выявить уровни аффективно-личностного эгоцентризма у подростков; 3) Определить типы акцентуаций характера у подростков; 4) Определить склонность к различным видам девиантного поведения у подростков; 5) Установить взаимосвязь аффективно-личностного эгоцентризма со склонностью к девиантному поведению подростков; аффективно-личностного эгоцентризма с акцентуациями характера.

Методики: 1) Тест эгоцентрических ассоциаций (проективный метод «Незавершенные предложения» Teresa Szustrowa в переводе Т.И.Пашуковой); 2) Опросник Шмишека (Г. Шмишек) (подростковый вариант); 3) «Патохарактерологический диагностический опросник» (ПДО), (А.Е.Личко, Н.Я.Иванов); 4) Анкета, направленная на изучение признаков девиантного поведения (разработана и адаптирована психологами социально-психологической службы школы № 28 г. Кирова). Методы: 1) Расчет процентного распределения показателей; 2) Расчет среднего значения; 3) Расчет ϕ -критерия Фишера; 4) Расчет коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Выборка: 22 учащихся МБОУ СОШ с УИОП №47 г. Кирова (далее группа 1); 22 учащихся Орловского СУВУ для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением закрытого типа (далее группа 2). Возраст респондентов 14-17 лет.

Обработка и анализ полученных данных по анкете, направленной на изучение признаков девиантного поведения, позволили получить следующие результаты. У группы 1 встречаются такие признаки девиантного поведения как

пропуски уроков без уважительных причин (50%), открытое сквернословие (41%), открытая недоброжелательность по отношению к взрослым (14%), агрессивное поведение (27%), курение (14%), употребление алкоголя (5%), хулиганские действия (5%). У респондентов группы 2 отмечены все признаки девиантного поведения пропуски уроков без уважительных причин, пропуски уроков без уважительных причин (91%), открытое сквернословие (82%), открытая недоброжелательность по отношению к взрослым (59%), агрессивное поведение (82%), курение (77%), токсикомания (50%), употребление алкоголя (82%), употребление наркотиков (45%), промискуитет (23%), проституция (5%), хулиганские действия (68%), кражи (86%). По данным результатов анкеты можно сделать следующие выводы: частота встречаемости всех признаков девиантного поведения у респондентов группы 2 значительно выше, чем у респондентов группы 1, это свидетельствует о том, что встречаемость признаков девиантного поведения у учащихся в Орловском СУВУ выше, чем у учащихся МБОУ СОШ с УИОП №47 г. Кирова.

По результатам опросника Шмишека (Г. Шмишек) (подростковый вариант) можно сделать следующие выводы: демонстративный и дистимический типы акцентуации характера преобладают у респондентов группы 2, что может свидетельствовать о том, что такие черты характера как фантазерство, лживость и притворство, направленные на приукрашивание своей персоны, склонность к авантюризму, артистизму, позерству у них более выражены, чем у респондентов группы 1. У респондентов группы 1 показатели по тревожному типу акцентуации характера, гипертимному типу, экзальтированному типу, эмотивному типу и циклотимному типу превышают значения респондентов группы 2. Это говорит о том, что такие черты характера как жизнерадостность, болтливость, способность восторгаться, чувство сострадания, эмоциональность, тревожность, частая смена настроения, зависимость от внешних событий, выражены в большей степени у респондентов группы 2.

В ходе исследования был выявлен уровень эгоцентризма у обеих групп респондентов. У подростков группы 1 преобладает средний уровень эгоцентризма. Это характеризуется автономностью личности от других людей, потребностью в собственном успехе, в самоутверждении и защите своего «Я», склонностью к рефлексии. У подростков группы 2 преобладает высокий уровень эгоцентризма. Это характеризуется высокой конфликтностью, неспособностью учитывать смысловое содержание общения собеседника, что приводит к непониманию со стороны других людей и межличностным проблемам. Также высокий уровень эгоцентризма связан с отсутствием эмоциональной отзывчивости, неумением учитывать точки зрения других людей и координировать их со своей собственной.

По результатам методики «Патохарактерологический диагностический опросник» (ПДО) были получены сведения, что такие типы акцентуации характера как лабильный, сенситивный, конформный в значительной степени влияют на проявление девиантного поведения. Также экспериментально было доказано, что на проявление девиантного поведения влияют такие критерии как диссимуляция, женственность (феминность), психологическая склонность к алкоголизации и негативное отношение к исследованию.

В ходе исследования взаимосвязи проявления эгоцентризма с акцентуациями характера, было выявлено, что у респондентов группы 1 проявление эгоцентризма связано с реакциями эмансипации, в то время, когда у респондентов группы 2 на проявление эгоцентризма влияют сразу несколько факторов – проявление женственности (феминности) и демонстративный (истероидный) тип акцентуации характера.

Цель достигнута, задачи решены. Гипотеза исследования о том, что аффективно-личностный эгоцентризм имеет особенности: наиболее выраженные демонстративный, гипертимный, тревожный типы акцентуаций характера у подростков с девиантным поведением; между аффективно-личностным эгоцентризмом и склонностью к девиантному поведению, аффективно-

личностным эгоцентризмом и акцентуациями характера существует взаимосвязь разной силы и направленности подтверждена частично.

Выводы

1. Выявлены уровни аффективно-личностного эгоцентризма у подростков. У респондентов группы 1 преобладает средний уровень эгоцентризма. Это характеризуются автономностью личности от других людей, потребностью в собственном успехе, в самоутверждении и защите своего «Я», склонностью к рефлексии. У подростков группы 2 преобладает высокий уровень эгоцентризма. Это характеризуется высокой конфликтностью, неспособностью учитывать смысловое содержание общения собеседника, что приводит к непониманию со стороны других людей и межличностным проблемам. Также высокий уровень эгоцентризма связан с отсутствием эмоциональной отзывчивости, неумением учитывать точки зрения других людей и координировать их со своей собственной.

2. Определены типы акцентуаций характера: демонстративный и дистимический типы акцентуации характера преобладают у респондентов группы 2, что может свидетельствовать о том, что такие черты характера как фантазерство, лживость и притворство, направленные на приукрашивание своей персоны, склонность к авантюризму, артистизму, позерству у них более выражены, чем у респондентов группы 1. У респондентов группы 1 показатели по тревожному типу акцентуации характера, гипертимному типу, экзальтированному типу, эмотивному типу и циклотимному типу превышают значения респондентов группы 2. Это говорит о том, что такие черты характера как жизнерадостность, болтливость, способность восторгаться, чувство сострадания, эмоциональность, тревожность, частая смена настроения, зависимость от внешних событий, выражены в большей степени у респондентов группы 2.

3. Определена склонность к различным видам девиантного поведения у подростков. По данным исследования можно сделать следующий вывод: частота

встречаемости всех признаков девиантного поведения у респондентов группы 2 значительно выше, чем у респондентов группы 1, это свидетельствует о том, что встречаемость признаков девиантного поведения у учащихся в Орловском СУВУ выше, чем у учащихся МБОУ СОШ с УИОП №47 г. Кирова.

4. Установлена взаимосвязь аффективно-личностного эгоцентризма со склонностью к девиантному поведению подростков; аффективно-личностного эгоцентризма с акцентуациями характера. По данным расчета ранговой корреляции Спирмена у группы 1 и у группы 2 корреляционные связи между уровнем индекса эгоцентризма и уровнем выраженности различных типов акцентуации характеров «Опросника Шмишека» не достигает уровня статистической значимости. По данным расчета ранговой корреляции Спирмена, у респондентов группы 1 проявление эгоцентризма связано с реакциями эмансипации, в то время, когда у респондентов группы 2 на проявление эгоцентризма влияют сразу несколько факторов – проявление женственности и демонстративный (истероидный) тип акцентуации характера.

Список литературы

1. Гулина М.А. Психология социальной работы. - СПб: Питер, 2016. [Gulina M.A. *Psikhologiya sotsial'noy raboty*. St. Petersburg: Piter, 2016. (In Russ.)].
2. Змановская Е.В. Современный психоанализ: теория и практика. - СПб: Питер, 2010. [Zmanovskaya E.V. *Sovremennuyu psikhoanaliz: teoriya i praktika*. St. Petersburg: Piter, 2010. (In Russ.)].
3. Лейбин В.М. Психоанализ. - СПб: Питер, 2008. - 592 с. [Leibin V.M. *Psychoanalysis*. St. Petersburg: Piter, 2008. (In Russ.)].
4. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. - М.: ЛитРес, 2009. [Piaget J. *Speech and thinking of a child*. Moscow: LitRes, 2009. (In Russ.)].
5. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. - СПб: Питер, 2010. [Rice F. *Psychology of adolescence and youth*. St. Petersburg: Piter, 2010. (In Russ.)].
7. Хомякова Е.Г. Эгоцентризм речемыслительной деятельности. - СПб: Изд-во С.-Петербургского ун-та, 2010. [Khomyakova E.G. *Egotsentrizm rechemyslitel'noy deyatel'nosti*. St. Petersburg: Publishing House of St. Petersburg University, 2010. (In Russ.)].

УДК614.2-053.2(091) (470.342):364

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЫХА ДЕТЕЙ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ
ЛАГЕРЯХ КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ НАКАНУНЕ ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Сахаров Р.А.

*ГАОУ ВО Ленинградской области «Ленинградский государственный
университет имени А.С. Пушкина»*

vas701@rambler.ru

Данная статья посвящена анализу социально-педагогических аспектов проблемы формирования здорового образа жизни у молодежи в Советской России в 1920-1930-е гг. в русле государственной политики, а также в теории и практике отечественной педагогики

В статье рассматриваются вопросы организации детского отдыха и оздоровления в рамках деятельности оздоровительных лагерей в Кировской области в первое десятилетие советской власти: приобщение к активным занятиям физкультурой и спортом, развитие навыков соблюдения личной гигиены и гигиены жилища, профилактика инфекционных заболеваний.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, дети, детский оздоровительный лагерь.

**ORGANIZING CHILDREN'S REST
IN RECREATION CAMPS OF KIROV REGION
ON THE EVE OF THE GREAT PATRIOTIC WAR**

Sakharov R.V.

*Pushkin Leningrad State University, (196605, St. Petersburg, Pushkin, St.
Petersburg Chaussee, 10) vas701@rambler.ru*

The article analyses the issues of healthy life style programs among young people in Soviet Russia in the 1920-1930-s within the framework of the state policy and the domestic pedagogical theory and practice in that period.

The article considers the issues of healthy habits promotion in the work of children's recreation camps in Kirov region in the 1930s. Analysis of the social and historical sources and archival documents allows to draw a conclusion about a special focus the Soviet state youth policy made onto the following: encouraging active physical training and sports, developing skills of personal hygiene and household hygiene, preventing diseases in the youth environment, fighting against harmful habits among young people.

Keywords: health promotion, children, children's health camp.

Введение.

В первые годы Советской власти уделялось большое внимание оздоровлению подрастающего поколения, приобщению к занятиям физической культурой и спортом.

Под понятием «культура здорового образа жизни», которая пропагандировалась в детских оздоровительных лагерях традиционно понималось наличие условий жизнедеятельности человека, уровень его культуры, в том числе поведенческой, и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, поддерживающих оптимальное качество жизни».

В настоящее время необходимо изучать и использовать положительный исторический опыт воспитания подрастающего поколения, накопленный на всех этапах развития отечественного образования и педагогической мысли [1].

В частности, представляется полезным изучение исторического опыта организации оздоровительного отдыха в провинциальных регионах России (ранее СССР), а именно Кировской области накануне Великой Отечественной войны, когда эффективно использовались достаточно скромные ресурсы

(природные, кадровые, материальные) для организации полноценного детского отдыха.

Изучение материалов в Государственном архиве социально-политической истории и Государственном архиве Кировской области проанализировать важные направления организации детского отдыха, а именно воспитания здорового образа жизни. Историко-сравнительный метод позволяет определить наиболее универсальные формы и методы воспитания здорового образа жизни у детей и молодежи, которые могут быть применены в современных условиях развития образования и здравоохранения в Российской Федерации.

Накануне Великой Отечественной войны приоритетной оставалась задача, сформулированная еще в первые годы Советской власти: «обеспечить наиболее гармоничное, правильное, здоровое развитие <...> молодежи» [2]. Оздоровительные лагеря должны были способствовать всестороннему развитию личности нового типа, осуществлять и умственное, нравственное, физическое, трудовое воспитание детей и молодежи: «Серьезно продумать опыт лагерной жизни пионеров. Лето должно укрепить наших ребят для осенней и зимней городской жизни»[3].

В 1920-30-е годы в СССР развернулась острая дискуссия по поводу организации государственной системы детского отдыха. Большой вклад в этот процесс внес первый замнаркома здравоохранения СССР З.П. Соловьёв. По его инициативе в СССР стала создаваться разветвленная сеть детских оздоровительных учреждений.

В Кировской области активное развитие работы оздоровительных лагерей отмечалось в 1930-е годы. Как правило, их организация осуществлялась на материальной базе школ, так как средств для строительства лагерей, которые могли функционировать только в летний период в связи с суровыми климатическими условиями, не было. Сеть специализированных загородных летних оздоровительных лагерей только начинала формироваться.

Приоритетными направлениями работы оздоровительных детских лагерей являлись: спортивная и физкультурная работа, игровая деятельность, трудовое воспитание, военно-патриотическое воспитание [4].

Задача санитарно-гигиенического воспитания включала развитие навыков личной гигиены, профилактику инфекционных болезней, развитие представлений правил распорядка дня. В оздоровительных лагерях Кировской области в 1930-е годы широко использовались различные формы воспитания, а именно беседы, доклады, лекции, соревнования, игры. Большое внимание уделялось в этот период наглядной пропаганде: плакатам, открыткам, лозунгам, стенгазетам, демонстрации кино и театральных постановок.

Так, в Кировской области в 1938 году в летних оздоровительных лагерях проводились следующие мероприятия: «Беседы по отрядам на две темы: личная гигиена и как правильно использовать воду, солнце и воздух. Проведено два санитарных дня (баня, стирка белья, хлопанье постели). Проведено три медосмотра. Был оборудован изолятор и приемная фельдшера. Серьезных болезней в лагере не было» [5].

Большое внимание уделялось соблюдению в лагерях режима дня. Например, утро в лагере было организовано следующим образом: «Подъем - 7.00; зарядка, уборка постели, утренний туалет — 7.00–7.45; линейка и подъем флага — 7.45–8.00; купание — 11.00–12.30» [6].

Спортивно-оздоровительная работа осуществлялась тоже по ряду направлений. Так, в отчетах районных лагерей Кировской области в 1930-е гг. значится: «Благодаря повседневной тренировке по сдаче норм БГТО (будь готов к труду и обороне) сдали нормы: по прыжкам в длину, метанию гранат, лазанию и подтягиванию, равновесию, гимнастическому комплексу, плаванию, подниманию и переноске тяжести, стрельбе, спортивным играм, каждое утро проводилась зарядка, гимнастика и разучивание физкультурных игр» [7].

Анализ исторической ситуации по организации оздоровительного отдыха детей накануне Великой Отечественной войны позволяет сделать вывод об особом внимании государства в рассматриваемый период к воспитанию здорового поколения, формирования у детей основ здорового образа жизни. На региональном уровне осуществлялся поиск приемлемых форм работы по оздоровлению детей, которые не требовали больших затрат и были эффективны, в первую очередь-это организация школьных летних лагерей. Данная форма работы широко используется на современном этапе организации детского отдыха в летний период в России.

Список литературы

1. 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).]
2. Сахаров В.А., Сахарова Л.Г. Формирование здорового образа жизни советской молодежи в 1920-30-е гг. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. –2015. –№ 2. –С.58–61. [Sakharov V.A., Sakharova L.G. Formirovanie zdorovogo obraza zhizni sovetskoj molodezhi v 1920-30-e gg. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2015; (2):58–61 (In Russ).]
3. Сахаров В.А., Сахарова Л.Г. Реализация государственной политики в сфере здравоохранения и социальной защиты детей в Вятской губернии в 1920-е годы // Вятский медицинский вестник. –2016. – № 1. – С.58–61. [Sakharov V.A., Sakharova L.G. Realizatsiya gosudarstvennoy politiki v sfere zdavookhraneniya i sotsial'noy zashchity detey v Vyatskoy gubernii v 1920-e gody. *Vyatskiy meditsinskiy vestnik*.2016; (1):58–61 (In Russ).]
4. Отчет о работе районных пионерских лагерей в лето 1938 г. Нагорского райкома ВЛКСМ // Государственный архив социально-политической истории Кировской области Ф.1682, Оп.1, Д.145, Л.4, 8, 8 об, 42, 42 об., 155 и др.[*Otchet o rabote rayonnykh pionerskikh lagerey v leto 1938 g. Nagorskogo raykoma VLKSM* [The Report on the activities of regional pioneer camp in the summer of 1938 Nagorskaya Komsomol district Committee]. State archive of socio-political history of the Kirov region F. 1682, Op.1, d. 145, L. 4, 8, 42, 155. (In Russ).]

5. Отчет о летнеоздоровительных мероприятиях, проведенных среди детей школьного возраста по Лебяжскому району (1938 г.)// Государственный архив социально-политической истории Кировской области Ф.1682, Оп.1, Д.145, Л.155 [*Otchet o letneozdorovitel'nykh meropriyatiyakh, provedennykh sredi detey shkol'nogo vozrasta po Lebyazhskomu rayonu (1938 g.)*][The Report of summer health care activities carried out among children of school age in the district of Lebyazhskoe (1938)]. *State archive of socio-political history of the Kirov region* F. 1682, Op.1, D. 145, L. 155 (In Russ).]

6. Отделу пионеров Кировской области от Бисеровского РК ВЛКСМ: О летнем оздоровительном лагере среди детей // Государственный архив социально-политической истории Кировской области Ф.1682, Оп.1, Д.145,Л. 8–8 об.[*Otdelu pionerov Kirovskoy oblasti ot Biserovskogo RK VLKSM: O letnem ozdorovitel'nom lagere sredi detey*][To the division of pioneers of the Kirov region from the Komsomol of Biserovskoe RK Komsomol: On the summer camp among children]. *State archive of socio-political history of the Kirov region* F. 1682, Op.1, d. 145, L. 8–8. (In Russ).]

7. Отчет о работе Шурминских пионерских лагерей за июль месяц 1938 года// Государственный архив социально-политической истории Кировской области Ф.1682, Оп.1, Д.145,Л. 155–155 об.[*Otchet o rabote Shurminskikh pionerskikh lagerey za iyul' mesyats 1938 goda*][Report on the work of Shurma pioneer camps for the month of July, 1938]. *State archive of socio-political history of the Kirov region* F. 1682, Op.1, d. 145, L. 155–155. (In Russ).]

ОБЗОРЫ

УДК 6.61.614.614.3.614.31

**ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Белоусова О.В.¹, Белоусов Е.А.¹, Петухова Е.П.², Бондарев К.В.³,
Карасёв М.М.⁴

1 ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет», (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85).
belousovaov31@mail.ru

2 Брянский областного казачий институт технологий и управления
(филиал) ФГБОУ ВО «Московский государственный университет
технологий и управления имени К.Г. Разумовского (Первый казачий
университет)» (243302, Брянская область, г. Унеча, ул. Комсомольская, 3А).
ppesp@yandex.ru

3 ООО «Фарма», (309290, Белгородская область, г. Шебекино, ул. Ленина,
90). belousovea@mail.ru

4 ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С.
Тургенева» (302026, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95). mikhailkarasev@yandex.ru

В данной статье представлены результаты маркетингового исследования ассортимента лекарственных средств, применяемых для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В ходе исследования сформирован массив противоязвенных лекарственных средств. Проведен анализ ЛС на российском и локальном фармацевтическом рынках по АТХ-классификации, странам производителям, форме выпуска, датам регистрации.

Ключевые слова: лекарственные средства, маркетинговый анализ, производитель, локальный рынок, форма выпуска.

**RESEARCH OF THE RANGE OF MEDICINES APPLICABLE FOR
TREATING ULCER TREATMENT OF GASTROINTESTINAL TRACT**

Belousova O.V.¹, Belousov E.A.¹, Petuchova E.P.², Bondarev K.V.³,
Karasev M.M.⁴

1 *Belgorod State University, (308015 Belgorod, st.Pobedy, 85).
belousovaov31@mail.ru*

2 *Bryansk Regional Cossack Institute of Technology and Management
(branch) Moscow State University of Technology and Management named after
K.G. Razumovsky (243302, Bryansk region, Unecha, st. Komsomolskaya , 3A).
ppesp@yandex.ru*

3 *Pharmaceutical company Pharma, (309290, Belgorod Region, Shebekino, st.
Lenin, 90). belousovea@mail.ru*

4 *Orel State University named after I.S. Turgenev (302026, Orel,
st.Komsomolskaya, 95). mikhailkarasev@yandex.ru*

This article presents the results of a marketing study concerning the range of drugs used to treat for peptic ulcer of the stomach and the duodenum.

The study allowed to complete a list of anti-ulcer drugs. The analysis of drugs in the Russian and local pharmaceutical markets according to ATC classification, countries of manufacture, drug form, dates of registration.

Key words: medicines, marketing analysis, manufacturer, local market, form of release.

Введение

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - заболевание, которое обусловлено совокупностью значительного количества факторов [1.3.4]. Развитию язвенной болезни связано с нарушением баланса между уровнем секреции и степенью защиты слизистой. Важную роль играют такие факторы, как стрессовые ситуации, нарушения режима приема пищи, никотиновая и алкогольная зависимость макроорганизма. Однако чаще,

заболевание предопределено такими факторами, как наследственность, метаболические изменения, нарушения секреторной работы желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушения гормонального фона [2.3.5].

Язвенная болезнь чревата развитием самых различных осложнений. Возможны кровоизлияния вплоть до прободения стенки желудка, стриктуры пищевода и гастродуоденальный стеноз. В определенных случаях хроническая язвенная болезнь провоцирует образование и дальнейшее развитие онкологии [1.4.6].

В патогенезе развития язвенной болезни особую роль играют бактерии *Helicobacter pylori*, живущие в нижнем отделе желудка и начальных участках двенадцатиперстной кишки. Они обладают очень высокой уреазной активностью и способны повреждать гастродуоденальный защитный барьер [2.6].

Основное содержание

Объект исследования: провести анализ ассортимента ЛС, применяемых для лечения ЯБЖ на локальном аптечном рынке (на примере аптечной сети ООО«Фарма» г. Шебекино, Белгородской области).

Методы исследования: методы системного, маркетинговых исследований, контент-анализ.

Результаты и их обсуждение.

В ходе исследования сформирован информационный массив ассортимента ЛС, противоязвенных ЛС, который представлен международными непатентованными наименованиями (МНН) 46 и 102 торговыми наименованиями (ТН).

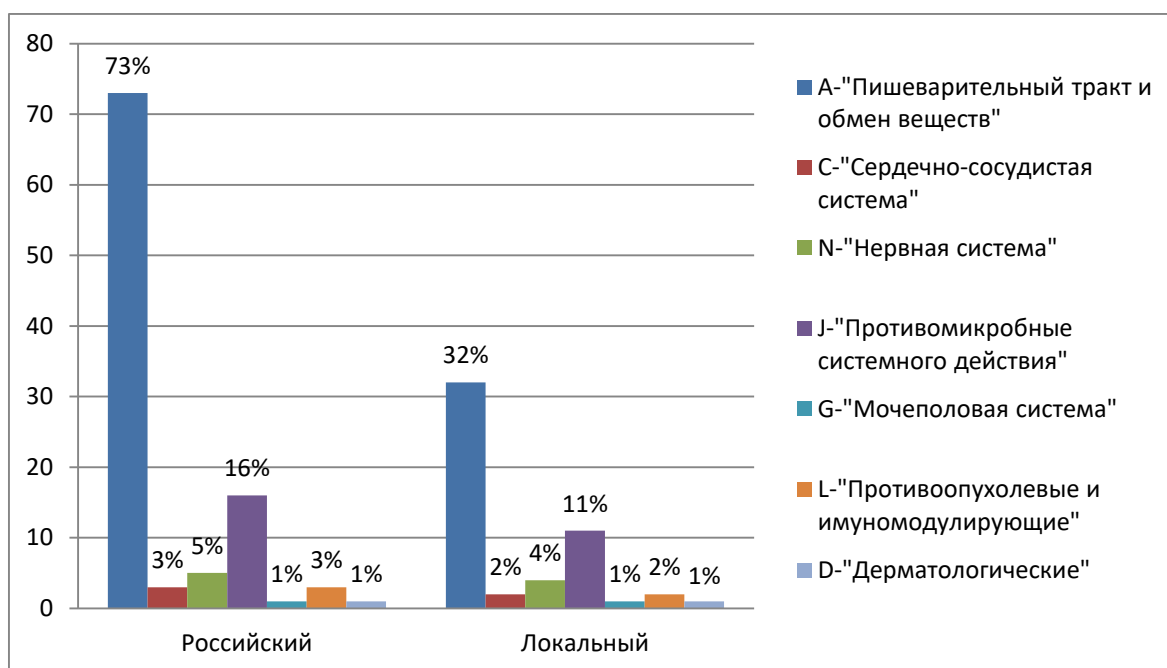


Рис. 1. - Сегментация ассортимента на российском и локальном рынке по АТХ-классификации, %

Установлено, что на российском и локальном рынках первое место занимают препараты относящиеся к группе А - «Пищеварительный тракт и обмен веществ».

Проведен анализ лекарственных средств, применяемых при язвенной болезни желудка по составу. Выявлено, что монокомпонентными препаратами являются 91% от общей доли ЛС.

Далее в ходе исследования проанализированы зарубежные производители.

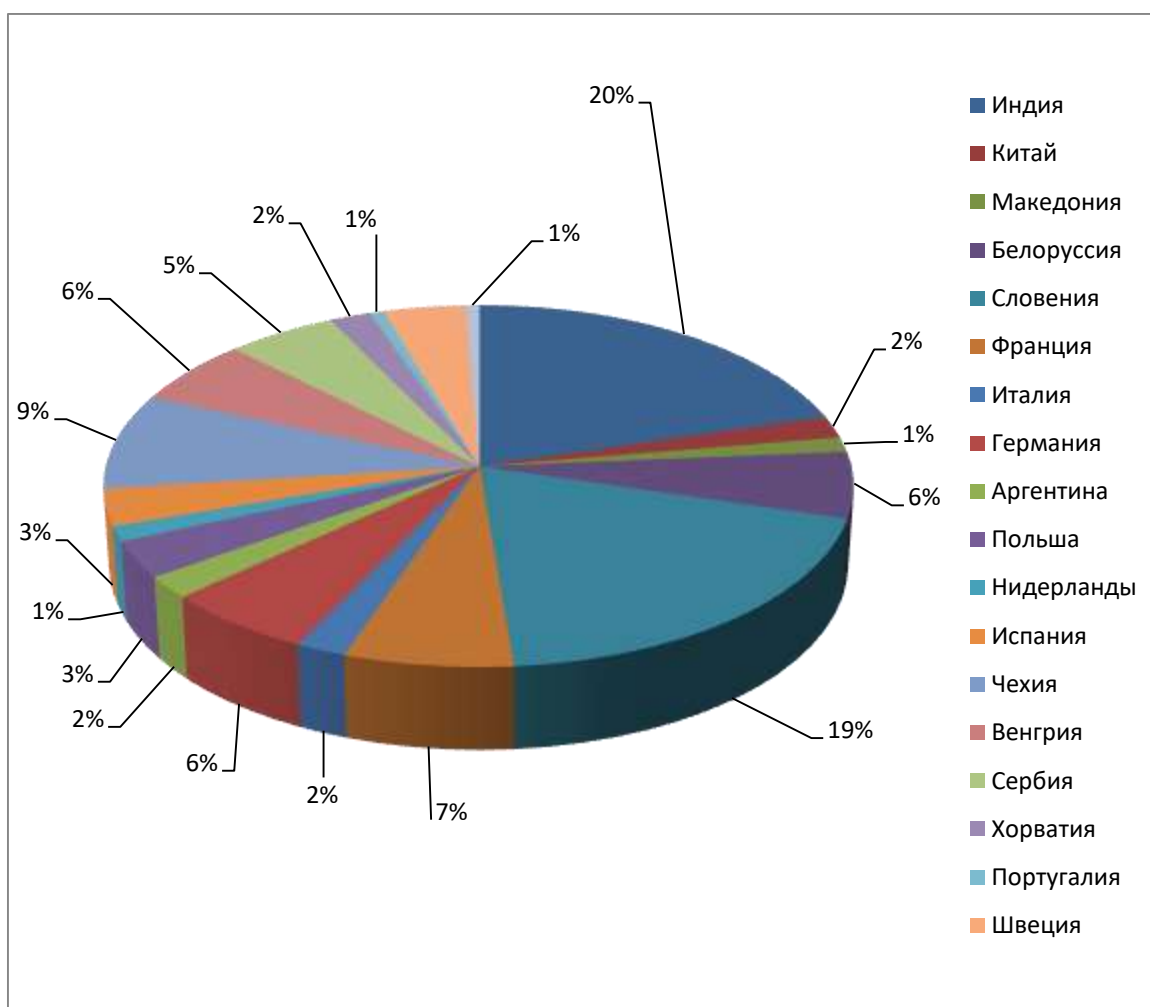


Рис. 2.- Сегментация ассортимента по странам-производителям на российском рынке, %

Установлено, что ассортимент лекарственных средств на российском рынке занимает Индия (20 %), Словения (19 %), Чехия (9 %), доля остальных стран менее 8%.

В ходе анализа ассортимента ЛС по виду лекарственной формы установлено, что рынок представлен твёрдыми, жидкими и мягкими лекарственными формами. Выявлено, что на российском рынке преобладают твердые лекарственные формы - 74%, жидкие лекарственные формы - 21%, мягкие лекарственные формы - 5%. Установлено, что на локальном рынке преобладают твердые лекарственные формы - 68%, жидкие лекарственные формы - 23%, мягкие составляют 9%.

Далее проведены исследования внутри каждой группы лекарственных форм.

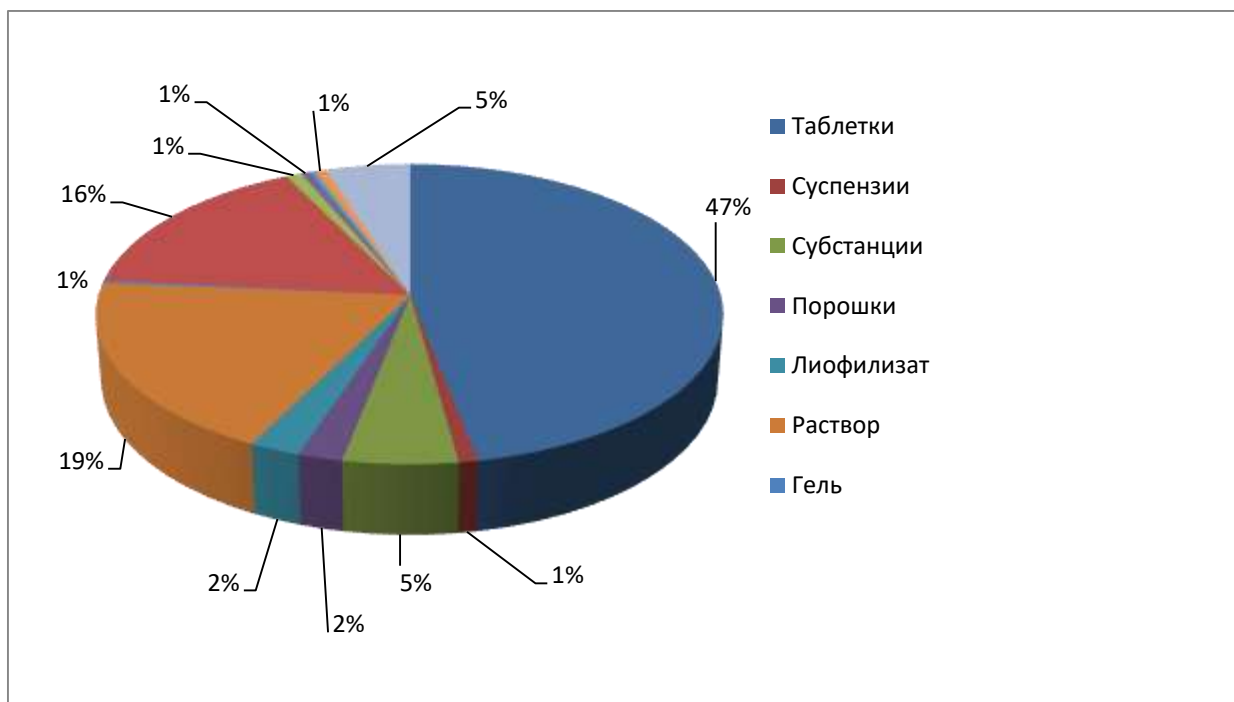


Рис. 3.- Сегментация ассортимента по форме выпуска на российском рынке, %

Выявлено, что таблетки составляют 47%, растворы - 19%, капсулы - 16%, остальные - менее 6 %. Установлено, что на локальном рынке таблетки занимают 42%, капсулы - 18%, растворы - 15%, доля остальных составила менее 10%.

Далее проанализирован ассортимент по форме отпуска из аптеки. Выявлено, что 74 % противоязвенных ЛС отпускаются по рецепту.

Проведен анализ ассортимента по дате регистрации.

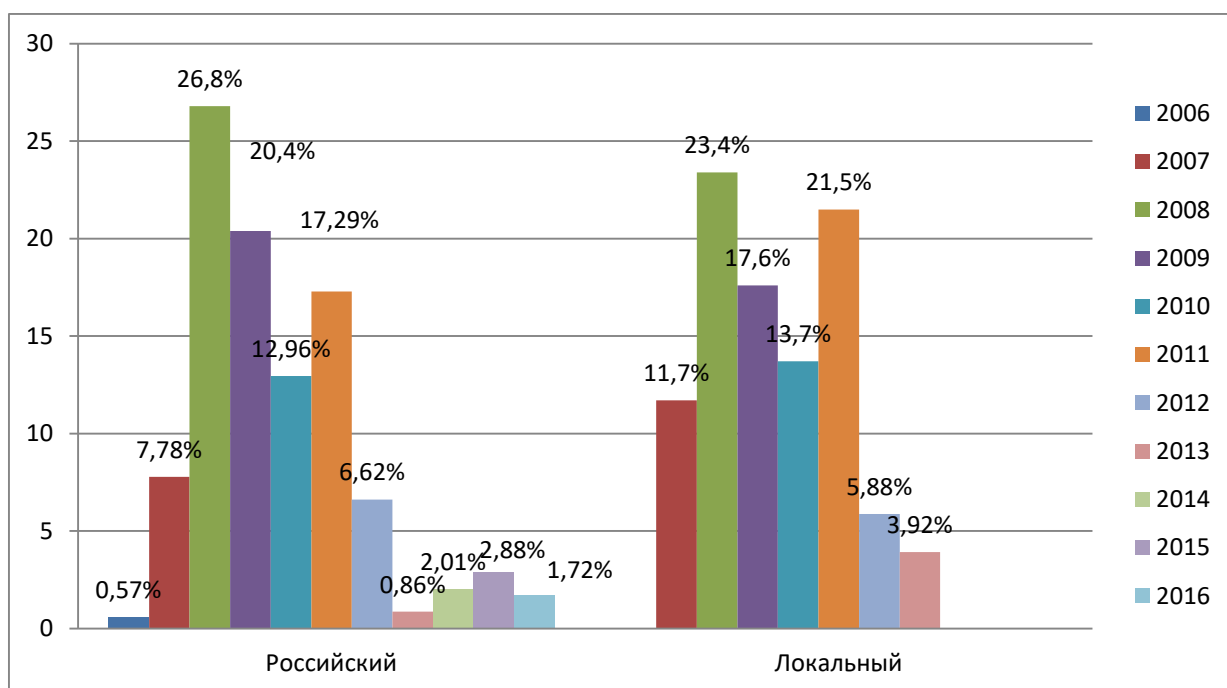


Рис. 4.- Сегментация ассортимента по дате регистрации, %

Установлено, что в 2008 году зарегистрировано наибольшее количество лекарственных ЛС, применяемых при язвенной болезни желудка на российском и локальном рынках, которые составило 26,8% и 23,4 % соответственно.

Выводы

Таким образом, маркетинговый анализ показал, что по АТХ-классификации группа А – «Пищеварительный тракт и обмен веществ» составляет 74%, индийские производители представлены 20%, таблетированные формы занимают 47%, отпускаются по рецепту врача 74%, зарегистрированы в 2008 году 26,8% общего ассортимента.

Список литературы

1. Хавкин А.И. Современные принципы терапии язвенной болезни / А.И. Хавкин, Н.С. Жихарева, Н.С. Рачкова // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13 – № 3. – С. 152-154. [Havkin A.I., Zhihareva N.S., Rachkova N.S.Sovremennii principii terapii yazvennoi bolezni *Russkii medicinskii jurnal*. 2005; 13 (3):152-154.(In Russ)].
2. Фисенко, В. П. Helicobacter pylori патогенез заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и возможности фармакологического воздействия// Врач – 2006. – № 3. – С.44-48. [Fisenko V.P. Helicobacter pylori patogenez zabolevanii organov

zheludochnokishechnogo trakta i vozmozhnosti farmakologicheskogo vozdeistviya V. P. Fisenko . *Vrach*. 2006; (3): 44-48. (In Russ)].

3. Кучерявый Ю.А. Висмута трикалиядицитрат в схемах терапии эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны / Ю. А. Кучерявый, М. Г. Гаджиева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии–2005. – Т. 15 – № 1. – С. 71-75. [Kucheryavii Yu. A., Gadzhieva M. G. Vismutatrikaliyaditsitrat v skhemakh terapii erozivno-yazvennykh porazheniy slizistoy obolochki gastroduodenal'noy zony. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii gepatologii, koloproktologii* . 2005;15(1): 71-75.(In Russ)].

4. Шептулин А.А., Хакимова Д.Р. Алгоритм лечения больных язвенной болезнью // РМЖ. – 2003. – Т.11. – №2. – С. 60-62. [Sheptulin A.A., Hakimova D.R. Algoritm lecheniya bolnikh yazvennoi boleznyu. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal*. 2004;11(2): 60-62.(In Russ)].

5. Броновец И. Н. Современные принципы и методы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: сборник И. Н. Броновец. В кн.: Теория и практика медицины. Сборник научных трудов. Вып. 1 – Минск, 1999 – С. 84-86. [Bronovets I.N. *Sovremennye printsipy i metody lecheniya yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki* . sbornik I. N. Bronovets. In: *Teoriya i praktika mediciny*. Issue 1.– Minsk. 1999. – Pp. 84-86. (In Russ)].

6. Рубцовенко А.В. Патологическая физиология. – М: МЕДпресс-информ. 2006 – С.462-469. [Rubcovenko A.V. *Patologicheskaya fiziologiya*. Moscow. MEDpress inform. 2006. – Pp.462-469. (In Russ)].

УДК 6.61.614.614.3.614.31

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ НА ВЕЛИЧИНУ СРЕДНЕГО ЧЕКА В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Белоусова О.В.¹, Белоусов Е.А.¹, Карасёв М.М.²

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85).
belousovaov31@mail.ru

²ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева» (302026, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95). *mikhailkarasev@yandex.ru*

В данной статье освещены подходы оптимизации комплексных продаж в аптеке с целью увеличения размера среднего чека и роста экономических показателей деятельности аптеки.

Ключевые слова: мерчандайзинг, частота спроса, средний чек, допродажи.

STUDYING THE INFLUENCE OF MARKETING INSTRUMENTS ON THE VALUE OF THE AVERAGE CHECK IN THE PHARMACY NETWORK

Belousova O.V.¹, Belousov E.A.¹, Karasev M.M.²

1 Belgorod State University, (308015 Belgorod, st.Pobedy, 85).

belousovaov31@mail.ru

2 Orel State University named after I.S. Turgenev (302026, Orel,

st.Komsomolskaya, 95). mikhailkarasev@yandex.ru

This article highlights approaches to optimizing integrated sales in a pharmacy to increase the cost of the average check and increase the economic performance of the pharmacy.

Key words: merchandising, demand frequency, average check, additional sales.

Введение

Считается, что клиенты аптечных организаций не способны на экспертном уровне выбрать оптимальный товар необходимый для применения в каждом конкретном случае. Получается, что в аптеке люди несут определённые расходы, связанные с поправкой собственного здоровья [1.7].

В разных аптеках одни и те же препараты имеют значительные различия в цене, поэтому очень часто фармацевтический работник воспринимается многими посетителями аптеки, как человек, который назначает цену выше, чем ту на которую они рассчитывали до посещения конкретной аптеки [2.5].

Основным двигателем торговли является конкуренция. Используя мерчандайзинг, создается возможность стимулировать рекламную составляющую аптечных товаров, способствуя образованию конкурентной среды, оптимизации привлекательности лекарственных препаратов посредством улучшения оформления витрин и видовых составляющих.

Кроме конкуренции ЛС, прослеживается соперничество между аптечными организациями. Конкурентоспособная аптека - главная составляющая мерчандайзинга [3.7].

Основное содержание

Для изучения влияния технологий мерчандайзинга на эффективность розничных продаж и составления общего портрета посетителя аптеки было проведено социологическое исследование. В исследовании участвовали 110 клиентов аптеки в г.Белгород

Поведение посетителей аптеки зависит от разных факторов, обусловленных личностными, психологическими, социальными и культурными факторами. Среди всех факторов психологический можно назвать определяющим, в силу того, что многие приёмы мерчандайзинга основаны на психологических аспектах поведения человека [4.6].

В ходе исследования выявлено, что основную массу покупателей аптеки составляют женщины - 74 %, мужчины-26%.

Выявлено, что проживают в данном районе (75 %) опрошенных респондентов.

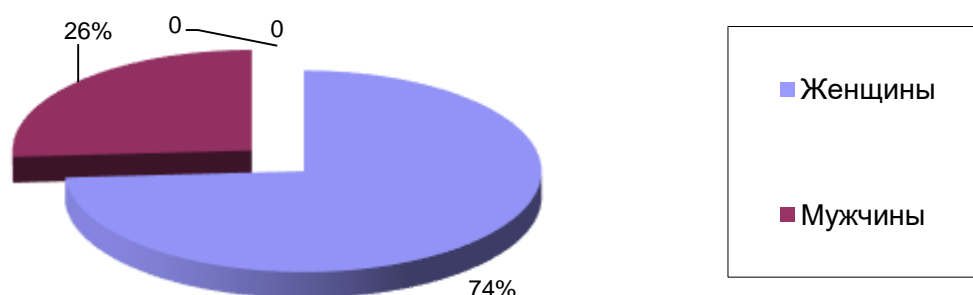


Рис. 1. - Половая принадлежность посетителей аптек, %

Основными клиентами аптеки являются граждане возрастом от 25 до 30 лет (35%). Возрастные категории от 31 до 40 лет и от 50 и старше составляют 27% и 25% соответственно. Граждане от 41 до 50 лет составляют 13% всех посещений клиентов.

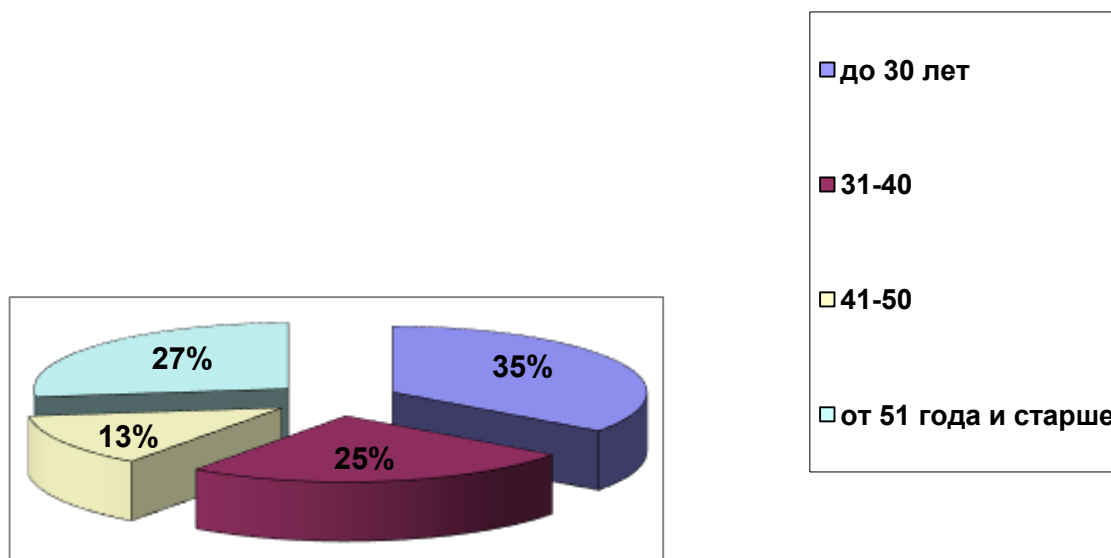


Рис. 2. - Распределение посетителей аптеки по возрастным категориям, %

48,54% граждан бывают в аптеке не чаще одного раза в месяц. Пациенты, посещающие от двух до трёх раз составляют группу – 21,53%. Люди, которые заходят за покупками чаще, чем три раза в месяц - 29,93.

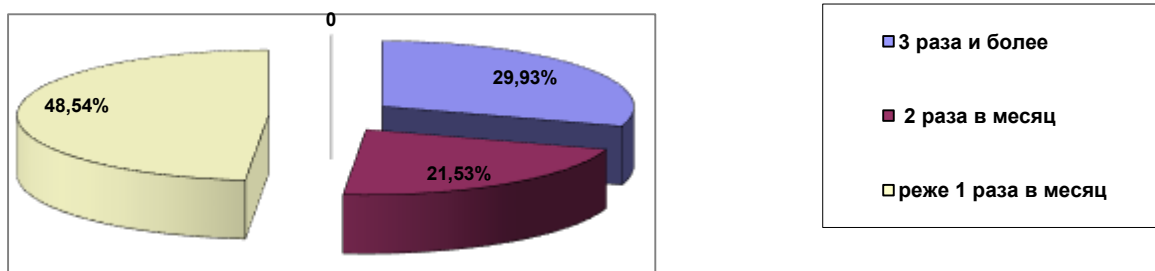


Рис. 3. - Частота посещения аптеки, %

Наибольшее число покупок совершают работающие люди – 40 %. На втором месте пенсионеры – 22 %. Неработающие люди и студенты составляют приблизительно равные группы – 20 % и 18 %.

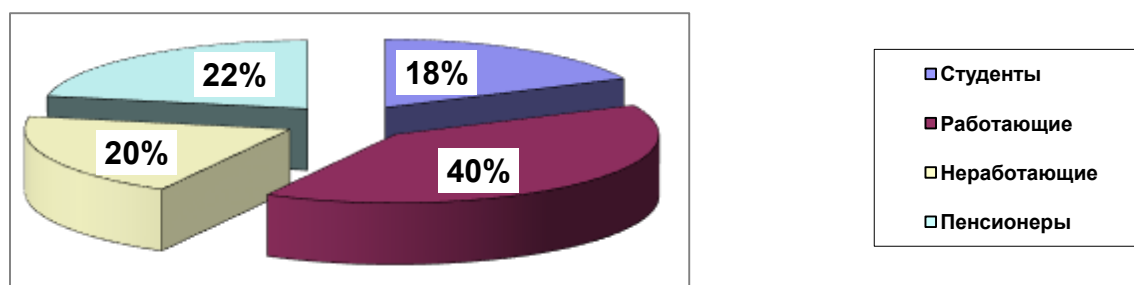


Рис. 4. - Занятость покупателей аптеки, %

Выявлено, что женщины реже обращают внимание на принадлежность аптеки к известной аптечной сети, нежели мужчины. Женщин интересуют такие характеристики как стоимость и имеющийся благоприятный опыт посещения данной аптеки.

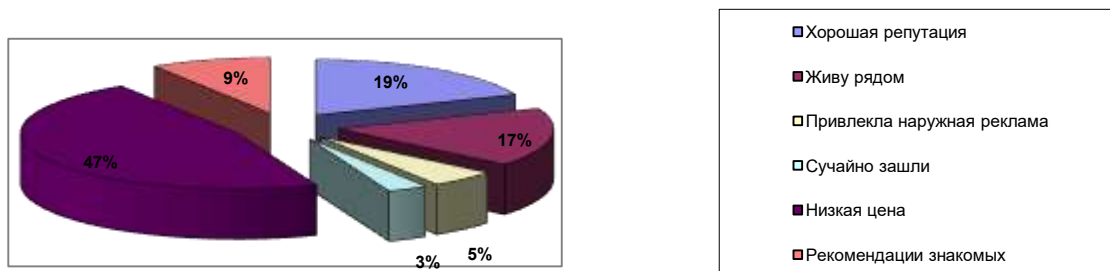


Рис. 5. - Причины выбора места покупки, %

В ходе исследования выявлено, что большинство посетителей аптек склонны к незапланированным покупкам в той или иной степени: 23 % совершают их часто, 55 % - иногда.

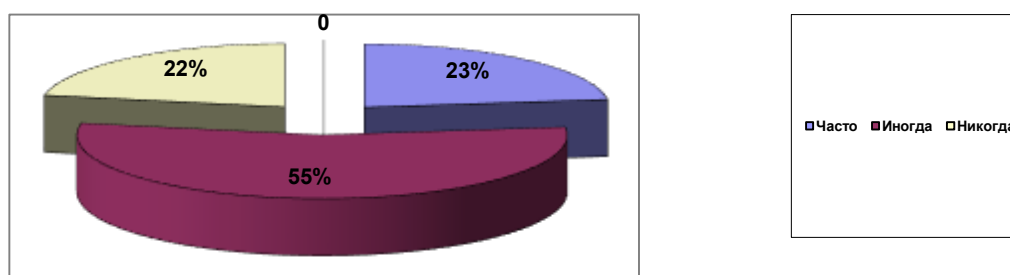


Рис. 6. - Склонность посетителей аптеки к незапланированным покупкам, %

При совершении покупки большинство посетителей или изначально знают, что хотят купить или принимают решение непосредственно в аптеке, в

основном основываясь на рекомендации провизора или увидев препарат на витрине. Женщины гораздо чаще обращают внимание на рекламу, а мужчины пользуются рекомендацией провизора.

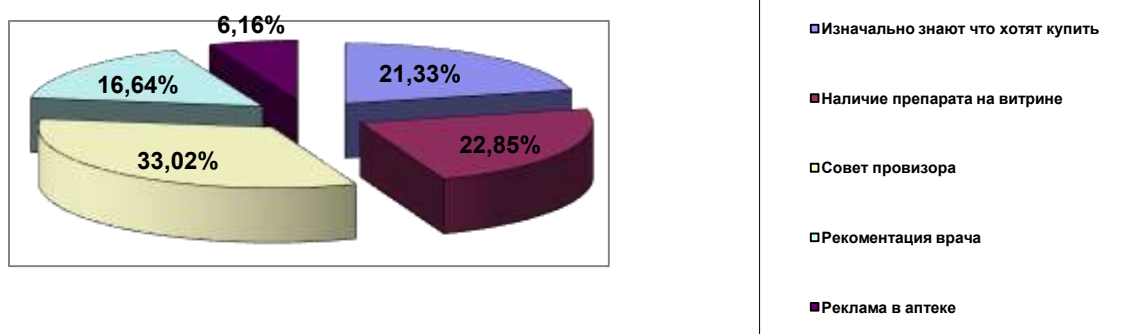


Рис. 7. - Факторы, влияющие на совершение покупок, %

В результате выявлено, что посетителей больше всего привлекает широкий ассортимент товара, далее его выкладка и удобная планировка торгового зала. Меньше всего обращают внимание посетители аптеки на освещение, цветовое оформление и запах в торговом зале.

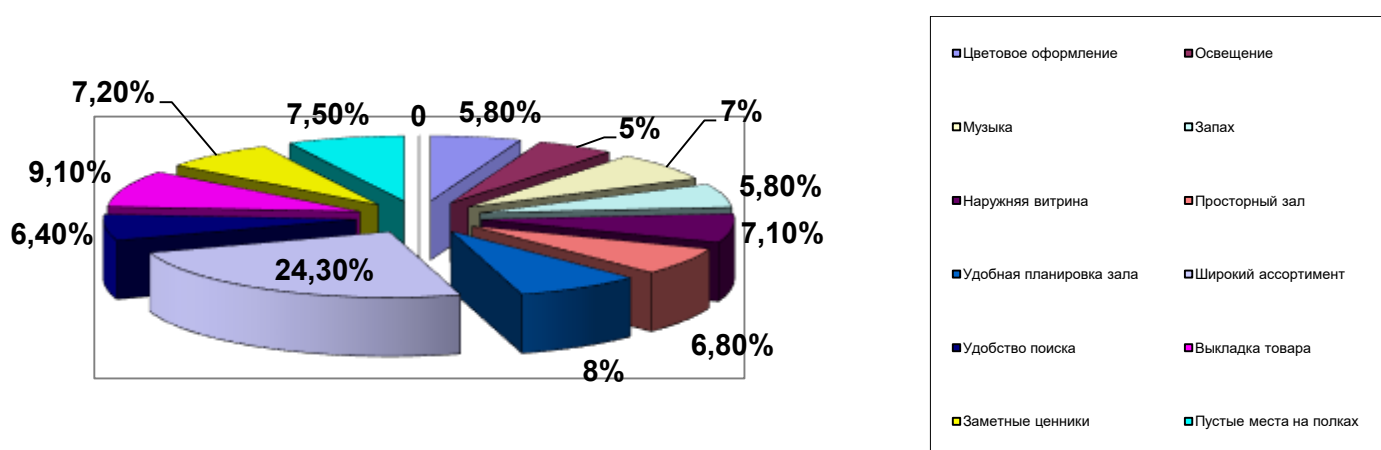


Рис. 8. - Факторы привлекательности аптеки для посетителей, %

В ходе социологического исследования выявлен общий портрет покупателя аптеки – это замужняя работающая женщина, до 30 лет, у которой есть дети. Она проживает в районе, где расположена аптека, которую она посещает раз в месяц. Эту аптеку она выбирает из-за привлекательной цены и хорошей репутации. При совершении покупки она или сразу знает что приобретет, либо поддастся увиденной рекламе. Причем помимо запланированных покупок, скорее всего, будут и незапланированные. Также при выборе аптеки для покупательницы важен широкий ассортимент, благоприятная атмосфера и удобство поиска заинтересовавших её товаров.

А это значит, что именно под влияние приёмов мерчандайзинга можно способствовать увеличению покупки, за счёт совершения незапланированных покупок, и лояльности клиента.

Чтобы изучить влияние технологий мерчандайзинга на эффективность аптечных продаж было проведено исследование, в ходе которого изучено влияние метода допродаж на величину среднего чека, а также применены основные правила выкладки определенной группы товаров в данной аптеке на протяжении 4 недель (*две недели* до внедрения разработанной схемы, две - после).

Средний чек является универсальным показателем удовлетворенности посетителей аптеки (и их готовности расстаться со своими деньгами), а также средней покупательской способности посетителей аптеки, ценовой категории аптечного предприятия, эффективности применяемых инструментов маркетинга, степени лояльности и склонности покупателей к незапланированным покупкам [2.5].

Для эксперимента взяты данные по количеству чеков за день и ежедневная выручка. Разработана схема допродаж, при применении которой ежедневная выручка увеличилась.

После успешного внедрения разработанной схемы вновь просчитаны чеки и ежедневная выручка, рассчитан средний чек. При этом средний чек увеличился на 4,03%, это способствовало повышению выручки на 3,97%.

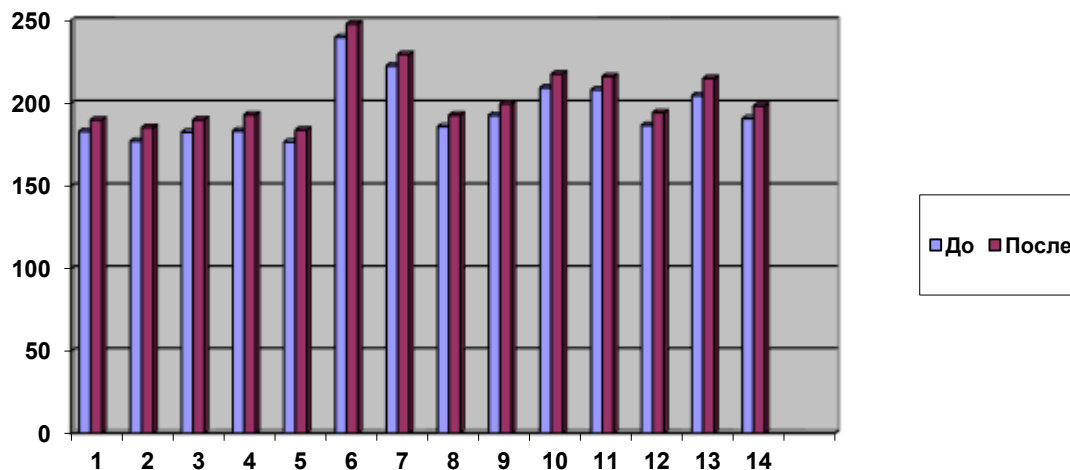


Рис.9. - Сравнительная диаграмма стоимости среднего чека при применении метода допродаж, руб.

Можно сделать вывод, что при росте среднего чека пропорционально растет и товарооборот, что четко просматривается в наших исследованиях.

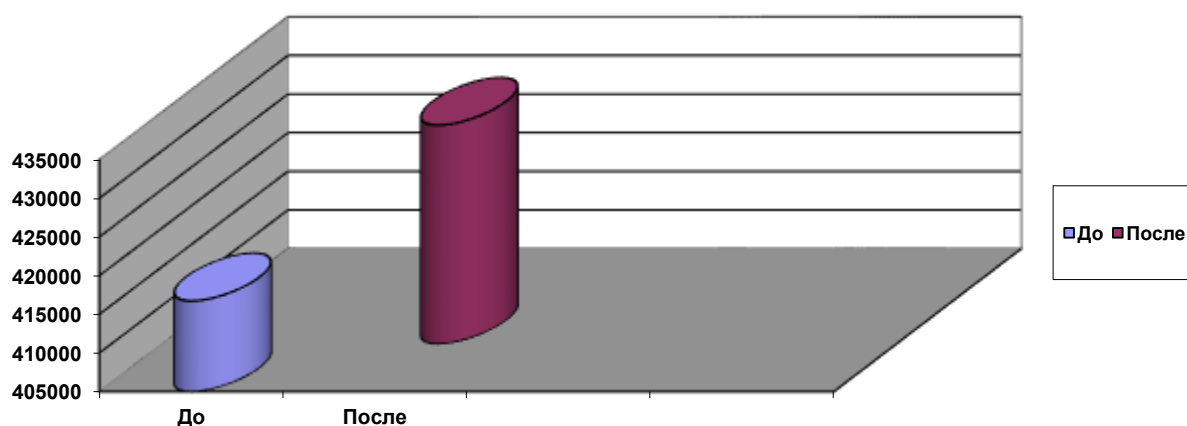


Рис. 10. - Изменение товарооборота при увеличении среднего чека, тыс., руб.

Помимо изменения величины среднего чека был проведен эксперимент по изменению выкладки товара.

Объектом исследования явились группы витаминно-минеральные комплексов и БАД.

Для аптеки отсутствие товара на полке – означает потерю выручки, а значит и прибыли. Поэтому выкладка товаров аптечного ассортимента должна соответствовать политике продвижения товаров конкретной аптеки.

В результате проведения всех перечисленных манипуляций и увеличения POS-продукции соответствующей тематики, количество проданных витаминно-минеральных комплексов возросло.

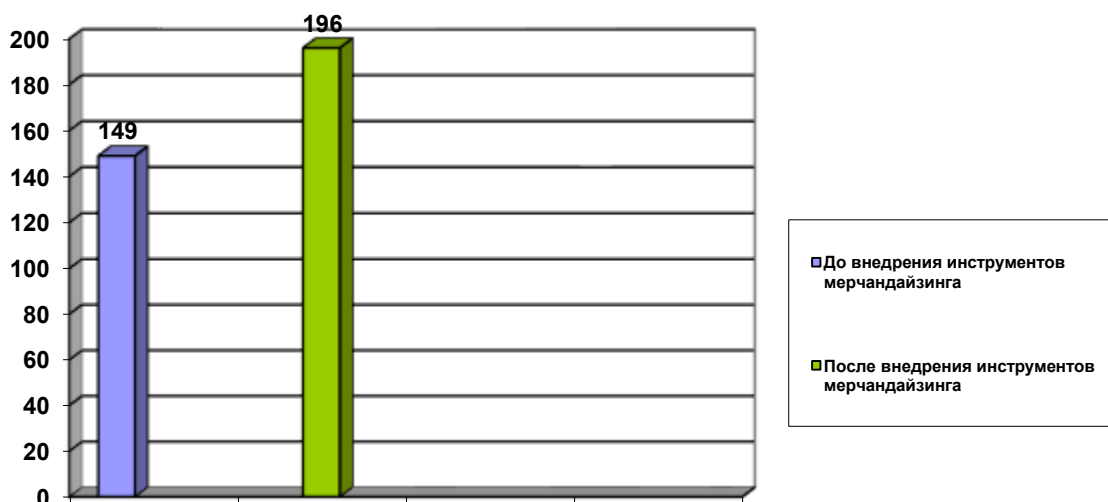


Рис. 11. - Изменение уровня продаж БАД и витаминно-минеральных комплексов, уп.

До использования перечисленных инструментов мерчандайзинга за две недели продано 149 упаковок. После применения правил мерчандайзинга количество продаж за следующие две недели возросло до 196. Это говорит об увеличении продаж на 31,5%.

Таким образом, методом сравнительного анализа выявлена эффективность введения маркетинговых инструментов по показателям динамики товарооборота и суммы среднего чека до и после внедрения метода допродаж.

Выводы

Мерчандайзинг является достаточно новым инструментом маркетинга, нашедшим применение в фармбизнесе.

Для достижения целей в аптечных организациях используются разнообразные инструменты мерчандайзинга: POS-материалы, выкладка и ассортимент товара, планировка и дизайн. Всё это призвано к увеличению лояльности клиента, его более длительному нахождению в аптеке и совершению дополнительных покупок.

В результате социологического исследования составлен общий портрет покупателя аптеки: замужняя работающая женщина, до 30 лет, с детьми, проживающая в данном районе аптеки посещающая её раз в месяц. Данную аптеку она выбирает из-за привлекательной цены и хорошей репутации. При совершении покупки она или сразу знает что приобретет, либо поддастся увиденной рекламе. Причем помимо запланированных покупок, скорее всего, будут и незапланированные. Также при выборе аптеки для покупательницы важен широкий ассортимент, благоприятная атмосфера и удобство поиска заинтересовавших её товаров.

В ходе исследования установлено, что существуют механизмы воздействия на покупателя непосредственно в месте реализации товара. Оформление торгового зала и витрин, рациональная подача рекламы клиентам, способны повлиять на увеличении продаж.

В ходе эксперимента с выкладкой товара выявлен рост продаж экспериментальной группы - витаминно-минеральные комплексы и БАД, на 31,5%.

Введя механизмы допродаж среди работников первого стола, средний чек изменился 4,03% в сторону увеличения, а выручка от реализации товаров аптечного ассортимента выросла на 3,97%.

Таким образом, можно говорить об эффективности проведения маркетинговых мероприятий и их способствованию увеличению аптечных продаж.

Список литературы

1. Богданова, Н.Б., Искусство продаж в аптеке. // Экономический вестник фармации. – 2004. – № 8. – С. 40-42. [Bogdanova, N.B., Iskusstvo prodazh v apteke. *Ekonomicheskiy vestnik farmatsii*. 2004; (8): 40-42. (in Russ.)].

2. Гришунина, А. Удобно покупателю - выгодно аптеке.// Фармацевтический вестник. – 2001 – №23. – С.87-95. [Grishunina, A. Udobno pokupateliu – vygodno apteke. *Farmatsevticheskiy vestnik*. 2001;(23):87-95(in Russ.)].

3. Дорофеева, В.В. Факторы успеха аптечной организации. Мерчандайзинг. // В аптеках города и области– 2004. – № 3. – С.58-60. [Dorofeeva, V.V. Faktory uspekha aptechnoy organizatsii. *Merchandayzing. V aptekah goroda i oblasti*. 2004;(3): 58-60. (in Russ.)].

4. Колесник В.Н., Теория и практика профессиональных продаж. // Современная аптека. – 2005. – № 5. – С. 47-58. [Kolesnik V.N. Teorija i praktika professional'nyh prodazh. *Sovremennaya apteka*. 2005; (5): 47-58. (in Russ.)].

5. Котляренко М., Мерчандайзинг - это искусство. //Практический маркетинг. – 2004. – № 7. – С.102-104. [Kotliarenko M. Merchandayzing - `eto iskusstvo. *Prakticheskiy marketing*. 2004;(7):102-104. (in Russ.)].

6. Романенкова, О. Н. Визуальный мерчандайзинг как инструмент управления розничными продажами. // Вектор науки ТГУ. Серия: Экономика и управление, – 2012. – № 2. – С. 67-69. [Romanenkova, O.N. Vizual'nyy merchandayzing kak instrument upravleniya roznichnymi prodazhami. *Vektornauki TGU. Seriya: `Ekonomika I upravlenie*, 2012; (2): 67-69. (in Russ.)].

7. Чкалова О.В., Организация размещения и выкладки товаров как составная часть управления торговым предприятием. // Маркетинг в России и за рубежом. – 2004. – № 3. С.98-103. [Chkalova O.V., Organizatsiya razmescheniya i vykladki tovarov kak sostavnaya chast' upravleniya torgovym predpriyatiem. *Marketing v Rossii i zarubezhom*. 2004;(3): 98-103(in Russ.)].