

16+

ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Том 1, № 2
2023

РОССИЙСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ



ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Учредитель

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

Главный редактор:

Н. Н. СЕДОВА

доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор,
заслуженный деятель науки Российской Федерации,
руководитель Высшей школы медицинской гуманитаристики
Института общественного здоровья
Волгоградского государственного медицинского университета

Заместитель главного редактора:

А. Д. ДОНИКА

кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор,
заведующая кафедрой философии, биоэтики и права
с курсом социологии медицины
Волгоградского государственного медицинского университета

Ответственный секретарь:

Ю. Г. ФАТЕЕВА

кандидат филологических наук, доцент,
заведующая кафедрой русского языка и социокультурной адаптации
Волгоградского государственного медицинского университета

Члены редколлегии:

В. Л. Аджиенко

доктор медицинских наук, профессор, Волгоград, Россия

Н. Л. Вигель

доктор философских наук, профессор, Ростов-на-Дону, Россия

В. Н. Власова

доктор философских наук, профессор, Ростов-на-Дону, Россия

М. Э. Гурылева

доктор медицинских наук, профессор, Казань, Россия

О. И. Кубарь

доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербург, Россия

В. И. Моисеев

доктор философских наук, профессор, Москва, Россия

А. А. Мохов

доктор юридических наук, профессор, Москва, Россия

Х. П. Тирас

кандидат биологических наук, Пущино, Московская область, Россия

В. И. Харитонова

кандидат филологических наук, доктор исторических наук, Москва, Россия

Е. В. Чернышкова

доктор социологических наук, профессор, Саратов, Россия

В. В. Шакин

доктор медицинских наук, Волгоград, Россия

Научный рецензируемый электронный журнал

Том 1, № 2 2023

Журнал выходит 2 раза в год

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Регистрационный номер
Эл № ФС77-84924 от 13 марта 2023 г.

Адрес редакции: 400066, Россия, Волгоград,
площадь Павших Борцов, 1, ВолгГМУ, к. 4–15.
E-mail: nanised18@gmail.com
fatjg@mail.ru

Сайт журнала <https://www.volgmed.ru/>

Архив доступен на странице:
<https://www.volgmed.ru/periodicheskie-izdaniya/gumanitarnye-problemy-meditsiny-i-zdravookhraneniya/>

Дата выхода в свет: 25 декабря 2023 года
Минимальные системные требования:
Chrome, Firefox, Opera, Internet Explorer
выше версии 9.0.

Программа для просмотра файлов
в формате PDF – Adobe Acrobat

Журнал сверстан в Издательстве ВолгГМУ:
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45.
izdatelstvo@volgmed.ru

Редактирование Н.Н. Золиной
Компьютерная верстка С.Е. Акимовой
Оформление обложки С.И. Помещикова

Объем издания: 3,3 Мб.
Уч.-изд. л. 5,2. Заказ № 367.



Издательство
ВолгГМУ
Волгоград
2023



HUMANITARIAN PROBLEMS OF MEDICINE AND HEALTHCARE

Founder

**State-Funded Federal Educational Institution
of Higher Professional Training
“Volgograd State Medical University”
Ministry of Health of the Russian Federation**

Editor-in-chief:

N. Sedova

Ph.D. in Philosophy, Ph.D. in Jurisprudence, Professor,
Head of the Higher School of Medical Humanities
Institute of Public Health
Volgograd State Medical University

Deputy Editor-in-Chief:

A. Donika

Cand. Sc. (Medicine), Ph.D. in Sociology, Professor,
Head of the Department of Philosophy, Bioethics and Law
with a course in Sociology of Medicine
Volgograd State Medical University

Executive Secretary:

Yu. Fateeva

Cand. Sc. (Philology), Associate Professor,
Head of the Department for Russian Language
and Socio-Cultural Adaptation
Volgograd State Medical University

Members of the Editorial Board:

V. Adzhienko

Ph.D. in Medicine, Professor, Volgograd, Russia

N. Vigel

Ph.D. in Philosophy, Professor, Rostov-on-Don, Russia

V. Vlasova

Ph.D. in Philosophy, Professor, Rostov-on-Don, Russia

M. Guryleva

Ph.D. in Medicine, Professor, Kazan, Russia

O. Kubar

Ph.D. in Medicine, Professor, Saint-Petersburg, Russia

V. Moiseev

Ph.D. in Philosophy, Professor, Moscow, Russia

A. Mokhov

Ph.D. in Jurisprudence, Professor, Moscow, Russia

H. Tiras

Cand. Sc. (Biology), Pushchino, Moscow region, Russia

V. Kharitonova

Cand. Sc. (Philology), Ph.D. in History, Moscow, Russia

E. Chernyshkova

Ph.D. in Sociology, Professor, Saratov, Russia

V. Shkarin

Ph.D. in Medicine, Volgograd, Russia

**Scientific peer reviewed
electronic journal**

Volume 1, no. 2 2023

The journal is published 2 times a year

The journal is registered
by Federal Service for Supervision
of Communications, Information Technology
and Mass Communications (Roskomnadzor).
Registration number
E-No. FS77-84924 dated March 13, 2023

Editorial office address:
400066, Russia, Volgograd, Fallen Fighters Square, 1.
VolgSMU, office 4–15.
E-mail: nanised18@gmail.com

addonika@yandex.ru

Our website: <https://www.volgmed.ru/>

The archive is available:
<https://www.volgmed.ru/periodicheskie-izdaniya/gumanitarnye-problemy-meditsiny-i-zdravookhraneniya/>



Volgograd State
Medical University
Publishing House
Volgograd
2023



ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

СЕДОВА Наталья Николаевна

доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор,
заслуженный деятель науки Российской Федерации,
руководитель Высшей школы медицинской гуманитаристики
Института общественного здоровья
Волгоградского государственного медицинского университета
(ВолгГМУ)



ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

ДОНИКА Алена Дмитриевна

кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор,
заведующая кафедрой философии, биоэтики и права
с курсом социологии медицины
Волгоградского государственного медицинского университета
(ВолгГМУ)



ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

ФАТЕЕВА Юлия Геннадьевна

кандидат филологических наук, доцент,
заведующая кафедрой русского языка
и социокультурной адаптации
Волгоградского государственного медицинского университета
(ВолгГМУ)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ ЖУРНАЛА:



АДЖИЕНКО Всеволод Леонидович

доктор медицинских наук, профессор,
директор Института общественного здоровья
Волгоградского государственного медицинского университета
(ВолгГМУ)



ВИГЕЛЬ Нарине Липаритовна

доктор философских наук, профессор,
заведующая кафедрой философии
Ростовского государственного медицинского университета
(РостГМУ)



ВЛАСОВА Виктория Николаевна

доктор философских наук, профессор,
заведующая кафедрой педагогики
Ростовского государственного медицинского университета
(РостГМУ)



ГУРЫЛЕВА Марина Элисовна

доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры биомедицинской этики,
медицинского права и истории медицины
Казанского государственного медицинского университета
(КГМУ)



КУБАРЬ Ольга Иосифовна

доктор медицинских наук, профессор,
ведущий научный сотрудник лаборатории этиологии
и контроля вирусных инфекций
Санкт-Петербургского научно-исследовательского института
эпидемиологии и микробиологии имени Пастера
(СПб НИИЭМ им. Пастера)



МОИСЕЕВ Вячеслав Иванович

доктор философских наук, профессор,
заведующий кафедрой философии
Московского государственного медико-стоматологического университета
имени А. И. Евдокимова (МГСМУ),
председатель Координационного совета по совершенствованию
гуманитарного образования в медицинских вузах России,
директор Ассоциации медико-гуманитарного развития БРИКС
(АМЕГРА БРИКС)



МОХОВ Александр Анатольевич

доктор юридических наук, профессор,
заведующий кафедрой медицинского права
Московской государственной юридической академии
имени О. Е. Кутафина
(МГЮА)



ТИРАС Харлампий Пантелеевич

кандидат биологических наук,
заведующий кафедрой естественно-научных дисциплин
Пушкинского государственного естественно-научного института
(ПущГЕНИ)



ХАРИТОНОВА Валентина Ивановна

кандидат филологических наук, доктор исторических наук,
заведующая Центром медицинской антропологии Института
этнологии и антропологии имени Н. Н. Миклухо-Маклая РАН
(ИЭА РАН),
президент Ассоциации медицинских антропологов



ЧЕРНЫШКОВА Елена Вячеславовна

доктор социологических наук, профессор,
заведующая кафедрой иностранных языков
Саратовского государственного медицинского
университета имени В. И. Разумовского
(СГМУ)



ШКАРИН Владимир Вячеславович

доктор медицинских наук,
ректор Волгоградского государственного медицинского университета
(ВолгГМУ),
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Института непрерывного медицинского
и фармацевтического образования ВолгГМУ

Надеемся на Ваше участие в работе журнала!

Седова Наталья Николаевна,
главный редактор научного электронного журнала
«Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения»

СОДЕРЖАНИЕ

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

НОВЫЙ ЭТАП В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОЙ ГУМАНИТАРИСТИКИ

Наталья Николаевна Седова 9

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГУМАНИТАРИСТИКИ

МЕДИЦИНСКАЯ КУЛЬТУРА В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Анна Евгеньевна Сороколетова 12

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОННОЙ СЕТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Антон Георгиевич Ершов, Анастасия Александровна Малякина 24

ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В МЕДИЦИНЕ

МЕТОД НЕВЕРБАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РЕФЛЕКСИИ У ПАЦИЕНТА ПРИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Юрий Васильевич Гуров 33

РОЛЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Юлия Александровна Дьячкова 36

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В ПРОБЛЕМНОМ ПОЛЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Геннадий Юрьевич Щекин, Виктория Евгеньевна Тронева, Мария Владимировна Реймер 46

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ НА МАТЕРИАЛЕ РАННЕЙ ДИСМЕНОРЕИ

Ангелина Сергеевна Попова 53

СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ И ТУРИЗМ

Георгий Саввич Табатадзе, Ольга Владимировна Костенко 61

СОБЫТИЯ

Устав Ассоциации медико-гуманитарного развития БРИКС (АМЕГРА БРИКС) 67

CONTENT

EDITOR-IN-CHIEF PAGE

A NEW STAGE IN THE DEVELOPMENT OF MEDICAL HUMANITIES

Natalia N. Sedova 9

THEORETICAL ISSUES OF MEDICAL HUMANITIES

MEDICAL CULTURE IN MODERN REALITIES

Anna E. Sorokoletova 12

ETHICAL PROBLEMS OF USING A NEURAL NETWORK IN MEDICAL PRACTICE

Anton G. Ershov, Anastasia A. Malykina 24

HUMANITARIAN EXPERTISE IN MEDICINE

METHOD OF NONVERBAL ASSESSMENT OF THE DEGREE OF REFLECTION IN A PATIENT DURING PSYCHOTHERAPEUTIC COUNSELING

Yuri V. Gurov 33

THE ROLE OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE EFFECTIVENESS OF DRUG CORRECTION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION

Yulia A. Dyachkova 37

PUBLIC HEALTH IN THE PROBLEM FIELD OF SOCIAL DIAGNOSTICS

OPPORTUNITIES FOR THE IMPLEMENTATION OF THE PROJECT OF EXPORT OF MEDICAL SERVICES IN REGIONAL HEALTHCARE

Gennady Y. Shchekin, Victoria E. Troneva, Maria V. Reymer 46

PSYCHOSOMATIC RESEARCH IN MODERN MEDICINE BASED ON THE MATERIAL OF EARLY DYSMENORRHEA

Angelina S. Popova 53

SOCIAL HISTORY OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

HEALTHCARE PRACTICES AND TOURISM

Georgy S. Tabatadze, Olga V. Kostenko 62

EVENTS

Charter of the BRICS Association for Medical and Humanitarian Development (AMEGRA BRICS)

..... 67

НОВЫЙ ЭТАП В РАЗВИТИИ МЕДИЦИНСКОЙ ГУМАНИТАРИСТИКИ

Наталья Николаевна Седова

Аннотация. Летом этого года произошло знаменательное событие – была создана Ассоциация медико-гуманитарного развития БРИКС (АМЕГРА БРИКС). В статье содержится информация о новой Ассоциации, указаны причины ее создания, к которым автор относит активное внедрение новых биомедицинских технологий в сочетании с отставанием их гуманитарной экспертизы и коммерциализацию медицины. Отмечается, что эти причины существенны для всех стран БРИКС. Дается характеристика предмета деятельности АМЕГРА БРИКС. Приводятся ссылки на Устав организации и видеозапись первого ее заседания.

Ключевые слова: медицинская гуманитаристика, медико-гуманитарное развитие, ассоциация, устав, биомедицинские технологии, гуманитарная экспертиза, коммерциализация медицины

EDITOR-IN-CHIEF PAGE

A NEW STAGE IN THE DEVELOPMENT OF MEDICAL HUMANITIES

Natalia N. Sedova

Abstract. This summer, a significant event took place – the BRICS Medical and Humanitarian Development Association (AMEGRA BRICS) was created. The article contains information about the new Association, indicates the reasons for its creation, which the author refers to the active introduction of new biomedical technologies, combined with the backlog of their humanitarian expertise and the commercialization of medicine. It is noted that these reasons are significant for all BRICS countries. The characteristic of the subject of activity of AMEGRA BRICS is given. Links to the Charter of the organization and a video recording of its first meeting are provided.

Keywords: medical humanities, medical and humanitarian development, association, charter, biomedical technologies, humanitarian expertise, commercialization of medicine

Гуманитарный потенциал современной медицины пока остается нереализованным. Это характерно не только для России, но и для многих мировых держав с богатой историей развития здравоохранения, большим опытом, определенными успехами и авторитетом в области медицины на международной арене. Можно выделить две принципиальные причины такой ситуации:

1. Активная разработка и внедрение новых биомедицинских технологий, когда гуманитарная экспертиза этих достижений

отстает от их практического использования. К сожалению, хорошо известные и апробированные методы, например, этической экспертизы клинических исследований нуждаются в серьезной корректировке в связи с изменением самого характера этих исследований. Ответа на вопрос, насколько сильно медицинское вмешательство может изменять личность человека, пока нет, а эксперименты по редактированию генома уже есть.

2. Коммерциализация медицины является серьезным препятствием в проявлении

ее гуманных интенций. Конфликт между ценой и ценностью в вопросах здоровья решается в пользу цены. Примером для нашей страны может служить сокращение числа квалифицированных кадров в государственной медицине в связи с их переходом в медицину коммерческую. Это сопровождается соответствующим оттоком туда же и пациентов. Услугами государственной медицины все больше пользуются самые бедные, несчастные, одинокие люди.

Можно составить длинный список признаков дегуманизации и в медицинском образовании. Все это заставило специалистов в области медицинской гуманитаристики стран БРИКС постараться объединить усилия в сохранении и приумножении гуманитарных традиций в медицине и здравоохранении. Лучшее всего задачи Ассоциации можно представить, обратившись к ее Уставу, где сказано:

«2.2. Предметом деятельности Ассоциации является совокупность осуществляемых ею видов деятельности, к которым относятся:

- обмен информацией о передовых исследованиях в сфере медико-гуманитарных знаний, распространение этой информации среди заинтересованных лиц и организаций стран БРИКС;
- организация и проведение научных школ, семинаров, конференций, симпозиумов, конгрессов стран БРИКС по медико-гуманитарной проблематике;
- реализация и координация образовательных и научно-исследовательских проектов стран БРИКС, включая междисциплинарные, в медико-гуманитарной сфере;
- обмен научной информацией и учебно-методическим опытом с отечественными и зарубежными коллегами;
- поддержка образовательных и научных стажировок в отечественных и зарубежных научных и образовательных центрах стран БРИКС;
- разработка, обсуждение, поддержка учебных программ и учебно-методической

литературы стран БРИКС по медико-гуманитарным дисциплинам;

- подготовка научных рекомендаций профильного характера и предоставление их в заинтересованные органы образования, здравоохранения и административные органы различного уровня стран БРИКС;
- взаимодействие с государственными органами и организациями стран БРИКС, а также с иными организациями по тематике деятельности Ассоциации;
- разработка и представление в соответствующие государственные органы стран БРИКС предложений по внесению изменений и дополнений в законодательные и подзаконные акты в области медико-гуманитарного знания и практики;
- осуществление информационной, экспертной, юридической и консультационной поддержки по тематике деятельности Ассоциации ее членам;
- разработка и внедрение необходимых критериев образовательных и профессиональных стандартов информационного обеспечения медико-гуманитарной деятельности в странах БРИКС;
- организация и проведение совместных мероприятий: конференций, симпозиумов, методических семинаров, переговоров, встреч по обмену опытом, презентаций, выставок, ярмарок по тематике деятельности Ассоциации;
- содействие в организации и проведении обучения, повышения квалификации и переподготовки специалистов медико-гуманитарного профиля стран БРИКС».

Директором АМЕГРА БРИКС утвержден известный российский философ профессор **Моисеев Вячеслав Иванович**, который является и членом редакционной коллегии нашего журнала.

Надеемся на поддержку и присоединение к АМЕГРА БРИКС всех неравнодушных к гуманной миссии медицины коллег!

Устав АМЕГРА БРИКС и видеозапись первого заседания можно посмотреть, используя QR-коды.



Устав АМЕГРА БРИКС



*Первое заседание Ассоциации
медико-гуманитарного развития БРИКС*

МЕДИЦИНСКАЯ КУЛЬТУРА В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Анна Евгеньевна Сороколетова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
stepochka82@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9258-3693>

Аннотация. Данная статья исследует ценностно-смысловые аспекты, материалы и результаты медицинской культуры в современных условиях. В ней рассматриваются научные взгляды современных исследователей на содержание культуры личности российской молодежи, участвующей в различных видах деятельности. Основной проблемой является выявление основных компонентов структуры профессионально-личностной культуры врачей. Медицина, будучи частью культуры человечества, тесно связана со здоровьем человека. Она представляет сложное и ответственное занятие, где врач посвящает свою профессиональную деятельность защите здоровья, предупреждению и лечению заболеваний человека. Особенностью современных исследований является анализ содержания культуры молодежи, особенно её влияния на восприятие и понимание медицинских ценностей. В рамках исследования методом анализа содержания были выделены основные компоненты структуры профессионально-личностной культуры врачей. Эти компоненты включают в себя профессиональные знания и навыки, этический кодекс, отношение к пациенту и осознание ответственности перед практикой медицины. Анализ этих компонентов позволил выявить проблемы, связанные с изменением приоритетов ценностей в современной медицинской культуре. В результате исследования становится понятно, что для эффективной деятельности врачей и лучшего взаимопонимания с пациентами необходимо формирование системы ценностей и норм, учитывающих особенности медицинской культуры. Эти результаты могут применяться для разработки такой системы и внедрения ее на практике. В целом, данная статья обеспечивает обзор современных научных взглядов на ценностно-смысловые аспекты в медицинской культуре с учетом содержания личности молодых врачей. Выделение проблемы, материалов и результатов исследования позволяет более глубоко понять и проанализировать эту проблематику, а также предоставляет основу для разработки будущих исследований и практических рекомендаций. В статье исследуются материалы, связанные с исследованиями культуры личности молодых врачей с целью определения их ценностно-смысловых установок. Результаты этого исследования могут быть полезны при разработке программ профессионального образования в области медицины, а также при формировании системы ценностей и норм врачей, способствующей их эффективной деятельности и лучшему пониманию пациентов.

Ключевые слова: медицина, медицинская культура, культура личности, медицинская этика, ценностно-смысловые аспекты культуры врача

MEDICAL CULTURE IN MODERN REALITIES

Anna E. Sorokoletova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
stepochka82@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9258-3693>

Abstract. This article investigates the value and semantic aspects, materials and results of medical culture in modern conditions. It considers the scientific views of modern researchers on the content of personality culture of Russian youth involved in various activities. The main problem is to identify the main components

of the structure of professional and personal culture of doctors. Medicine, being a part of human culture, is closely related to human health. It represents a complex and responsible occupation, where the doctor devotes his professional activity to the protection of health, prevention and treatment of human diseases. The peculiarity of modern research is to analyze the content of youth culture, especially its influence on the perception and understanding of medical values. In the framework of the study, the main components of the structure of professional and personal culture of doctors were identified by the method of content analysis. These components include professional knowledge and skills, code of ethics, attitude to the patient and awareness of responsibility to the practice of medicine. The analysis of these components made it possible to identify the problems associated with the changing priorities of values in modern medical culture. As a result of the study, it becomes clear that for effective activity of physicians and better understanding with patients, it is necessary to form a system of values and norms that take into account the peculiarities of medical culture. These results can be applied to the development of such a system and its implementation in practice. In general, this article provides an overview of modern scientific views on value and meaning aspects in medical culture taking into account the content of young doctors' personality. Highlighting the research problem, materials, and findings allows for a deeper understanding and analysis of the issue and provides a basis for the development of future research and practical recommendations. The article explores the materials related to the research on the personality culture of young physicians in order to determine their value and meaning attitudes. The results of this research may be useful in the development of professional education programs in the field of medicine, as well as in the formation of a system of values and norms of doctors, contributing to their effective activity and better understanding of patients.

Keywords: medicine, medical culture, personality culture, medical ethics, value-semantic aspects of the doctor's culture

ВВЕДЕНИЕ

Духовные потребности личности являются одной из фундаментальных основ культуры и играют важную роль в социальном, культурном и информационно-экономическом развитии общества. В современной действительности личность молодого человека (в том числе будущего врача) активно включена в процесс формирования целостной общечеловеческой культуры, отличающейся открытостью и расширением социальной коммуникации, что позволяет ускорить процесс инкультурации и изменить содержание культуры личности. Активно осваивая поликультурную ткань современности, личность сама становится автором культуры и строителем своего духовного мира.

Немецкий социолог М. Вебер и американский социолог Т. Парсонс утверждают, что настоящий профессионализм невозможен без профессионального призвания, а профессиональные ценности, невозможны без соблюдения этики служения людям,

этики ответственности. Иногда призвание перестает быть доминантой этического сознания специалистов, уступая функционализму, ориентации на успех. В этих условиях важной обязанностью профессионального сообщества становится этическое саморегулирование человека в профессии по критерию социальной значимости, социальной ответственности за свои действия. Авторы подчеркивают необходимость совместимости профессиональной культуры с культурой общества, профессиональных интересов с общественными, от чего зависит как будущее специалистов, так и будущее общественной системы в целом [1].

Стоящая сегодня перед обществом задача формирования нового стиля социального поведения вызывает настоятельную потребность в изучении вопросов, связанных с формированием профессионального имиджа. Концепция гуманизации образования, с одной стороны, и изменившаяся

экономическая ситуация, с другой стороны, неизбежно должны коснуться профессиональной подготовки врачей, усилить их знания в области этики, психологии, наук общения. Современное же медицинское образование по-прежнему нацелено на подготовку врачей только как специалистов в определенной области. Процесс профессиональной социализации все больше остается за рамками вузовского образования. Учебных курсов, которые бы готовили врача к выполнению его традиционной роли в обществе крайне мало. Дисциплинам, направленным на формирование навыков и умений в общении отводится крайне мало времени, да и чаще всего они выглядят как некое дополнение или «украшение» основного учебного курса. Такой подход в медицинском образовании справедливо оценен сегодня как «ремесленнический» и «ветеринарный» подход,

но ситуация по-прежнему меняется крайне медленно. А ведь необходимо учитывать, что в современных условиях способность врача установить эффективную коммуникацию с пациентом напрямую связана с проблемой качества медицинской помощи.

Общей задачей является консолидация усилий с участием каждого уровня власти, бизнеса, гражданского общества, институтов развития во исполнение главной, центральной задачи – повышения качества жизни людей и их здоровья [3, 7, 10]. Практика показывает, что после окончания высших учебных заведений врачи в профессиональной деятельности сталкиваются с рядом трудностей, обусловленных именно недостаточным уровнем сформированности профессиональной культуры и ее компонентов (профессионально-этического, профессионально-коммуникативного и т. д.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для уточнения актуального на современном этапе компонентного состава профессиональной коммуникативной культуры (ПКК) будущего врача нами были проанализированы действующие российские и международные нормативно правовые документы (ФГОС ВО «Лечебное дело», профессиональные стандарты по медицинским специальностям, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приоритетный проект «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» и чек-лист экзаменационной станции «Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме» в рамках этапа «Оценка практических навыков (умений) в симулированных условиях»

Объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ)), что позволило определить основные моменты, которые необходимо учитывать при достижении поставленных целей: по окончании медицинского вуза будущий врач-лечебник должен быть готов к решению профессиональных задач медицинской, организационно-управленческой и научно-исследовательской видов деятельности, соответственно при определении типичных профессиональных ситуаций общения следует выделять такие ситуации, как «Коммуникация с пациентом», «Взаимодействие в коллективе» и «Научно-исследовательская деятельность в сфере здравоохранения».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

В целях определения слагаемых структуры профессионально-личностной культуры будущих врачей в современных реалиях нам необходимо обратиться к содержанию культуры личности молодого человека

в культурологическом контексте. Как известно из истории человеческой цивилизации, культура личности соотносится и измеряется с культурой конкретного общества, в котором обученность и воспитанность

индивида являются сущностными характеристиками культуры человека [2].

Положение личности в жизни любого общества обусловлено закономерностями функционирования и развития культуры этого общества, в котором деятельность личности происходит не только в системе обучения и воспитания, но и за ее пределами в системе социальных, экономических, психологических, культурных, коммуникативных связей и профессиональных отношений. Поэтому культура личности конкретного индивида, как правило, включает в себя различные компоненты. В качестве примера мы рассмотрим теоретическую модель культуры личности, предложенную Б. И. Кавериним. Итак, к основным элементам, образующим содержание культуры личности, ученый относит:

- характер картины мира;
- качество и направленность мировоззрения;
- развитость чувствования своего существования;
- уровень интеллекта;
- соотношение индивидуально-личностного и социально-общественного;
- наличие навыков и умений, меру усвоения социального опыта;
- развитую способность к саморегуляции и самоконтролю;
- совершенство социальных качеств, характер их внутреннего и внешнего проявления;
- мастерство, непринужденность поведения, общения и деятельности;
- высокое качество результатов деятельности, их положительную направленность для самой личности и общества;
- физическую культуру;
- следование этикету [2].

Представленная модель культуры личности является идеальной конструкцией, неким социальным ориентиром для практического формирования культуры личности молодого человека (в том числе студента-медика) в современных условиях с учетом специфики его профессиональной деятельности.

В целях дальнейшего культурологического обоснования содержания и структуры культуры личности будущего врача рассмотрим некоторые точки зрения современных отечественных исследователей на становление культуры личности человека в различных общественных сферах и видах деятельности, а именно концепции Т. Н. Беспаловой, Е. Ю. Ежовой, Г. В. Поляковой, О. П. Гонтарь, Н. Б. Семеновой, О. В. Шурыгиной. Т. Н. Беспалова, рассматривая проблему формирования и развития культуры личности человека, обоснованно полагает, что «личность» является не атрибутом человека, а его образующимся во времени модусом и представляет собой высшую форму бытия человека, превращающую его в субъект исторического процесса.

Культуру общества ученый выражает в виде совокупности социальных ценностей и позитивных явлений, которые транслируются в культуру личности различными социальными механизмами (в том числе социализацией) и трактуют ее как совокупность личностных ценностей.

Культура предоставляет каждому ее носителю необходимые ориентиры, модели мира, интеллектуальный инструментарий, поведенческие паттерны, ценностные иерархии. Идет постоянный процесс инкультурации или включения каждого отдельного индивида в процесс создания и освоения культуры [3].

Таким образом, под влиянием социальных и культурных факторов биологический субстрат человека обретает свойства и качества, позволяющие ему погрузиться в социокультурное бытие. По мнению Т. Н. Беспаловой, ценностное ядро структуры личности, состоящее из совокупности позитивного знания, практического умения и ценностных ориентаций, преобразуется в основные составляющие культуры личности: информационную, праксиологическую и аксиологическую [4].

Е. Ю. Ежова, исследовав развитие художественной культуры личности в современном поликультурном образовательном пространстве, обоснованно полагает, что культура

личности молодого человека формируется в процессе освоения художественной культуры как феномена. В современных реалиях личность включена в процесс формирования целостной общечеловеческой культуры как образования качественно нового пространства, отличающегося открытостью, стремлением к трансформации и расширению рамок коммуникации.

По мнению Е. Ю. Ежовой, в конструкт «художественной культуры личности» помимо традиционного содержания (духовноценностных и эстетических оснований) необходимо внести поликультурные ориентации, креативность и диалоговое мышление. В формировании культуры личности большую роль играют социокультурные факторы: социокультурное пространство, социальная и культурная динамика, процесс образования и образовательное пространство, социально-культурная коммуникация и институты культуры. Под их влиянием личность осваивает и накапливает современные культурные ценности [5].

О. П. Гонтарь рассматривает в качестве фундаментальной ценности личности физическую культуру, которая обеспечивает ее социально-биологический и жизнедеятельностный потенциалы и содействует повышению уровня социальной активности. Физическое развитие молодого человека выражено в его телесно-духовном единстве, свидетельствующем о большом потенциале личности как целостной субстанции. Как правило, становление личности и ее наиболее активное физическое и нравственно-этическое развитие (становление характера) происходит в студенческом возрасте.

Содержательным компонентом развития физической культуры личности студента О. П. Гонтарь считает: гуманизацию образовательного процесса посредством физической культуры; базовые знания о физической культуре (и ЗОЖ); интеграцию воспитания и образования в деятельность (образ жизни); саморазвитие; воспитание личности студента. Таким образом, в основе развития культуры личности студента лежит система

мировоззренческих знаний, то есть уровень его общей культуры, включающий телесный, интеллектуальный и социально-психологический компоненты [6].

А. Маслоу считал неоспоримым тот факт, что каждый человек нуждается в устойчивой и, как правило, высокой оценке собственных достоинств, и называл потребности человека в признании и самоактуализации базовыми. Осознанное отношение к физической культуре и культуре тела напрямую связано не только с физическим здоровьем, но и с формированием умения пользоваться своим телом как инструментом общения, точнее – обрести адекватный образ (габитус, имидж), обеспечивающий молодому человеку не только общекультурную, но и профессиональную социализацию. Интуитивное стремление человека обрести адекватный имидж и практика его создания имеет целью повышение аттракции в повседневной и профессиональной жизни [7].

Исследуя основные тенденции развития экономической культуры личности в российском обществе, Н. Б. Семенова определяет место экономической культуры в духовной структуре личности на фундаменте социокультурного опыта и традиций. По мнению исследователя, культура оказывает существенное влияние на основные ценности и нормы экономического поведения людей.

Поэтому рассматривая экономическую культуру личности, автор использует культурологический подход как наиболее продуктивный и позволяющий провести исследование в контексте общей культуры личности. С точки зрения Н. Б. Семеновой, экономическая культура личности представляет собой индивидуальный способ освоения социокультурной среды и экономической реальности общества, содержанием которой выступают экономические знания, экономические ценности и экономическое поведение [8].

Конфликтологическая культура (управления конфликтами, культура поведения в конфликте) личности студента и ее развитие в образовательном процессе вуза стала

предметом научного исследования О. В. Шурыгиной. По ее мнению, большинство противоречий современного общества находит свое отражение именно в образовательной среде, объединившей субъектов разных возрастов, имеющих существенные различия в уровне культуры (эрудиции, социального опыта, эмоционального состояния и т. д.) [9].

Сложившуюся ситуацию усугубляет незнание молодыми людьми основных правил поведения в конфликтах, что влечет за собой нарастание конфликтных ситуаций. Под конфликтологической культурой студента О. В. Шурыгина понимает его способность управлять своим эмоциональным состоянием и состоянием другого человека, осуществляя при этом прогнозирование и разрешение конфликтов, используя стратегию сотрудничества. На основе критериев конфликтологической культуры исследователь выделяет три уровня сформированности конфликтологической культуры личности: высокий, средний и низкий. Значительную роль в развитии конфликтологической культуры личности студента О. В. Шурыгина отводит профессорско-преподавательскому составу [10].

Обобщая приведенные точки зрения, можно прийти к выводу, что социально-биологический потенциал человеческой природы имеет генетическую способность превращения субстрата человека в личность посредством процессов образования, обучения и воспитания. Эти процессы формируют морально-ценностный стержень личности молодого человека (студента) в виде совокупности позитивного знания, практического умения и ценностных установок, выраженных в его социокультурном поведении и деятельности.

Специфика врачебной деятельности предполагает наличие своеобразного ряда этических правил, запретов и ограничений, которые должны приниматься во внимание теми, кто неизбежно по роду своей деятельности вмешивается в жизнь другого человека. Итак, в современном высшем медицинском образовании актуализируется потребность

в формировании профессиональной культуры будущего специалиста, способного эффективно решать врачебные проблемы в нестандартных ситуациях.

В основе профессиональной культуры лежит общая культура личности, которая отражает важнейшие достижения культуры. Профессиональная культура специалиста в определенной степени также является отражением специфики среды профессионального сообщества, включает в себя вместе с эталонами профессионализма, компетентности и мастерства, совокупность ценностно-нормативных и нравственных представлений, отвечающих за регуляцию отношений людей в процессе их профессиональной деятельности. Профессиональная культура не является статичной, она постоянно развивается под влиянием изменений социальной ситуации и изменений практики и организации профессиональной деятельности [11].

Профессиональная культура имеет две стороны:

- праксиологическую – это профессиональные навыки, умения, знания, профессиональное сознание, мировоззрение [12];
- духовную – ее элементы – профессиональная мораль и профессиональная эстетика. Разумеется, культура специалиста развивается в единстве и взаимодействии всех компонентов, их разделение возможно лишь условно. В деятельности она всегда проявляется целостно, и в этом ее принципиально важная особенность.

Тем не менее, именно духовная сторона профессиональной культуры отражает ее специфические ценности, нормы и установки, определяющие профессиональное поведение субъекта профессиональной деятельности.

Именно она составляет систему моральных требований к представителям соответствующих профессиональных групп. Ученые определяют духовность как сложное образование, как качественную характеристику сознания и самосознания личности, которая отражает целостность и гармонию его внутреннего мира, способность

гармонизировать взаимоотношения с окружающим миром [13].

Особенностью медицинской деятельности является четко определенная духовно-ценностная составляющая. Поэтому решающую роль в профессиональной деятельности будущего врача играет высокий уровень его нравственной культуры, которая проявляется в специфических требованиях к личностным качествам врача.

Их характеризует способность сочувствовать пациенту, готовность к самопожертвованию, высокое чувство ответственности за результаты своей деятельности, усердие и обязательность, сила воли и профессиональная мужество, наличие развитой интуиции и решимости, чувство собственного достоинства, независимость и уверенность в себе, принципиальность, толерантность, терпимость к культуре, религии, характера пациента, коллегиальность, которая проявляется в тактичности, доброжелательности, нетерпимость к халатности и недобросовестности, высокий уровень профессиональной и коммуникативной компетентности, трудолюбие, развитая врачебная рефлексия, самокритичность, вера в спасательную миссию медицины, оптимизм.

Анализ научных источников дает возможность определить основные структурные компоненты и критерии профессиональной культуры врача: аксиологический критерий, когнитивный критерий, профессионально-личностный критерий. Первым компонентом профессиональной культуры врача является аксиологический компонент, который включает в себя систему общечеловеческих, нравственных и профессиональных ценностей, скоррелированных спецификой медицинской деятельности, личностных качеств, идеалов, медицинских традиций, обычаев, символики, отражает ценностно-мотивационный аспект медицинской деятельности.

Особенности формирования аксиологического критерия определяются мотивами, целями и потребностями будущего врача в профессиональном обучении, совершенствовании, самовоспитании, саморазвитии,

ценностных установках актуализации в профессиональной деятельности. Основными показателями такого компонента являются профессиональная мотивация, профессиональные ценности и способность к самосовершенствованию. Медицина как подсистема общей культуры рассматривается с общепринятых позиций морали и абсолютных ценностей, реализованных через блага культуры, в сочетании с которыми, как с фундаментальными нормами, осознается каждый акт человеческой деятельности.

Профессиональная медицинская деятельность традиционно регламентируется деонтологией и составляет комплекс норм, предусматривающих необходимые требования ценностного содержания. Вторым компонентом нашей модели является когнитивный критерий, который определяется следующими показателями: профессиональные знания, умения и навыки, коммуникативные умения, интеллектуально-культурное развитие.

Данный критерий определяется теоретическими знаниями, умениями и навыками, а также способами получения необходимой информации и эффективностью ее использования, активным использованием полученных знаний, сформированных умений, навыков и профессионально важных качеств в профессиональной деятельности как необходимых составляющих познания и развития профессиональной культуры, самовоспитания, самосовершенствования.

Уровень развития операционно-деятельностного критерия зависит от глубины и системности знаний в области медицины, от умения устанавливать межличностные связи, выбирать оптимальный стиль общения в различных ситуациях профессиональной деятельности, владеть способами вербального и невербального общения, от интеллектуально-культурного развития будущего врача.

Третьим компонентам профессиональной культуры мы определили личностный критерий, который характеризуется следующими показателями: врачебная этика, способность к эмпатии, гуманное отношение

к человеку. Любая медицинская специальность формируется исходя из моральных оснований, имеет моральное значение и наполнена моральным смыслом [14].

Морально-этический аспект профессиональной культуры будущего врача определяется его отношением к себе и к окружающим, к своей практической деятельности и ее осуществлению. Морально-этический критерий определяет развитие профессионального мастерства, способность находить творческие нестандартные решения профессиональных задач, умение ориентироваться в нестандартных ситуациях. Таким образом, можно констатировать, что профессиональная культура медицинского работника базируется на общей культуре, является проекцией в сферу профессиональной деятельности и личности врача медицинской культуры общества и представляет собой систему общечеловеческих идей, профессионально-ценностных качеств личности, универсальных способов познания и гуманистических технологий медицинской деятельности.

Неопределенность врача в отношении ценностно-мотивирующего объекта своей деятельности – исцеления человека от конкретной болезни или стремления к обеспечению его здоровья в целом – косвенно отмечает, указывая на недостаточность только научного или философского подхода, И.С. Ларионова.

По ее мнению, «медицинская теория, направленная исключительно на узкопрофильное лечение болезней, и философские сентенции о «ценности здоровья вообще», взятые по отдельности, ожидаемого результата не дают» [15]. Герой книги И.А. Ильина «Путь к очевидности. О призвании врача», «старый врач», в свою очередь, также утверждает о нераздельности человека и его болезни, об их «интегрированном» сосуществовании: «Так называемая «история болезни» (*historia morbi*) есть на самом деле не что иное, как вся жизненная история самого пациента» [16]. В свою очередь, многомерный подход к лечению больного человека в условиях узкопрофильной медицины рассмотрен

Э.Ч. Дарибазароном. Автор критикует «достижения западной философской антропологии, научно-философского биосоциального “двухмерного” подхода к человеку» и предпринимает попытку «раскрыть возможности и преимущества интегрального исследовательского подхода к человеку как к многомерному социоприродному и духовному феномену» [14, с. 10].

Тем самым Э.Ч. Дарибазарон признает несоответствие деятельности современного врача запросам со стороны пациента в отношении к нему как к «социоприродному и духовному феномену». Важность обозначенной проблемы ценностной ориентации врача подтверждает Г.Г. Хубулава, исследовавший принципы межличностного взаимодействия врача и пациента в западной и российской медицине с древних времен до сегодняшних дней.

Полагая, что аксиология является основным философским фундаментом медицинской этики и деонтологии, а также медицинской практики, Г.Г. Хубулава считает необходимым рассмотреть коммуникацию врача и пациента «сквозь призму ценности человеческой жизни» и предпринимает попытку «преодоления субъект-объектного подхода к феноменам врача, болезни и пациента путем введения в исследование онтологической и экзистенциальной константы ценности человеческой жизни, равно соотносимой как с образом врача, так и с образом пациента» [17].

Своеобразный подход к изучению «феномена врача» по определению И. Р. Камалиевой [18] отличает А. П. Зильбера, который раскрывает значение терминов «кентавризм» и «труэнтизм» относительно личности врача, в то же время, определяя различие этих феноменов: «Главный постулат кентавризма – сочетание несочетаемого – не столь абсолютен для труэнтизма, который, если следовать точному переводу термина «truant», начинается тогда, когда кончается кентавр (победа одной части кентавра над другой). Но мы договаривались называть труэнтами врачей, которые занимались медициной до-,

во время или после своего второго занятия, чтобы только не пользоваться термином дилетант. Мы полагаем, что труэнтизм может начинаться с хобби, но по сути он совсем иной феномен» [19, с. 206].

По мнению автора, за полвека собравшего данные о более чем двух тысячах врачах-труэнтах и создавшего их классификацию, вид труэнтизма врача определяется характером его гуманитарного образования. Немногочисленный подкласс труэнтов – «нелюди», состоявший из серийных убийц, создателей антигуманных теорий и т.д., по мнению А.П. Зильбера, «...возник вследствие отсутствующего или извращенного гуманитарного образования» [19, с. 420].

Исследователь, изучивший явление труэнтизма с самого истока возникновения врачевания, то есть применительно к немедицинской деятельности Омара Хайяма, Авиценны, Николая Коперника и других, признает, что в современной медицине существуют проблемы «несочетаемого» и предлагает, с учетом противоречий в профессиональной деятельности, влияющих на формирование нравственности врача, свою трактовку медицинской этики: «Главное в кентавризме и труэнтизме, – что эти социологические феномены требуют разносторонности, взаимоотерпимости и взаимоуважения. Это, собственно говоря, и есть основа этики...» [19, с. 420].

Поиск современной иностранной философской литературы, посвященной изучению феномена врача, выводит преимущественно к источникам по медицинскому праву. Лишь книга психиатра и философа К. Дернера «Хороший врач. Учебник основной позиции врача», посвященная вопросам врачебной этики в Германии после Нюрнбергского процесса, наставляет современного врача, получившего образование в естественнонаучных традициях, «отношению к пациенту не только как к носителю болезни, но и как к страдающему субъекту, со своей биографией, психологией, реакцией на болезнь, человеку, ищущему свое место в обществе и семье, для которой он утратил свое значение и ценность» [16, с. 501].

Если мы обратимся к письму «старого врача» И.А. Ильина, то увидим, что только свое «вчувствование» в состояние больного человека врач считает «единственно верным для выздоровления пациента способом взаимодействия» [16, с. 104].

Отношение врача к пациенту как к уникальной личности в состоянии переживания им болезни, с которой он сливается в единое целое, схожа с идеей экзистенциальной философии, признающей уникальность и самоценность каждого человека, несмотря на очевидность его конечности. К. Ясперс, проанализировав во «Всеобщей психопатологии» противоречия в коммуникации врача и больного, пришел к выводу: «Наилучший вид их общения – экзистенциальный: врач подходит к больному не как к объекту манипуляции, а как к личности с неповторимой судьбой» [20, с. 571].

«Современный пациент, приобретший к XXI веку помимо физических и душевных недугов еще и экзистенциально-антропологические проблемы, отражением которых является рост числа стран с признанной законодательно эвтаназией, нуждается в гораздо большей человечности, чем больной человек прежних эпох. А медицина, философская составляющая которой уступила место психоанализу и биоэтике, вынужденно делегирует свои функции психологии и праву. Однако ни психоанализ, ни право не в состоянии разрешить страдания человека непосредственно в состоянии болезни и боли – пациент обречен надеяться на врача» [18, с. 94].

Следует отметить, что среди философских работ о враче, содержащих исследования, в основном, проблем морального долга врача в условиях смены нравственных парадигм в медицине, практически отсутствует анализ экзистенциально-антропологических характеристик современного врача-исследователя, позволяющих ему соответствовать запросам современного пациента. И.В. Силуянова считает, что «биомедицинская этика выполняет социальную функцию защиты личности врача» [21]. Однако в условиях современной медицины, когда

ожидания от нее возрастают, а врач находится в неопределенности выбора ценностных ориентиров, только одной социальной функции защиты врача недостаточно.

Изучение личностных проблем врача только психологией переводит его в роль пациента, «страдающего» от больного человека, а также от сопереживания и сострадания ему.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современный врач, вынужденный подчинять собственные категории бытия, такие как любовь к человеку и сострадание, предопределившие его миссию и отличающие его от обывателя, нормам права и корпоративной морали, «обезличивается», превращаясь в обычного функционера. Разрыв между потребностью пациента в «чувствовании» врачом его в болезни и формализованным подходом к лечению со стороны врача увеличивается. Врачу гораздо чаще, чем представителям других профессий, приходится задумываться о смысле бытия, как собственного, так и чужого. И как следствие, о смысле собственной профессии, направленной, в конечном итоге, на неравную борьбу с природой против физической смерти человека. То есть в силу «профессиональной ситуации» врач чаще других оказывается «в ситуациях заботы и страдания и, в особенности,

в пограничной ситуации» [20, с. 310], когда, как считает К. Ясперс, «высвечивается экзистенция». Философ поясняет, что «пограничная ситуация – именно такая, в которой «я не могу жить без борьбы и страдания», в которой я «неизбежно беру вину на себя» и мыслю о «неизбывности смерти»» [20, с. 310]. Наличие у врача естественнонаучного знания, позволяющего видеть человеческий организм как набор тканей и клеток, а сознание пациента как управляемое фармакологическими средствами психику, только усиливает диссонанс между иррациональными и рациональными составляющими в сознании самого врача. Указанная проблема обуславливает изучение феномена современного врача с позиции экзистенциальной философии, позволяющей обозначить отношение врача к собственному существованию и сущности своей профессии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. Москва: Алетейя, 2006. 544 с.
2. Каверин Б.И. Культурология: учебное пособие для вузов. Москва, 2015. 287 с.
3. Черёмушникова И.К. Имидж в эпоху «восстания масс». *Известия Волгоградского государственного технического университета*. 2010;9(69):103–107.
4. Беспалова Т.Н. К вопросу о методологии развития личностного потенциала. *Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского*. 2008;4:83–85.
5. Ежова Е.Ю. Развитие художественной культуры личности в поликультурном образовательном пространстве: автореферат диссертации на соискание степени доктора культурологии. Саранск, 2011. 40 с.

6. Гонтарь О.П. Определение уровня сформированности физической культуры личности студента технического вуза. *Вестник Томского государственного педагогического университета*. 2007;10(88):134–138.
7. Черёмушникова И.К. «Ускользящий феномен»: к вопросу о методе исследования имиджа. *Философия социальных коммуникаций*. 2011;1(14):126–132.
8. Семенова Н.Б. Экономическая культура личности как предмет культурологического анализа. *Гуманитарные и социально-экономические науки*. 2011;4:284–289.
9. Шурыгина О.В. Особенности конфликтов в образовательном процессе вуза. *Приволжский научный журнал*. 2011;4:237–241.
10. Шурыгина О.В. Уровни развития конфликтологической культуры у студентов. *Приволжский научный журнал*. 2011;2:211–216.

11. Мансуров В.А., Иванова Е.Ю. Профессиональная культура в процессе институализации и семейной преемственности. *Теория и практика общественного развития*. 2023;6:43–52.

12. Иванюшкин И.Я. От этики Гиппократа к биоэтике. *Медицинское право и этика*. 2004;1. URL: <https://www.lawmix.ru/med/5515> (дата обращения: 17.06.2023).

13. Тищенко П.Д. Био-власть в эпоху биотехнологий. 178 с. URL: https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/2001/Tishchenko_1.pdf (дата обращения: 15.06.2023).

14. Дарибазарон Э.Ч. Интегральная медицина: социально-философский анализ сущности, концептуальных оснований и перспектив: диссертация доктора философских наук: 09.00.11. Улан-Удэ, 2012. 392 с.

15. Ларионова И.С. Здоровье как социальная ценность: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора филос. наук: 09.00.11. Московский государственный социальный университет. Москва, 2004. URL: <http://cheloveknauka.com/zdorovie-kaksotsialnaya-tsennost> (дата обращения: 17.06.2023).

16. Ильин И.А. Собрание сочинений в 10 т. Т. 3. Путь к очевидности. О призвании врача. Москва: Русская книга, 1994. 592 с.

17. Хубулава Г.Г. Философско-антропологический анализ коммуникации врача и пациента: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора философских наук: 09.00.13. Санкт-Петербург, 2016. 33 с.

18. Камалиева И.Р. Феномен врача в современной культуре. *Мировоззренческие основания культуры современной России: сборник научных трудов XI Международной научной конференции, Магнитогорск, 16–17 апреля 2020 года*. Магнитогорск: Магнитогорский государственный технический университет им. Г. И. Носова, 2020. С. 61–66.

19. Зильбер А.П. Этика и закон в медицине критических состояний. *Этюды критической медицины*. Т. 4. Петрозаводск: Издательство ПетрГУ, 1998, 560 с.

20. Ясперс К. Общая психопатология. Москва: Практика, 1997. 1056 с.

21. Силуянова И.В. Избранные. О профессии врача. Москва: Изд-во «Форма Т», 2008. 256 с.

REFERENCES

1. Derner K. Is a good doctor. Textbook of the main position of the doctor. Moscow, Aleteya, 2006. 544 p. (in Rus.)

2. Kaverin B.I. Cultural studies: a textbook for universities. Moscow, 2015. 287 p. (in Rus.)

3. Cheremushnikova I.K. Image in the era of the «uprising of the masses». *Izvestiya Volgogradskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta = Journal of the Volgograd State Technical University*. 2010;9(69):103–107. (in Rus.)

4. Bupalova T.N. On the methodology of personal potential development. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N.I. Lobachevskogo = Journal of the Nizhny Novgorod University named after N.I. Lobachevsky*. 2008;4:83–85. (in Rus.)

5. Yezhova E.Y. The development of artistic culture of the individual in the multicultural

educational space: abstract of the dissertation for the degree of Doctor of Cultural Studies. Saransk, 2011. 40 p. (in Rus.)

6. Gontar O.P. Determination of the level of formation of physical culture of a student of a technical university. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta = Journal of Tomsk State Pedagogical University*. 2007;10(88):134–138. (in Rus.)

7. Cheremushnikova I.K. «The elusive phenomenon»: on the question of the method of image research. *Filosofija social'nyh kommunikacij = Philosophy of Social Communications*. 2011;1(14):126–132. (in Rus.)

8. Semenova N.B. Economic culture of personality as a subject of cultural analysis. *Gumanitarnye i sotsial'no-ekonomicheskie nauki = Humanities and socio-economic sciences*. 2011;4:284–289. (in Rus.)

9. Shurygina O.V. Features of conflicts in the educational process of the university. *Privolzhskii nauchnyi zhurnal = Volga Scientific Journal*. 2011;4:237-241. (in Rus.)

10. Shurygina O.V. Levels of development of conflictological culture among students. *Privolzhskii nauchnyi zhurnal = Volga Scientific Journal*. 2011;2:211-216. (in Rus.)

11. Mansurov V.A., Ivanova E.Yu. Professional culture in the process of institutionalization and family succession. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya = Theory and practice of social development*. 2023;6:43-52. (in Rus.)

12. Ivanyushkin I.Ya. From Hippocratic ethics to bioethics. *Meditinskoe pravo i etika = Medical law and ethics*. 2004;1. (in Rus.) URL: <https://www.lawmix.ru/med/5515> (accessed: 17.06.2023).

13. Tishchenko P.D. Bio-power in the era of biotechnology. 178 p. (in Rus.) URL: https://iphras.ru/uplfile/root/biblio/2001/Tishchenko_1.pdf (accessed: 15.06.2023).

14. Daribazaron E.Ch. Integral medicine: socio-philosophical analysis of the essence, conceptual foundations and prospects: dissertation of the Doctor of Philosophy: 09.00.11 / Ulan-Ude, 2012. 392 p. (in Rus.)

15. Larionova I.S. Health as a social value: abstract of the dissertation for the degree of Doctor of Philos. Sciences: 09.00.11. Moscow State Social University. Moscow, 2004. (in Rus.)

URL: <http://cheloveknauka.com/zdorovie-kaksotsialnaya-tsennost> (accessed: 17.06.2023).

16. Ilyin I.A. Collected works in 10 vols. 3. The path to evidence. About the vocation of a doctor. Moscow, Russian Book, 1994. 592 p. (in Rus.)

17. Khubulava G.G. Philosophical and anthropological analysis of doctor-patient communication: abstract of the dissertation for the degree of Doctor of Philosophy: 09.00.13. St. Petersburg, 2016. 33 p. (in Rus.)

18. Kamaliev I.R. The phenomenon of the doctor in modern culture. *Mirovozzrencheskie osnovaniya kul'tury sovremennoj Rossii: sbornik nauchnyh trudov XI Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii = Ideological foundations of the culture of modern Russia: Collection of scientific papers of the XI International Scientific Conference*. Magnitogorsk, April 16-17, 2020. Magnitogorsk: Magnitogorsk State Technical University named after G. I. Nosov, 2020:61-66. (in Rus.)

19. Silber A.P. Ethics and law in critical condition medicine. *Jetjudy kriticheskoj mediciny = Etudes of critical medicine*. Vol. 4. Petrozavodsk: PetrSU Publishing House, 1998, 560 p. (in Rus.)

20. Jaspers K. General psychopathology. Moscow, Praktika, 1997. 1056 p. (in Rus.)

21. Siluyanov I.V. Selected. About the profession of a doctor. Moscow, Publishing house «Form T», 2008. 256 p. (in Rus.)

УДК 614.253

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕЙРОННОЙ СЕТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Антон Георгиевич Ершов✉

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия,
Ershovag071296@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3966-2813>

Анастасия Александровна Малякина

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия,
amalyakina0320@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3703-6667>

Аннотация. Нейронная сеть – это математическая модель, построенная по принципу организации и функционирования, подобно сети нервных клеток живого организма. Проблема искусственной имитации человеческого мышления является актуальной на протяжении нескольких столетий. Стремительно растущее число научных данных, подтвержденных как экспериментальными, так и статистическими методами, которые необходимо учитывать при определении лечебной тактики у каждого конкретного пациента, не позволяет практикующему врачу своевременно внедрять их в свою профессиональную деятельность. Большинство современных систем оценки факторов риска, применяемых на практике, построено с учетом лишь нескольких ранее хорошо известных. В связи с этим возрастает необходимость в разработке программного инструмента, быстро адаптируемого под постоянно изменяющийся объем обрабатываемой информации и обеспечивающий статистически правдивые расчеты, которые могут быть использованы для разработки персонализированной лечебной тактики, с учетом индивидуальных статистически рассчитанных рисков и особенностей каждого пациента. С учетом возможных рисков и ошибок, обусловленных применением нейронных сетей, данные программные расчеты должны стать подспорьем, но не решающим фактором. Окончательное решение должно приниматься лично лечащим врачом на основе незыблемых постулатов пропедевтики: анамнез, собранный при личном разговоре с пациентом, физикальный осмотр, результаты инструментального и лабораторного обследования.

Ключевые слова: этика и деонтология, нейронные сети, врач и пациент, современные технологии, оптимизация работы

ETHICAL PROBLEMS OF USING A NEURAL NETWORK IN MEDICAL PRACTICE

Anton G. Ershov✉

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
Ershovag071296@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3966-2813>

Anastasia A. Malykina

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
amalyakina0320@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3703-6667>

Abstract. A neural network is a mathematical model built on the principle of organization and functioning like a network of nerve cells of a living organism. The problem of artificial imitation of human thinking has been relevant for several centuries. The rapidly growing number of scientific data, confirmed by

both experimental and statistical methods, which must be taken into account when determining treatment tactics for each individual patient, does not allow the practitioner to implement them in his professional activity in a timely manner. Most of the modern risk factor assessment systems used in practice are built taking into account only a few previously well-known ones. In this regard, there is an increasing need to develop a software tool that quickly adapts to the constantly changing volume of processed information and provides statistically truthful calculations that can be used to develop personalized treatment tactics, taking into account the individual statistically calculated risks and characteristics of each patient. Taking into account the possible risks and errors caused by the use of neural networks, these program calculations should become a help, but a non-deciding factor. The final decision should be made personally by the attending physician on the basis of the unshakable postulates of propaedeutics: anamnesis collected during a personal conversation with the patient, physical examination, results of instrumental and laboratory examination.

Keywords: ethics and deontology, neural networks, doctor and patient, modern technologies, optimization of work

ВВЕДЕНИЕ

Нейронная сеть. Проблема искусственной имитации человеческого мышления является актуальной на протяжении нескольких столетий. Более 50 лет назад были созданы первые электронные модели нервных клеток, появилось много работ по новым математическим моделям и обучающим алгоритмам. В настоящее время искусственные нейронные сети представляют наибольший

интерес для ученых. С каждым годом понятия «искусственный интеллект», «машинное обучение» и «глубокое обучение» вызывают все больший интерес во всем мире. Данная заинтересованность прослеживается по росту числа запросов с 10 до 100, включающих зарегистрированные в поисковой системе Google ключевые слова, за период с 2013 по 2018 г. [1, 2].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Нейронная сеть – это математическая модель, построенная по принципу организации и функционирования подобно сети нервных клеток живого организма. Искусственная нейронная сеть (ИНС) состоит из множества простых вычислительных элементов – нейронов, каждый из которых имитирует поведение отдельной клетки человеческого мозга. Нейроны представляют собой простые, однотипные элементы, имитирующие работу нейронов мозга. Так же, как и нервные клетки головного мозга, нейроны могут быть возбуждены и заторможены. Каждый нейрон в нейронной сети преобразует входные сигналы в выходной сигнал и связан с другими нейронами. Входные нейроны формируют интерфейс нейронной сети. Все слои нейронной сети обрабатывают

эти сигналы до тех пор, пока те не достигнут выходного слоя [2, 3].

Основной задачей нейронной сети является преобразование информации. Для этого предварительно обучают сеть. Обучение нейронной сети в здравоохранении – это интерактивный процесс, результатом которого является обнаружение ИНС скрытых нелинейных зависимостей между исходными параметрами с различными нарушениями здоровья, их характеристиками и конечным результатом (диагнозом, прогнозом), с оптимальной комбинацией весовых коэффициентов нейронов, соединяющих соседние слои, и стремящейся к минимуму погрешности определения класса образа [4]. Результат обучения ИНС напрямую зависит от количества и качества исходных данных. При обучении используются

идеальные (эталонные) значения пар и обучающий алгоритм. Обучающий алгоритм модифицирует отдельные нейроны сети и веса ее связей таким образом, чтобы поведение сети соответствовало желаемому поведению [4].

Обучение нейронной сети происходит в несколько этапов [2, 4, 5, 6]:

1) сбор данных эталонных значений у здоровых субъектов, без каких-либо аномалий или травм опорно-двигательного аппарата;

2) предварительный анализ данных с целью выявления среднестатистического эталонного значения, позволяющий подобрать наиболее подходящую архитектуру ИНС;

3) генерация обучающей выборки, включающей в себя среднестатистический эталонный образец, а также отклонения от него;

4) непосредственное обучение и тестирование распознающей способности разработанной нейронной сети.

В отношении эффективности применение искусственного интеллекта возможно использовать следующее суждение: чем больше данных, тем точнее прогноз. Медицина является наукой, в которой за большой промежуток времени накоплен колоссальный объем данных, поэтому применение ИНС в этой области оправдано и весьма выгодно экономически. По предварительным оценкам, использование ИНС на больших наборах данных в медицине и фармацевтике может сократить расходы на 70–100 млрд долларов в год [3, 7].

Роль врача. Несмотря на то, что нейронные сети были введены в медицину с целью полностью заменить специалиста на этапе постановки диагноза, необходимость участия врача в этом процессе неоспорима [6, 8]. Самым важным вариантом использования нейронных сетей в медицине является возможность создания логической схемы. Врач получает информацию о больном при непосредственном осмотре пациента. ИНС выдает результат – диагноз, но окончательное право принятия решения остается за врачом [6]. Информационно-поисковая система (ИПС) в данной схеме необходима

для компенсации возможного недостатка знаний врача при сложных и редких клинических случаях и выступает в роли консультанта. Растущие объемы информации, появление новейших диагностических и лечебных технологий требуют новых подходов к обработке и интерпретации медицинских данных, к возможности накопления, хранения и использования опыта квалифицированных специалистов [3].

Также стоит отметить такой аспект, как сохранение системы межличностных коммуникаций «человек – человек» и ее противостояние с искусственным интеллектом (ИИ), чтобы предотвратить развитие ситуации, при которой врачи из-за применения ИИ теряют контроль и способность общаться с пациентом в процессе лечения [1, 5, 9]. Врачи должны иметь возможность обследовать пациентов вручную, оказывать неотложную помощь и сердечно-легочную реанимацию без помощи ИИ. Также очень важно поддерживать соответствующие эмоциональные и этические компоненты во время общения между доктором и пациентом в окружении технологий и ИИ.

Ошибки. В исследованиях нейронные сети использовались как «гибкий» инструмент для работы с большим количеством взаимосвязанной информации в вопросе формирования какого-либо решения [3, 10, 11, 12, 13, 14, 15]. Но эти расчеты были лишь инструментом для лучшего восприятия информации. Решающее слово всегда остается за лечащим врачом. Применение ИИ не освобождает врача от задач по самостоятельной проверке групп риска пациентов, но может заметно облегчить его работу [16, 17].

Риски. Основными рисками при применении ИНС являются:

1. «Слепое» доверие. Нейронная сеть не дает никаких документальных обоснований того, почему она считает именно этот диагноз правильным. И врачам остается только в прямом смысле слова «доверять машине», что их не вполне устраивает [16, 18].

2. Этические аспекты и вопросы безопасности данных. Контроль доступа

к персональным данным пациента для соблюдения конфиденциальности, но без ограничения работы программного обеспечения. Сохраняется вероятность использования искусственного интеллекта преступными группами посредством взлома [2, 16].

3. Качество сбора данных. Конструктивное заполнение первичной медицинской документации по единым стандартам для их последующей возможной полноценной статистической обработки [2, 6, 19].

4. Поиск «правды». Источники могут содержать сложные и разнородные описания одних и тех же патологических процессов, составленных на личном опыте практикующих врачей, либо не передающих истинных данных в контексте, либо намеренно утаивающих некоторые аспекты течения болезни [3, 4, 6].

5. Выбор метода обучения. Сложная модель обучения повышает вероятность ошибки. Недостаточно сложная модель обучения не полностью использует данные и не обеспечивает получение достоверных результатов [18, 20, 21].

6. «Пропасть» ИИ. Проблема внедрения обученных и проверенных алгоритмов машинного обучения в клиническую практику заключается в том, что даже качественный, точный алгоритм может оказаться неэффективным при использовании данных другого качества (то есть узконаправленность нейронных сетей) [3, 4].

Эффективность использования ИНС в различных областях. Использование ИНС в медицине можно разделить на три уровня: для врачей – для быстрой и точной интерпретации изображений; для систем здравоохранения – за счет улучшения рабочего процесса и возможности уменьшения количества медицинских ошибок; и для пациентов – предоставления им возможности обрабатывать свои собственные данные в целях укрепления здоровья [4, 22, 23, 24].

В медицине ИНС в основном решают задачи по ранней диагностике, мониторингу состояния здоровья пациента, прогнозированию рисков развития заболеваний, осложнениям, эффективности лечения, планированию

лечения, основываясь на быстрой обработке и интерпретации большого числа данных [3, 5, 7, 10, 12, 25, 26].

Педиатрия. Возможность применения ИНС для прогнозирования течения постгипоксических нарушений сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей показали Т. В. Чаша с соавторами. Для обучения ИНС был использован метод случайного поиска, генетический алгоритм и метод обратного распространения ошибки, последний оказался наиболее эффективным и продемонстрировал распознавание ST-T-нарушений и дисфункции миокарда [3].

Генетика. Компанией Google был разработан инструмент DeepVariant для анализа генетической информации. Анализировать генетическую информацию и выявлять даже небольшие мутации очень важно, ведь это помогает превратить сложные данные в целостную картину полного генома. Анализ ДНК также представлен программами Human Longevity, Deep Genomics и Sophia Genetics [16].

Кардиология. Возможность определения коронарного атеросклероза с точностью 96 % и ишемической болезни сердца 94 % предлагается А. Г. Сбоевым и соавторами, на основании разработанной модели ИНС, представляющей собой многослойный перцептрон с двумя скрытыми слоями [16]. Джиготи Сони и соавторы создали веб-интерфейс интеллектуальной системы прогнозирования риска развития сердечной недостаточности (IHDP). Обучение проводилось по 13 закодированным числовым параметрам (антропометрическим, анамнестическим, лабораторным) при помощи трех машинных алгоритмов с контролируемым управлением (байесовская сеть, K-NN, Decision List algorithm) в Java-платформе. В результате эксперимента предсказанный взвешенным ассоциативным классификатором риск развития заболеваний сердца составил 81,51 % [4, 19].

Акушерство. Применение самообучающейся нейронной сети показало свою эффективность при прогнозировании рисков

развития тромбогеморрагических осложнений в акушерской и неонатальной практике [3]. Всем пациенткам с анамнестическими данными и лабораторно выявленными нарушениями в системе гемостаза был произведен расчет риска развития коагулопатических состояний во время родов и в послеродовом периоде с помощью самообучающихся нейронных сетей. Это позволило выделить группу риска и своевременно произвести мероприятия по коррекции нарушений свертывающей системы крови. Своевременная и адекватная нормализация в системе гемостаза у матерей и их новорожденных детей привела к значительному снижению осложнений со стороны свертывающей системы, а также к уменьшению смертности рожениц и их детей в интранатальный период. Раннее прогнозирование тромбогеморрагических осложнений основано на комплексном обследовании матерей в дородовой период и должно включать клинико-анамнестические данные и результаты лабораторного исследования.

Также попытка применения ИИ производилась в вопросе двух «Больших загадок акушерства»: преждевременные роды и преэклампсия-эклампсия [7, 16, 17, 23].

Зарубежными исследователями проведено множество исследований с применением алгоритмов ИИ для прогнозирования преждевременных родов [7, 16, 23], выделено и подкреплено программными расчетами множество факторов риска данной акушерской ситуации. При этом полученные результаты превышали данные, полученные при помощи стандартных методов статистики, что говорит о высокой прогностической способности алгоритмов машинного обучения.

А. А. Ившин, Т. З. Багаудин в 2021 году с успехом применили ИИ в вопросе прогнозирования вероятности развития преэклампсии, как состояния предшествующего более опасному осложнению беременности – эклампсии [7, 12]. Что очень актуально в виду роста числа коморбидных пациенток и повышения возраста наступления первой беременности и родов.

Помимо всего вышеперечисленного, использование ИНС нашло широкое применение в диагностике следующих заболеваний:

- злокачественных новообразований, таких как рак печени, поджелудочной железы, дифференциальной диагностики опухолей щитовидной железы и головного мозга, прогнозирования рака мочевого пузыря, определения групп повышенного риска заболевания раком молочной железы, выявления рака предстательной железы, диагностике и прогнозировании выживаемости при раке толстой кишки [5, 12, 13, 16];

- в области пульмонологии для дифференциальной диагностики интерстициальных заболеваний легких, острой тромбоэмболии легких, дифференциальной диагностики бронхиальной астмы и рецидивирующей бронхолегочной патологии у детей [2, 16];

- желудочно-кишечного тракта для дифференциальной диагностики заболеваний печени и прогнозировании развития абдоминального сепсиса у больных тяжелым острым панкреатитом [2, 16];

- нейродегенеративных расстройств, таких как болезни Альцгеймера, Паркинсона, Гентингтона, Пика и др. Диагностика деменции при использовании модели на основе вероятностной нейронной сети, а также прогнозирование развития когнитивных нарушений и деменции у лиц пожилого возраста [2, 6, 16].

Эпидемиологическое прогнозирование инфекционной заболеваемости, с целью принятия своевременных и исчерпывающих мер по предупреждению возникновения и развития очагов инфекционных заболеваний, при этом, как правило, проводится корреляционный анализ с методом сопутствующих изменений, используемые при расчетах прогноза заболеваемости [2, 4, 6].

В медицинской реабилитации ИНС используется с целью анализа движений человека, позы, амплитуды движений и ее ограничений, биомеханических параметров, а также эффективности проводимых реабилитационных мероприятий на разных этапах [8, 9, 10, 14, 15, 18, 21, 22, 24, 25, 26].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение стоит отметить основные этические проблемы, возникающие при внедрении ИНС в медицинскую практику [2, 3, 4, 5, 6]. К ним относятся:

1. Возможность когнитивных систем принимать ошибочные решения.

2. Неопределенность субъекта, который несет ответственность, когда ИНС используется для поддержки принятия решений.

3. Трудности в проверке выходных данных систем ИНС.

4. Качество данных, используемых для обучения систем ИНС.

5. Обеспечение защиты конфиденциальных данных.

6. Возможность использования ИИ в злонамеренных целях.

7. Господство модели технического типа может привести в дальнейшем к обезличиванию больного и к элиминации контакта между врачом и пациентом.

8. Замена многих врачей роботами и потеря ими своих рабочих мест.

9. Отсутствие эмоциональной связи между врачом и пациентом.

10. Снижение уровня ответственности врача и утрата врачами специализированных навыков.

11. Эмоциональное воздействие работа на пациента, особенно в области реабилитационной медицины.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Кукареко А.В. Способы машинного обучения для выявления ошибок выполнения упражнений на Smart-тренажере. *BIG DATA and Advanced Analytics: сборник материалов VI Международной научно-практической конференции, Минск, 20-21 мая 2020 года*. В 3 ч. Ч. 2. Минск: Бестпринт, 2020. С. 214–224.

2. Луговская А.М. Искусственные нейронные сети в медицинской диагностике. *Сборник 54-й научной конференции аспирантов, магистрантов и студентов БГУИР*. Минск, 2018. С. 182–183.

3. Бондарь Т.П., Цатурян Е.О., Дерябин М.А., Зайцев А.А. Применение самообучающейся нейронной сети для прогноза развития тромбеморрагических осложнений в акушерской и неонатальной практике. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2013;2:282–286.

4. Голубков А.В., Гаврилова М.П. Применение искусственных нейронных сетей в профилактической и клинической медицине (научный обзор). *Профилактическая и клиническая медицина*. 2020;4(77):30–39.

5. Лезарева Н.В. Экспертная система для дифференциальной диагностики «Острого живота в акушерстве и гинекологии».

Казанский медицинский журнал. 2008;89(5):591–595.

6. Лемешкин Р.Н. и др. Системы интеллектуального анализа медицинской информации как главный помощник врача лучевой диагностики. *Известия Российской Военно-медицинской академии*. 2019;38(4):148–150.

7. Ившин А.А., Болдина Ю.С., Гусев А.В. Роль искусственного интеллекта в прогнозировании преждевременных родов. *Проблемы репродукции*. 2021;27(5):121–129.

8. Вельможко Н.И. Разработка алгоритма распознавания физических упражнений. *Физика и радиоэлектроника в медицине и экологии – ФРЭМЭ'2020: Труды XIV Международной научной конференции с научной молодежной школой им. И.Н. Спиридонова, Владимир-Суздаль*. 2020. Т. 2. С. 94–99.

9. Chen J., Or C. K., Chen T. Effectiveness of using virtual reality-supported exercise therapy for upper extremity motor rehabilitation in patients with stroke: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(6):24111.

10. Вельможко Н.И. Анализ изменения параметров человеческого тела в процессе

выполнения физических упражнений с помощью видеоконтроллера Kinect. *Политехнический молодежный журнал МГТУ имени Н.Э. Баумана*. 2020;3(44).

11. Вишнякова П.А., Капрулевич Е.А., Кириллова А.О. и др. Применение алгоритмов машинного обучения в патоморфологии и вспомогательных репродуктивных технологиях. *Акушерство и гинекология*. 2021;10:38–46.

12. Ившин А.А., Багаудин Т.З., Гусев А.В. Прогнозирование преэклампсии с использованием технологий искусственного интеллекта. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2021;15(5):576–585.

13. Камолова Ю.М., Музафарова Л.Х. Применение нейронных сетей при диагностике злокачественных опухолей кожи. *Science and Education*. 2020;1(6):98–105.

14. Beshara P. et al. The reliability of the microsoft kinect and ambulatory sensor-based motion tracking devices to measure shoulder range-of-motion: A systematic review and meta-analysis. *Sensors*. 2021;21(24):8186.

15. Beshara P. et al. The Reliability and validity of wearable inertial sensors coupled with the microsoft kinect to measure shoulder range-of-motion. *Sensors*. 2020;20(24):7238.

16. Мелдо А.А., Уткин Л.В., Трофимова Т.Н. Искусственный интеллект в медицине: современное состояние и основные направления развития интеллектуальной диагностики. *Лучевая диагностика и терапия*. 2020;11(1):9–17.

17. Таранов Ю.А. Прогнозирование патологии в перинатальном центре на основе нейронной сети. *Фундаментальные исследования*. 2014;9(1):50–54.

18. Тугенгольд А.К., Скубак П.Г., Гурин И.В. Разработка экспертной системы на основе искусственных нейронных сетей для оценки состояния сенсомоторных функций пациента и параметров реабилитации в реальном масштабе времени с целью формирования прогнозов и рекомендаций

по адаптации в процессе реабилитации. *Discovery Science Research*. 2020:94–103.

19. Чумак П.С., Пронин В.Д., Толмачев С.В. и др. Персонализированная медицинская реабилитация. Перспективы внедрения систем поддержки принятия врачебных решений. *Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов: Материалы научно-практической конференции*. Москва, 2020. С. 78–79.

20. Сергеев Н.С., Чеховский Д.В. Распознавание частей человеческого тела глубокими нейронными сетями. *Известия Тульского государственного университета. Технические науки*. 2021;9:130–134.

21. Balta D. et al. Estimating infant upper extremities motion with an RGB-D camera and markerless deep neural network tracking: A validation study. *2022 44th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine & Biology Society (EMBC)*. IEEE, 2022. P. 2548–2551.

22. Дёмин К.С., Марьенков А.Н. Методы распознавания движений человека с применением технологий нейронных сетей. *Математические методы в технике и технологиях-ММТТ*. 2020;8:135–138.

23. Ившин А.А., Гусев А.В., Новицкий Р.Э. Искусственный интеллект: предиктивная аналитика перинатального риска. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2020;19(6):133–144.

24. Кузнецов А.Ю. Исследование движения человека в системах компьютерного зрения на основе скелетной модели. *Научно-технический вестник информационных технологий, механики и оптики*. 2021;21(4):571–577.

25. Поляков П.И. Система определения положения тела человека с помощью метода биомеханики и технологии захвата движений. *Исследовательский потенциал молодых ученых: взгляд в будущее*. Москва, 2020. С. 153–157.

26. Фаттахова Л.Ф. Отслеживание движений человека с помощью искусственной нейронной сети OPEN POSE. *Информационные технологии. Проблемы и решения*. 2020; 3:156–160.

REFERENCES

1. Kukareko A.V. Methods of machine learning to identify errors in performing exercises on a Smart simulator. *BIG DATA and Advanced Analytics: sbornik materialov VI Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii = BIG DATA and Advanced Analytics: collection of materials of the VI International Scientific and Practical Conference*. Minsk, May 20-21, 2020: at 3 p.m. 2. Minsk, Bestprint, 2020:214–224. (in Rus.)
2. Lugovskaya A.M. Artificial neural networks in medical diagnostics. *Sbornik 54-j nauchnoj konferencii aspirantov, magistrantov i studentov BGUIR = Collection of the 54th scientific conference of postgraduates, undergraduates and students of BSUIR*. Minsk, 2018:182–183. (in Rus.)
3. Bondar T.P., Tsaturyan E.O., Deryabin M.A., Zaitsev A.A. Application of self-learning neural network for the prognosis of thrombohemorrhagic complications in obstetric and neonatal practice. *Saratovskii nauchno-meditsinskii zhurnal = Saratov Scientific and Medical Journal*. 2013;2:282–286. (in Rus.)
4. Golubkov A.V., Gavrilova M.P. Application of artificial neural networks in preventive and clinical medicine (scientific review). *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina = Preventive and clinical medicine*. 2020;4(77): 30–39. (in Rus.)
5. Lezareva N.V. Expert system for differential diagnosis of «Acute abdomen in obstetrics and gynecology». *Kazanskii meditsinskii zhurnal = Kazan Medical Journal*. 2008;89(5):591–595. (in Rus.)
6. Lemeshkin R.N. et al. Systems of intelligent analysis of medical information as the main assistant to the doctor of radiation diagnostics. *Izvestiya Rossiiskoi Voenno-meditsinskoi akademii = News of the Russian Military Medical Academy*. 2019;38(4):148–150. (in Rus.)
7. Ivshin A.A., Boldina Yu.S., Gusev A.V. The role of artificial intelligence in predicting premature birth. *Problemy reproduksii = Reproduction problems*. 2021;27(5):121–129. (in Rus.)
8. Velmozhko N.I. Development of an algorithm for recognizing physical exercises. *Fizika i radioelektronika v medicine i jekologii – FRJeMJe'2020: Trudy XIV Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii s nauchnoj molodezhnoj shkoloj im. I.N. Spiridonova = Physics and radio electronics in medicine and ecology – FRAME 2020: Proceedings of the XIV International Scientific Conference with the I.N. Spiridonov Scientific Youth School*. Vladimir-Suzdal. 2020. 2020;2:94–99. (in Rus.)
9. Chen J., Or C. K., Chen T. Effectiveness of using virtual reality-supported exercise therapy for upper extremity motor rehabilitation in patients with stroke: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(6):24111.
10. Velmozhko N.I. Analysis of changes in the parameters of the human body during exercise using the Kinect video controller. *Politekhnikeskii molodezhnyi zhurnal MGTU im. N.E. Baumana = Polytechnic Journal of Bauman Moscow State Technical University*. 2020;3(44). (in Rus.)
11. Vishnyakova P.A., Kaprulevich E.A., Kirillova A.O. et al. Application of machine learning algorithms in pathomorphology and assisted reproductive technologies. *Akusherstvo i ginekologiya = Obstetrics and gynecology*. 2021;10:38–46. (in Rus.)
12. Ivshin A.A., Bagaudin T.Z., Gusev A.V. Prediction of preeclampsia using artificial intelligence technologies. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya = Obstetrics, gynecology and reproduction*. 2021;15(5):576–585. (in Rus.)
13. Kamolova Yu.M., Muzafarova L.H. The use of neural networks in the diagnosis of malignant skin tumors. *Science and Education*. 2020;1(6):98–105. (in Rus.)
14. Beshara P. et al. The reliability of the microsoft kinect and ambulatory sensor-based motion tracking devices to measure shoulder range-of-motion: A systematic review and meta-analysis. *Sensors*. 2021;21(24):8186.

15. Beshara P. et al. The Reliability and validity of wearable inertial sensors coupled with the microsoft kinect to measure shoulder range-of-motion. *Sensors*. 2020;20(24):7238.

16. Meldo A.A., Utkin L.V., Trofimova T.N. Artificial intelligence in medicine: current state and main directions of development of intellectual diagnostics. *Luchevaya diagnostika i terapiya = Radiation diagnostics and therapy*. 2020;11(1):9–17. (in Rus.)

17. Taranov Yu.A. Pathology prediction in the perinatal center based on a neural network. *Fundamental'nye issledovaniya = Fundamental research*. 2014;9(1):50–54. (in Rus.)

18. Tugengold A.K., Skubak P.G., Gurin I.V. Development of an expert system based on artificial neural networks for assessing the state of the patient's sensorimotor functions and rehabilitation parameters in real time in order to form forecasts and recommendations for adaptation in the rehabilitation process. *Discovery Science Research*. 2020:94–103. (in Rus.)

19. Chumak P.S., Pronin V.D., Tolmachev S.V. et al. Personalized medical rehabilitation. Prospects for the introduction of medical decision support systems. *Kompleksnaja rehabilitacija i abilitacija invalidov: Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii = Complex rehabilitation and habilitation of disabled people: Materials of the scientific and practical conference*. Moscow, 2020:78–79. (in Rus.)

20. Sergeev N.S., Chekhov D.V. Recognition of human body parts by deep neural networks. *Izvestiya Tul'skogo gosudarstvennogo universiteta. Tekhnicheskie nauki = Journal of Tula State*

University. Technical sciences. 2021;9:130–134. (in Rus.)

21. Balta D. et al. Estimating infant upper extremities motion with an RGB-D camera and markerless deep neural network tracking: A validation study. *2022 44th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine & Biology Society (EMBC)*. IEEE, 2022:2548–2551.

22. Demin K.S., Marienkov A.N. Methods of recognition of human movements using neural network technologies. *Matematicheskie metody v tekhnike i tekhnologiyakh-MMTT = Mathematical methods in engineering and technology-MMTT*. 2020;8:135–138. (in Rus.)

23. Ivshin A.A., Gusev A.V., Novitsky R.E. Artificial intelligence: predictive analytics of perinatal risk. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii = Questions of gynecology, obstetrics and perinatology*. 2020;19(6):133–144. (in Rus.)

24. Kuznetsov A.Yu. Study of human movement in computer vision systems based on a skeletal model. *Scientific and Technical Bulletin of Information Technologies, Mechanics and Optics*. 2021;21(4):571–577. (in Rus.)

25. Polyakov P.I. The system of determining the position of the human body using the method of biomechanics and motion capture technology. *Issledovatel'skij potencial molodyh uchenyh: vzgljad v budushhee = Research potential of young scientists: a look into the future*. Moscow, 2020:153–157. (in Rus.)

26. Fattakhova L.F. Tracking human movements using an artificial neural network OPEN POSE. *Informatsionnye tekhnologii. Problemy i resheniya = Information technology. Problems and solutions*. 2020;3:156–160. (in Rus.)

МЕТОД НЕВЕРБАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ РЕФЛЕКСИИ У ПАЦИЕНТА ПРИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ

Юрий Васильевич Гуров

Волгоград, Россия

Jurijgurov@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0005-8363-669X>

Аннотация. Обосновывается практическая значимость авторского теста в определении степени рефлексии у пациента, так как его результаты могут служить индикатором определенной рефлекторной реакции организма, что позволяет выбрать адекватную стратегию психокоррекции. Авторский тест основан на особенностях первичных рефлекторных реакций в ответ на внешнее воздействие. Для оператора – врача, психолога – наблюдение за характером рефлекторных реакций пациента является дополнительным источником информации, позволяющим делать определенные практические выводы. Тест позволяет в режиме «здесь и сейчас» оценить степень эмпатии пациента и его склонность к обсессивно-компульсивным расстройствам.

Ключевые слова: психотерапия, рефлексия у пациента, эмпатия, семантическое поле, психокоррекция

METHOD OF NONVERBAL ASSESSMENT OF THE DEGREE OF REFLECTION IN A PATIENT DURING PSYCHOTHERAPEUTIC COUNSELING

Yuri V. Gurov

Volgograd, Russia

Jurijgurov@rambler.ru, <https://orcid.org/0009-0005-8363-669X>

Abstract. The practical significance of the author's test for the degree of reflection in the patient is substantiated, since its results can serve as an indicator of a certain reflex reaction of the body, which allows you to choose an adequate strategy of psychocorrection. The author's test is based on the features of primary reflex reactions in response to external influences. For an operator – a doctor, a psychologist – observing the nature of the patient's reflex reactions is an additional source of information that allows you to draw certain practical conclusions. The test allows you to assess the degree of empathy of the patient and his tendency to obsessive-compulsive disorders in the «here and now» mode.

Keywords: psychotherapy, patient reflection, empathy, semantic field, psychocorrection

ВВЕДЕНИЕ

При интегративном подходе к консультированию в психотерапии при сборе информации о пациенте психотерапевт может использовать различные каналы получения информации – вербальные и невербальные. В качестве одного из невербальных методов

получения информации о пациенте нами используется авторский тест оценки рефлексии.

Цель работы

Выявление и анализ особенностей сбора информации о пациенте на консультации посредством авторского теста на рефлекссию.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В процессе многолетнего психологического консультирования нами был разработан тест на рефлекссию, который применяется нами при индивидуальной и групповой психотерапии, при семейном консультировании, а также при решении проблем, связанных с антиципацией девиантного поведения [1].

Для оператора – врача, психолога – наблюдение за характером рефлекторных реакций пациента является дополнительным источником информации, позволяющим делать определенные практические выводы.

Мы используем в этом отношении авторский тест, основанный на особенностях первичных рефлекторных реакций в ответ на внешнее воздействие.

Тест проводится следующим образом: пациенту предлагается принять модифицированную позу Ромберга (руки вдоль туловища, глаза открыты). Оператор отводит попеременно и неоднократно руки пациента в стороны, и по полученным результатам выделяет у него различные типы ответной рефлекторной реакции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате могут наблюдаться три типа ответной реакции:

1. Отсутствие рефлекса, которое является показателем достаточной релаксации у человека и свидетельствует о недостаточности у него эмпатийной емкости.

Стратегия психокоррекции:

Первоначально определяется тип личности пациента по психологической адаптации (объектоверт – пассив или актив – или субъектоверт – пассив или актив – то есть один из четырех типов личности) [2] путем анализа его семантического поля [3, 4]. При этом надо учитывать, что формирование у объектоверта (в процессе поведенческой терапии) адаптивного поведения будет способствовать у него когнитивной гибкости, а для субъектоверта развитие когнитивной гибкости (в процессе РЕТ терапии определенных аффирмаций) приведет к адаптивному поведению.

Кроме того, при акупунктурном сопровождении (если это требуется) включается

воздействие через аурикулярные биологически активные точки (БАТ) с противострессорным, противовоспалительным и противоаллергическим эффектом.

2. Слабая выраженность рефлекторной реакции, когда пациент способен с помощью оператора осознать рефлекторность своего поведения и купировать этот рефлекс.

Стратегия психокоррекции:

Методы из п. 1 дополняются акупунктурной стимуляцией аурикулярной БАТ, связанной с корой головного мозга, так как известно, что при снижении у человека тонуса коры у него возрастает процесс психического аутомоделирования с эффектом самоподражания.

3. Есть рефлекс. Оператор указывает пациенту на рефлекс, пациент осознает рефлекторность поведения, но сознательно не может его контролировать в полной мере (надо отметить, что в п. 2 и 3 регистрируемую форму эмпатии можно классифицировать как

высшую, включающую когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты).

Стратегия психокоррекции:

Кроме методов из п. 1 и 2 желательно заменить один рефлекс другим с целью его купирования. Например, упражнениями

из звезды саморегуляции Хасая Алиева – «руки-плети», «ямщик», так как при данной степени выраженности рефлексии человек может быть склонен к обсессивно-компульсивным расстройствам, в том числе к различного рода зависимостям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Информация о степени выраженности рефлексии у пациента необходима, на наш взгляд, для выбора в дальнейшем стратегии психокоррекционной работы, в том числе в рамках интегративного подхода в психотерапии.

Разработанный способ сбора информации о пациенте реализуется очень быстро, в течение

нескольких минут; прост, так как может быть осуществлен любым оператором, а для объективизации процесса можно использовать контроль с помощью технических средств. Тест позволяет в режиме «здесь и сейчас» оценить степень эмпатии пациента и его склонность к обсессивно-компульсивным расстройствам.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Патент 2222252 РФ, МПК А61В 5/14. Способ анализа предрасположенности к девиантному поведению / Заявители и авторы Мулик А.Б., Авдеева-Федосеева Ж.А., Гуров Ю.В., патентообладатели Волгоградский государственный университет, Мулик А.Б., Авдеева-Федосеева Ж.А., Гуров Ю.В. № 2001119022/14; заявл. 09.07.01; опубл. 13.06.03, Бюл. № 06. 5 с.

2. Гуров Ю.В. Активная саморегуляция: теоретические и практические аспекты: монография. Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2018. 262 с.

3. Патент 2144316 РФ, МПК А61В 5/16. Способ анализа семантического поля / Заявители, патентообладатели и авторы Гуров Ю.В., Гуров Д.Ю. № 96119286/14; заявл. 27.09.96; опубл. 20.01.00, Бюл. 04. 5с. (Опубликовано Европейским патентным офисом на сайте: esp@cenet).

4. Патент 2277853 РФ, МПК А61В 5/13, А61М 21/00. Способ анализа семантического поля / Заявители, патентообладатели и авторы Гуров Ю.В., Гуров Д.Ю., Лященко В.В. № 2004113165/14; заявл. 28.04.04; опубл. 20.06.06, Бюл. № 08. 5 с.

REFERENCES

1. Patent 2222252 of the Russian Federation, IPC A61B 5/14. Method for analyzing predisposition to deviant behavior. Applicants and authors Mulik A.B., Avdeeva-Fedoseeva Zh.A., Gurov Yu.V., patent holders Volgograd State University, Mulik A.B., Avdeeva-Fedoseeva Zh.A., Gurov Yu.V. No. 2001119022/14; application 09.07.01; publ. 13.06.03, Byul. No. 06. 5p. (in Rus.)

2. Gurov Yu.V. Active self-regulation: theoretical and practical aspects: monograph. Volgograd, VolgSMU Publishing House, 2018. 262 p. (in Rus.)

3. Patent 2144316 of the Russian Federation, IPC A61B 5/16. Method of semantic field analysis. Applicants, patent holders and authors Gurov Yu.V., Gurov D.Yu. No. 96119286/14; application 27.09.96; publ. 20.01.00, Bul. 04. 5p. (Published by the European Patent Office on website: esp@cenet). (in Rus.)

4. Patent 2277853 RF, IPC A61V 5/13, A61M 21/00. Method of semantic field analysis. Applicants, patent holders and authors Gurov Yu.V., Gurov D.Yu., Lyashenko V.V. No. 2004113165/14; application 28.04.04; publ. 20.06.06, Bul. No. 08. 5 p. (in Rus.)

УДК 617.58-005.4:616.42:616.379-008.64-085.31

РОЛЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Юлия Александровна Дьячкова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
august.25@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8687-4777>

Аннотация. Проблема высокого уровня заболеваемости сахарным диабетом и пути ее решения рассматриваются как отечественными, так и зарубежными авторами. Частота развития осложнений сахарного диабета, особенно макроангиопатий, высока, что позволяет относить данную патологию в группу кардиоваскулярных заболеваний. Одним из осложнений сахарного диабета хирургического профиля является повреждение артерий нижних конечностей атеросклеротического генеза с развитием критической ишемии, угрожающей потерей конечности. Проводимые реваскуляризирующие оперативные вмешательства при критической ишемии нижних конечностей обязательно должны сочетаться с медикаментозным лечением, включающим патогенетическое лечение атеросклероза, коррекцию сахарного диабета и сопутствующей, прежде всего сердечно-сосудистой, патологии в соответствии с утвержденными клиническими рекомендациями. Неудовлетворенность результатами лечения данной группы пациентов ведет к поиску новых мишеней лекарственного воздействия, что способствовало развитию концепции о возможности медикаментозной коррекции эндотелиальной дисфункции, характерной для всех пациентов с сахарным диабетом. Видимый пациентом положительный результат лечения, развивающийся при назначении лекарственного средства, обладающими доказанным влиянием на эндотелиальную дисфункцию и определенными свойствами, такими как эффективность, безопасность, экономическая целесообразность, доступность, может способствовать повышению достаточно невысокой приверженности к назначаемому лечению у больных сахарным диабетом. Высокая приверженность к лечению, в основе которой, прежде всего, лежат доверительные взаимоотношения между врачом и пациентом, подробное объяснение необходимости и правил приема назначаемых лекарственных средств, в свою очередь, будет способствовать улучшению отдаленных результатов оперативных вмешательств, уменьшению числа госпитализаций, повторных реваскуляризирующих и оргоуносящих операций. А это положительно повлияет как на качество жизни отдельного пациента, так и на систему здравоохранения страны в результате уменьшения затрат на его лечение.

Ключевые слова: эндотелиальная дисфункция, сахарный диабет, критическая ишемия нижних конечностей, приверженность к лечению

THE ROLE OF COMPLIANCE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS IN THE EFFECTIVENESS OF DRUG CORRECTION OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION

Yulia A. Dyachkova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
august.25@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8687-4777>

Abstract. The problem of the high incidence of diabetes mellitus and the ways to solve it are considered by both domestic and foreign authors. The incidence of complications of diabetes mellitus, especially macroangiopathies, is high, which makes it possible to attribute this pathology to the group of cardiovascular diseases. One of the complications of surgical diabetes mellitus is damage to the arteries of the lower extremities of atherosclerotic genesis with the development of critical ischemia threatening the loss of a limb. Revascularizing surgical interventions in critical ischemia of the lower extremities must necessarily be combined with medical treatment, including pathogenetic treatment of atherosclerosis, correction of diabetes mellitus and concomitant, primarily cardiovascular, pathology in accordance with approved clinical recommendations. Dissatisfaction with the results of treatment of this patient's group leads to the search for new targets of drug exposure, which contributed to the development of the concept of the possibility of drug correction of endothelial dysfunction, characteristic of all patients with diabetes mellitus. The patient's visible positive result of treatment, which develops when prescribing a drug that has a proven effect on endothelial dysfunction and certain properties, such as efficacy, safety, economic feasibility, accessibility, can contribute to an increase in rather low adherence to prescribed treatment in patients with diabetes mellitus. High adherence to treatment, which is primarily based on a trusting relationship between a doctor and a patient, a detailed explanation of the need and rules for taking prescribed medications, in turn, will contribute to improving the long-term results of surgical interventions, reducing the number of hospitalizations, repeated revascularization and organ-carrying operations. And this will positively affect both the quality of life of an individual patient and the country's healthcare system as a result of reducing the cost of his treatment.

Keywords: endothelial dysfunction, diabetes mellitus, critical ischemia of the lower extremities, adherence to treatment

ВВЕДЕНИЕ

Сахарный диабет (СД) является наиболее распространенным заболеванием эндокринологического профиля во всем мире. По имеющимся эпидемиологическим данным, к настоящему времени на земном шаре насчитывается >170 млн больных сахарным диабетом, причем, по прогнозам экспертов, к 2040 г. этот показатель, как минимум, удвоится и составит предположительно 342 млн [1]. Сахарный диабет относится к ведущему фактору риска смерти от всех

причин, а также сердечно-сосудистой смерти [2]. По данным Федерального регистра сахарного диабета основной причиной смерти пациентов с СД в Российской Федерации являлись: инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность и острые сердечно-сосудистые события (нарушения ритма, тромбоэмболия легочной артерии, тромбозы, внезапная сердечно-сосудистая смерть, кардиогенный шок, отек мозга), которые

стали причиной смерти 38,1 % пациентов с СД1 и 52,0 % пациентов с СД2 [3].

С осложнениями, развивающимися при длительном анамнезе сахарного диабета и его естественном течении, сталкиваются специалисты практически любого профиля: прежде всего кардиологи, сосудистые хирурги, неврологи, нефрологи и офтальмологи. В связи с чем перспективным видится открытие специализированных отделений, в которых бы работала мультидисциплинарная бригада врачей разных специальностей, разрабатывающая индивидуальный план лечения каждого пациента на основании имеющихся данных доказательной медицины. К числу достаточно распространенных и жизнеугрожающих осложнений сахарного диабета 2-го типа относятся макрососудистые осложнения, клинически проявляющиеся облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью: так, за период с 2016 по 2020 гг. в РФ у 10,1 % пациентов с СД 2 зарегистрирована ишемическая болезнь сердца (стенокардия), 3,5 % пациентов перенесли острый инфаркт миокарда, 4,2 % – острое нарушение мозгового кровообращения [3]. При этом время развития с момента дебюта заболевания и тяжесть осложнений зависят от степени компенсации углеводного обмена. Известно, что плохая компенсация углеводного обмена, сопровождающаяся постоянно высокой гипергликемией, в свою очередь, приводит к повреждению эндотелия с тенденцией к прогрессированию этого процесса. В связи с чем можно предположить, что именно дисфункция эндотелия является причиной формирования сосудистых осложнений сахарного диабета, а нормализация эндотелиальной функции может способствовать замедлению и уменьшению степени тяжести осложнений.

Наличие сахарного диабета является одним из значимых факторов риска развития критической ишемии нижних конечностей. Частота встречаемости данной патологии в 7,6 раза выше в этой популяции

по сравнению с пациентами, не страдающими данным заболеванием [4]. Именно эта группа жизнеугрожающих осложнений сахарного диабета, отнесенная к числу макроангиопатий, представляет интерес для врачей хирургических специальностей, в частности для сердечно-сосудистых хирургов, деятельность которых направлена на сохранение конечности и улучшение качества жизни данной категории пациентов. Рост заболеваемости сахарным диабетом, осложненным поражением артерий нижних конечностей атеросклеротического генеза с развитием критической ишемии нижних конечностей, делает актуальным проблему поиска оптимальных и современных подходов к его лечению с целью спасения конечности. В практике сосудистых хирургов активно используется комплексный подход к лечению данной группы пациентов, включающий выполнение открытого, эндовасального или гибридного реваскуляризирующего вмешательства с последующим назначением патогенетической терапии, состоящей из антиагрегантов или антикоагулянтов по показаниям, гиполипидемических препаратов [5, 6]. В соответствии с данными, полученными в ходе крупных исследований, таких как COMPASS и VOYAGER PAD, улучшить прогноз пациентов с мультифокальным атеросклерозом, в том числе подвергавшихся оперативным реваскуляризирующим вмешательствам, может добавление к стандартной терапии ривароксабана в дозировке 2,5 мг 2 раза в сутки [7, 8]. С учетом выше изложенных данных можно выдвинуть гипотезу, что именно влиянием этого препарата на функцию эндотелия объясняется его клинический эффект.

Цель работы – рассмотреть роль комплаентности пациентов с сахарным диабетом в эффективности медикаментозной коррекции эндотелиальной дисфункции.

Механизмы повреждения эндотелия при сахарном диабете с развитием дисбаланса между вазодилатацией, антитромботической, противовоспалительной, антипролиферативной активностью и вазоконстрикцией, протромботической, провоспалительной,

пролиферативной активностью в сторону последних разнообразны и сложны [9, 10, 11, 12]. С другой стороны, дисфункция эндотелия может являться не следствием, а причиной развития инсулинорезистентности и связанных с ней состояний (гипергликемии, гипертонии, дислипидемии). Аналогичный противоречивый

взгляд существует в вопросе, касающемся артериальной гипертензии: одни авторы считают ее причиной дисфункции эндотелия, что отражается в концепции «эндотелиальная дисфункция – следствие АГ», другие – следствием, что нашло отражение в концепции «эндотелиальная дисфункция – причина АГ» [13].

ЛЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА: С ЧЕМ СТАЛКИВАЕТСЯ ПАЦИЕНТ?

Пациенты, страдающие сахарным диабетом, осложненным макро- и микроангиопатией, особенно подверженные хирургическим методам лечения, сталкиваются с необходимостью модификации образа жизни, контроля характера питания – состава и кратности приемов пищи, постоянного применения лекарственных препаратов, направленных на поддержание нормогликемии и стабилизацию сопутствующей патологии, в случае назначения инсулина – самостоятельного выполнения инъекций от одного до нескольких раз в день, ежедневного измерения уровня глюкозы крови, необходимостью периодического проведения контроля суточного гликемического профиля. Кроме того, эти пациенты находятся на диспансерном наблюдении у участкового терапевта и профильных специалистов, что подразумевает периодическую явку на осмотры, проведение лабораторно-инструментальных методов исследования, для чего нужно постоянно записываться на прием к врачу, находиться в ожидании своей очереди и времени проведения обследований. Говоря о необходимости приема многокомпонентной лекарственной терапии, нельзя не указать высокую стоимость лекарственных препаратов и тот факт, что часть из них положена пациентам бесплатно. Однако процесс получения лекарственных средств не является простым, доступность амбулаторно-поликлинической помощи все еще продолжает оставаться невысокой. И отдельная проблема заключается в возможности получения только тех лекарств на льготных основаниях, которые входят в перечень жизненно важных и необходимых лекарственных препаратов, обновление которого происходит нечасто

и состав которого не всегда соответствует данным последних клинических испытаний по эффективности и безопасности терапии.

Получаемые препараты, в свою очередь, могут обладать меньшей эффективностью, что ухудшает как результат назначенного лечения, так и приверженность к нему пациента, в связи с явно незаметным эффектом от принимаемой терапии. Однако все выше перечисленные факторы оказывают влияние на приверженность пациента к назначенному лечению, а точнее, на низкий уровень этого показателя в группе больных, страдающих сахарным диабетом [14, 15, 16].

Меры, направленные на повышение приверженности пациента к лечению, разнообразны, и их эффективность во многом зависит от индивидуальных особенностей конкретного пациента: кому-то более важна поддержка семьи, для кого-то решающим станет диалог с лечащим врачом, с подробным объяснением состояния здоровья пациента и необходимости следовать врачебным рекомендациям. Но ведь и видимый результат от назначенного медикаментозного лечения, заключающийся в отсутствии возникновения или прогрессирования осложнений сахарного диабета, длительной эффективности проведенного оперативного вмешательства, отсутствии необходимости срочного обращения за медицинской помощью в связи с острой декомпенсацией патологии, может стать фактором, повышающим приверженность к лечению. В связи с этим разработка новых фармакологических подходов, в частности концепции по коррекции эндотелиальной дисфункции, по лечению рассматриваемой категории пациентов, видится весьма перспективной.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Методы исследования эндотелиальной дисфункции можно разделить на три группы: морфологические, инструментальные и лабораторные [17]. Стоит подчеркнуть, что применяемые в настоящее время методы малоинвазивны, безопасны для пациентов, требуют минимального объема и времени подготовки к исследованию. Среди морфологических методов исследования наиболее распространенным и доступным является определение числа десквамированных эндотелиоцитов в единице объема плазмы [18]. Еще одним морфологическим методом является определение концентрации эндотелиальных апоптотических микрочастиц – мембранных везикул, высвобождающихся во внеклеточное пространство при активации или апоптозе эндотелиальных клеток – с помощью проточной цитофлуориметрии, а морфологию и размер путем криотрансмиссионной электронной микроскопии с использованием рецептор-специфической метки [19].

Среди инструментальных методов оценки функционального состояния эндотелия наиболее широкое распространение получил метод под названием «кровоток – опосредованное расширение» или эндотелий-зависимая вазодилатация, в основе которого лежит оценка постокклюзионного изменения

диаметра плечевых артерий с помощью ультразвука высокого разрешения. Еще один неинвазивный метод – вазоконстрикция, вызываемая низкоскоростным потоком (low-flow-mediated constriction – L-FMC), позволяющий оценивать артериальный тонус в состоянии покоя. L-FMC заключается в сужении плечевой артерии, обусловленным снижением кровотока после окклюзии артерии с помощью дистально расположенной манжеты [17].

Лабораторные методы определения эндотелиальной дисфункции включают измерение уровня веществ, секретируемых эндотелием для реализации основных функций. Спектр измеряемых факторов многообразен и нет универсальной молекулы, изменение уровня которой указывало бы на нарушение той или иной эндотелиальной функции и степень этого нарушения. Среди определяемых биологических маркеров можно указать: оксид азота (NO), эндотелин-1, ангиотензин II, тромбоксан A2, простоциклин, брадикинин, гиперполяризующий фактор, сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF), тромбоцитарный фактор роста (PDGF), основной фактор роста фибробластов (bFGF), инсулиноподобный фактор роста I, молекулы адгезии ELAM, VCAM-1, ICAM-1, ингибитор активатора плазминогена – 1, фактор Виллебранда (vWF) [20, 21].

ПУТИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РОЛЬ КОМПЛАЕНТНОСТИ В ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

В настоящий момент не разработано определенное лекарственное средство, направленное на коррекцию эндотелиальной дисфункции, что может быть связано как с многообразием функций эндотелиальных клеток, с одной стороны, так и с различными механизмами повреждения эндотелия, с другой. Наиболее известными группами лекарственных средств с доказанным влиянием на дисфункцию эндотелия являются: гиполипидемические лекарственные средства (статины), антигипертензивные препараты

(ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антагонисты кальция), противодиабетические (инсулин, Метформин, ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2 типа – SGLT2, агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 – GLP-1), противовоспалительные средства (Канакинумаб), энхансеры эндотелиальной NO-синтазы и антиоксиданты, а также ряд других, включая ингибиторы пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового типа 9 (PCSK9) [22]. Большинство из этих препаратов, в свою очередь,

используются для лечения атеросклероза артерий нижних конечностей, сахарного диабета и артериальной гипертензии в соответствии с Клиническими рекомендациями, применяемыми для лечения больных на территории Российской Федерации.

Именно фармакологическое воздействие на функцию эндотелия представляет интерес с точки зрения улучшения отдаленных результатов лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей атеросклеротического генеза на фоне сахарного диабета, подвергшихся открытым, эндовазальным или гибридным реваскуляризирующим вмешательствам, в связи с неудовлетворительными результатами лечения данной группы пациентов [23, 24].

Назначаемый препарат должен соответствовать определенным требованиям: быть эффективным, то есть иметь доказательную базу по коррекции эндотелиальной дисфункции; безопасным, не вызывать ближайших и отдаленных побочных эффектов, что особенно важно для пациентов с сопутствующей патологией и уже имеющимися осложнениями сахарного диабета; по возможности уже входить в состав получаемой пациентом комбинированной терапии с целью снижения количества назначаемых препаратов, увеличения приверженности к лечению и избежания полипрагмазии; быть недорогим и доступным в аптечных сетях.

При назначении какого-либо лекарственного препарата лечащий врач должен подробно и понятно в процессе диалога объяснить пациенту необходимость и обоснованность своих рекомендаций, что в условиях как амбулаторной, так и стационарной современной клинической практики не всегда делается. А именно этот фактор является одним из ключевых для повышения приверженности к лечению. Влияет ли на это временной фактор, отведенный на прием пациента, загруженность врачей всех специальностей бумажной работой или нежелание самого врача строить длительную беседу – это вопрос, который остается открытым. Активное участие доктора

в процессе лечения пациента не только улучшает степень соблюдения врачебных рекомендаций, но и способствует внедрению в клиническую практику данных доказательной медицины по лечению той или иной патологии.

С точки зрения рассматриваемой концепции по коррекции эндотелиальной дисфункции одной из наиболее изученных групп препаратов в этой области являются ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины). Статины обладают плеiotропными эффектами, не связанными с гиполипидемической активностью [17, 25, 26, 27]. В настоящее время активно изучается влияние противодиабетических препаратов на функцию эндотелия, в частности, новых лекарственных средств их групп: агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (арГПП-1), ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4) и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2 (иНГЛТ-2). С учетом того факта, что некоторые авторы относят сахарный диабет к группе сердечно-сосудистых заболеваний, интересными представляются сведения о прямом защитном эффекте иДПП-4 и ГПП-1 на сердечно-сосудистую систему, что проявляется в снижении числа сердечно-сосудистых событий и смерти [12]. Способность к улучшению ангиогенной функции эндотелия и клеток-предшественников эндотелиоцитов в результате стимуляции eNOS пути была продемонстрирована и для метформина. Именно регенерация эндотелия – это ключевой механизм для сосудистого клеточного восстановления и интеграции. Данная способность у пациентов с диагностированным сахарным диабетом снижена. В связи со значимой ролью окислительного стресса в повреждении эндотелия особенно у пациентов с сахарным диабетом оправдано применение средств с антиоксидантной активностью с целью замедления прогрессирования и коррекции эндотелиальной дисфункции.

Основные способы медикаментозной коррекции эндотелиальной дисфункции соответствуют устранению модифицируемых

факторов риска ее развития, а именно: артериальной гипертензии, дислипидемии и гипергликемии. Именно достижение целевых показателей артериального давления, ХС-ЛПНП и гликированного гемоглобина позволят приостановить прогрессирование повреждения эндотелия и улучшить отдаленные результаты лечения пациентов с сахарным диабетом, имеющих макрососудистые осложне-

ния в бассейне артерий нижних конечностей. Поиск новых методов фармакологического воздействия на функциональное состояние эндотелия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы представляется весьма перспективным. Особенно это актуально в группе коморбидных пациентов, где каждое из заболеваний или состояний может усугублять течение сопутствующей патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на активное развитие подходов по фармакологической коррекции сахарного диабета, его осложнений и сопутствующих заболеваний, ключевым аспектом всегда было и будет желание и возможность пациента соблюдать рекомендации врача. В случае плохой приверженности к лечению эффективность проведенных оперативных вмешательств резко снижается. Пациенты повторно поступают в стационар, нередко с клиникой более тяжелой, чем при первом поступлении, что требует повторного реваскуляризирующего оперативного вмешательства, выполнение которого всегда технически сложнее, а при невозможности его осуществления – орگانоносящей операции в объеме ампутации

нижней конечности с целью сохранения жизни больного. Повторная госпитализация, пребывание в стационаре, применение методов высокотехнологичной медицинской помощи значительно увеличивает затраты системы здравоохранения на лечение данной группы пациентов, что показывает экономическую значимость проблемы.

И еще один аспект, который нельзя не отметить, говоря об изучении и разработке новых схем медикаментозного лечения пациентов с сахарным диабетом, – это доступность оригинальных лекарственных препаратов в связи с действующими на территории Российской Федерации санкциями на ввоз товаров, а также затраты на их приобретение.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Padwal R., Majumdar S.R., Johnson J.A. et al. A systematic review of drug therapy to delay or prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(3):736–744.

2. Rocha Fernandes J., Ogurtsova K., Linnenkamp U. et al. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2016;117:48–54.

3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. и др. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета на 01.01.2021. *Сахарный диабет*. 2021;24(3):204–221.

4. Косенков А.Н., Винокуров И.А., Киселева А.К. Лечение критической ишемии нижних конечностей с язвенно-некротическими поражениями. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2019;12(4):302–307.

5. Фролов Д.В., Мозговой П.В., Линченко Д.В. и др. Отдаленные результаты реваскуляризации нижних конечностей у пациентов с критической ишемией и сахарным диабетом при поражении бедренно-подколенно-берцового артериального сегмента. *Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В. Петровского*. 2021;9(3):104–111.

6. Фролов Д.В., Мозговой П.В., Линченко Д.В. и др. Отдаленные результаты

реваскуляризации нижних конечностей у пациентов с критической ишемией и сахарным диабетом при локализации окклюзионно-стенотического процесса в бедренной и подколенной артериях. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2021;3(79):146–153.

7. Eikelboom J.W., Connolly S.J., Bosch J. et al. COMPASS Investigators. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2017;377(14):1319–1330.

8. Bonaca M.P., Bauersachs R.M., Anand S.S. et al. Rivaroxaban in Peripheral Artery Disease After Revascularization. *N Engl J Med*. 2020;382(21):1994–2004.

9. Попыхова Э.Б., Степанова Т.В., Лагутина Д.Д. и др. Роль сахарного диабета в возникновении и развитии эндотелиальной дисфункции. *Проблемы эндокринологии*. 2020;66(1):47–55.

10. Fornoni A., Raij L. Metabolic syndrome and endothelial dysfunction. *Current Hypertension Reports*. 2005;7(2):88–95.

11. Teerlink J.R. Endothelins: Pathophysiology and treatment implications in chronic heart failure. *Current Heart Failure Reports*. 2005;2(4):191–197.

12. Yi S., Paul M.V. Macro- and microvascular endothelial dysfunction in diabetes. *Journal of Diabetes*. 2017;9(5):434–449.

13. Горшков А.Ю., Федорович А.А., Драпкина О.М. Дисфункция эндотелия при артериальной гипертензии: причина или следствие? *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(6):62–68.

14. Митрофанова И.С., Столбова М.В., Вдовенко Л.Г., Павлова А.А. Приверженность к лечению пациентов с сахарным диабетом. *Современные проблемы науки и образования*. 2017;4.

15. Соколова В.В., Кириленко В.В., Саватеева А.Д. Оценка приверженности к лечению больных, страдающих сахарным диабетом. *Международный научно-исследовательский журнал*. 2022;6(120):120–125.

16. Яркова Н.А., Боровков Н.Н. Приверженности к лечению больных сахарным диабетом 2-го типа и пути ее оптимизации. *Клиническая медицина*. 2016;94(9):688–692.

17. Шабров А.В., Галенко А.С., Успенский Ю.П., Лосева К.А. Методы диагностики эндотелиальной дисфункции. *Бюллетень сибирской медицины*. 2021;20(2):202–209.

18. Миронов А.В., Торчинов А.М., Умаханова М.М. и др. Оценка степени тяжести эндотелиальной дисфункции при осложнениях беременности. *Трудный пациент*. 2018;16(8–9):30–36.

19. Lacroix R., Judicone C., Mooberry M. et al. Standardization of pre-analytical variables in plasma microparticle determination: results of the International Society on Thrombosis and Haemostasis SSC Collaborative workshop. *J. Thrombosis*. 2019;15(6):236.

20. Васина Л.В., Петрищев Н.Н., Власов Т.Д. Эндотелиальная дисфункция и ее основные маркеры. *Регионарное кровообращение и микроциркуляция*. 2017;16(1):4–15.

21. Калинин Р.Е., Сучков И.А., Короткова Н.В., Мжаванадзе Н.Д. Изучение молекулярных механизмов эндотелиальной дисфункции IN VITRO. *Гены & Клетки*. 2019;14(1):22–32.

22. Suowen Xu, Iqra Ilyas, Peter J. Little et al. Endothelial Dysfunction in Atherosclerotic Cardiovascular Diseases and Beyond: From Mechanism to Pharmacotherapies. *Pharmacol Rev*. 2021;73(3):924–967.

23. Romiti M., Albers M., Brochado-Neto F.C. et al. Meta-analysis of infrapopliteal angioplasty for chronic critical limb ischemia. *J. Vasc. Surg*. 2008;47(5):975–981.

24. Полянцев А.А., Фролов Д.В., Линченко Д.В. и др. Отдаленные результаты реваскуляризации нижних конечностей у пациентов с критической ишемией и сахарным диабетом. *Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН*. 2020;21(6):669–76.

25. Sorrentino S., Landmesser U. Nonlipid-lowering effects of statins. *Cur Treat Opt Cardiovasc Med*. 2005;7(6):459–466.

26. Walter D.H., Rittig K., Bahlmann F.H. et al. Statin therapy accelerates reendothelialization: a novel effect involving mobilization and incorporation of bone marrow-derived endothelial progenitor cells. *Circulation*. 2002;105(25):3017–3024.

27. Малыгин А.Ю., Хохлов А.Л. Клиническая эффективность Симвастатина в терапии эндотелиальной дисфункции у паци-

ентов с впервые возникшим ишемическим инсультом. *Архив внутренней медицины*. 2010;2(10):38–45.

REFERENCES

1. Padwal R., Majumdar S.R., Johnson J.A. et al. A systematic review of drug therapy to delay or prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(3):736–744.

2. Rocha Fernandes J., Ogurtsova K., Linnenkamp U. et al. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2016;117:48–54.

3. Dedov I.I., Shestakova M.V., Vikulova O.K. et al. Epidemiological characteristics of diabetes mellitus in the Russian Federation: clinical and statistical analysis according to the Federal Register of Diabetes Mellitus as of 01.01.2021. *Sakharnyi diabet = Diabetes mellitus*. 2021;24(3):204–221. (in Russ.)

4. Kosenkov A.N., Vinokurov I.A., Kiseleva A.K. Treatment of critical ischemia of the lower extremities with ulcerative necrotic lesions. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya = Cardiology and cardiovascular surgery*. 2019;12(4):302–307. (in Russ.)

5. Frolov D.V., Mozgovoy P.V., Linchenko D.V. et al. Long-term results of revascularization of the lower extremities in patients with critical ischemia and diabetes mellitus with lesions of the femoral-popliteal-tibial arterial segment. *Klinicheskaya i eksperimental'naya khirurgiya. Zhurnal imeni akademika B.V. Petrovskogo = Clinical and experimental surgery. Journal named after Academician B.V. Petrovsky*. 2021;9(3):104–111. (in Russ.)

6. Frolov D.V., Mozgovoy P.V., Linchenko D.V. et al. Long-term results of revascularization of the lower extremities in patients with critical ischemia and diabetes mellitus with localization of occlusive stenotic process in the femoral and popliteal arteries. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = Journal of the Volgograd State Medical University*. 2021;3(79):146–153. (in Russ.)

7. Eikelboom J.W., Connolly S.J., Bosch J. et al. COMPASS Investigators. Rivaroxaban

with or without aspirin in stable cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2017;377(14):1319–1330.

8. Bonaca M.P., Bauersachs R.M., Anand S.S. et al. Rivaroxaban in Peripheral Artery Disease After Revascularization. *N Engl J Med*. 2020;382(21):1994–2004.

9. Pykhova E.B., Stepanova T.V., Lagutina D.D. et al. The role of diabetes mellitus in the occurrence and development of endothelial dysfunction. *Problemy endokrinologii = Problems of endocrinology*. 2020;66(1):47–55. (in Russ.)

10. Fornoni A., Raij L. Metabolic syndrome and endothelial dysfunction. *Current Hypertension Reports*. 2005;7(2):88–95.

11. Teerlink J.R. Endothelins: Pathophysiology and treatment implications in chronic heart failure. *Current Heart Failure Reports*. 2005;2(4):191–197.

12. Yi S., Paul M.V. Macro- and microvascular endothelial dysfunction in diabetes. *Journal of Diabetes*. 2017;9(5):434–449.

13. Gorshkov A.Yu., Fedorovich A.A., Drapkina O.M. Endothelial dysfunction in arterial hypertension: cause or effect? *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular therapy and prevention*. 2019;18(6):62–68. (in Russ.)

14. Mitrofanova I.S., Stolbova M.V., Vdovenko L.G., Pavlova A.A. Adherence to the treatment of patients with diabetes mellitus. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya = Modern problems of science and education*. 2017;4. (in Russ.)

15. Sokolova V.V., Kirilenko V.V., Savateeva A.D. Assessment of adherence to treatment of patients suffering from diabetes mellitus. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal = International Research Journal*. 2022;6(120):120–125. (in Russ.)

16. Yarkova N.A., Borovkov N.N. Adherence to the treatment of patients with type 2 diabetes mellitus and ways to optimize it. *Klinicheskaya meditsina = Clinical medicine*. 2016;94(9):688–692. (in Russ.)

17. Shabrov A.V., Galenko A.S., Uspensky Yu.P., Loseva K.A. Diagnostic methods of endothelial dysfunction. *Byulleten' sibirskoi meditsiny = Bulletin of Siberian Medicine*. 2021;20(2):202–209. (in Russ.)
18. Mironov A.V., Torchinov A.M., Umakhanova M.M. et al. Assessment of the severity of endothelial dysfunction in pregnancy complications. *Trudnyi patsient = A difficult patient*. 2018;16(8–9):30–36. (in Russ.)
19. Lacroix R., Judicone C., Mooberry M. et al. Standardization of pre-analytical variables in plasma microparticle determination: results of the International Society on Thrombosis and Haemostasis SSC Collaborative workshop. *J. Thrombosity*. 2019;15(6):236.
20. Vasina L.V., Petrishchev N.N., Vlasov T.D. Endothelial dysfunction and its main markers. *Regionarnoe krovoobrashchenie i mikrotsirkulyatsiya = Regional blood circulation and microcirculation*. 2017;16(1):4–15. (in Russ.)
21. Kalinin R.E., Suchkov I.A., Korotkova N.V., Mzhavanadze N.D. Study of molecular mechanisms of endothelial dysfunction IN VITRO. *Geny & Kletki = Genes & Cells*. 2019;14(1):22–32. (in Russ.)
22. Suowen Xu, Iqra Ilyas, Peter J. Little et al. Endothelial Dysfunction in Atherosclerotic Cardiovascular Diseases and Beyond: From Mechanism to Pharmacotherapies. *Pharmacol Rev*. 2021;73(3):924–967.
23. Romiti M., Albers M., Brochado-Neto F.C. et al. Meta-analysis of infrapopliteal angioplasty for chronic critical limb ischemia. *J. Vasc. Surg*. 2008;47(5):975–981.
24. Polyantsev A.A., Frolov D.V., Linchenko D.V. et al. Long-term results of revascularization of the lower extremities in patients with critical ischemia and diabetes mellitus. *Serdechno-sosudistye zabolevaniya. Byulleten' NTsSSKh im. A.N. Bakuleva RAMN = Cardiovascular diseases. Bulletin of the A.N. Bakulev National Agricultural Academy of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2020;21(6):669–76. (in Russ.)
25. Sorrentino S., Landmesser U. Nonlipid-lowering effects of statins. *Cur Treat Opt Cardiovasc Med*. 2005;7(6):459–466.
26. Walter D.H., Rittig K., Bahlmann F.H. et al. Statin therapy accelerates reendothelialization: a novel effect involving mobilization and incorporation of bone marrow-derived endothelial progenitor cells. *Circulation*. 2002;105(25):3017–3024.
27. Malygin A.Yu., Khokhlov A.L. Clinical efficacy of Simvastatin in the treatment of endothelial dysfunction in patients with first-time ischemic stroke. *Arkhiv vnutrennei meditsiny = Archive of Internal Medicine*. 2010;2(10):38–45. (in Russ.)

УДК 61:338.45-53+614.2

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Геннадий Юрьевич Щекин✉

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия
Alfa-001@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3175-3262>

Виктория Евгеньевна Тронева

Комитет здравоохранения Волгоградской области, Волгоград, Россия
V_Troneva@volganet.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2094-4696>

Мария Владимировна Реймер

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
mashaliru@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3796-0075>

Аннотация. Экспорт медицинских услуг как перспективное направление современного здравоохранения. Цель продвижения Федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», части национального проекта «Здравоохранение». Авторы рассматривают возможности регионального здравоохранения в рамках реализации проекта «Развитие экспорта медицинских услуг (Волгоградская область)». Приведены данные численности и география приезжих, рассмотрены основные профили оказания медицинской помощи. Акцентируется внимание на объемах финансовых поступлений в региональный бюджет за оказание платных медицинских услуг. Описаны преимущества регионального здравоохранения, региональные информационные возможности и их роль в продвижения экспорта медицинских услуг.

Ключевые слова: здоровье, медицинская организация, экспорт медицинских услуг, возможности регионального здравоохранения, пути реализации экспорта медицинских услуг

PUBLIC HEALTH IN THE PROBLEM FIELD OF SOCIAL DIAGNOSTICS

OPPORTUNITIES FOR THE IMPLEMENTATION OF THE PROJECT OF EXPORT OF MEDICAL SERVICES IN REGIONAL HEALTHCARE

Gennady Y. Shchekin✉

Volgograd State Medical University, Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia
Alfa-001@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3175-3262>

Victoria E. Troneva

The Health Committee of the Volgograd Region, Volgograd, Russia
V_Troneva@volganet.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2094-4696>

Maria V. Reymer

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
mashaliru@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3796-0075>

Abstract. The article explores the export of medical services as a promising area of modern healthcare. The purpose of the article is the promoting the Federal project «Development of the export of medical services», part of the national project «Health». The authors consider the possibilities of regional healthcare

within the framework of the project «Development of the export of medical services (Volgograd region)». The data on the number and geography of visitors are given in the paper; the main profiles of medical care are also considered. The attention is focused on the volume of financial receipts to the regional budget for the provision of paid medical services. The advantages of regional healthcare are described. The article covers the regional information opportunities and their role in promoting the export of medical services.

Keywords: health, medical organization, the export of medical services, the opportunities for regional healthcare, the ways to implement the export of medical services

ВВЕДЕНИЕ

С 2019 г. в Волгоградской области в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализуется региональный проект «Развитие экспорта медицинских услуг (Волгоградская область)», ориентированный на развитие внебюджетной деятельности государственных медицинских организаций, повышение их конкурентоспособности и увеличения объема экспорта медицинских услуг как для иностранных граждан, так и для граждан Российской Федерации, проживающих в других субъектах страны. Основная цель регионального проекта – увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению аналогичными показателями 2017 года. Для участия в проекте определены 20 ведущих медицинских

организаций, которыми предоставляются стоматологические, косметологические услуги, лечение бесплодия, проведение плановых процедур и сложных специализированных операций, таких как замена крупных суставов, кардиохирургические операции, лапароскопические операции, лечение онкологических заболеваний, диагностические обследования [1].

РЕЗУЛЬТАТЫ

В рамках заявленной цели к 2024 году целевые показатели экспорта медицинских услуг в Волгоградской области должны достичь 124,2 тысяч человек, что повлечет финансовые поступления в размере 6,11 млн долларов США (рис. 1, 2).

Статистика по Волгоградской области

**Количество пролеченных иностранных граждан,
тыс. человек**

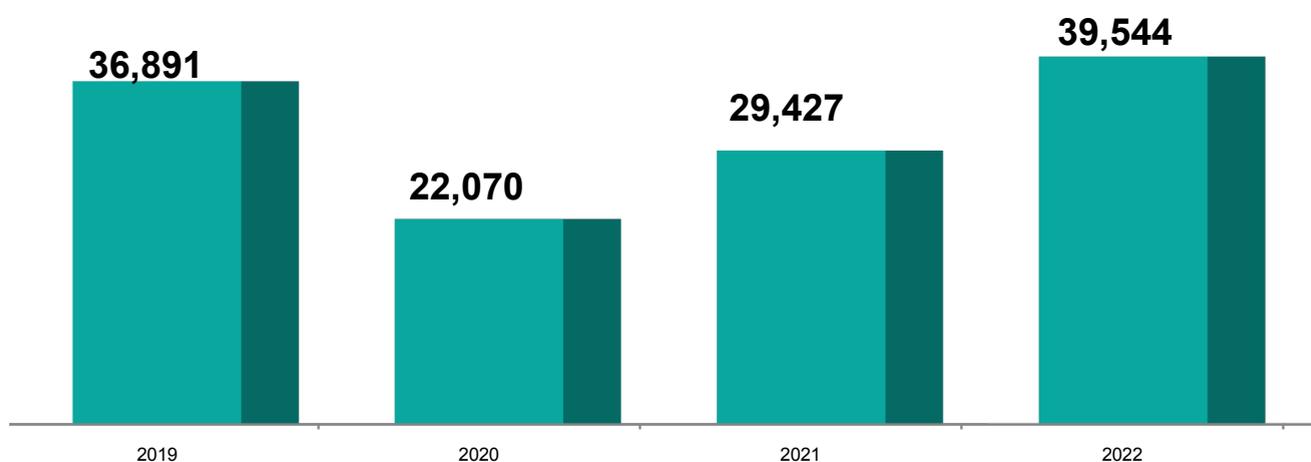


Рис. 1. Статистика приезжих иностранных граждан в Волгоградскую область с целью лечения

Статистика по Волгоградской области

**Объем экспорта медицинских услуг,
млн.рублей**

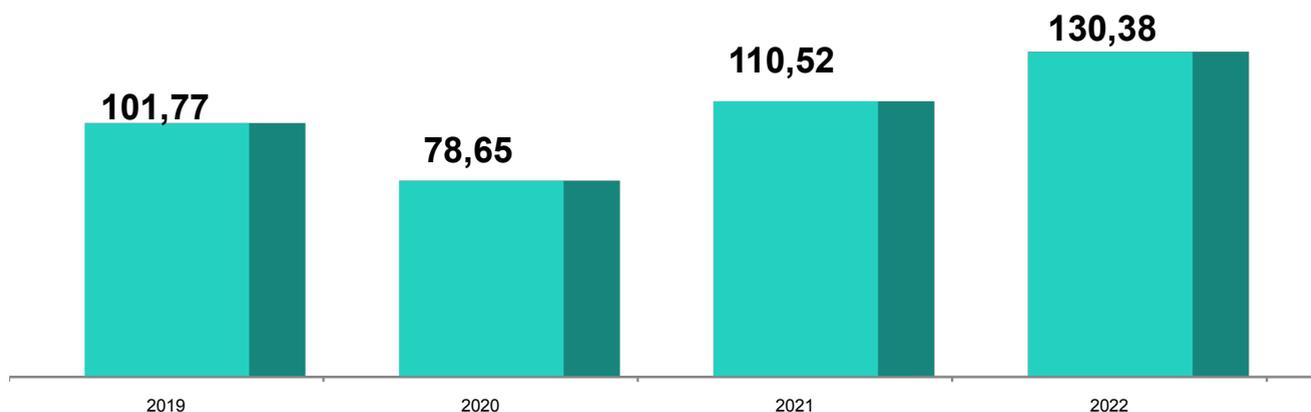


Рис. 2. Доходность Волгоградского региона от экспорта медицинских услуг (млн рублей)

Чаще всего наш регион с целью лечения посещают граждане Узбекистана, Таджикистана, Азербайджана, Армении, Украины,

при этом объем экспорта медицинских услуг за 2019–2022 годы составил 421,31 млн рублей (рис. 3, 4).

География пациентов за 2022 год

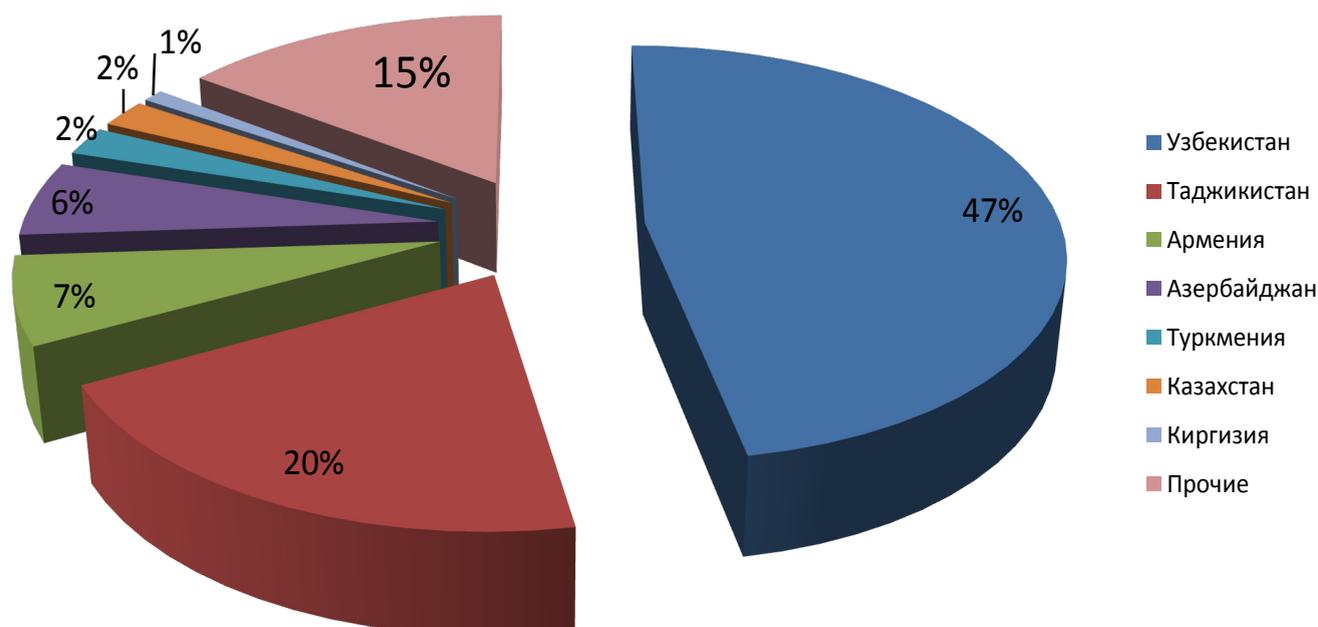


Рис. 3. География приезжающих в Волгоградский регион с целью лечения

Основные профили оказания медицинской помощи за 2022 год

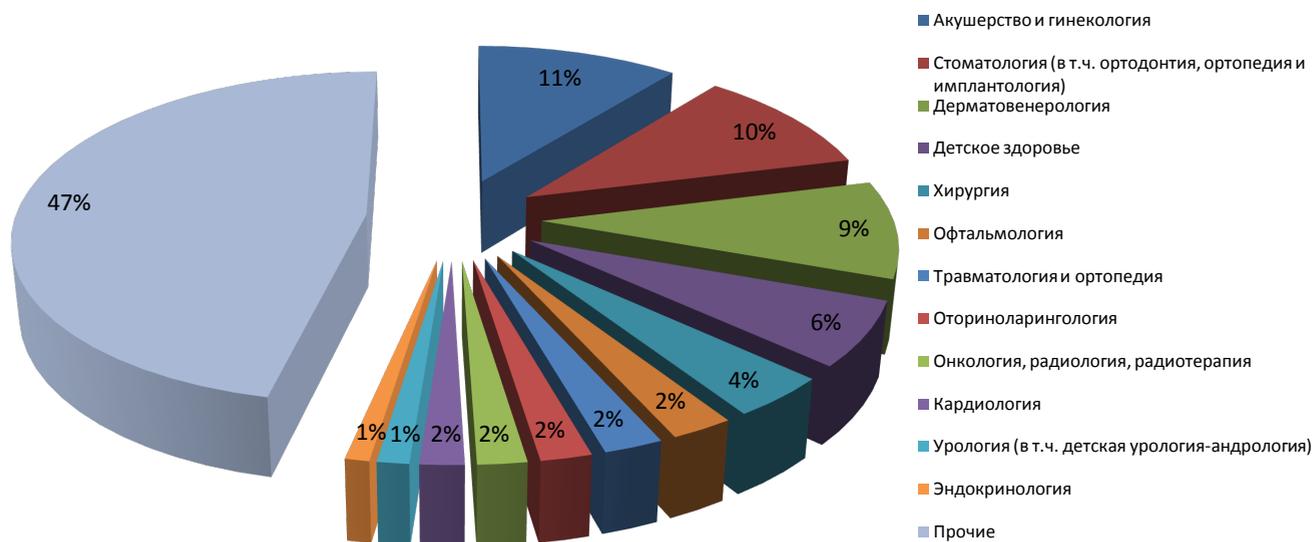


Рис. 4. Основные профили оказания медицинской помощи приезжим в Волгоградском регионе

Финансирование мероприятий по реализации проекта осуществляется за счет средств областного бюджета и средств от приносящей доход деятельности медицинских организаций. В соответствии с действующей редакцией паспорта регионального проекта от 31 января 2023 года на реализацию регионального проекта предусмотрено 52,02 млн рублей (за счет средств областного бюджета – 32,86 млн рублей, за счет внебюджетных средств – 19,16 млн рублей).

Необходимо отметить ряд преимуществ, которыми обладает Волгоградская область в рамках предоставления медицинских услуг.

Во-первых, модернизация регионального здравоохранения в Волгоградской области осуществляется с 2014 года. За этот период отремонтировано более 400 медицинских объектов, закуплено современное медицинское оборудование. Преобразования в данной сфере продолжаются в рамках региональных проектов развития Волгоградской области в соответствии с нацпроектом «Здравоохранение». На их реализацию до 2024 года планируется направить более 50 миллиардов рублей.

Во-вторых, с 2018 года запущена программа переоснащения медицинских организаций Волгоградской области, способствующая обеспечить сервисный подход при оказании медицинских услуг.

В-третьих, преимуществом Волгоградского региона является наличие Волгоградского государственного медицинского университета (ВолгГМУ) и его клинических кафедр на базе ведущих медицинских организаций. Взаимодействие ВолгГМУ и комитета здравоохранения Волгоградской области способствует широкому распространению информации о возможностях регионального здравоохранения среди иностранных студентов, уровень доверия которых к волгоградской медицине высок и проверен на личном опыте.

В-четвертых, регион наделен большими реабилитационными возможностями. На его территории находятся ведущие санатории: санаторно-курортный комплекс «Эльтон» и Центр реабилитации Фонда социального страхования РФ «Волгоград». Приезжающим на лечение и реабилитацию оказывается первичная и специализированная медицинская

помощь по гастроэнтерологии, акушерству и гинекологии, урологии, дерматовенерологии, неврологии, кардиологии, терапии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, физиотерапии, эндокринологии, диетологии, кардиологии, медицинской реабилитации, офтальмологии, профпатологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рефлексотерапии, стоматологии терапевтической, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии. Подбор лечения и восстановления происходит исключительно в соответствии с индивидуальными особенностями организма, что, безусловно, способствует достижению максимального результата иногда за минимальный промежуток времени.

В-пятых, к преимуществу региона можно отнести и выгодное географическое положение, и транспортную доступность, позволяющие оперативно решать возникшие медицинские проблемы в выбранных пациентом клиниках.

Реализация рассматриваемого проекта имеет значение для жителей Волгоградской области. Средства, полученные медицинскими организациями от реализации проекта, направляются на увеличение заработной платы сотрудников, подготовку кадров и повышение квалификации, укрепление материально-технической базы медицинских учреждений, проведение ремонтных работ, приобретение нового оборудования, приобретение современных лекарственных средств и расходных материалов, увеличение доходной части областного бюджета за счет дополнительных налоговых платежей, увеличение туристического потока. При этом необходимо отметить, что оказание медицинской помощи иностранным гражданам не влияет на своевременность, гарантированный объем и качество медицинской помощи жителям Волгоградского региона.

К ведущим региональным клиникам, участвующим в реализации проекта «Развитие экспорта медицинских услуг (Волгоградская область)», относят ГБУЗ «Волгоградский

областной клинический онкологический центр» (ультрасовременный медицинский центр, оснащенный новейшим оборудованием, где проводится лечение онкологических пациентов с опухолями различной локализации; обладает уникальным отделением реабилитации, оснащенное по самым высоким стандартам и не имеющее аналогов в Южном федеральном округе РФ); ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 25» (крупнейший многопрофильный медицинский центр, оснащенный по последним международным стандартам оказания медицинской помощи, обеспечивающий каждому пациенту индивидуальный подход и экспресс-обследование по мировым стандартам); ГБУЗ «Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2» (современнейший перинатальный центр, в котором обеспечено индивидуальное сопровождение беременности, партнерские роды, предлагается многообразие методов лечения бесплодия, комфортность пребывания европейского уровня, домашняя атмосфера); ГБУЗ «Волгоградский областной клинический кардиологический центр» (один из крупнейших профильных центров в Российской Федерации, оказывающий высокотехнологическую помощь в области кардиологии, сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии) и другие. Критериями отбора медицинских клиник являлись материально-техническая база учреждений, наличие подготовленного высококвалифицированного персонала, наличие врачей высокой квалификации, достойный уровень сервиса, наличие уникальных методик лечения и последующей реабилитации, наличие современных технологий.

В целях реализации рассматриваемого проекта разработана региональная дорожная карта, включающая следующие основные блоки: подготовка и проведение выставочных мероприятий, выездов и совещаний, выпуск и распространение рекламной продукции, проведение обучения сотрудников медицинских организаций по направлению «Экспорт медицинских услуг», взаимодействие с «проводниками услуг» (страховыми медицинскими организациями, общественными объединениями, вузами, гостиничными комплексами,

туристическими центрами, туристическими базами, транспортными узлами), продвижение, наполнение и обновление интернет-сайтов, социальных сетей, проведение аттестации по международным стандартам.

Основными каналами продвижения медицинских услуг являются информационные площадки и социальные сети, в том числе путем коллаборации с проводниками информации (диаспоры, гостиницы, иностранные граждане, уже находящиеся на территории Волгоградской области), таргетированное продвижение, продвигаются бренды врачей и клиник, внедрен бренд и логотип проекта для продвижения и узнаваемости, созданы единые информационные площадки проекта в «Телеграмм» и «Вконтакте», проводится работа с агентствами медицинского туризма, осуществляется проект «Дистанционная поддержка пациентов «Линия здоровья».

ВЫВОДЫ

Во-первых, медицинский туризм становится не только востребованным социальной жизнью современного общества, но и конкурентоспособным видом экономической деятельности государства. Однако сегодня прослеживается необходимость использования зарубежного опыта развития медицинского туризма для создания национальной гибкой системы, критического осмысления, анализа и адаптации полученных сведений и их внедрения в повседневную практику.

Во-вторых, для достижения намеченных результатов необходимо не только создать

адекватную правовую базу с целью развития рассматриваемой сферы, но и улучшить состояние лечебно-профилактических учреждений, способных принимать иностранных пациентов. Сегодня возникла необходимость социологического мониторинга профессиональной деятельности врачей с целью разработки мероприятий, направленных на развитие креативности врачей, их мотивации к новым формам медицинской деятельности.

В-третьих, необходимо наладить работу с отзывами пациентов в сети Интернет для формирования имиджа медицинского учреждения и расширения клиентской базы.

В-четвертых, в ближайшие годы действия властей будут направлены на усиление поддержки выдвигаемых инициатив государственными и коммерческими медицинскими центрами, что позволит создать условия для налаживания экспорта медицинских услуг, а значит и усиления престижа и конкурентоспособности регионального здравоохранения на отечественном рынке медицинских услуг.

В-пятых, медицинский туризм – существенный фактор развития здравоохранения, нравственно-этических и профессиональных качеств врачей и туроператоров, фактор развития международного общения. Развитие регионального медицинского туризма возможно при условии межведомственного взаимодействия всех заинтересованных сторон и создания региональных этических комитетов лечебных организаций, оказывающих услуги медицинского туризма [2].

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Sedova N., Minasyan L., Shchekin G. et al. Russian healthcare in the development of medical tourism. *XIV International Scientific and Practical Conference «State and Prospects for the Development of Agribusiness – INTERAGROMASH 2021»*. URL: <https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/abs/2021/49/>

[e3sconf_interagromash2021_09003/e3sconf_interagromash2021_09003.html](https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/abs/2021/49/e3sconf_interagromash2021_09003/e3sconf_interagromash2021_09003.html)

2. Щекин Г.Ю., Реймер М.В., Иванов К.В. Региональные возможности и этические риски медицинского туризма (на примере Волгоградского региона). *Биоэтика*. 2021;1:39–42.

REFERENCES

1. Sedova N., Minasyan L., Shchekin G., et al. Russian healthcare in the development of medical tourism. *XIV International Scientific and Practical Conference «State and Prospects for the Development of Agribusiness – INTERAGROMASH 2021»*. URL: <https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/abs/2021/49/>

[e3sconf_interagromash2021_09003/e3sconf_interagromash2021_09003.html](https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/abs/2021/49/)

2. Shchekin G.Yu., Reymer M.V., Ivanov K.V. Regional opportunities and ethical risks of medical tourism (on the example of the Volgograd region). *Bioetika = Bioethics*. 2021; 1:39–42. (in Rus.)

УДК 159.91; 612.62

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ НА МАТЕРИАЛЕ РАННЕЙ ДИСМЕНОРЕИ

Ангелина Сергеевна Попова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
a.angel.star@yandex.ru

Аннотация. Взаимосвязь души и тела и их влияние друг на друга издревле интересовали врачей и ученых, что привело к возникновению такой науки как психосоматика и активному проведению исследований в ее области, из-за чего появилось множество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний. Психосоматика – междисциплинарное научное направление, занимающееся изучением взаимосвязи действия психологических, социально-культурных факторов на развитие и последующее течение различного рода соматических заболеваний у человека. В настоящее время данная сфера деятельности имеет широкое распространение и затронула все врачебные специальности, а психосоматические исследования проводятся во всех сферах медицины. Кроме того, достаточное распространение в мире имеет такое функциональное состояние у женщин, как первичная дисменорея, которое относится к стресс-зависимым нарушениям менструального цикла. Первичная (функциональная, физиологическая) дисменорея – болезненные менструальные кровотечения в начале менструации при отсутствии патологии со стороны органов малого таза. Она не только проявляется острыми периодическими спазмами, ноющей болью в надлобковой области с иррадиацией в соседние структуры, но и сопровождается психоэмоциональными, обменно-эндокринными, нейровегетативными симптомами. Психосоматические исследования первичной дисменореи выявили большое количество взаимосвязанных факторов, но, как и в любой специальности, еще многое предстоит изучить и открыть.

Ключевые слова: психосоматика, психосоматические исследования, первичная дисменорея

Благодарности. Автор выражает большую признательность и глубокую благодарность руководителю Высшей школы медицинской гуманитаристики Института общественного здоровья ВолгГМУ, доктору философских наук, доктору юридических наук, заслуженному деятелю науки РФ, профессору Седовой Наталье Николаевне и доктору медицинских наук, профессору, заведующему кафедрой нормальной физиологии Клаучеку Сергею Всеволодовичу, а также доктору медицинских наук, доценту, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии Буровой Наталье Александровне.

PSYCHOSOMATIC RESEARCH IN MODERN MEDICINE BASED ON THE MATERIAL OF EARLY DYSMENORRHEA

Angelina S. Popova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
a.angel.star@yandex.ru

Abstract. The relationship of soul and body and their influence on each other has been of interest to doctors and scientists since ancient times, which led to the emergence of such a science as psychosomatics and active research in its field, which is why many theories and models of the occurrence of psychosomatic

diseases have appeared. Psychosomatics is an interdisciplinary scientific direction that studies the relationship between the effects of psychological, socio-cultural factors on the development and subsequent course of various kinds of somatic diseases in humans. Currently, this field of activity is widespread and has affected all medical specialties, and psychosomatic research is carried out in all areas of medicine. In addition, such a functional state in women as primary dysmenorrhea, which refers to stress-dependent menstrual disorders, is quite widespread in the world. Primary (functional, physiological) dysmenorrhea is painful menstrual bleeding at the beginning of menstruation in the absence of pathology from the pelvic organs. It is manifested not only by acute periodic spasms, aching pain in the suprapubic region with irradiation to neighboring structures, but is also accompanied by psycho-emotional, metabolic-endocrine, neurovegetative symptoms. Psychosomatic studies of primary dysmenorrhea have revealed a large number of interrelated factors, but, as in any specialty, there is still much to be studied and discovered.

Keywords: psychosomatics, psychosomatic research, primary dysmenorrhea

Acknowledgments. The author expresses great appreciation and deep gratitude to the head of the Higher School of Medical Humanities of the Institute of Public Health of the Volgograd State Medical University, Doctor of Philosophy, Doctor of Law, Honored Scientist of the Russian Federation, Professor Natalia Nikolaevna Sedova and Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Normal Physiology of Klaucek Sergey Vsevolodovich, as well as Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology Burova Natalia Alexandrovna.

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматика – научное направление в медицине и психологии, занимающееся изучением взаимосвязи действия психологических, социально-культурных факторов на развитие и последующее течение различного рода соматических заболеваний у человека.

Она является междисциплинарным научным направлением: в рамках медицины, физиологии, психологии, социологии [1].

Психосоматические заболевания – это заболевания, в основе которых лежит реакция организма на стрессовые ситуации [2].

В настоящее время данная сфера деятельности затронула все врачебные специальности, а психосоматические исследования проводятся во всех сферах медицины и разве что не затрагивают область инфекционных заболеваний.

Частота психосоматических расстройств среди населения колеблется от 15 до 50 %; среди пациентов амбулаторной практики – в пределах 30–60%; среди контингента многопрофильных больниц – в пределах 50–60, причем за последние 25–30 лет отмечается резкое увеличение численности больных с психосоматической патологией (это

касается, прежде всего, заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, хронических неспецифических болезней и эндокринных расстройств) [3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был выполнен анализ научной литературы и проведенных исследований в областях истории медицины, философии, психосоматики, нормальной физиологии и гинекологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

История психосоматических исследований в медицине

Еще в эпоху античности, когда впервые возникают материалистические представления о психических процессах и их нарушениях, в рамках философии и медицины уже формируются этико-деонтологические аспекты, затрагивающие взаимоотношения врача и больного и провозглашается принцип «лечить не болезнь, но больного» [1].

Врачи и философы Древней Греции и Рима, такие как Сократ, Платон, Гиппократ и Гален, считали, что душа и тело

взаимосвязаны и, чтобы достичь окончательного избавления от недуга, необходимо лечить не только физически, но и духовно. На Азиатском континенте также немалую роль в возникновении соматических заболеваний отдавали психическому, о чем упоминается в «Чарака-самхите» (I–II в. н. э.), трактате по Аюрведе, и на что делает акцент также и врач Ибн Сина. На Дальнем Востоке в китайской и японской медицине гармоничное состояние души, спокойствие определяли здоровье человека, и лечение в первую очередь имело направление на внутреннее духовное уравнивание и избавление от губящих здоровье эмоций.

В Европе в 1818 году немецкий врач Р. Хайнрот впервые употребил термин «психосоматика», а в 1822 году немецкий психиатр М. Якоби ввел понятие «соматопсихический», но, спустя век, окончательно все же прижилась «психосоматика», которая определялась как «прикладной психоанализ в медицине».

За всю историю развития психосоматики было проведено большое количество научных исследований, что привело к появлению множества теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний.

Так, австрийский врач Зигмунд Фрейд был основоположником психоаналитической концепции. В противоположность же модели Фрейда американский психоаналитик Карен Хорни разработала социокультурную теорию личности, согласно которой в основе возникновения невротического конфликта лежат не только неодобряемые культурой инстинкты и агрессия, решающую роль играют разлад во взаимоотношениях человека и неблагоприятное воздействие социального окружения. Великий русский физиолог И.П. Павлов установил, что в основе соматических нарушений лежит одновременная активация противоположных по действию безусловных рефлексов.

К середине 50-х годов XX века психосоматические исследования стали проводиться более активно. Так, американский учёный Ф. Александер в 1950 году предложил

психофизиологическую теорию эмоционального конфликта: у человека при реакции на какую-либо ситуацию появляются определенные эмоции, которые он подавляет в себе, контролирует, либо дает им проявиться; на эти действия реагирует вегетативная нервная система, из-за сбоя работы которой развиваются соматические нарушения. Выдающийся русский физиолог Петр Кузьмич Анохин разработал теорию функциональных систем, из которой следует, что психофизиологические функциональные системы, как эволюционно более поздние образования, включают в себя элементы структурной архитектоники нейродинамических, гомеостатических и морфофункциональных систем, и реализуют свою деятельность через вегетативную нервную систему и посредством эмоций, морфологической основой которых являются подкорковые образования (лимбическая система, таламус, гипоталамус и другие). Именно в работе психофизиологических систем находит свое отражение вся сложность психосоматических взаимоотношений человека. Деятельность системы направлена на поддержание гомеостаза, и, тем самым, подтверждает учение об адаптационном синдроме. Перенапряжение системы (аллостатическая перегрузка) приводит к изменениям физиологических, психологических и социально-психологических характеристик человека, что проявляется симптомами соматических и психических патологических состояний [4].

Широкое распространение имеют конверсионная концепция, концепция алекситимии (сложность в распознавании и выражении собственных эмоций), теория стресса (биохимические, клинко-физиологические, психологические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса), теория копинга (автор А. Маслоу), био-психосоцио-духовный подход В. М. Бехтерева (включена в программу фундаментальных научных исследований в Российской Федерации на 2021–2030 годы), кортико-висцеральная теория К. М. Быкова и И. Т. Курцина. Отечественные врачи и ученые проводили

психосоматические исследования в сфере экстремальных состояний, системе отношений (В. Н. Мясищев), конфликтов (В. М. Русалов), затрагивалась и тема детских психосоматических расстройств (Ю. Ф. Антропов, В. В. Ковалев, Д. Н. Исаев и др).

В связи со скоротечным темпом жизни, нестабильной обстановкой в мире (военные конфликты, эпидемии, катаклизмы и др.) и переизбытком информации, из-за чего люди постоянно на эмоциях, в состоянии напряжения, тревоги и со значительно продвинутым развитием диагностики, профилактики и лечения соматических состояний в различных сферах современной медицины, нейрофизиологические, психофизиологические, психоэндокринные и психонейроиммунные направления психосоматических исследований являются актуальными в настоящее время.

Психосоматические исследования в современной медицине направлены не просто на установление взаимосвязи души и тела, но и на профилактику развития функциональных состояний, их перехода в патологию, возникновения осложнений и рецидивов заболеваний в гастроэнтерологии, педиатрии, кардиологии, эндокринологии, акушерстве, гинекологии и других направлениях. Происходит активное изучение механизмов адаптации и стрессоустойчивости человека всех возрастов и профессий.

Психосоматические исследования в современной медицине на материале первичной дисменореи

Кроме того, достаточное распространение в мире имеет такое функциональное состояние у женщин, как первичная дисменорея, которое относится к стресс-зависимым нарушениям менструального цикла. В России первичная дисменорея встречается в 43–90 % случаев в возрасте от 10 до 20 лет [5].

Первичная (функциональная, физиологическая) дисменорея – болезненные менструальные кровотечения в начале менструации при отсутствии патологии со стороны органов малого таза. Она не только

проявляется острыми периодическими спазмами, ноющей болью в надлобковой области с иррадиацией в соседние структуры, но и сопровождается психоэмоциональными, обменно-эндокринными, нейровегетативными симптомами.

Функциональная дисменорея затрагивает все сферы деятельности женщины – домашний быт, учебу, работу, взаимоотношения. Девушки в период болезненного состояния пропускают работу, отсутствуют на учебе, отдаляются от окружающих людей, конфликтуют, у них снижается память, концентрация внимания, что в дальнейшем действует на их социальное окружение, внутреннее психологическое состояние с появлением тревожности, заикливости, напряженности. В некоторых странах Западной Европы женщинам дают кратковременные оплачиваемые отпуска на работе во время болезненной менструации.

На протяжении истории в разных странах к менструациям относились по-своему. Например, в Непале женщину выгоняли из дома в отдельное помещение и максимально ограничивали с ней контакты, что и до сих пор нередко встречается в этой стране. В России женщину-крестьянку в это время освобождали от тяжелой работы, а при выраженных болях она занималась просто необходимыми домашними делами. Женщинам же из высшего общества в период болезненных месячных вообще предоставлялся максимальный отдых.

Проводилось и проводится большое количество исследований, направленных на установление патогенеза первичной дисменореи. В результате главную роль отдают влиянию простагландинов и гормональных веществ на интенсивность мышечных сокращений матки, с последующей вазоконстрикцией и ишемией, сопровождающихся болевым синдромом. В лечении первичной дисменореи широко используются НПВС, КОКи, гормональные средства, витамины, ЛФК, фитотерапия, которые, к сожалению, не всегда дают полноценный желаемый эффект, а иногда даже приводят к осложнениям.

Поэтому умы врачей и ученых направлены на более глубокое изучение представленной проблемы и на поиск мультикомплексного ее решения. К тому же в последние десятилетия имеется все большая тенденция к немедикаментозной терапии и профилактике таких состояний с акцентуацией на духовные составляющие человека.

Установлено, что психогенные факторы имеют большое значение в реакции женщины на усиление спастических сокращений матки. Как известно, интенсивность болевого ощущения зависит от типа вегетативной нервной деятельности, собственно психологического настроения, эмоционального фона, окружающей обстановки и прочего.

Доказано, что на выраженность симптомов влияют факторы внешней среды, несбалансированное питание, стрессовые ситуации, депрессивные состояния. Также рядом психосоматических исследований установлена роль хронического стресса в развитии физиологической дисменореи.

Так, наслаение эмоциональных стрессовых состояний, соматовегетативного компонента в совокупности с генетической предрасположенностью вызывает психосоматическое расстройство в репродуктивной системе. Ингибирование гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси выступает механизмом влияния стресса на менструальный цикл [6].

Более того, в нейровизуализационных исследованиях головного мозга с использованием функциональной магнитно-резонансной томографии у женщин с физиологической дисменореей обнаружено снижение реактивности миндалина в предменструальный период, что приводит к удлинению времени обработки отрицательных эмоций и укорочению времени обработки положительных эмоций, а также снижению контроля со стороны лимбической системы за выраженностью эмоций [7].

В 2022 г. в Узбекистане проводилось исследование, в ходе которого выявили закономерность в степени выраженности функциональной дисменореи у молодых девушек

с неудовлетворительными материально-бытовыми условиями и конфликтами в семье, долгим отсутствием матери дома из-за продолжительного рабочего дня или ночных дежурств.

В ходе исследований были разработаны психодиагностические и психотерапевтические методики, применяемые в настоящее время на практике врачами и в психосоматических исследованиях учеными для выявления дальнейших закономерностей и разработки более эффективных методов диагностики и коррекции первичной дисменореи. К психодиагностическим методикам относятся болевой опросник МакГилла (MPQ), Визуально-аналоговая шкала (ВАШ), Шкала депрессии Бека, Методика субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч. Д. Спилберга, Шкала самооценки тревоги Шихана, Шкала Гамильтона для оценки депрессии, Опросник Вейна (оценка вегетативных изменений), Опросник SF-36 (оценка качества жизни), Питсбургский индекс качества сна (PSQI) и т.д. При психотерапевтической коррекции функциональной дисменореи предпочтение отдается когнитивной поведенческой терапии (КПТ), воздействие методом разум – тело (МБИ), повторная обработка движений глаз.

Следует отметить, что в структуре самоотношения у девушек с дисменореей наблюдаются следующие особенности: сниженное самоуважение и аутосимпатия с тенденцией к самоуничтожению [8].

Также исследование ценностной сферы показало, что для обследуемых характерно игнорирование ценностей и интересов других на фоне предпочтения собственных потребностей и излишнее акцентирование внимания на своем здоровье. Большинство девушек предпочитает поиск социальной поддержки как основной способ справиться с субъективно переживаемой стрессовой ситуацией. Полученные данные свидетельствуют о наличии конфликта между имеющимися ценностями и совладающим поведением, что приводит к эмоционально-психическому напряжению и усилению психосоматического

дискомфорта, а применяемые в условиях стресса копинг-стратегии являются неэффективными [9].

В ходе наблюдений за выраженностью первичной дисменореи у женщин в разных профессиях была выявлена закономерность, что у девушек, переживших витальный стресс (например, военнослужащие, полицейские, следователи) или работающих в постоянном напряжении, более часто наблюдается депрессивный синдром и болезненные менструации с отличительно повышенными агрессивностью и тревожностью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Из-за социально-политической неустойчивости в мире, более активного и стремительного темпа жизни, высокой урбанизации, непредсказуемости ситуации, быстрого прогресса во всех сферах жизнедеятельности, которые постоянно сопровождаются стрессовыми ситуациями, скачками антагонистических эмоций, напряжением, тревогой за свое настоящее и будущее, наблюдающихся у людей уже с раннего детства, приводят к все большему распространению психосоматических заболеваний и стремлению врачей и ученых направить свои умы на предупреждение их возникновения и психофизиологическую коррекцию.

И, как видно, психосоматические исследования в современной медицине все больше набирают обороты. Ведь любое функциональное состояние и заболевание полиэтиологично и в патогенезе принимают участие сразу несколько механизмов, следовательно, междисциплинарный подход в коррекции данных состояний более эффективен. Было проведено множество научных исследований и клинических наблюдений в разных областях медицины, в ходе которых была установлена тесная взаимосвязь

души и тела (психосоматика). Так, например, при множестве проведенных слепых двойных плацебо-контролируемых исследований у пациентов, принимавших лекарственные препараты группы контроля, наблюдалось облегчение состояния, а иногда и полное выздоровление, хотя они не знали о приеме средств плацебо, что еще раз подтверждает немалозначимую роль психосоматики.

Прослеживается постепенная тенденция перехода от современной медицины Парацельса и будущей медицины Галена и Парацельса, в которой будут задействованы не только фармацевтические препараты, но также будет делаться упор и на внутреннее, духовное составляющее человека и его окружение, то есть будет комплексный мультидисциплинарный подход в виде превентивной и доказательной медицины, что в настоящее время уже имеет место быть на разных континентах.

Психосоматические исследования в современной медицине на примере первичной дисменореи достаточно полно изучили эмоционально-поведенческие состояния женщин, ее психологическую этиологию, но наблюдается малое количество направлений в психофизиологии, исследовании межличностных отношений и небольшое количество психофизиологической коррекции данного функционального состояния. Таким образом, последующие психосоматические и физиологические исследования в сфере первичной дисменореи будут способствовать мультидисциплинарной коррекции первичной дисменореи, направленной на предупреждение развития патологического состояния (такого как вторичная дисменорея, миома матки, гиперплазия эндометрия), облегчению симптомов и жизни девушки во всех ее областях, развитию более здорового будущего поколения, что выносится на государственный уровень.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Соловьевская Н.Л. История развития психосоматики. *Труды Кольского научного центра РАН*. 2018;11–15(9):110–120.

2. Суботьялов М.А., Надточей Т.А. История психосоматической медицины. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2015;3:183–185.

3. Волчанский М.Е., Деларю В.В., Болучевская В.В. Психосоматические заболевания: решенные и нерешенные вопросы. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. 2012;2(42):3–5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskie-zabolevaniya-reshennye-i-nereshennye-voprosy> (дата обращения: 28.05.2023).

4. Сукиасян С.Г., Тадевосян М.Я. Новый подход к психосоматической проблеме: концепция непсихиатрической психиатрии. *Sciences of Europe*. 2021;80(2):35–45.

5. Джобава Э.М. и др. Дисменорея. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика и терапия в практике современного

акушера-гинеколога. *Мать и дитя*. 2012;20(1):28–34.

6. Янг Э.А. и др. Изменение гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси у женщин с депрессией. *Архив общей психиатрии*. 2000;57(12):1157–1162.

7. Protopopescu X. et al. На пути к функциональной нейроанатомии предменструального дисфорического расстройства. *Журнал аффективных расстройств*. 2008;108(1–2):87–94.

8. Кацнельсон Ю.В., Нотова В.В., Болдырева Т.А. Особенности системы отношений у девушек с дисменореей. *Фундаментальные исследования*. 2013;2(1):72–78. URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=31057> (дата обращения: 28.05.2023).

9. Кононова Т.А., Рустанович Ю.Г. Роль психологического сопровождения в лечении девушек-подростков с дисменореей. *Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Кротинские чтения*. Санкт-Петербург, 2018. С. 70–76.

REFERENCES

1. Solovyevskaya N.L. History of the development of psychosomatics. *Trudy Kol'skogo nauchnogo tsentra RAN = Proceedings of the Kola Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*. 2018;11–15(9):110–120. (in Rus.)

2. Subotyalov M.A., Nadtochey T.A. History of psychosomatic medicine. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko = Bulletin of the N.A. Semashko National Research Institute of Public Health*. 2015;3:183–185. (in Rus.)

3. Volchansky M.E., Delarue V.V., Boluchevskaya V.V. Psychosomatic diseases: resolved and unresolved issues. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = Journal of Volgograd State Medical University*. 2012;2(42):3–5. (in Rus.) URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskie-zabolevaniya-reshennye-i-nereshennye-voprosy> (accessed: 28.05.2023).

4. Sukiasyan S.G., Tadevosyan M.Ya. A new approach to the psychosomatic problem: the concept of non-psychiatric psychiatry. *Sciences of Europe*. 2021;80(2):35–45. (in Rus.)

5. Jobava E.M. et al. Dysmenorrhea. Etiopathogenesis, differential diagnosis and therapy in the practice of a modern obstetrician-gynecologist. *Mat' i ditya = Mother and child*. 2012;20(1):28–34. (in Rus.)

6. Yang E.A. et al. Changes in the hypothalamic-pituitary-ovarian axis in women with depression. *Arkhiv obshchei psikhiiatrii = Archive of General Psychiatry*. 2000;57(12):1157–1162. (in Rus.)

7. Protopopescu X. et al. On the way to functional neuroanatomy of premenstrual dysphoric disorder. *Zhurnal affektivnykh*

rasstroistv = Journal of Affective Disorders.
2008;108(1-2):87-94. (in Rus.)

8. Katsnelson Yu.V., Notova V.V., Boldyreva T.A. Features of the relationship system in girls with dysmenorrhea. *Fundamental'nye issledovaniya = Fundamental research.* 2013;2(1):72-78. (in Rus.) URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=31057> (accessed: 28.05.2023).

9. Kononova T.A., Rustanovich Yu.G. The role of psychological support in the treatment of adolescent girls with dysmenorrhea. *Sovremennye problemy podrostkovej mediciny i reproductivnogo zdorov'ja molodezhi. Krotinskie chtenija = Current problems of adolescent medicine and youth reproductive health. Crotine readings.* Saint Petersburg, 2018:70-76. (in Rus.)

ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ И ТУРИЗМ

Георгий Саввич Табатадзе

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
tabatadze.48@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7254-2499>

Ольга Владимировна Костенко ✉

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
olyakostenko@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4078-487X>

Аннотация. В статье обосновывается необходимость осмысления нового уровня взаимодействия здравоохранительных практик и туризма как одного из социальных феноменов, связанного с посещением лечебных учреждений за пределами мест проживания пациентов. Формулируется идея о том, что данное взаимодействие способствует развитию и востребованности различных видов лечения и туризма. Дается авторское определение понятий «здравоохранительная практика» и «медицинская практика» и выявляются их особенности. Показано, что во взаимосвязи здравоохранительной и туристической составляющих не туризм, а лечебно-медицинские практики следует рассматривать как главные. В этой связи данные виды туризма можно называть лечебным или медицинским туризмом. В отличие от других видов туризма, которые имеют различные мотивации, данные виды туризма имеют одну главную мотивацию – лечение, которая определяет все остальные: качество медицинской помощи, клинические условия пребывания, стоимость лечения и т.п. Делается вывод, что развитие медицинского туризма существенно способствует появлению новой коммуникации в сфере здравоохранения и сфере социализации личности на основе новых представлений о туризме.

В статье отмечается, что главным в медицинском туризме должна стать возможность для всех нуждающихся получить высококвалифицированные медицинские услуги. Поэтому на первый план выходит высокий уровень профессиональной подготовки специалистов в сфере медицинских услуг. И не только врачей. Необходимым условием обеспечения качества санаторно-курортных услуг является повышение профессионального уровня всего вспомогательного и обслуживающего персонала, например, подготовки сестринских кадров, других специалистов среднего медицинского персонала (деятельность медсестер, работники медицинских лабораторий, диагностических центров и т. п.).

В статье данные виды туризма рассматриваются как специфическое социальное явление, отражающее динамические процессы современного здравоохранения. Они способствуют развитию санаторно-курортных учреждений и услуг, повышению профессионального уровня медиков и работников турфирм, стимулируют соответствующие научные исследования.

Показано, что взаимодействие этих двух сфер порождает новые индивидуальные и общественные ценности, этические нормы, новые возможности лечения и оздоровления личности.

Ключевые слова: туризм, медицинский туризм, здравоохранение, медицина, лечение

SOCIAL HISTORY OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

HEALTHCARE PRACTICES AND TOURISM

Georgy S. Tabatadze

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
tabatadze.48@mail.ru <https://orcid.org/0000-0001-7254-2499>

Olga V. Kostenko ✉

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
olyakostenko@mail.ru , <https://orcid.org/0000-0002-4078-487X>

Abstract: The article substantiates the need to comprehend a new level of interaction between healthcare practices and tourism as one of the social phenomena associated with visiting medical institutions outside the places of residence of patients. The idea is formulated that this interaction contributes to the development and demand for various types of treatment and tourism. The author's definition of the concepts of «healthcare practice» and «medical practice» is given and their features are revealed. It is shown that in the interrelation of health and tourism components, not tourism, but medical and medical practices should be considered as the main ones. In this regard, these types of tourism can be called medical or medical tourism. Unlike other types of tourism, which have different motivations, these types of tourism have one main motivation – treatment, which determines all the others: the quality of medical care, clinical conditions of stay, the cost of treatment, etc. It is concluded that the development of medical tourism significantly contributes to the emergence of new communication in the field of healthcare and socialization of the individual based on new ideas about tourism.

The article notes that the main thing in medical tourism should be the opportunity for all those in need to receive highly qualified medical services. Therefore, a high level of professional training of specialists in the field of medical services comes to the fore. And not just doctors. A necessary condition for ensuring the quality of spa services is to improve the professional level of all auxiliary and service personnel, for example, the training of nursing staff, other specialists of secondary medical personnel (nurses, employees of medical laboratories, diagnostic centers, etc.).

In the article, these types of tourism are considered as a specific social phenomenon reflecting the dynamic processes of modern healthcare. They contribute to the development of sanatorium-resort institutions and services, improve the professional level of doctors and employees of travel agencies, stimulate relevant scientific research.

It is shown that the interaction of these two spheres generates new individual and social values, ethical norms, new opportunities for treatment and personal recovery.

Keywords: tourism, medical tourism, healthcare, medicine, treatment

ВВЕДЕНИЕ

Греческое слово «практикос» означает деятельный, активный. Философское понятие практики – деятельность, преобразующая мир. Соответственно практика есть деятельность человека. Следовательно, все, что выступает как деятельность человека, есть практика.

Полное и исчерпывающее определение понятия «здравоохранение» можно найти в современном действующем законодательстве, а именно, в Федеральном законе от 21.11.2011 года № 324-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Там отмечается, что здравоохранение – это одна из ветвей государственной деятельности,

которая призвана обеспечивать доступный медицинский сервис для населения на соответствующем уровне. Система здравоохранения – это совокупность всех государственных и не государственных ресурсов, институтов и мероприятий, которые должны совершенствовать уровень медицинских услуг в стране. Исходя из этого, понятие «здравоохранительная практика» можно определить как деятельность по сохранению здоровья людей и созданию условий здорового образа жизни. Тогда «медицинская практика» – это регламентированная деятельность медработников в сфере здравоохранения, осуществляемая ими в порядке выполнения своих профессиональных функций.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Во взаимосвязи здравоохранительной и туристической составляющих не туризм, а лечебно-медицинские практики следует рассматривать как главные. Поэтому данные виды туризма можно называть лечебным или медицинским туризмом. Их можно рассматривать как специфическое социальное явление, отражающее динамические процессы современного здравоохранения. Они способствуют развитию санаторно-курортных учреждений и услуг, повышению профессионального уровня медиков и работников турфирм, стимулируют соответствующие научные исследования.

Медицинский туризм сам выступает как ценность, которая определяется его целями, а это, прежде всего, основное и полноценное обслуживание, лечение. Главное в медицинском туризме – это возможность получить высококвалифицированные медицинские услуги. Здесь на первом плане врач, его профессионализм, а не досугово-развлекательные услуги. В этом ракурсе отличительной особенностью медицинского туризма является необходимость высокого уровня здравоохранительных практик.

Развитие медицинского туризма показывает, что он существенно способствует

появлению новой коммуникации в сфере здравоохранения и сфере социализации личности на основе новых представлений о туризме. Здравоохранительная практика как специфический вид деятельности обладает системной и институциональной организацией. Прежде всего, она включает в себя:

1) создание и преобразование материальной сферы здравоохранения (поликлиники, больницы, медицинские центры, санаторно-курортные и оздоровительные учреждения и т.д.);

2) систему управления и организации здравоохранения;

3) экспериментальную и научно-исследовательскую деятельность.

Целями здравоохранения являются сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Следует отметить, что особое значение придается профилактическим мерам в области охраны здоровья граждан.

Здравоохранение – это не только эффективная система обеспечения населения медицинскими ресурсами, но и социальный институт, деятельность которого регламентируется действующим законодательством.

В систему здравоохранения включены санаторно-курортные организации (бальнеологические лечебницы, грязелечебницы, курортные поликлиники, санатории, санатории-профилактории) [1]. Они оказывают медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах [1].

Деятельность санаторно-курортных учреждений направлена на обеспечение населения медико-оздоровительными услугами, перечень которых определен в законодательстве. Эта деятельность требует

соответствующего финансирования, обеспечения этой области квалифицированными медицинскими кадрами, создания современных государственных и частных санаторно-курортных учреждений.

Актуальной выглядит проблема индивидуализации санаторно-курортной деятельности и медицинского туризма. В этих сферах индивидуальный подход является главным. Здесь человек подбирает для лечения соответствующие медицинские и материальные условия. В этом плане возрастает значение медицинской составляющей, а часто это единственный критерий выбора пункта поездки. Отметим, что именно в медицинском туризме в наибольшей степени важна реализация принципа индивидуализации туризма.

Как отрасль здравоохранения санаторно-курортная сфера обеспечивает гражданам доступную и в некоторых случаях бесплатную лечебную, оздоровительную, восстановительную помощь и отдых. Услуги в санаторно-курортной сфере – это предоставление каждому нуждающемуся необходимой медицинской помощи в специализированных учреждениях, платных или бесплатных. Для оказания качественных санаторно-курортных услуг важной задачей является подготовка высококвалифицированных кадров: врачей, медсестер, обслуживающего персонала и т. п. Важным направлением работы является развитие лечебно-оздоровительных практик и соответствующего оборудования. На данный момент отечественная система здравоохранения не отвечает всем постулатам оказания медицинской помощи, которые были признаны ВОЗ. Социальная эффективность деятельности санаторно-курортной системы может быть обеспечена лишь тогда, когда медицинская и социальная помощь будет доступна всем слоям населения.

В этом плане деятельности санаторно-курортных учреждений должна оцениваться медицинская и социальная эффективность. Что касается экономического эффекта, о котором часто упоминают, как о показателе

санаторно-курортной деятельности, то в отношении людей он имеет смысл как показатель доступности этих услуг.

В отличие от других видов туризма, которые имеют различные мотивации, данные виды туризма имеют одну главную мотивацию – лечение, которая определяет все остальные: качество медицинской помощи, клинические условия пребывания, стоимость лечения и т.п. Поэтому главной составляющей здесь является именно медицинская помощь, поэтому мы будем использовать термины «лечебный туризм» и «медицинский туризм». Эти виды туризма связаны с организацией медицинского обслуживания пациентов за пределами страны их постоянного проживания. Это «...миграция пациентов к месту лечения, реабилитации и отдыха в какой-либо регион или страну. Задача медицинского туризма – дать шанс пациенту из любой страны получить качественное современное лечение в любой точке мира» [2]. Санаторно-курортное лечение – это медицинская помощь, осуществляемая в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных факторов в условиях пребывания на курорте, в лечебно-оздоровительной местности, в санаторно-курортных организациях [3].

Перечень заболеваний, при которых рекомендуется пройти санаторно-курортное лечение, довольно значителен. Это заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни органов пищеварения, почек, болезни обмена веществ, органов дыхания, нервной системы и многое другое. Потому и виды медицинских и здравоохранительных практик разнообразны. Качественное и современное лечение зависит от ряда факторов и прежде всего от качества и современности здравоохранительных и медицинских практик. Одной из проблем здесь является соотношение между туристической составляющей и медицинской, характер связи между ними. Несомненно, что в этой связи всегда есть доминирующая сторона, причем, в каждом конкретном случае, доминирование между ними меняется.

Зачастую субъект медицинского туризма (пациент) внешне воспринимается как объект, то есть турфирмы часто не воспринимают цель клиента – лечение. Главное для них – коммерческая составляющая. Однако главной в медицинском туризме должна стать возможность получить высококвалифицированных медицинских услуг. Поэтому на первый план выходит высокий уровень профессиональной подготовки специалистов в сфере медицинских услуг. И не только врачей. Необходимым условием обеспечения качества санаторно-курортных услуг является повышение профессионального уровня всего вспомогательного и обслуживающего персонала, например, подготовки сестринских кадров, других специалистов среднего медицинского персонала (деятельность медсестер, работников медицинских лабораторий, диагностических центров и т. п.).

Видимо назрела необходимость соответствующей подготовки в этом направлении сотрудников турфирм. Им необходимо разбираться в том, какие цели преследует турист, обращаясь к услугам санаторно-курортного комплекса. Это могут быть общеоздоровительные цели, лечение по назначению врача и т. п. Эта необходимость выявляет этический и нравственный аспекты туризма и санаторно-курортного комплекса: порядочность, воспитанность, доброжелательность, приветливость, внимательность, вежливость. Эти и другие нравственные ценности тем более важны, что медицинский туризм расширяет жизненное и социальное пространство личности, в смысле появления нового жизненного пространства и особой организации социального бытия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поскольку вся система санаторно-курортного комплекса должна быть нацелена на главные задачи здравоохранения – общественное здоровье, здоровый образ жизни, и организация соответствующей медицинской помощи

в учреждениях санаторно-курортной системы, то должна быть решена одна из основных проблем – обеспечение равнодоступности и качества медицинских услуг.

О необходимости обеспечить доступность санаторно-курортной помощи населению, в первую очередь, слабо защищенных групп населения страны (дети, инвалиды и другие категории лиц, определенные законодательством) прямо говорится в одном из поручений президента Российской Федерации В. В. Путина на заседании президиума Госсовета в 2016 году. Однако, как отмечают многие специалисты, сложившееся в настоящий момент положение в российском санаторно-курортном деле вызывает серьезную тревогу. Проблема доступности санаторно-курортной помощи по-прежнему актуальна. Более того, ухудшается материально-техническая база ряда санаторно-курортных учреждений, их недостаточное финансирование, существуют проблемы законодательного регулирования санаторно-курортной деятельности. Проблемы такого рода вряд ли можно назвать объективными. Так, например, дефицит высококвалифицированных кадров во многом связан с низким уровнем заработной платы. На качество санаторно-курортного лечения серьезно влияет рост платных услуг, цены на лекарства, из-за чего люди вынуждены отказываться от многих необходимых процедур, медленно идет процесс внедрения новых современных методов лечения и оздоровления.

Следует отметить, что многие санаторно-курортные учреждения выполняют не только лечебную функцию, но и восстановительные, ознакомительные процедуры, обеспечивают также и отдых в санаторных условиях. Таким образом, лечебный туризм является существенным фактором развития здравоохранения, нравственных и профессиональных качеств врачей, персонала санаторно-курортных учреждений, туроператоров, фактором развития туризма в целом.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Общероссийский классификатор видов экономической деятельности» (утв. Приказом Росстандарта от 31.01.2014 № 14-ст). ОК 029-2014 (КДЕС Ред. 2 от 10.07.2018). С. 86.

2. Седова Н.Н., Щекин Г.Ю. Медицинский туризм: история, теория, практика: монография. Москва: Издательская группа «Юрист», 2014. 276 с.

3. Барчуков И. С. Санаторно-курортное дело. Москва: Юнити-Дана, 2012. 304 с.

REFERENCES

1. The All-Russian classifier of types of economic activity» (approved by the Order of Rosstandart dated 31.01.2014 N 14-st). ОК 029-2014 (KDES Ed. 2 of 10.07.2018). p. 86. (in Rus.)

2. Sedova N.N., Shchekin G.Yu. Medical tourism: history, theory, practice: monograph.

Moscow, Publishing group «Lawyer», 2014. 276 p. (in Rus.)

3. Barchukov I. S. Sanatorium and resort business. Moscow, Unity-Dana, 2012. 304 p. (in Rus.)

Утвержден

Общим собранием учредителей
Протокол № 1 от «_17_» _января_ 2023 года

У С Т А В

Ассоциации медико-гуманитарного развития БРИКС

Московская область, г. Пущино
2023 год

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Ассоциация медико-гуманитарного развития БРИКС (далее по тексту также именуемая – «Ассоциация») является основным на добровольном членстве объединением полностью дееспособных граждан и юридических лиц, созданным для представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов, для достижения цели, предусмотренной пунктом 2.1 настоящего Устава.

1.2. Ассоциация осуществляет свою деятельность в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Гражданским Кодексом Российской Федерации, Федеральным Законом «О некоммерческих организациях», иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, настоящим Уставом.

1.3. Полное наименование Ассоциации на русском языке – Ассоциация медико-гуманитарного развития БРИКС. Сокращенное наименование Ассоциации на русском языке – АМЕГРА БРИКС. Полное наименование Ассоциации на английском языке – Association for medical-humanitarian

development of BRICS. Сокращенное наименование Ассоциации на английском языке – AMENDE BRICS.

1.4. Место нахождения Ассоциации: Московская область, г. Пущино.

1.5. Ассоциация является юридическим лицом с момента государственной регистрации согласно законодательству Российской Федерации, не имеет в качестве цели своей деятельности извлечение прибыли и распределения ее между членами Ассоциации.

Ассоциация вправе открывать счета, в том числе валютный, в банках и других кредитных организациях. Ассоциация имеет круглую печать со своим наименованием.

1.6. Учредительным документом Ассоциации является Устав. Требования Устава обязательны для исполнения органами и членами Ассоциации.

1.7. Ассоциация для достижения своей цели имеет право от своего имени заключать договоры, а также приобретать имущественные и иные права, исполнять обязанности, нести ответственность, быть истцом

и ответчиком в суде, арбитражном и третейском судах.

1.8. Ассоциация вправе создавать филиалы и открывать представительства на территории Российской Федерации.

1.9. Ассоциация несет ответственность по своим обязательствам всем своим имуществом. Имущество, переданное Ассоциации ее членами, является собственностью Ассоциации. Члены Ассоциации не сохраняют прав на имущество, переданное ими в собственность Ассоциации.

1.10. Ассоциация не отвечает по обязательствам своих членов. Члены Ассоциации несут субсидиарную ответственность по ее обязательствам в размере членских взносов и порядке, определяемом Общим собранием членов.

1.11. Ассоциация создается на неопределенный срок.

1.12. Ассоциация может осуществлять один вид деятельности или несколько видов деятельности, не запрещенных законодательством Российской Федерации и соответствующих цели ее деятельности, которые предусмотрены ее учредительным документом (пункт 2.2 настоящего Устава). Ассоциация может осуществлять предпринимательскую (приносящую доход) деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению цели, ради которой она создана и соответствует указанной цели, при условии, что такая деятельность указана в ее учредительном документе (пункт 2.2 настоящего Устава).

2. ЦЕЛЬ, ПРЕДМЕТ И ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АССОЦИАЦИИ

2.1. Целью деятельности Ассоциации является объединение юридических лиц и (или) граждан, основанное на добровольном членстве и созданное для представления и защиты общих, в том числе профессиональных, интересов членов Ассоциации, направленных на совершенствование законодательной базы в медико-гуманитарной сфере и практики охраны здоровья граждан стран БРИКС, в том числе реализации программ мониторинга медико-гуманитарного благополучия стран БРИКС, объединения преподавателей гуманитарных дисциплин биомедицинских учебных заведений стран БРИКС, а также направленных на объединение усилий ученых, представителей социально-гуманитарного и биомедицинского сообщества для поддержки и развития научных исследований в сфере медико-гуманитарных знаний стран БРИКС.

2.2. Предметом деятельности Ассоциации является совокупность осуществляемых ею видов деятельности, к которым относится:

- обмен информацией о передовых исследованиях в сфере медико-гуманитарных знаний, распространение этой информации среди заинтересованных лиц и организаций стран БРИКС;

- организация и проведение научных школ, семинаров, конференций, симпозиумов, конгрессов стран БРИКС по медико-гуманитарной проблематике;

- реализация и координация образовательных и научно-исследовательских проектов стран БРИКС, включая междисциплинарные, в медико-гуманитарной сфере;

- обмен научной информацией и учебно-методическим опытом с отечественными и зарубежными коллегами;

- поддержка образовательных и научных стажировок в отечественных и зарубежных научных и образовательных центрах стран БРИКС;

- разработка, обсуждение, поддержка учебных программ и учебно-методической литературы стран БРИКС по медико-гуманитарным дисциплинам;

- подготовка научных рекомендаций профильного характера и предоставление их в заинтересованные органы образования, здравоохранения и административные органы различного уровня стран БРИКС;

- взаимодействие с государственными органами и организациями стран БРИКС, а также с иными организациями по тематике деятельности Ассоциации;

- разработка и представление в соответствующие государственные органы стран БРИКС предложений по внесению изменений и дополнений в законодательные и подзаконные акты в области медико-гуманитарного знания и практики;

- осуществление информационной, экспертной, юридической и консультационной поддержки по тематике деятельности Ассоциации ее членам;

- разработка и внедрение необходимых критериев образовательных и профессиональных стандартов информационного обеспечения медико-гуманитарной деятельности в странах БРИКС;

- организация и проведение совместных мероприятий: конференций, симпозиумов, методических семинаров, переговоров, встреч по обмену опытом, презентаций, выставок, ярмарок по тематике деятельности Ассоциации;

- содействие в организации и проведении обучения, повышения квалификации и переподготовки специалистов медико-гуманитарного профиля стран БРИКС.

Ассоциация вправе осуществлять следующие виды предпринимательской (приносящей доход) деятельности:

- проведение выставок, конференций, конкурсов, симпозиумов, семинаров, научных диспутов по тематике деятельности Ассоциации;

- осуществление издательской деятельности по тематике деятельности Ассоциации;

- консультирование по вопросам коммерческой деятельности и управления по тематике деятельности Ассоциации.

2.3. Отдельными видами деятельности, перечень которых определяется законодательством Российской Федерации, Организация может заниматься только на основании специального разрешения (лицензии).

3. ИМУЩЕСТВО И СРЕДСТВА АССОЦИАЦИИ

3.1. Ассоциация может иметь в собственности здания, сооружения, оборудование, инвентарь, денежные средства в рублях и иностранной валюте, ценные бумаги.

Ассоциация может иметь в собственности земельные участки и другое не ограниченное в обороте и не изъятое из оборота имущество.

3.2. Ассоциация самостоятельно распоряжается принадлежащим ей имуществом, включая финансовые средства.

3.3. Основными направлениями использования имущества Ассоциации является обеспечение выполнения уставной цели.

3.4. Порядок образования и расходования финансовых средств Ассоциации определяет Общее собрание членов.

3.5. Источниками образования имущества Ассоциации являются:

- регулярные и единовременные поступления от членов;

- добровольные имущественные взносы и пожертвования;

- выручка от реализации товаров, работ, услуг;

- дивиденды (доходы, проценты), получаемые по акциям, облигациям, другим ценным бумагам и вкладам;

- доходы, получаемые от собственности Ассоциации;

- другие не запрещенные законом поступления.

Регулярные (ежегодные) членские взносы

- Каждый член Ассоциации обязан ежегодно вносить членские взносы.

- Размер регулярного членского взноса для всех членов Ассоциации на очередной календарный год утверждается решением Общего собрания членов Ассоциации не позднее одного месяца до начала года. Членские взносы вносятся ежегодно не позднее 1 квартала соответствующего календарного года.

- Вновь принятые в члены Ассоциации юридические лица и граждане оплачивают регулярные членские взносы за соответствующий календарный год не позднее 1 (одного)

месяца с даты принятия Координационным советом решения о приеме в члены Ассоциации, в размере, определяемом пропорционально количеству оставшихся месяцев.

Единовременные целевые взносы

- Единовременные целевые взносы передаются в собственность Ассоциации в соответствии с отдельными решениями Общего собрания членов.

- Единовременные целевые взносы используются Ассоциацией для финансирования конкретных мероприятий и/или программ, которые указываются в решениях Общего собрания членов Ассоциации, устанавливающих соответствующие взносы.

- Оплата целевых взносов членами Ассоциации осуществляется в размере, порядке и сроки, утверждаемые Общим собранием членов.

Добровольные взносы

- Член Ассоциации, принявший решение о внесении в имущество Ассоциации

добровольного взноса, сообщает об этом Ассоциации путем направления соответствующего уведомления на имя Директора Ассоциации с указанием взноса и срока его внесения.

- Добровольные взносы используются Ассоциацией на уставные цели в соответствии с назначением передаваемого имущества.

- Ежегодные членские взносы используются на содержание и обеспечение деятельности Ассоциации, предусмотренной настоящим Уставом. Ассоциация использует имущество, переданное ей членами Ассоциации, и может арендовать имущество для осуществления своей деятельности, в соответствии с целью, определенной настоящим Уставом.

3.6. Имущество Ассоциации должно использоваться исключительно для реализации уставной цели деятельности Ассоциации и распределению между членами Ассоциации или иными лицами не подлежит.

4. ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ

4.1. Органами управления Ассоциации являются:

- Общее собрание членов Ассоциации (далее также Общее собрание);
- Координационный совет;
- Директор Ассоциации.

4.2. Высшим органом управления Ассоциации является Общее собрание членов Ассоциации (далее по тексту также «Общее собрание»).

4.3. Каждому члену Ассоциации при голосовании принадлежит 1 (один) голос.

4.4. Общее собрание собирается не реже одного раза в год (годовое собрание) либо по мере необходимости для решения вопросов, относящихся к компетенции Общего собрания (внеочередные собрания). Общее собрание правомочно, если на нем присутствуют более половины членов Ассоциации.

4.5. Внеочередное Общее собрание созывается Директором по требованию Координационного совета, по требованию не менее половины членов Ассоциации.

Такое собрание должно быть созвано не позднее 45 (сорока пяти) дней со дня поступления соответствующего требования.

4.6. Уведомление о месте и времени проведения Общего собрания и повестка дня должны быть сделаны не позднее, чем за 30 (тридцать) дней до назначенного срока. Уведомление должно быть направлено каждому члену Ассоциации.

4.7. Внеочередное Общее собрание может быть созвано по решению:

- Директора Ассоциации;
- Ревизионной комиссии (ревизора);
- 1/3 членов Ассоциации. В том случае, если внеочередное Общее собрание созывается по требованию не менее чем 1/3 членов Ассоциации, указанные лица обязаны обратиться к Директору с письменным требованием о созыве Общего собрания. Директор обязан в течение 10 дней с момента получения данного требования рассмотреть вопрос и принять решение о созыве Общего собрания.

4.8. Общее собрание правомочно принимать решения по любым вопросам деятельности Ассоциации, не относящиеся к исключительной компетенции других органов.

4.9. К исключительной компетенции Общего собрания относится:

- определение приоритетных направлений деятельности Ассоциации, принципов образования и использования ее имущества;
- изменение устава;
- назначение Директора Ассоциации и досрочное прекращение его полномочий; избрание Ревизионной комиссии (ревизора), Координационного совета и досрочное прекращение их полномочий;
- образование других органов и досрочное прекращение их полномочий;
- утверждение годовых отчетов и годовых бухгалтерских балансов,
- принятие решений о создании Ассоциацией других юридических лиц;
- принятие решений об участии Ассоциации в других юридических лицах, о создании филиалов и об открытии представительств;
- принятие решений о реорганизации или ликвидации Ассоциации, о назначении ликвидационной комиссии (ликвидатора) и об утверждении ликвидационного баланса;
- назначение аудиторской организации или индивидуального аудитора (профессионального аудитора) Ассоциации;
- определение порядка приема в состав членов Ассоциации и исключения из состава ее членов;
- принятие решений о порядке определения размера и способа уплаты членских взносов, о дополнительных имущественных взносах членов Ассоциации в ее имущество;
- принятие решений о размере субсидиарной ответственности членов по обязательствам Ассоциации.

4.10. Общее собрание является правомочным, если на его заседании присутствует более половины членов Ассоциации.

4.11. Решения Общего собрания по вопросам, указанным в пункте 4.9. принимаются квалифицированным большинством (2/3) голосов членов Ассоциации, присутствующих на Общем собрании.

4.12. Решения Общего собрания по вопросам, не относящимся к исключительной компетенции Общего собрания, принимаются простым большинством голосов членов присутствующих на Общем собрании.

4.13. Контроль финансово-хозяйственной деятельности Ассоциации осуществляет контрольно-ревизионный орган – Ревизионная комиссия (ревизор), избираемый Общим собранием членов Ассоциации сроком на 3 (три) года.

4.14. Ревизионная комиссия (Ревизор) избирается Общим собранием членов Ассоциации сроком на три года. Заседания Ревизионной комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в год. Заседание ревизионной комиссии правомочно, если на нем присутствует более половины ее членов. Решения по вопросам, относящимся к компетенции Ревизионной комиссии, принимаются простым большинством голосов, присутствующих на заседании.

4.15. Руководство Ревизионной комиссией осуществляет ее Председатель, избираемый на заседании Ревизионной комиссии.

4.16. Ревизионная комиссия (Ревизор):

- контролирует финансовую и хозяйственную деятельность исполнительных органов;
- осуществляет ревизию расходования денежных средств и материальных ценностей;
- проверяет сроки и правильность прохождения дел, работу с предложениями и заявлениями в исполнительных органах;
- осуществляет контроль подготовки отчетов об исполнении сметы доходов и расходов.

Ревизионная комиссия (ревизор) и аудиторская организация или индивидуальный аудитор представляют результаты своих проверок Общему собранию членов Ассоциации.

4.17. Директор Ассоциации является единоличным исполнительным органом, осуществляет текущее руководство деятельностью Ассоциации, в том числе:

- представляет без доверенности интересы Ассоциации во взаимоотношениях

с государственными органами, профессиональными и общественными объединениями, коммерческими, некоммерческими организациями в части представления и защиты интересов Ассоциации;

- принимает решения и издает приказы по оперативным вопросам внутренней деятельности Ассоциации;

- распоряжается в пределах утвержденной сметы средствами Ассоциации, заключает договоры, осуществляет другие юридические действия от имени Ассоциации, приобретает имущество и управляет им, открывает и закрывает счета в банках;

- решает вопросы хозяйственной и финансовой деятельности Ассоциации;

- принимает на работу и увольняет работников Ассоциации, утверждает их должностные обязанности в соответствии со штатным расписанием;

- осуществляет контроль деятельности филиалов и представительств Ассоциации;

- организует бухгалтерский учет и отчетность;

- несет ответственность в пределах своей компетенции за использование средств и имущества Ассоциации в соответствии с ее уставными целями;

- осуществляет от имени Ассоциации взаимодействие со средствами массовой информации, информационными агентствами;

- осуществляет координацию и руководство деятельностью по сотрудничеству с российскими, иностранными и международными организациями;

- принимает решения о совершении сделок, связанных с приобретением, отчуждением, или возможностью отчуждения Ассоциацией имущества, стоимость которого не превышает 100 000 (сто тысяч) рублей;

- решает другие вопросы, не относящиеся к исключительной компетенции Общего собрания.

4.18. Директор избирается Общим собранием членом Ассоциации сроком на 5 (пять) лет.

4.19. Координационный совет – постоянно действующий коллегиальный исполнительный орган управления Ассоциации.

4.20. Координационный совет избирается Общим собранием сроком на 3 (три) года.

4.21. Численность Координационного совета составляет не менее 5 человек. Директор входит в состав Координационного совета.

4.22. К компетенции Координационного совета относятся:

- предложения по определению стратегии развития Ассоциации, выносимые на обсуждение Общего собрания;

- принятие решений о создании экспертных советов, филиалов и представительств, например, в виде аналитических центров, не являющихся органами Ассоциации;

- принятие новых членов Ассоциации и их исключение;

- разработка предложений по мероприятиям, видам деятельности и способам финансирования Ассоциации;

- утверждение документов, регулирующих внутреннюю деятельность Ассоциации (внутренних нормативных документов Ассоциации);

- решение иных вопросов, не отнесенных законом и(или) настоящим Уставом к исключительной компетенции Общего собрания и единоличного исполнительного органа Ассоциации.

Вопросы, отнесенные к компетенции Координационного совета, не могут быть переданы на решение Директору.

Руководит работой Координационного совета Председатель Координационного совета, не являющийся органом управления, который избирается тайным голосованием из числа членов Координационного совета сроком на 3 года.

Заседания Координационного совета проводятся по мере необходимости и созываются Председателем Координационного совета не реже одного раза в два месяца.

Заседание Координационного совета считается правомочным, если на нем присутствует более половины избранных членов Координационного совета. Решения на заседании Координационного совета принимаются простым большинством голосов членов Координационного совета, присутствующих на заседании.

5. ЧЛЕНСТВО В АССОЦИАЦИИ

5.1. Членами Ассоциации могут быть полностью дееспособные граждане и (или) юридические лица, иностранные граждане и лица без гражданства, законно находящиеся на территории Российской Федерации, за исключением случаев, установленных международными договорами Российской Федерации или федеральными законами, разделяющие цель деятельности Ассоциации.

5.2. Членами Ассоциации являются Учредители, а также вступившие в Ассоциацию после ее государственной регистрации физические лица и (или) юридические лица.

5.3. Члены Ассоциации после вступления в Ассоциацию сохраняют свою юридическую и экономическую самостоятельность и обладают тем же объемом прав, что и до вступления в Ассоциацию.

6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ

6.1. Все члены Ассоциации имеют равные права и несут равные обязанности в связи с членством в Ассоциации.

6.2. Члены Ассоциации имеют право:

- участвовать в управлении делами Ассоциации, за исключением случая, предусмотренного Гражданским кодексом Российской Федерации;

- в случаях и в порядке, которые предусмотрены законом и уставом Ассоциации, получать информацию о деятельности Ассоциации и знакомиться с ее бухгалтерской и иной документацией. Член Ассоциации вправе подать заявление на имя Директора с письменным запросом на ознакомление с бухгалтерской и иной документацией Ассоциации;

- обжаловать решения органов Ассоциации, влекущие гражданско-правовые последствия, в случаях и в порядке, которые предусмотрены законом;

- требовать, действуя от имени Ассоциации, возмещения причиненных Ассоциации убытков;

- оспаривать, действуя от имени Ассоциации, совершенные ею сделки по основаниям, предусмотренным статьей 174 Гражданского кодекса Российской Федерации или законами о корпорациях отдельных организационно-правовых форм, и требовать применения последствий их недействительности, а также применения последствий недействительности ничтожных сделок Ассоциации.

- вправе на равных началах с другими членами Ассоциации безвозмездно, если иное не предусмотрено законом, пользоваться оказываемыми ею услугами.

- выйти из состава Ассоциации;
- иные права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Члены Ассоциации обязаны:

- участвовать в образовании имущества Ассоциации в необходимом размере в порядке, способом и в сроки, которые предусмотрены Гражданским кодексом Российской Федерации, другим законом или ее Уставом;

- не разглашать конфиденциальную информацию о деятельности Ассоциации;

- участвовать в принятии корпоративных решений, без которых Ассоциация не может продолжать свою деятельность в соответствии с законом, если его участие необходимо для принятия таких решений;

- не совершать действия, заведомо направленные на причинение вреда Ассоциации;

- не совершать действия (бездействие), которые существенно затрудняют или делают невозможным достижение цели, ради которой создана Ассоциация.

- выполнять иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством, настоящим Уставом.

6.4. Ассоциация не отвечает по обязательствам своих членов. Члены Ассоциация несут субсидиарную ответственность по ее обязательствам пропорционально размеру своего вступительного членского взноса при недостатке имущества Ассоциации для удовлетворения требований ее кредиторов при ликвидации Ассоциации.

7. ПОРЯДОК ПРИЕМА В АССОЦИАЦИЮ И ВЫХОД ИЗ НЕЕ

7.1. Порядок приема в члены Ассоциации:

7.1.1. Прием нового члена в Ассоциацию осуществляется по решению Координационного совета.

7.1.2. Прием нового члена осуществляется на основании его заявления, поданного физическим и (или) юридическими лицом Директору Ассоциации, к которому прилагаются документы, предусмотренные Положением о порядке вступления в члены Ассоциации.

7.1.3. После получения заявления и рекомендаций, Директор осуществляет проверку полноты и достоверности сведений, содержащихся в представленных документах. По результатам проверки представляет вышеуказанные документы Общему собранию для принятия решения о приеме нового члена в Ассоциацию.

7.2. Решение о приеме нового члена в Ассоциацию принимается Общим собранием простым большинством голосов членов присутствующих на Общем собрании.

7.3. С момента принятия решения Общим собранием новый член считается принятым в Ассоциацию и обязан уплатить вступительный членский взнос, величина которого устанавливается на основании решения Общего собрания.

7.4. После внесения на счет Ассоциации вступительного членского взноса, новый член приобретает предусмотренные настоящим Уставом права и обязанности члена Ассоциации.

7.5. Права члена Ассоциации не могут быть переданы третьим лицам.

7.6. Порядок выхода и исключения членов Ассоциации:

7.6.1. Член Ассоциации вправе по своему усмотрению выйти из Ассоциации по окон-

чании финансового года. В этом случае вышедший из Ассоциации член несет субсидиарную ответственность по ее обязательствам пропорционально своему взносу в течение двух лет с момента выхода из Ассоциации. Член Ассоциации, намеренный выйти из нее, направляет Директору Ассоциации заявление о выходе из Ассоциации. Директор обязан в течение двух месяцев с момента получения вышеуказанного заявления рассмотреть его и уведомить остальных членов Ассоциации о выходе члена Ассоциации.

7.6.2. Член Ассоциации может быть исключен из нее по решению остающихся членов в следующих случаях:

- осуществления действий, противоречащих цели деятельности Ассоциации;
- несоблюдения положений настоящего Устава;
- невыполнения обязанности по уплате ежегодных и целевых членских взносов в течение трех месяцев с момента истечения срока уплаты, установленного Положением об уплате членских взносов или решением Общего собрания об уплате членских взносов;
- если его деятельность вступает в противоречие с целями Ассоциации и ведет к дискредитации Ассоциации в целом, одного или нескольких ее членов в отдельности.

7.6.3. В случае добровольного выхода или исключения из числа членов Ассоциации, уплаченные вступительные, ежегодные и целевые членские взносы, а также другое переданное Ассоциации имущество, за исключением имущества, переданного в аренду, не возвращаются.

7.6.4. При исключении из членов Ассоциации, полномочия членов прекращаются.

8. ФИЛИАЛЫ И ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА

8.1. Филиалом Ассоциации является ее обособленное подразделение, расположенное вне места нахождения Ассоциации и осуществляющее все ее функции или их часть.

8.2. Представительством Ассоциации является обособленное подразделение, которое расположено вне места нахождения Ассоциации, представляющее интересы Ассоциации и осуществляющее их защиту.

8.3. Филиал и Представительство Ассоциации не являются юридическими лицами, наделяются имуществом создавшей их Ассоциации и действуют на основании утвержденного Общим собранием Положения.

8.4. Филиал и Представительство осуществляют деятельность от имени создавшей

их Ассоциации. Ответственность за деятельность своих филиалов и представительств несет создавшая их Ассоциация.

8.5. Руководители Филиала и Представительства назначаются Директором и действуют на основании выданной им доверенности.

9. РЕОРГАНИЗАЦИЯ И ЛИКВИДАЦИЯ АССОЦИАЦИИ

9.1. Реорганизация и ликвидация Ассоциации осуществляется в порядке, определенном законодательством Российской Федерации.

9.2. Реорганизация может быть осуществлена в форме слияния, присоединения, разделения, выделения и преобразования.

Ассоциация может быть преобразована в общественную организацию, автономную некоммерческую организацию или общественно полезный фонд.

Решение о реорганизации принимается Общим собранием.

9.3. Ассоциация может быть ликвидирована по решению Общего собрания.

9.4. При ликвидации оставшееся после удовлетворения требований кредиторов имущество направляется в соответствии с учредительным документом на цель, в интересах которых она была создана, и (или) на благотворительные цели. В случае если использование имущества Ассоциации, в соответствии с ее учредительным документом не представляется возможным, оно обращается в доход государства.

9.5. Ликвидация считается завершенной, а Ассоциация считается прекратившей свое существование после внесения об этом записи в единый государственный реестр юридических лиц.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Настоящий Устав вступает в силу с момента его государственной регистрации в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

10.2. Действие настоящего Устава распространяется на весь период деятельности Ассоциации.

10.3. Изменения в Устав утверждаются решением Общего собрания и подлежат государственной регистрации.

10.4. Государственная регистрация изменений в Устав осуществляется в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

10.5. Изменения в Устав вступают в силу с момента их государственной регистрации.