

16+

ГУМАНИТАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Том 3, № 1
2025

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 медицины катастроф
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. Шкарин

доктор медицинских наук, Волгоград, Россия

Научный рецензируемый электронный журнал

Том 3, № 1
2025

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: 30 июня 2025 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*
Выпускающий редактор *М. Ю. Лепеско*

Объем издания: 2,07 Мб.
Уч.-изд. л. 3,38. Заказ № 165.



Издательство
ВолгГМУ
Волгоград
2025



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 Disaster 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 3, no. 1
2025**

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
2025

СОДЕРЖАНИЕ

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

КОНЦЕПЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ГУМАНИТАРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ: МЕЧТА ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Наталья Николаевна Седова 7

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ГУМАНИТАРИСТИКИ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА

Елена Александровна Ткаченко 12

ГУМАНИТАРНАЯ ЭКСПЕРТИЗА В МЕДИЦИНЕ

ЯЗЫК КАК ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПОНИМАНИЯ И ДРУГИЕ НЕГУМАНИТАРНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ЦИФРОВОЙ ЭПОХИ: ЦИВИЛИЗАЦИОННЫЕ ВЫЗОВЫ И ПРОБЛЕМЫ

Дарья Владимировна Панченко 20

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В ПРОБЛЕМНОМ ПОЛЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЦЕССА РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»

*Геннадий Юрьевич Щекин, Евгений Владимирович Чернышев,
Виктория Евгеньевна Тронева* 30

СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ГЕНО-ИНЖЕНЕРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Бэлла Пшимафовна Тхаркахо, Людмила Александровна Эртель,
Александр Анатольевич Рухтин* 35

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Светлана Григорьевна Гариева, Людмила Александровна Эртель 40

ЦАРИЦЫН МЕДИЦИНСКИЙ: СТАНОВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦАРИЦЫНЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКОВ

Роман Николаевич Киценко, Ольга Сергеевна Киценко, Любовь Ивановна Белова 46

СОБЫТИЯ

НАВСТРЕЧУ ДНЮ ПОБЕДЫ

О.В. Костенко 53

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ 54

CONTENT

EDITOR-IN-CHIEF PAGE

THE CONCEPT OF CONTINUING HUMANITARIAN EDUCATION IN MEDICINE: A DREAM OR A REALITY?

Natalia N. Sedova 7

THEORETICAL ISSUES OF MEDICAL HUMANITIES

PROFESSIONAL CULTURE OF A MEDICAL SPECIALIST

Elena A. Tkachenko 12

HUMANITARIAN EXPERTISE IN MEDICINE

LANGUAGE AS A HUMANITARIAN TOOL OF UNDERSTANDING AND OTHER NON-HUMANITARIAN TOOLS OF THE DIGITAL AGE: CIVILIZATIONAL CHALLENGES AND PROBLEMS

Daria V. Panchenko 20

PUBLIC HEALTH IN THE PROBLEM FIELD OF SOCIAL DIAGNOSTICS

ACHIEVED RESULTS AND MISSED OPPORTUNITIES OF THE IMPLEMENTATION PROCESS OF THE FEDERAL PROJECT “DEVELOPMENT OF EXPORT OF MEDICAL SERVICES”

Gennady Yu. Shchekin, Evgeny V. Chernyshev, Victoria E. Troneva 30

SOCIAL HISTORY OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

LEGAL REGULATION CHALLENGES OF GENETIC ENGINEERING IN THE RUSSIAN FEDERATION

Bella P. Tharkaho, Lyudmila A. Ertel, Alexander A. Rukhtin 35

LEGAL SUPPORT FOR DIGITAL TRANSFORMATION IN THE HEALTHCARE SECTOR: PROBLEMS AND PROSPECTS

Svetlana G. Garieva, Lyudmila A. Ertel 40

TSARITSYN MEDICAL: THE FORMATION OF HEALTHCARE IN TSARITSYN IN THE SECOND HALF OF THE XIX – EARLY XX CENTURIES

Roman N. Kitsenko, Olga S. Kitsenko, Lyubov I. Belova 46

EVENTS

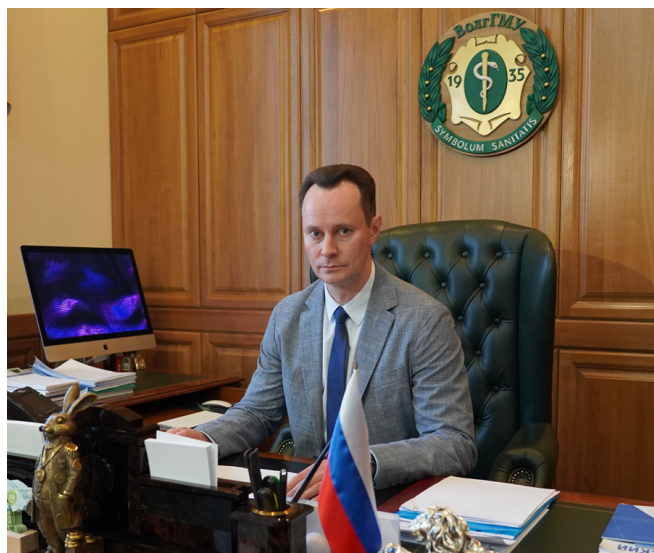
TOWARDS THE DAY OF TROUBLES

O.V. Kostenko 53

RULES FOR AUTHORS 54



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!



Ровно 90 лет назад, в далеком 1935 году началась история учебного заведения, выпускающего специалистов медицинской сферы для нужд стремительно растущего населения Сталинградской области. С тех пор и по настоящее время практически каждый врач в медицинских организациях всей области имеет диплом вуза, который стал символом качества знаний, ответственности, самопожертвования во благо спасения человека.

Эти качества отличали наших первых выпускников, под разрывами бомб и шквальным огнем спасавших жизни красноармейцев и жителей Сталинграда. Много солдат и офицеров смогли вернуться в строй благодаря медикам, их решимости любой ценой, зачастую ценой собственной жизни, сохранить боеспособность и здоровье людей. Вернуться и победить!

80-летие Победы в Великой Отечественной войне, которое наша страна отмечает в 2025 году, – это праздник всего народа, выстоявшего в самой страшной битве. И медицинские работники, врачи, получившие образование в Сталинградском медицинском институте, по праву могут ощущать свою причастность к Победе! Ныне их последователи, врачи новой России, так же, как в годы военного лихолетья, самоотверженно спасают жизни людей. Среди них есть и выпускники Волгоградского медуниверситета – вуза, который вместе со всей страной вот уже 90 лет с достоинством встречает любые исторические вызовы.

Залогом того, что медицинская помощь всегда и всем будет оказана в максимально полном объеме, является не только системность знаний, которые предоставляет наш медуниверситет, но и «прорывные» научные изыскания и открытия, чем отличается сообщество ученых ВолгГМУ. Сегодня на страницах издания опубликованы последние результаты их трудов, что может продвинуть современную медицину далеко вперед в деле сохранения здоровья нации.

Позвольте еще раз поздравить вас, дорогие читатели, со знаменательными событиями в общественной и научной жизни, которым отличается 2025 год, и пожелать вам новых свершений в медицине!

Владимир Шкарин,
ректор Волгоградского государственного
медицинского университета,
д.м.н., профессор

КОНЦЕПЦИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ГУМАНИТАРНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНЕ: МЕЧТА ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

Наталья Николаевна Седова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
nns18@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-6775-0787>

Аннотация. Восемь лет назад был подписан Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 ноября 2017 г. № 926 «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года». Несмотря на то, что данная Концепция рассчитана на период до 2021 года, она является действующей. Те же идеи развивали последующие нормативно-правовые акты: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2016 г. № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов», Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 ноября 2021 г. № 1081н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов», а также действующий Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2022 г. № 709н, – сохраняют заложенные Концепцией принципы. Медицина, пожалуй, единственная профессиональная область (кроме военных), где обучение является постоянным фактором сохранения в профессии, более того, развитием самой профессии. Логика обучения в системе ДПО и ДО, как подчеркивается во всех указанных документах, учитывает изменения в профессиональных требованиях в соответствии с новшествами медицинской науки и практики. Системообразующим фактором здесь является признание лидирующего направления в медицине, вокруг которого строится и система непрерывного образования.

Ключевые слова: гуманитарное образование, доказательная медицина, персонализированная медицина, трансляционная медицина, 4П-медицина, ценностно-ориентированное здравоохранение

EDITOR-IN-CHIEF PAGE

THE CONCEPT OF CONTINUING HUMANITARIAN EDUCATION IN MEDICINE: A DREAM OR A REALITY?

Natalia N. Sedova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
nns18@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0001-6775-0787>

Abstract. 8 years ago, the Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 926 dated November 21, 2017 “On approval of the Concept for the Development of Continuing Medical and Pharmaceutical Education in the Russian Federation for the period up to 2021” was signed. Despite the fact that this Concept is designed for the period up to 2021, it is valid. The same ideas were developed by subsequent regulatory legal acts: Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated June 2, 2016 No. 334n “On approval of the Regulations on Accreditation of Specialists”, Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated November 22, 2021. No. 1081n “On Approval of the Regulations on Accreditation of Specialists”, as well as the current Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated October 28, 2022 No. 709n, preserve the principles laid down in the Concept. Medicine is perhaps

the only professional field (other than the military) where training is a constant factor in maintaining the profession, moreover, the development of the profession itself. The logic of training in the DPO and pre-school education system, as emphasized in the milestones of these documents, takes into account changes in professional requirements in accordance with the innovations of medical science and practice. The system-forming factor here is the recognition of the leading direction in medicine, around which the system of continuing education is being built.

Keywords: humanitarian education, evidence-based medicine, personalized medicine, translational medicine, 4P medicine, value-based healthcare

Восемь лет назад был подписан Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 ноября 2017 г. N 926 «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года». Несмотря на то, что данная Концепция рассчитана на период до 2021 года, она является действующей. Те же идеи развивали последующие нормативно-правовые акты: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 июня 2016 г. № 334н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов», Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 ноября 2021 г. № 1081н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов», а также действующий Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2022 г. № 709н, – сохраняют заложенные Концепцией принципы. Медицина, пожалуй, единственная профессиональная область (кроме военных), где обучение является постоянным фактором сохранения в профессии, более того, развитием самой профессии.

Логика обучения в системе ДПО и ДО, как подчеркивается во всех указанных документах, учитывает изменения в профессиональных требованиях в соответствии с новшествами медицинской науки и практики. Системообразующим фактором здесь является признание лидирующего направления в медицине, вокруг которого строится и система непрерывного образования. Так, начиная с последних лет двадцатого века, перспективной представлялась концепция качества жизни [1]. После того, как стали очевидны трудности практической реализации данной концепции, внимание ученых и, соответственно, интерес в сфере дополнительного образования стала

вызывать концепция доказательной медицины [2, 3]. Она и сейчас пользуется популярностью, несмотря на ограниченную область применения – подтверждение через клинические испытания, и относительной независимостью от общей теории доказательства (Д. Гильберт). Видимо, прав был Паули, выдвинувший принцип: «Смена научных парадигм происходит со сменой поколения их носителей» [4]. Это согласуется и с выражением Макса Планка: «Новая научная истина, как правило, торжествует не потому, что убеждает противников, открывая им новый свет, скорее она побеждает потому, что оппоненты, умирая, дают дорогу новому поколению, привыкшему к ней» [5]. Сторонники парадигмы доказательной медицины в настоящее время продолжают свою работу, что обеспечивает медицине, основанной на доказательствах (оригинальное название в отличие от термина «доказательная медицина»), достойное место в лидирующей группе научно-практических направлений современной медицины.

Но молодое поколение ученых – носителей новой парадигмы – уже вводит в интеллектуальное пространство медицины более современную концепцию – теорию персонализированной медицины [6, 7]. Она имеет то преимущество, что возвращает к идеям индивидуального подхода к пациенту, характерному для концепции качества жизни, и соединяет их с современными технологиями, прежде всего, геномными. В настоящее время все обучение в системе дополнительного и дополнительного профессионального образования строится на основе подходов персонализированной медицины, хотя в России понимают ее своеобразно, обрекая исключительно

на существование в поисках биомаркеров. Фармакогеномная персонализация весьма далека от индивидуального подхода к личности, которого ожидал от разработанной им концепции отец персонализированной медицины Лео Голланд. Не потому ли, несмотря на вполне уверенные позиции в лидирующей группе медицинских направлений, персонализированная медицина вынуждена считаться с появлением и постепенным распространением таких новых течений, как медицина трансляционная, 4П-медицина, ценностно-ориентированное здравоохранение [8, 9]. Их парадигмальный статус пока только формируется, но медицинское образование должно опережать медицинскую практику, а не идти вслед за нею.

Активный прогресс медицинских технологий и расширение предметного поля медицинской науки обнаруживает серьезную проблему в образовательной сфере: интериоризация необходимой врачу информации, связанная, в основном, с операциональной системой BigData (BD), весьма объемна и ориентирована на поиск специальных профессиональных знаний, а то, как эти знания применять, чтобы польза превышала вред, современная медицина говорит невнятно. Дело в том, что последствия применения новых методов, технологий и лекарственных средств пока до конца не известны. Казалось бы, целое медицинское направление создали, чтобы можно было при внедрении медицинских инноваций подтверждать их эффективность устойчивой доказательной базой, но сами доказательства нуждаются в подтверждении.

Типичный пример – редактирование генома эмбриона человека. Казалось бы – прогрессивная и гуманная методика, которая позволяет избежать проявления наследственных патологий у ребенка в будущем. Но мы не знаем, как «исправление» одного гена скажется на геноме в целом, как изменится организм в целом. Должно пройти довольно много времени, иногда целая жизнь, чтобы увидеть результаты нашего вмешательства в эмбрион. И что считать доказательством эффективности данного

метода – отсутствие наследственного заболевания или изменение генома в целом? Аналогичным образом можно рассматривать ситуации внедрения практически всех новых технологий. Как уберечься от ошибок? Как обезопасить пациента от того, что должно принести ему пользу, а приносит вред?

Первое, что приходит на ум при попытке ответить на эти вопросы – обратиться к праву. Только закон однозначно определяет, что можно, а что нельзя в отношениях личности и общества. Но беда в том, что закон защищает любого человека, независимо от его статуса как пациента. Особенности защиты прав пациента могут и должны быть зафиксированы как исключительные по отношению к правам человека вообще. То есть должна существовать локальная система юридического обеспечения медицинской деятельности как полагающей своей основной целью повышение качества жизни тех, кто в этом нуждается. Должна существовать система медицинского права. Должна, но не существует. Почему? Можно высказать некоторые соображения, которые не претендуют на некую истину, но обладают определенной прогностической силой.

1. Высокая степень индивидуализации медицинской деятельности не позволяет описывать единым законом все ее появления. В качестве примера можно привести внедрение в медицинскую практику клинических рекомендаций как обязательных. При их применении всегда имеют место ситуации, не представленные в этих рекомендациях. Это связано с индивидуальными особенностями как пациентов, так и с личным опытом медицинских работников.

2. Нормы закона всегда отстают от потребностей медицинской практики, что объясняется известным консерватизмом позитивного права. Это становится очевидным, когда мы обращаем внимание на процесс внедрения в медицинскую практику новых технологий. Действительно, искусственный интеллект, например, уже активно используется в медицине, но ни в одном законодательном документе не описаны ограничения его применения.

3. Широко распространено представление о том, что любая законодательная система служит обеспечению баланса интересов граждан и интересов государства. А поскольку пациенты – это те же граждане, то на их отношения с государством распространяются нормы уже существующих законов. Это так, но надо учитывать, что пациент – это не просто член общества, это человек страдающий и, следовательно, распространение существующих в обществе законов в отношении его жизнедеятельности имеет ряд ограничений.

Таким образом, несмотря на признанную необходимость существования наряду с гражданским, уголовным, административным и другими видами официально признанных разновидностей права права медицинского, оно в систематизированном виде не существует и не имеет достаточных оснований для существования. Чаще всего термином «медицинское право» обозначают всю совокупность юридических актов, регламентирующих те или иные отношения в сфере охраны здоровья. Ведущую роль здесь играют такие законы, как 323-ФЗ, 61-ФЗ, 180-ФЗ. Все они – непрямого действия, следовательно, для применения на практике их положения должны быть эксплицированы в подзаконных актах и корпоративных нормативных документах. Негативной стороной такого положения дел является постоянное появление

новых таких документов, дополнений и изменений к уже существующим документам, то есть юридическая поддержка медиков превращается в постоянное изучение новых нормативных документов, срок существования которых может быть весьма коротким. Отсюда – недоверие врачей к системе нормотворчества в их профессии. А что делать?

В одной из статей, опубликованных в журнале «Биоэтика», говорилось о том, что всякая юридическая норма первоначально является сугубо моральной, и только пройдя «практическую апробацию» она может стать нормой закона. А может и не стать. Типичный пример – сюжет ИДС, информированного добровольного согласия пациента, которое долгие годы действовало как норма морали, вытекающая из принципа уважения автономии пациента. И когда уже данная процедура согласия распространилась не только в клинических исследованиях, как было первоначально, но стала привычной практикой, она была закреплена в законе.

Следовательно, основой принятия решений в современной медицине является не буква закона, а норма морали. Надо отметить, что психологически моральные нормы действуют на поведение человека всегда сильнее, чем нормы закона. В них превалирует общечеловеческое содержание, обеспечивающее внутригрупповую коммуникацию в медицине.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград: Издатель, 2001. 96 с.

2. Седова Н.Н. Этические гарантии доказательности клинических испытаний. *Биоэтика*. 2008;1(1):16–21.

3. Арпентьева М.Р. Модель конфликта интересов в доказательной медицине. *Биоэтика*. 2015;8(2):17–23.

4. Концепция научных революций Т. Куна. URL: <https://studfile.net/preview/9930391/page:9>.

5. Planck M. Scientific Autobiography And Other Papers. New York : Philosophical Library, 1949. 192 p.

6. Крайнова И.Ю. Дерматологические и этические проблемы персональной медицины. *Биоэтика*. 2015;8(1):60–61.

7. Седова Н.Н., Басов А.В. Этические параметры персонализированной медицины. *Биоэтика*. 2015;8(2):23–28.

8. Латышевская Н.И., Алборова М.А., Шестопалова Е.Л. Принципы «медицины 4П» в гигиене труда: этические проблемы

(на примере профессии «станочник по металлообработке»). *Биоэтика*. 2019;12(2):50–52.

9. Иванов К.В. Биоэтика сегодня. *Биоэтика*. 2022;15(2):66–67.

REFERENCES

1. Petrov V.I., Sedova N.N. The problem of quality of life in bioethics. Volgograd, Publisher, 2001. 96 p. (in Rus.)

2. Sedova N.N. Ethical guarantees of clinical trial evidence. *Bioetika = Bioethics*. 2008;1(1):16–21. (in Rus.)

3. Arpentieva M.R. Conflict of interest model in evidence-based medicine. *Bioetika = Bioethics*. 2015;8(2):17–23. (in Rus.)

4. The concept of scientific revolutions by T. Kuhn. (in Rus.) URL: <https://study file.net/preview/9930391/page:9>.

5. Planck M. Scientific Autobiography And Other Papers. New York, Philosophical Library, 1949. 192 p.

6. Krainova I.Y. Dermatological and ethical problems of personal medicine. *Bioetika = Bioethics*. 2015;8(1):60–61. (in Rus.)

7. Sedova N.N., Basov A.V. Ethical parameters of personalized medicine. *Bioetika = Bioethics*. 2015;8(2):23–28. (in Rus.)

8. Latyshevskaya N.I., Alborova M.A., Shestopalova E.L. Principles of “4P medicine” in occupational hygiene: ethical problems (on the example of the profession of “metalworking machine operator”). *Bioetika = Bioethics*. 2019;12(2):50–52. (in Rus.)

9. Ivanov K.V. Bioethics today. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(2):66–67. (in Rus.)

УДК 316.351

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КУЛЬТУРА МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА

Елена Александровна Ткаченко

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
elena-cherednichenko@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3745-7835>

Аннотация. Статья рассматривает профессиональную культуру врача, подчеркивает значимость непрерывного саморазвития и стремления к совершенствованию в профессиональной сфере. Автор обсуждает, что профессиональная культура включает в себя не только навыки и знания, но и этические принципы, такие как уважение к пациентам и высокая степень ответственности за качество медицинской помощи. Она формирует образы «идеального врача», которые становятся основой для взаимодействия между врачами, пациентами и коллективом. Статья акцентирует внимание на необходимости активного участия работников здравоохранения в формировании профессиональной культуры, где важны как индивидуальные усилия, так и коллективные инициативы, направленные на создание атмосферы доверия и поддержки. В частности, это касается вопросов коммуникации, психоэмоционального состояния пациентов и коллег, а также постоянного обучения и повышения квалификации медицинского персонала. Исследование восприятия клятвы Гиппократова показало, что пациенты и врачи по-разному акцентируют важные аспекты профессии: для врачей на первом месте стоит качество медицинской деятельности, тогда как пациенты ожидают эмпатии и гуманного отношения. Это подчеркивает необходимость диалога между сторонами для повышения доверия и качества обслуживания.

Таким образом, основная мысль статьи заключается в том, что профессиональная культура врача – это многослойное явление, формирующее как личностные, так и профессиональные навыки, необходимых для эффективного медицинского обслуживания и гармоничных отношений в сфере здравоохранения. Непрерывное развитие, этика и эффективная коммуникация – важные компоненты, способствующие успешной практике врача и укреплению системы здравоохранения в целом.

Ключевые слова: профессиональная культура, врач, этика, коммуникация, пациент, здоровье

THEORETICAL ISSUES OF MEDICAL HUMANITIES

PROFESSIONAL CULTURE OF A MEDICAL SPECIALIST

Elena A. Tkachenko

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
elena-cherednichenko@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3745-7835>

Abstract. The article examines the professional culture of a doctor, emphasizes the importance of continuous self-development and striving for improvement in the professional field. The author discusses that professional culture includes not only skills and knowledge, but also ethical principles such as respect for patients and a high degree of responsibility for the quality of medical care. She creates images of the “ideal doctor”, which become the basis for interaction between doctors, patients, and the team. The article focuses on the need for active participation of healthcare workers in the formation of a professional culture, where both individual efforts and collective initiatives aimed at creating an atmosphere of trust and support are important. In particular, this concerns issues of communication, the psycho-emotional state of patients and colleagues, as well as ongoing training and advanced training of medical personnel.

A study of the perception of the Hippocratic oath has shown that patients and doctors emphasize important aspects of the profession differently. For doctors, the quality of medical care comes first, while patients expect empathy and humane treatment. This highlights the need for dialogue between the parties to increase trust and quality of service. Thus, the main idea of the article is that the professional culture of a doctor is a multi-layered phenomenon that forms both personal and professional skills necessary for effective medical care and harmonious relations in the field of healthcare. Continuous development, ethics and effective communication are important components contributing to the successful practice of a doctor and the strengthening of the healthcare system as a whole.

Keywords: professional culture, doctor, ethics, communication, patient, health

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время, когда осуществляется модернизация системы высшего медицинского образования в России, становится особенно важным подготовить будущих врачей с учетом актуальных потребностей медицинской сферы, ожиданий общества и требований к постоянному развитию личности. В связи с этим существует настоятельная необходимость формировать у студентов медицинских университетов навыки эффективного общения, а также способность эмпатии и сопереживания состоянию пациентов.

Актуальность этой проблемы подчеркивается растущими требованиями современного общества к уровню коммуникативной компетентности и профессионализму медицинских специалистов. Не менее важна и потребность самих врачей в непрерывном профессиональном самосовершенствовании. В совокупности это создает условия для более качественного медицинского обслуживания и укрепляет связи между врачами и пациентами, что в конечном итоге влияет на исходы лечения и удовлетворенность пациентов.

Определение термина «профессиональная культура» может быть уточнено путем идентификации ее отличительных черт в сравнении с другими близкими понятиями. Профессиональная культура должна быть различима от других типов культур внутри организации, таких как корпоративная, организационная и трудовая. Критериями для этого могут служить источники и участники формирования культуры. Например, организационная культура значительно зависит от позиции и роли

руководства (владельца компании) и управленческой политики, в то время как трудовая культура формируется ценностями, привычками и нормами работников, перенесенными из предыдущих этапов социализации, а также характеристиками трудовой морали в обществе и социокультурными практиками, связанными с трудом и отношениями в организации. Иными словами, трудовая культура отражает культуру работников, тогда как организационная культура представляет собой желаемый результат, к которому стремится менеджмент в своем соответствии с целями и ценностями организации. Корпоративная культура, в свою очередь, рассматривается как параметр качества организационной культуры, достигающий максимального уровня вовлеченности и лояльности сотрудников [1]. Трудовая культура чаще всего исследуется в контексте социологии труда, тогда как организационная и корпоративная культуры изучаются в области организации, а профессиональная – в социологии профессий.

Профессиональная культура представляет собой сложное и многогранное понятие, которое охватывает не только уровень мастерства, достигнутый в конкретной трудовой деятельности, но и более глубокие аспекты, связанные с отношением к труду. Важно отметить, что это понятие включает в себя творческое и созидательное восприятие своей профессии, а также способность принимать решения и оценивать их с двух ключевых позиций: технологической и социокультурной. Таким образом, профессиональная культура формируется на основе синергии профессиональной и социальной компетентности, что

позволяет специалисту не только эффективно выполнять свои обязанности, но и учитывать социальные и культурные контексты своей работы [2].

Развитие профессиональной культуры не происходит в линейной последовательности. Это процесс, который можно охарактеризовать как динамическую и адаптивную систему. Профессиональная культура эволюционирует, переходя от моностилистических и бинарных культур к более сложным и полистилистическим формам. Это означает, что в процессе своего развития она становится более разнообразной и многослойной, что позволяет учитывать различные подходы и стили работы.

Кроме того, развитие профессиональной культуры связано с изменением логики мышления. Происходит переход от традиционной инверсивной логики, которая основывается на повторении и цикличности, к медиативной логике, где важным становится взаимодействие различных факторов и контекстов. В этом контексте можно говорить о чередовании периодов «взрывов» – резких изменений и инноваций, и постепенных этапов развития, когда происходит углубление знаний и навыков.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Рассмотреть понятие «профессиональная культура», ее влияние на медицинских специалистов

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализ социологической, педагогической литературы. Было проведено анкетирование среди врачей – акушеров-гинекологов МУЗ КБ № 5 и пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Важным аспектом профессиональной культуры является постоянное саморазвитие и стремление к совершенствованию.

Специалисты должны быть готовы к обучению, адаптации к новым условиям и интеграции новых знаний в свою практику. Это требует от них не только профессиональных навыков, но и гибкости мышления, креативности и способности к критическому анализу.

Профессиональная культура является не только отражением уровня мастерства, но и важным фактором, влияющим на успешность и устойчивость профессиональной деятельности в условиях быстро меняющегося мира. Она требует от работников активного участия в процессе своего формирования, что включает в себя как индивидуальные усилия, так и коллективные инициативы, направленные на создание благоприятной среды для профессионального роста и развития.

Профессиональная культура врача является важным аспектом не только личной жизни медицинского специалиста, но и всей системы здравоохранения в целом. Она включает в себя совокупность норм, ценностей, традиций и поведения, которые определяют взаимодействие врачей друг с другом, с пациентами и с обществом. Профессиональная культура формирует образы «идеального врача» и задает стандарты, которым следует стремиться, создавая пространство для обмена опытом, интеграции знаний и достижения высоких результатов в лечении.

Главной составляющей профессиональной культуры является этика, основанная на принципах гуманизма, уважения к пациенту и соблюдения конфиденциальности. Врач не только обязан обеспечивать самое высокое качество медицинской помощи, но и проявлять чуткость и понимание к состоянию пациентов, учитывая их психоэмоциональные особенности. Это направление профессиональной культуры помогает создавать атмосферу доверия и взаимопонимания между врачом и пациентом, что, в свою очередь, способствует более эффективному лечению и удовлетворенности пациентов [3].

Кроме того, профессиональная культура врачей включает в себя постоянное стремление к саморазвитию и повышению квалификации. Современная медицина стремительно

развивается, появляются новые методы диагностики и лечения, и врачи должны быть готовы к непрерывному обучению. Участие в семинарах, конференциях и курсах повышения квалификации является неотъемлемой частью профессиональной жизни врача, что подчеркивает важность адаптивности и открытости к новым знаниям.

Не менее важным аспектом является взаимодействие внутри коллектива медицинского учреждения. Доброжелательная атмосфера, сотрудничество и поддержка коллег способствуют не только личностному росту, но и созданию удобной среды для работы. Когда врачи чувствуют себя частью команды, они более мотивированы и продуктивны, что положительно сказывается на качестве медицинского обслуживания. Проблемы, такие как профессиональное выгорание, зачастую возникают именно в условиях недостаточной поддержки со стороны коллег и руководства, и противостоять им возможно только за счет совместных усилий.

Профессиональная культура врача играет ключевую роль в его профессиональной жизни. Она формирует не только личные качества и профессиональные навыки, но и влияет на общую атмосферу в медицинской среде, повышая качество обслуживания пациентов. Поддержание и развитие профессиональной культуры в медицинских учреждениях – это не просто задача, а необходимость для повышения эффективности и гуманности здравоохранения [4].

Кроме организационной стороны, важную роль в профессиональной культуре играет также взаимодействие с пациентами. Врачи должны уметь не только эффективно диагностировать и лечить болезни, но и общаться с пациентами так, чтобы они чувствовали себя услышанными и понятыми. Это требует от врача развитых навыков коммуникации, умения объяснять сложные медицинские термины, а также способности к эмпатии. Учитывая, что здоровье пациента – это не только физическое, но и психологическое состояние, важно, чтобы врач умел создать безопасную и комфортную атмосферу.

Исследование, посвященное восприятию клятвы Гиппократы медиками и пациентами, выявило интересные различия в интерпретации этого фундаментального медицинского документа. Участникам предлагалось ассоциировать клятву с ключевыми понятиями. Результаты показали, что и врачи, и пациенты выделяют две основные функции врача: высокопрофессиональную медицинскую деятельность и оказание помощи пациенту. Однако акценты расставлялись по-разному.

Для врачей на первом месте безусловно стояло качество профессиональной деятельности. Самой значимой ассоциацией, набравшей 63,2 % голосов, стало основополагающее положение клятвы – «не навреди». Это подчеркивает осознанную врачами ответственность за правильность диагностики, лечения и минимализацию возможного вреда для здоровья пациента. Врачи сосредоточены на соблюдении медицинских стандартов, использовании современных технологий и постоянном профессиональном развитии, стремясь к совершенству в своей работе. Они оценивают успешность своей карьеры через призму достижений в профессиональной сфере. Так, опрос врачей акушеров-гинекологов МУЗ КБ № 5 показал, что 50,2 % связывают успешную карьеру с высоким уровнем уважения пациентов, что свидетельствует о важности положительной обратной связи и доверия со стороны пациентов. При этом 22,7 % респондентов отметили признание среди коллег как важнейший фактор успеха, подчеркивая значимость профессионального сообщества и взаимной оценки компетенций. Меньший процент врачей (5,1 %) ассоциировал успешную карьеру с научной деятельностью, а 3,3 % – с административной работой.

Для пациентов же на первый план выходит гуманистический аспект врачебной деятельности. Большинство респондентов (68,1 %) связали клятву Гиппократы с принципом оказания помощи всем нуждающимся, независимо от их социального статуса и платежеспособности. Это демонстрирует важность для пациентов чувства сочувствия, эмпатии и беспристрастности со стороны

врача, а также уверенность в доступности качественной медицинской помощи для всех. Пациенты, в отличие от врачей, концентрируются на результатах лечения и общем отношении к ним, оценивая врача не только по профессиональным навыкам, но и по человеческим качествам.

Интересно отметить, что опрос проводился на русском языке, что, по всей видимости, не повлияло на результаты исследования, так как языковой барьер в данном случае не является критическим фактором. Однако необходимо учесть культурный контекст и возможное влияние специфики менталитета на восприятие клятвы Гиппократова. Более того, результаты исследования могут варьировать в зависимости от географического расположения, возрастных и социальных групп участников. Дальнейшие исследования с учетом этих факторов позволят получить более полную и детальную картину восприятия клятвы Гиппократова в современном обществе. Важно также рассмотреть влияние экономических и политических факторов на практическое применение принципов этой клятвы. Анализ результатов позволяет сделать вывод о необходимости постоянного диалога между врачами и пациентами для достижения более глубокого понимания ожиданий и целей обеих сторон.

В последние годы также наблюдается тенденция к более активному вовлечению врачей в общественные дискуссии и формы коммуникации с населением. Это выражается в участии врачей в социальных сетях, где они делятся своими знаниями по вопросам здоровья, развенчивают мифы о медицине и обеспечивают доступ к актуальной информации о здоровье. Такая активность способствует повышению доверия общества к медицинским работникам и здоровью населения в целом.

Профессиональная культура врача формирует не только личные качества специалиста, но и определяет облик всей медицинской системы. Врачи, следуя высоким стандартам этики и профессионализма, могут существенно повлиять на сохранение и укрепление

здоровья населения и сыграть ключевую роль в формировании будущей системы здравоохранения. Нельзя не отметить важность постоянного обучения и профессионального развития в контексте профессиональной культуры врача. Быстрое развитие медицины, внедрение новых технологий и методов лечения требуют от врачей готовности к обновлению знаний и навыков. Это включает в себя активное участие в конференциях, семинарах, мастер-классах и специализированных курсах. Теперь это стало важной частью профстандарта, где важно не только получать новое образование, но и делиться своим опытом с коллегами [5].

Огромное значение имеет междисциплинарное сотрудничество в рамках профессиональной культуры. Врачи работают в командах, где важно взаимодействие не только с коллегами разных специальностей, но и с другими специалистами, такими как медсестры, терапевты, социальные работники и психологи. Эффективная командная работа улучшает результаты лечения, позволяет учитывать различные аспекты здоровья пациента и создает комплексный подход к его лечению.

В последние годы также возрастает интерес к вопросам ментального здоровья врачей. Из-за высокого уровня стресса и эмоционального выгорания медицинские работники могут сталкиваться с личными трудностями. Профессиональная культура включает в себя заботу о благополучии врачей, поддержку их психического и эмоционального здоровья. Это может быть достигнуто через специальные программы обучения, консультации и поддерживающие сети внутри рабочей среды. Забота о своих сотрудниках формирует позитивный климат и положительное отношение к работе, что в конечном итоге отражается и на пациентах.

Профессиональная культура врача – это многоаспектное понятие, которое охватывает как личностные, так и профессиональные качества, навыки взаимодействия, этические принципы и постоянное стремление к развитию. Эти компоненты формируют основу

для высококачественного обслуживания пациентов и ответственного выполнения своих профессиональных обязанностей. Важно помнить, что изменения, происходящие в системе здравоохранения, требуют адаптации и готовности к новым вызовам, и только встроив эти принципы в повседневную практику, можно создать действительно значимую и продуктивную медицинскую культуру. Разработка стратегии по поддержке психического здоровья врачей становится важным аспектом профессиональной культуры. Это включает в себя создание безопасной среды, где врачи могут открыто обсуждать свои трудности, получать психологическую помощь и находить баланс между работой и личной жизнью. Понимание того, что врач сам нуждается в заботе и поддержке, помогает устанавливать более гармоничные отношения в медицинском коллективе и повышать общее качество медицинских услуг.

Важным направлением является также внедрение программы наставничества. Установление связей между опытными врачами и молодыми специалистами позволяет передавать знания и навыки, уменьшает уровень стресса у молодого специалиста и способствует более плавной интеграции в медицинскую среду. Наставничество также способствует созданию культуры бережного отношения к профессиональному развитию, где каждый член команды стремится к самосовершенствованию и делится своим опытом [6].

Не стоит забывать и о значении коммуникации. Эффективная коммуникация как с пациентами, так и с коллегами является краеугольным камнем профессиональной практики. Врачи должны уметь не только предоставлять информацию, но и слушать, показывать эмпатию и поддерживать доверительный диалог. Это особенно актуально в сложных ситуациях, когда пациенты нуждаются в тонком подходе и внимании к их переживаниям.

Современные тенденции, такие как использование цифровых технологий в прак-

тике врача, также вносят изменения в профессиональную культуру. Электронные медицинские карты, системы напоминаний, телемедицина – все это требует от врачей освоения новых инструментов и технологий, что в свою очередь вносит элементы инноваций в культуру профессии. Взаимодействие с лекарственными системами и электронными ресурсами – это не только упрощение работы, но и возможность повышения эффективности диагностики и лечения [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современном мире необходимо подчеркивать важность сохранения человечности в медицинской практике. Несмотря на все технологические новшества, пациент должен оставаться в центре внимания. Врачи, которые подчеркивают не только научный, но и человеческий аспект своего участия в жизни пациентов, способствуют созданию более теплой, прозрачной атмосферы. Доброта, понимание, внимание к деталям – все это делает врача не только специалистом в своей области, но и надежным другом для пациентов.

Таким образом, развитие профессиональной культуры в медицине – это многогранный процесс, который включает в себя как постоянное обучение, так и этические принципы, командное сотрудничество, защиту психического здоровья, эффективную коммуникацию и использование технологий. Каждый элемент этой культуры важен для формирования высококачественного медицинского обслуживания и доверия между врачами и пациентами. По мере дальнейшего развития медицины и общества, необходимо сосредоточиться на укреплении этих основ, чтобы обеспечить не только профессиональный успех врачей, но и здоровье и благополучие тех, кто доверяет им свою жизнь и здоровье.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Темницкий А.Л. Историко-социологический подход к выявлению инноваций в трудовой культуре российских рабочих. *Социальные инновации в развитии трудовых отношений и занятости в XXI веке* / Под ред. проф. З.Х. Саралиевой. Нижний Новгород: Издательство НИСОЦ, 2014. С. 248–252.

2. Кочергин В.Я. Профессиональная культура врача: внутренняя дифференциация и перспективы развития. *Социологический альманах*. 2017;8:473–483.

3. Фатеева Ю.Г., Фомина Т.К., Игнатенко О.П. и др. Этико-лингвистические особенности взаимодействия пациента и медицинского сообщества. *Биоэтика*. 2022;15(2):49–54.

4. Фатеева Ю.Г., Фомина Т.К., Игнатенко О.П. Коммуникативные навыки врача в аспекте сохранения здорового долголетия. *Здоровое долголетие – 2024: Материалы региональной научно-практической конференции*. Волгоград, 14 июня 2024 года. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2024. С. 140–144.

5. Ягодина А.Ю., Серова И.А., Седова Н.Н. Этическая подготовка врачей для бережливого здравоохранения. *Волгоградский научно-медицинский журнал*. 2023;20(2):34–38.

6. Еремина М.В. Черемушникова И.К. Формирование ценностных установок врача в условиях пандемии на додипломной стадии профессионализации. *Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении: Сборник статей международной научно-практической конференции*. Гродно, 20 мая 2022 года. Отв. ред. М.Ю. Сурмач. Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2022. С. 78–81.

7. Ткаченко Е.А., Сороколетова А.Е. Роль межкультурной компетентности в профессиональной подготовке медицинских. *Интерпретация профессиональных ценностей: вопросы обучения иностранных студентов: Материалы X Международной научно-практической конференции*. Волгоград, 08 февраля 2024 года. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2024. С. 102–108.

REFERENCES

1. Temnitskiy A.L. Historical and sociological approach to the identification of innovations in the labor culture of Russian workers. *Sotsial'nye innovatsii v razvitii trudovykh otnoshenii i zanyatosti v XXI veke = Social innovations in the development of labor relations and employment in the 21st century* / Edited by prof. Z.H. Saraliev. Nizhny Novgorod: NISOTS Publishing House, 2014:248–252. (in Rus.)

2. Kochergin V.Ya. Professional culture of a doctor: internal differentiation and development prospects. *Sotsiologicheskii al'manakh = The sociological almanac*. 2017;8:473–483. (in Rus.)

3. Fateeva Yu.G., Fomina T.K., Ignatenko O.P. et al. Ethical and linguistic features of the interaction between the patient and the medical community. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(2): 49–54. (in Rus.)

4. Fateeva Yu.G., Fomina T.K., Ignatenko O.P. Communication skills of a doctor in the aspect of maintaining healthy longevity. *Zdorovoe dolgoletie – 2024: Materialy regional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii = Healthy longevity – 2024: Proceedings of the regional scientific and practical conference*. Volgograd, June 14, 2024. Volgograd, Volgograd State Medical University, 2024:140–144. (in Rus.)

5. Yagodina A.Yu., Serova I.A., Sedova N.N. Ethical training of doctors for lean healthcare. *Volgogradskii nauchno-meditsinskii zhurnal = Volgograd Scientific and Medical Journal*. 2023; 20(2):34–38. (in Rus.)

6. Eremina M.V. Cheremushnikova I.K. The formation of a doctor's value attitudes in a pandemic at the pre-graduate stage of professionalization. *Istoricheskie osnovy*

professional'noi kul'tury v zdravookhranении: Sbornik statei mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii = Historical foundations of professional culture in healthcare: Collection of articles of the international scientific and practical conference. Grodno, May 20, 2022. Ed. by M.Y. Surmach. Grodno, Grodno State Medical University, 2022:78–81. (in Rus.)

7. Tkachenko E.A., Sorokoletova A.E. The role of intercultural competence in the

professional training of medical personnel. *Interiorizatsiya professional'nykh tsennostei: voprosy obucheniya inostrannykh studentov: Materialy Kh Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii = Interiorization of professional values: issues of teaching foreign students: Proceedings of the X International Scientific and Practical Conference.* Volgograd, February 08, 2024. Volgograd, Volgograd State Medical University, 2024:102–108. (in Rus.)

УДК 811.161.1

ЯЗЫК КАК ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПОНИМАНИЯ И ДРУГИЕ НЕГУМАНИТАРНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ЦИФРОВОЙ ЭПОХИ: ЦИВИЛИЗАЦИОННЫЕ ВЫЗОВЫ И ПРОБЛЕМЫ

Дарья Владимировна Панченко

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
daria-vspu@mail.ru; <http://orcid.org/0009-0004-1014-9228>

Аннотация. В статье рассказывается о том, что одним из цивилизационных вызовов цифровой эпохи наравне с информационной перегрузкой становится частичная утрата языковых способностей (например, способности к осмысленному чтению, интерпретации как извлечению смыслов, созданию первичных и вторичных текстов, оперированию абстрактными понятиями, построению диалога: многие из них делегируются техническим устройствам). Данные проблемы провоцируют фактор непонимания и отчужденности, что проявляется как в процессе получения образования, так и в профессиональной медицинской деятельности.

Президент РФ В.В. Путин подчеркивает, что поддержка русского языка – это ключевой приоритет развития страны, потому как язык есть не только средство коммуникации, но инструмент образования и науки, инструмент межпоколенческого и межкультурного диалога – иными словами, один из главных гуманитарных инструментов понимания, реализующий преемственность в процессе передачи знаний, исторических, культурных, научных, что составляет одну из сторон медицинской практики и медицинского образования ¹.

Ключевые слова: цифровизация в образовании, язык в цифровой среде, понимание как цивилизационный навык, язык как инструмент понимания

HUMANITARIAN EXPERTISE IN MEDICINE

LANGUAGE AS A HUMANITARIAN TOOL OF UNDERSTANDING AND OTHER NON-HUMANITARIAN TOOLS OF THE DIGITAL AGE: CIVILIZATIONAL CHALLENGES AND PROBLEMS

Daria V. Panchenko

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
daria-vspu@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0004-1014-9228>

Abstract. The article tells us that one of the civilizational challenges of the digital age, along with information overload, is the partial loss of linguistic abilities (for example, the ability to read meaningfully, interpret as extracting meanings, creating primary and secondary texts, building a dialogue: many of them are delegated to technical devices). These problems provoke a factor of misunderstanding and alienation,

¹ Заседание Совета по реализации госполитики в сфере поддержки русского языка и языков народов России.
URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/transcripts/75495>.

which manifests itself both in the process of obtaining education and in professional medical activities. Russian President V.V. Putin emphasizes that supporting the Russian language is a key priority for the country's development, because language is not only a means of communication, but an instrument of education and science, an instrument of intergenerational and intercivilizational dialogue – in other words, one of the main humanitarian instruments of understanding, implementing continuity in the process of transferring knowledge, historical, cultural, scientific, which is one of the aspects of medical practice and medical education.

Keywords: digitalization in education, language in the digital environment, understanding as a civilizational skill, language as an instrument of understanding

ВВЕДЕНИЕ

Рамки, очеркивающие проблемное пространство статьи, охватывают дискуссию о цифровизации сферы образования и медицины, проводимой на общемировом уровне и основанной на технологиях производства и бизнес-моделях, которая зачастую игнорирует собственно гуманитарные подходы в гуманитарном и медицинском образовании.

В сущности, в цифровой образовательной индустрии в последние десятилетия используются подходы к организации процесса коммуникации и получения знаний *антагонистичные гуманитарным* – узко материалистические, технические, экономически прибыльные (рис. 1).

На схеме представлены показатели, фиксирующие активный рост продаж цифровых инструментов (образовательные платформы, обучающие приложения, виртуальные классы,

интерактивные учебные материалы), прибыль с продажи которых вырастет к 2030 году до десятков триллионов долларов. Поскольку EdTech ожидает получить прибыль на сотни миллионов долларов, онлайн-обучение иногда рассматривается как естественная альтернатива офлайну.

«Все куплю», – сказала злато;

«Все возьму», – сказал булат.

А.С. Пушкин

К примеру, разработчики представляют нейросеть и искусственный интеллект как самый перспективный и многообещающий инструмент в образовании и медицине.

В 2024 году участники конференции остро дискутировали на лингвистическом Костомаровском форуме, обсуждая то, как оценить нейросеть – конкурента авторов, писателей и ученых – (Костомаровский форум 2024) и что ответить педагогам на такую формулировку: «Наш новый учитель – нейросеть?».



Рис. 1. Структура мирового рынка образования к 2030 г.

В книге «Статистика ИИ: основные статистические данные ИИ» отмечено, что уровень внедрения технологии нейросетей достиг 35 % в 2022 году, около 44 % компаний работают над внедрением искусственного интеллекта в настоящее время. В медицине новые инструменты предполагают использовать для диагностики заболеваний, генетических исследований, при создании лекарств.

Однако вместе с практикой интеграции технического в общественно-научную сферу из педагогической и медицинской профессий вытесняется собственно *гуманитарное начало*. Наблюдается «мировоззренческий раскол между фундаментальным медицинским образованием и гуманитарным знанием» и за этим следующая опасная тенденция «дегуманизации медицинского образования» [1, с. 9].

Как известно, позитивизм, концепция, оказавшая серьезное влияние на возникновение гуманитарного кризиса в XX веке, видела единственный источник познания в *крайнем материализме*. Инерция мышления не позволяет уйти от старых установок по сей день.

Так, исповедуя материализм и следуя его инструменталистской логике в течение всего XX века, человек методично «отехничивался» и в цивилизационном понимании «стал техническим придатком капитала» [2, с. 54].

Печальным итогом веры в прогресс и материальный достаток явилось то, что техникой стал и сам человек, превратившись «в сущее техническое», – и теперь под перспективой развития понимается «безвозвратное вовлечение человека в адское колесо производства» [3, с. 48].

Случилось так, что в технологизированном XX веке человек пожертвовал прогрессу не только «свое сакральное мыслящее Я» (И.И. Авксентиевский), но и свое физическое и духовно-душевное здоровье: «Коммерциализация медицины является серьезным препятствием в проявлении ее гуманных интенций» [4, с. 9].

В рассказе Андрея Платонова «Неодушевленный враг» механика и автоматизм, заменившие живое гуманистическое начало, человеческую способность мыслить и чувствовать,

дух и душу, воплощают образ живого «мертвого» человека, способного на самое страшное зло. «Переработка человеческого сознания, а вместе с ним всего существа человека в счетно-машинный образ есть насущная задача мирового производства, решаемая повсеместной цифровизацией всех человеческих деятельностей. Цифровизация превращает человека в обслуживающий придаток вычислительного устройства» [3, с. 49]. В.И. Моисеев отмечает эту тенденцию в медицине: «Отношение к больному как к обезличенной машине» [1, с. 24].

Таким образом, обращение к гуманитарным наукам в ситуации цифрового вызова имеет цивилизационное значение – наукам, способным осмыслить происходящие процессы и выработать иную логику образовательного маршрута и медицинской практики.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Анализ гуманитарных и цифровых инструментов, используемых в сфере образования и медицины постиндустриальной эпохи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были проанализированы аналитические материалы фундаментальных и современных исследований по проблемам использования гуманитарных и технических инструментов в культурной, научно-учебной коммуникации в сфере медицины и ее образовательного пространства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Примечательно, что знание есть нечто большее, чем просто получение информации. Доктор философских наук Майкл Линч доказывает, что цифровой образ жизни акцентирует предпочтение одних способов обработки информации другим – таким образом, как пишет М. Линч, мы рискуем не только констатировать поверхностное образование

у молодежи, но «исказить величайшие черты человечества» [5].

ЦИФРОВОЕ «ЗНАНИЕ» БЕЗ ПОНИМАНИЯ. Как утверждает философ Алэн Финкелькраут, «информационные технологии способны стереть многовековую историю и разрушить человеческую идентичность». Остро реагируя на данную проблему, многие российские исследователи говорят о «герменевтической» миссии гуманитариев в мире высоких технологий, а самих гуманитариев называют «носителями традиционных российских духовно-нравственных ценностей» [6, с. 8]: «Современные проблемы медицинского образования продолжают привлекать внимание, особенно в контексте нравственно философских аспектов» [7, с. 39].

Однако гуманитарные риски новой эры понимают и сами разработчики технологий, которые строго запрещают своим детям цифровизироваться. Британо-американский журналист и писатель Ник Билтон в издании «Нью-Йорк Таймс» приводит данные о том, что в США количество руководителей высшего звена цифровых индустрий Facebook, Yahoo!, Apple очень тщательно защищают своих детей от различных «цифровых инструментов», которые они сами продают и разрабатывают [8].

Дети состоятельных людей получают изысканное нецифровое образование, потому что последнее приносит вред здоровью и развитию.

Немецкий нейрофизиолог и психиатр Манфред Спитцер называет последствия развития в цифровой среде «цифровой деменцией»: «Цифровые медиа вызывают снижение образовательных результатов среди молодежи» [9, с. 200].

Французский нейрофизиолог Ж-Ф. Лашо объясняет, что в цифровой среде мозг поставлен в ситуацию постоянной многозадачности, для которой он не предназначен².

Профессор Майкл Патрик Линч, рассуждая о преподавании во времена Google, подчеркивает, что интернет-пользователи знают больше и понимают меньше [5].

Цифровизация вызывает экзистенциальные и психологические проблемы, пишет Мишель Демюрже, специализирующийся в области когнитивной нейробиологии [10].

Ученые выявляют расстройства:

- со стороны физиологии (ожирение или заболевания сердечно-сосудистой системы), психоэмоциональной сферы (например, агрессия или депрессия).

Также отмечается ряд когнитивных нарушений:

- снижаются познавательные способности, интеллектуальное и языковое развитие (например, возникают трудности в изучении языка и концентрации внимания при чтении);

- функция памяти и принятия решений делегируется гаджетам;

- утрачивается активная мыслительная составляющая, страдает подвижный интеллект и оперативная память, активно влияющие на развитие речи.

Манфред Шпитцер утверждает: «Знания, которые мы получаем за компьютером, слабее и медленнее “отпечатываются” в нашем головном мозге, чем те, которые можно “потрогать руками”» [9, с. 9]. Российские ученые, основываясь на данных многочисленных экспериментов, высказывают подобное мнение: печатный текст на бумажном носителе понимается в 6–8 раз быстрее, чем цифровой [11, с. 75].

Некоторые эксперименты доказывают гипотезу обмеления, согласно которой “испорченные” цифровым контентом читатели в принципе не способны к глубокому чтению, даже если испытуемые старались прикладывать усилия и внимательно читать текст – они не могли преодолеть привычку «скакать» по строчкам и воспринимали прочитанное очень поверхностно [11, с. 75].

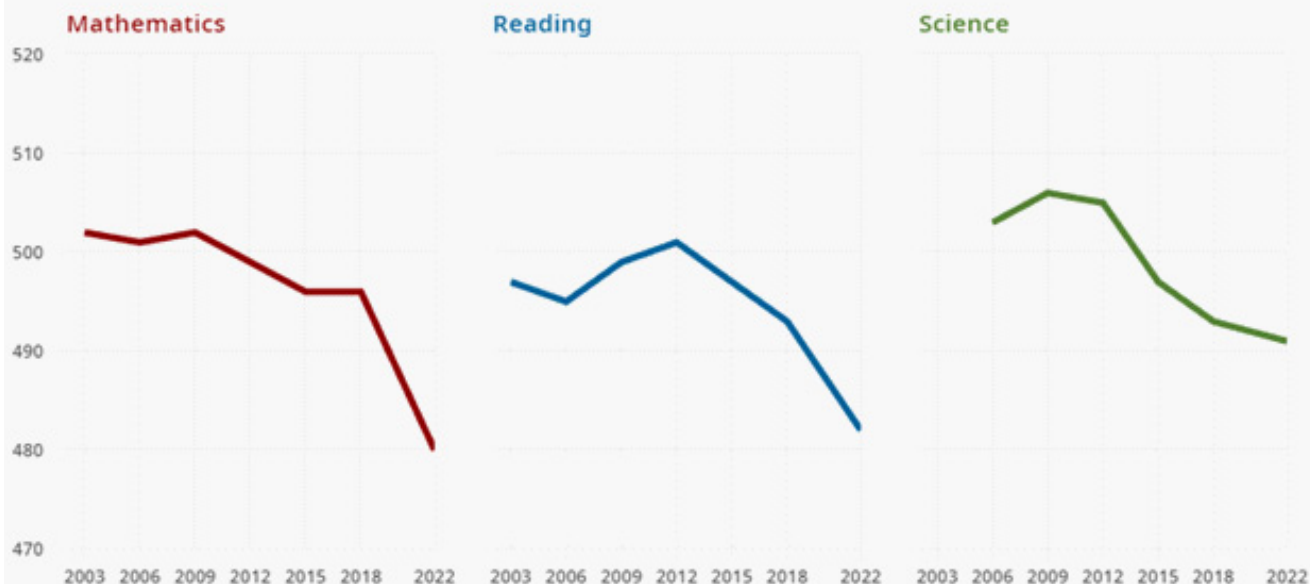
Так, результаты тестирования PISA свидетельствуют о беспрецедентном падении читательской грамотности обучающихся за последние несколько лет³ (рис. 2).

² Nothias J.-L. Les smartphones modifient le fonctionnement du cerveau. Sott.net. 03 oct. 2011. URL: <https://fr.sott.net/article/5530-Les-smartphones-modifient-le-fonctionnement-du-cerveau>.

³ Programme for International Student Assessment, PISA. URL: <http://www.oecd.org/pisa/> (accessed: 10.04.2025).

Trends in mathematics, reading and science performance

PISA test scores, OECD average



Source: OECD (2023). *PISA 2022 Results (Volume I): The State of Learning and Equity in Education*.

Рис. 2. Результаты тестирования PISA

С таким слабо развитым умением читать и понимать текст выпускники приходят в высшую школу, где уже не формируется лингвистическая компетенция, и низкий уровень умений негативно сказывается на получении профессиональных знаний.

ИНСТРУМЕНТЫ ОБУЧЕНИЯ ИЛИ ИНСТРУМЕНТЫ РАЗВЛЕЧЕНИЯ? Опасность, которая кроется в цифровом образовании, состоит еще и в том, что цифровые инструменты (яркие, привлекательные) воспитывают гедонизм и потребительское отчуждение – поэтому компьютерные обучающие инструменты могут становиться инструментами развлечения, отвлечения от собственно учебной, сложной интеллектуальной работы. «А между тем развлечение – величайшее из наших несчастий. Это оно больше всего мешает нам думать о самих себе и незаметно нас губит», – писал Б. Паскаль.

Однако подобный глобальный гуманитарный вызов в образовательной и культурной среде (страсть к развлечению, потреблению, пассивному гедонизму) уже отча-

сти имел место быть в человеческой истории, можно найти тому подтверждение.

Об эпохе с преобладающим культом развлечений писал древнеримский поэт-сатирик Ювенал в I веке н. э.:

*Этот народ уж давно все заботы забыл,
и Рим, что когда-то
Всё раздавал: легионы, и власть,
и ликторов связки,
Сдержан теперь и о двух лишь вещах
беспокойно мечтает:*

Хлеба и зрелищ!

Ставшее крылатым выражение обличает время упадка доблести и славы Рима. Немного перефразируя выражение «Хлеба и зрелищ», переведя на язык современных реалий, получим: «сытого вкусного комфорта и развлечений» – манифест общества потребления.

Как известно, в период жизни Ювенала Римская империя погибала по причине оскудения духовных, культурных, интеллектуальных сил, не выстояв под натиском нашествия варваров и междоусобных войн. В сущности, показательно, что развлечение доминирует

в период духовного и интеллектуального упадка.

В прошлые столетия перед разрушающимся Римом стояла задача поиска новых ценностей, жизненных смыслов и перспектив развития – их нашла в последующие столетия Восточная часть империи, Византия, добившаяся уникальных вершин цивилизационного развития. Так же эту задачу ставит перед нами сейчас современный гуманитарный кризис.

Стоит сказать, что логика культурно-исторических типов объективнее прогрессистской идеологии. Цивилизации зарождаются, расцветают и могут умирать, о чем задолго до О. Шпенглера и А. Тойнби писал Н.Я. Данилевский, выдвинув концепцию культурно-исторических типов общества. Так, циклическое развитие человечества – более реалистичная альтернативная концепция, которую можно противопоставить идее прогресса как поступательного движения вперед, которой следуют сторонники цифровизации. Цифровой миф рассеивается, когда история культуры напоминает нам о том, что в дотехнологическую эпоху творили Моцарт, Шекспир, Леонардо, Пушкин, равных которым нет в XXI столетии. Потому спорно называть цифровые инструменты инновационным средством обучения и медицинской практики, если они приводят к снижению навыков и деградации интеллектуального состояния. Но вот какими инструментами пользовались выдающиеся ученые, гении искусства, стоит задуматься, поскольку важно то, *какими инструментами* должны пользоваться *сейчас*, чтобы достичь высокого интеллектуального уровня и быть в состоянии читать и понимать то, что написали классики науки, литературы и искусства врачевания.

ЯЗЫК КАК ГУМАНИТАРНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПОНИМАНИЯ. Так, технический прогресс обращает внимание на вопрос о том, что является целью медицинского образования и совершенствования медицинской практики: движение к *индустриальному развитию с использованием новых машинных технологий*

или все-таки *гуманитарное развитие*, подразумевающее совершенствование человеческих свойств и возможностей, каким является понимание.

Понимание есть нечто большее, чем простое получение и распознавание информации, а язык есть «нечто большее, чем простое орудие и простая игрушка нашего сознания. Он пришел к нам как нечто глубоко серьезное с тем, чтобы мы могли следовать *своему человеческому призванию*» [12, с. 92], несмотря на условия технико-экономической парадигмы в гуманитарной сфере и медицине.

Гуманитарное призвание есть способ понимания и *восприятия человека через призму человека*, призвание быть человеком и видеть в другом самого себя.

Медицина – это также наука о человеке, которая на протяжении многих веков развивалась в гуманитарном контексте, занимая положение между естественно-научным и социально-гуманитарным знанием. Живую связь этих двух начал медицины видел выдающийся хирург Н.И. Пирогов.

Однако признаем, что в некоторой степени и к языку иногда применяется отнюдь не гуманитарный подход. Например, в позитивистской концепции участников Венского лингвистического кружка (Л. Витгенштейн, Б. Рассел), идеи которых развиваются и в настоящее время, выведена на первое место технико-инструменталистская установка к рассмотрению и изучению языковых средств.

Противоположная позиция – антропологический подход, основывающийся на гуманитарной исследовательской установке при рассмотрении проблем лингвистики, он описан в работах классика теоретического языкознания Вильгельма фон Гумбольдта, предлагавшего изучать язык в тесной связи с сознанием, мышлением, культурным развитием и духовной жизнью. Ученый писал: «Язык есть орган, образующий мысль... Деятельность мышления и языка представляет поэтому неразрывное единство» [13, с. 49].

В. Гумбольдт подчеркивал, что умственная деятельность есть не внешняя, но глубоко внутренняя, духовная, надматериальная:

«Язык представляет собой непрерывную деятельность духа», он «не мертвый продукт, а созидающий процесс» [14, с. 70].

Понятие «дух» объемлет несколько значений, но в данном контексте относимо к всеобщему сознанию, общему всем людям «единому духу», которое в современном научном аппарате сближается отчасти с понятием коллективного интеллекта, эмерджентных свойств, коллективных эмоциональных реакций: «Язык дает живо чувствовать каждому человеку, что он не более, как частица целого человечества» [15]. Именно это имел ввиду Дильтей, указывая на то, что гуманитарные науки – науки о духе.

Детализируя это понимание, обратимся к святоотеческому наследию, где слово «дух» (греч. «пневма») часто используется как синоним слова «ум» (греч. «нус»). Так, дух или нус – высшая часть человеческого триединного существа, прямо относимая к мышлению и познанию. Таков и язык, он считается материально-духовным инструментом познания, без которого мышление, функционирование критического сознания, неосуществимо. Данное утверждение доказал В. Гумбольдт.

Характерна историко-методологическая иллюстрация, оставленная преподавателями Царскосельского лицея в своих «Наставлениях», которые убеждали *«никогда не терпеть, чтобы воспитанники употребляли слова без ясных идей»*, то есть без понимания значений. Ясное понимание значений слов и выражений, содержащихся в ресурсах языка на текстовом, подтекстовом, надтекстовом уровнях, ведет к цели познания.

Так, прежде всего, стоит подчеркнуть, *понимание – это сложная интеллектуальная работа*, без фундамента которой полноценно обучаться в высшей школе невозможно. Однако интеллектуально-мыслительная деятельность напрямую зависит языковой компетенции, навыков внимательного вдумчивого чтения и понимания семантического, понятийного поля терминов, их смысловой парадигмы, синтеза восприятия и применения их в своей речи.

Формирование научного речевого, логико-понятийного аппарата обуславливает формирование и развитие научного мышления как понимания. Высшее образование основано на том, что в ходе различных курсов студентам объясняют правила и закономерности, которые учащиеся понимают в том случае, если у них развит на достаточном уровне логико-языковой компонент.

Известен опыт Л.А. Ясюковой, проводившей в Санкт-Петербурге тест на выявление изменений в области понимания научных понятий студентами [16]. Ученый, предваряя результаты проведенного теста, объясняет, что понятийный аппарат подготовлен к получению высшего образования только тогда, когда испытуемые набирают минимум 11–12 баллов.

По данным теста, уровень развития словесного понятийного аппарата и логико-понятийного мышления студентов в 2008 году составил 12,8; в 2014 году замечен резкий спад – только 8,3, что соответствует лишь уровню техникума, но не университета.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пренебрежение ролью языка в образовательном пространстве современного техникоориентированного мира отчасти объясняет то, что и само мышление исчезает из характеристики интеллектуальной деятельности, а именно этот факт доказывает анализ научной литературы за последние десятилетия. Ученые, следующие редуccionистскому подходу, занимающиеся современными проблемами мышления, предпочитают изучать части, но не целое: структуру интеллекта, закономерности развития, но не само научное мышление.

Лингвистические исследования доказывают тот же редуccionизм в подходах к научным терминотемам. В последнее время наблюдается тенденция, продуцирующая ситуации непонимания, которую еще О. Розеншток-Хюсси называл *«болезнями языка»*: введение новых терминов, довольно необоснованных, неоднозначных или не отражающих специфику тех

или иных понятий. Как, например, спорное «клиповое мышление», не соответствующее семантике слов в словосочетании. С лингвистической точки зрения, понятие методологически неточно, поскольку мышление – это сложный когнитивный процесс, характеризующийся системностью, в то время как клип предполагает быструю несвязанную в единую систему смену кадров.

И, наоборот, отказ от некоторых «старых» понятий, признание их архаичными редуцирует язык науки и научное мировоззрение в целом. К примеру, современные исследователи говорят о том, что необходимо вернуть слово «душа» как важную категорию в научный дискурс, от которого отказались век назад в пользу развития естественных наук: оно было редуцировано до «сознания» и «психики», из которого вычли метафизическое измерение (Б.С. Братусь).

Продолжая говорить о гуманитарных языковых инструментах, отметим такое метапредметное явление как *диалог* – важный инструмент понимания, *способный создавать особое гуманитарное пространство*. Это пространство соединяет атомизированные субъекты со слабой рефлексией, меняет ситуацию бессубъектности, соединяет личное и социальное, индивидуальное и общественное. М.М. Бахтин доказывал в своих работах, что сам язык диалогичен по своей сути, его значения открываются в реакциях на высказывания. И если мысли каждого обособлены от мыслей другого человека, то диалог становится способом преодоления разобщенности сознаний как на индивидуально-личностном

уровне, так и немежличностном и межкультурном.

Язык создает общее духовное пространство (пространство смыслов, идей, ценностей), потому как в своей главной цели он призван «сплавлять» человеческую группу» [12, с. 106]. Люди вне языковой общности – это люди, лишенные возможности преемственности, они перестают быть обитателями одного духовного пространства, получают передаваемые знания и интеллектуально развиваются неполноценно.

Следует отметить, что идеи взаимосвязи языка, мышления и понимания нашли отражение в таком направлении, как нарративная медицина. Например, в МГУ на факультете фундаментальной медицины появился подобный учебный курс, методологической основой которого стали исследования, посвященные речевому взаимодействию между врачом и пациентом, установлению диалога, правильной интерпретации медицинских записей. «Аутентичное место языка – только там, где создаются мир, порядок, доверие и свобода. Эти акты образуют основу человечности человека» [12, с. 107].

С.С. Аверинцев называл филологию, науку о языке и литературе, «службой понимания». Ученый писал: «Одна из главных задач человека на земле – понять другого человека, не превращая его мыслью ни в поддающуюся «исчислению» вещь, ни в отражение собственных эмоций» [2, с. 100]. Эта задача стоит и перед каждым отдельным человеком, ученым, учителем или врачом, и перед всем человеческим сообществом.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Моисеев В.И., Моисеева О.Н. Судьба медико-гуманитарного образования в России. *Биоэтика*. 2022;15(1):24–32.
2. Аверинцев С.С. Похвальное слово. *Юность*. 1969;1:98–102.

3. Авксентьевский И.И. Знаки эпохи. *Русская философия*. 2023;1(5):36–55.
4. Седова Н.Н. Новый этап в развитии медицинской гуманитаристики. *Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения*. 2023;1(2):9–12.

5. Lynch P.M. The Internet of Us: Knowing More and Understanding Less in the Age of Big Data. Liveright, 2016. 256 p.

6. Седова Н.Н. Перспективы реализации программы «Россия 809» в высшей школе. *Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения*. 2024;2(2):6–12.

7. Фатеева Ю.Г. Интериоризация цивилизационных навыков: наставничество в высшей школе. *Гуманитарные проблемы медицины и здравоохранения*. 2024;2(2):38–46.

8. Bilton N. Steve Jobs Was a Low-Tech Parent. *The New York Times*. Sept. 10, 2014. URL: <https://www.nytimes.com/2014/09/11/fashion/steve-jobs-apple-was-a-low-tech-parent.html>.

9. Шпитцер М. Антимозг: цифровые технологии и мозг. Пер. с немец. А.Г. Гришина. М.: АСТ, 2014.

10. Desmurget M. La Fabrique du cretin digital Les dangers des écrans pour nos enfants, 2019. 432 p.

11. Лебедева М.Ю., Веселовская Т.С., Купрещенко О.Ф. Особенности восприятия и понимания цифровых текстов: междисциплинарный взгляд. *Перспективы науки и образования*. 2020;4(46):74–98.

12. Розеншток-Хюсси О. Язык рода человеческого. М., 2024.

13. Кондрашов Н.А. История лингвистических учений. М., 1979.

14. Гумбольдт фон В. Избранные труды по языкознанию. М.: Прогресс, 2000.

15. Звегинцев В.А. История языкознания XIX и XX веков. Часть 1-я. 3-е изд., доп. М., 1964.

16. Ясюкова Л. В быстро меняющемся мире нужно понятийное мышление. *Психологическая газета*. URL: <https://psy.su/feed/8101/?ysclid=m98490vulo59023688> (дата обращения: 15.04.2025).

REFERENCES

1. Moiseev V.I., Moiseeva O.N. The fate of medical and humanitarian education in Russia. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(1):24–32. (in Rus.)

2. Averintsev S.S. Praiseworthy word. *Yunost' = Youth*. 1969;1:98–102. (in Rus.)

3. Avksentievsy I.I. Signs of the Epoch. *Russkaya filosofiya = Russian philosophy*. 2023;1(5):36–55. (in Rus.)

4. Sedova N.N. A new stage in the development of medical humanities. *Gumanitarnye problemy meditsiny i zdravookhraneniya = Humanitarian problems of medicine and healthcare*. 2023;1(2):9–12. (in Rus.)

5. Lynch P.M. The Internet of Us: Knowing More and Understanding Less in the Age of Big Data. Liveright, 2016. 256 p.

6. Sedova N.N. Prospects for the implementation of the Russia 809 program in higher education. *Gumanitarnye problemy meditsiny i zdravookhraneniya = Humanitarian problems of medicine and healthcare*. 2024;2(2):6–12. (in Rus.)

7. Fateeva Yu.G. Interiorization of civilizational skills: mentoring in higher education. *Gumanitarnye problemy meditsiny i zdravookhraneniya = Humanitarian problems of medicine and healthcare*. 2024;2(2):38–46. (in Rus.)

8. Bilton N. Steve Jobs Was a Low-Tech Parent. *The New York Times*. Sept. 10, 2014. URL: <https://www.nytimes.com/2014/09/11/fashion/steve-jobs-apple-was-a-low-tech-parent.html>.

9. Shpitzer M. Anti-brain: digital technologies and the brain. Transl. from German by A.G. Grishin. Moscow, AST Publ., 2014. (in Rus.)

10. Desmurget M. La Fabrique du cretin digital Les dangers des écrans pour nos enfants, 2019. 432 p.

11. Lebedeva M.Yu., Veselovskaya T.S., Kupreschenko O.F. The peculiarities of perception and understanding of digital texts: an interdisciplinary view. *Perspektivy nauki i obrazovaniya = Perspectives of science and education*. 2020;4(46):74–98. (in Rus.)

12. Rosenstock-Hussey O. The language of the human race. Moscow, 2024. (in Rus.)

13. Kondrashov N.A. History of linguistic studies. Moscow, 1979. (in Rus.)

14. Humboldt von V. Selected works on linguistics. Moscow, Progress, 2000. (in Rus.)

15. Zvyagintsev V.A. History of the language of the XIX and XX centuries.

Part 1. Third edition, expanded. Moscow, 1964. (in Rus.)

16. Yasyukova L. In a rapidly changing world, conceptual thinking is needed. *Psikhologicheskaya gazeta = Psychological newspaper*. (in Rus.) URL: <https://psy.su/feed/8101/?ysclid=m98490vulo59023688> (accessed: 15.04.2025).

УДК 614

ДОСТИГНУТЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОЦЕССА РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «РАЗВИТИЕ ЭКСПОРТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»

Геннадий Юрьевич Щекин ✉

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

Евгений Владимирович Чернышев

Ассоциация медицинского и академического туризма,
Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия
john-chern84@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4434-502X>

Виктория Евгеньевна Тронева

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

Аннотация. Медицинский туризм как важный вид экономической деятельности государства, благоприятно влияющий на развитие национального здравоохранения. Экспертная оценка российской системы здравоохранения с 2019 года в рамках реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» части национального проекта «Здравоохранение». Авторами доказано, что экспорт медицинских услуг внес умеренный, но значимый вклад в международную конкурентоспособность здравоохранения за счет создания новых рынков медицинских услуг.

Ключевые слова: медицинский туризм, рынок медицинских услуг, медицинские туристы, федеральный проект

PUBLIC HEALTH IN THE PROBLEM FIELD OF SOCIAL DIAGNOSTICS

ACHIEVED RESULTS AND MISSED OPPORTUNITIES OF THE IMPLEMENTATION PROCESS OF THE FEDERAL PROJECT “DEVELOPMENT OF EXPORT OF MEDICAL SERVICES”

Gennady Yu. Shchekin ✉

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

Evgeny V. Chernyshev

Association of medical and academic tourism, Scientific Research Institute of Healthcare Organization and Medical Management of the Moscow Department of Healthcare, Moscow, Russia
john-chern84@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4434-502X>

Victoria E. Troneva

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

Abstract. Medical tourism as an important type of state economic activity that favorably affects the development of national healthcare. Expert evaluation of the Russian healthcare system since 2019 within the framework of implementing the federal project “Development of export of medical services”, which is part of the national project “Healthcare”. The authors have proven that the export of medical services has made a moderate but significant contribution to enhancing international competitiveness in healthcare by creating new markets for medical services.

Keywords: medical tourism, market of medical services, medical tourists, federal project

Процессы глобализации, а также финансовые преимущества для иностранных пациентов, связанные с развитием медицинского туризма, закрепили за данным явлением статус одного из наиболее устойчивых трендов развития мирового здравоохранения [1, 2, 3]. Во исполнение пп. «а», «б» раздела 4 Указа Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7 мая 2018 года № 204 определена национальная цель – увеличить объем экспорта медицинских услуг по сравнению с 2017 годом не менее чем в 4 раза, а к 2024 году этот показатель должен составить 1 млрд долларов США. Для достижения установленной цели с 1 января 2019 года в рамках национального проекта «Здравоохранение» реализовывался федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», утвержденный протоколом комитета по национальному проекту «Здравоохранение» от 14 декабря 2018 года № 3, учитывающим все медицинские услуги, оказываемые иностранным гражданам, находящимся на территории Российской Федерации, за исключением скорой медицинской помощи. Национальный проект был направлен на развитие в стране механизмов и условий, обеспечивающих рост экспорта медицинских технологий, способствующих привлечению дополнительных источников финансирования отечественной системы здравоохранения, а также укреплению ее позитивного имиджа на международном рынке здравоохранения. Проводимый проект способствовал разработке и внедрению системы мониторинга статистических данных медицинских организаций, разработке и внедрению стратегии и методических рекомендаций

для медицинских организаций, занятых в его реализации, внедрению программы коммуникационных мероприятий по повышению информированности иностранных граждан о медицинских возможностях отечественного здравоохранения.

В целом авторы положительно оценивают пятилетнюю работу Министерства здравоохранения Российской Федерации, однако отмечают, что отказ от возобновления реализации Национального проекта «Экспорт медицинских услуг» в дальнейшем повлечет ряд негативных последствий, как для отечественного здравоохранения, так и для государства в целом. К этим негативным последствиям авторы отнесли следующие.

Во-первых, утрата позиций на международном рынке здравоохранения, то есть утрата завоеванной репутации отечественного здравоохранения в странах потенциальных доноров медицинских туристов, а также исключение Российской Федерации из международного рейтинга стран по медицинскому туризму (Medical Tourism Index).

Во-вторых, проблема международного маркетинга, то есть отказ от развития национального бренда медицинского туризма России, отказ от планов открытия информационных офисов российской медицины за рубежом.

В-третьих, отсутствие административной поддержки, то есть ликвидация рабочих групп, задействованных в реализации национального проекта в федеральных органах исполнительной власти.

В-четвертых, проблема кадрового обеспечения, то есть утрата наработанного кадрового потенциала, взаимодействующего с иностранными гражданами, упразднение

действующих программ подготовки специалистов в сфере экспорта медицинских услуг.

В-пятых, неопределенность и/или сворачивание законодательной поддержки, то есть откладывание на неопределенный срок принятия федерального закона «О медицинском туризме» и «Концепции развития медицинского туризма России».

В-шестых, возникает вопрос с упрощением въезда в Российскую Федерацию, то есть отказ от введенной Министерством иностранных дел Российской Федерации нового типа визы – «медицинской», доступной для граждан всех стран, с которыми у нашей страны установлены дипломатические отношения и в соответствии с которой иностранные граждане могут получать медицинские услуги на территории России, как в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, так и в частных клиниках. Медицинская виза предоставляется на 90 дней с возможностью продления.

В-седьмых, изменения в информационной политике государства, сокращение информационного массива по теме медицинского туризма, отказ от обновления разделов на веб-сайтах медицинских организаций, что не позволит получать своевременную объективную информацию о возможностях национального здравоохранения потенциальным медицинским туристам.

В-восьмых, отказ от экспертной поддержки участников рынка, упразднение федерального и региональных центров компетенций.

В-девятых, торможение усилий гуманитарного влияния России в мире, отказ Россотрудничества (ведущее российское агентство, главная миссия которого – усиление гуманитарного влияния России в мире) от реализации проектов медицинского туризма на базе центров «Русский Дом» за рубежом, сокращение числа выездных деловых миссий российских врачей с предложениями и консультациями в страны, являющиеся потенциальными донорами медицинских туристов, сокращение объемов благотворительных операций для иностранных граждан, как промо-активности лечения в Российской Федерации.

В-десятых, проблема с проведением научно-практических исследований, сокращение и/или полное прекращение проведения научно-практических исследований в области экспорта медицинских услуг проводимых ранее на регулярной основе (например, проведенное исследование «Оценка экспортного потенциала системы здравоохранения субъектов РФ» – заказчик Аппарат Правительства РФ, «Практика правового регулирования медицинского туризма в мире» – заказчик Аппарат комитета по туризму Государственной Думы РФ, «Оценка потенциала медицинского туризма г. Москвы» – заказчик Мэрия г. Москва и пр.), отказ от перспективных планов грантовой поддержки ученых.

В-одиннадцатых, проблема с проведением конгрессно-выставочной деятельности, завершение проведения национальных конгрессно-выставочных мероприятий по медицинскому туризму как у нас в стране, так и за ее пределами.

Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг», являющийся частью национального проекта «Здравоохранение», реализовывался с 1 января 2019 года, завершен 31 декабря 2024 года, итоги которого будут подведены в 2025 году. Для страны проект стал новаторским, амбициозным, продвигаемый в сложных условиях, учитывая возникшую пандемию COVID-19 и внешнее санкционное давление последних лет. В ходе его реализации были отмечены такие сильные стороны отечественного здравоохранения, как развитость предложения предлагаемых медицинских услуг, наличие высококвалифицированных медицинских кадров, современных медицинских учреждений, способных оказывать высокотехнологическую медицинскую помощь мирового уровня, привлекательное соотношение «цена-качество», государственная поддержка и стимулирование завершенного проекта. В то же время его завершение не привело к достижению следующих ранее запланированных целей.

Во-первых, в нашей стране, в отличие от западных стран, где действует система аккредитации и сертификации по международным стандартам JCI Объединенной

международной комиссии, отсутствует какая-либо обязательная сертификация или аккредитация медицинских учреждений на соответствие национальным или международным стандартам.

Во-вторых, проблема отсутствия правового поля, регулирующего рассматриваемую деятельность, например, отсутствует правовое закрепление в федеральном законодательстве понятия «медицинский туризм» как в туристической области, так и в сфере здравоохранения, происходит путаница в терминологии «медицинский туризм», «экспорт медицинских услуг», «лечебно-оздоровительный туризм», не утверждены критерии и стандарты для медицинских организаций, отсутствует четкая программа развития медицинского туризма, а чтобы составить представление о процессе получения медицинской помощи, необходимо обращаться к ряду документов, а не руководствоваться одним, что не способствует выбору иностранного туриста в пользу российской медицины.

В-третьих, не решен вопрос трансграничного медицинского страхования, приостановка программ совершенствования международных страховых продуктов, ориентированных на медицинских туристов. При этом необходимо отметить, что обычная туристическая страховка не подходит для медицинского туризма, так как обычно покрывает расходы только на экстренную медицинскую помощь, помощь при получении травм, вирусных заболеваниях, ожогах. Кроме того, страховка не оплатит экстренный перелет на родину в случае обострения хронических заболеваний.

В-четвертых, наличие проблемы статистического **учета** в России, из-за которых «медицинским туристом» считается любой иностранный гражданин, получающий любую медицинскую услугу на территории страны, включая **мигрантов**, проходящих обязательный медосмотр (это затрудняет объективную

оценку состояния российского рынка медицинского туризма).

В-пятых, нет налаженной системы взаимодействия между государственными структурами и бизнесом и отсутствие у медицинских организаций правовой возможности платить комиссионное вознаграждение туроператору или специализированному агентству медицинского туризма. Например, вести взаиморасчеты с туристическим агентством, которое обеспечивает связь с пациентом, для медицинского учреждения проблематично в связи с тем, что все договоры должны проводиться на конкурсной основе, а разделение счетов за оказанные услуги между агентством и медучреждением грозит тем, что медицинский турист проигнорирует выплату туристическому агентству после того, как получит контакт самого лечебного учреждения и обратится в него напрямую.

В-шестых, слабый маркетинг туристических возможностей современной России за рубежом, то есть формирование бренда как страны, привлекательной для медицинского направления, создание разного рода кластеров для продвижения национальных медицинских услуг на международном рынке медицинского туризма, анализ и изучение степени потребительской удовлетворенности пациентов, а также соответствия ожиданий восприятию услуги, онлайн-маркетинг. Кроме того, в настоящее время на рынке мало медицинских организаций или их полное отсутствие, которые специализируются на постлечебном сопровождении пациента, что сегодня является вакантной нишей.

В-седьмых, не решена проблема неразвитости инфраструктуры, связанной с трансфером больных с вокзалов и аэропортов, поиском и представлением жилья для сопровождающих лиц и прочие нерешенные задачи. Все указанные авторами и многие другие вопросы и предложения требуют своего скорейшего разрешения с целью успешного развития отрасли в будущем.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Щекин Г.Ю., Тронева В.Е. Проблемы этики в медицинском туризме. *Биоэтика*. 2022;15(2):43–48.

2. Кожевников Л.Л., Щекин Г.Ю. Правовое регулирование деятельности санаторно-курортного комплекса Краснодарского края

в условиях COVID-19. *Биоэтика*. 2021;14(1):39–41.

3. Щекин Г.Ю., Осыко А.Н., Бахтин В.А., Кожевников Л.Л. Этика стоматологического туризма как предмет научного интереса. *Биоэтика*. 2020;13(1):43–48.

REFERENCES

1. Shchekin G.Yu., Troneva V.E. Problems of ethics in medical tourism. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(2):43–48. (in Rus.)

2. Kozhevnikov L.L., Shchekin G.Yu. Legal regulation of the activities of the sanatorium-resort complex of the Krasnodar Territory in

the context of COVID-19. *Bioetika = Bioethics*. 2021;14(1):39–41. (in Rus.)

3. Shchekin G.Yu., Osyko A.N., Bakhtin V.A., Kozhevnikov L.L. Ethics of dental tourism as a subject of scientific interest. *Bioetika = Bioethics*. 2020;13(1):43–48. (in Rus.)

УДК 34.096

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Бэлла Пшимафовна Тхаркахо

Кубанский государственный университет, Краснодар, Россия
bellatkh@mail.ru

Людмила Александровна Эртель ✉

Кубанский государственный университет, Краснодар, Россия
ela1958@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9260-4914>

Александр Анатольевич Рухтин

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
ruhtin@list.ru, <https://orcid.org/0009-0009-7803-8600>

Аннотация. В статье рассматриваются наиболее актуальные вопросы регулирования генно-инженерной деятельности в Российской Федерации. Несмотря на большую перспективность и значимость данного направления, генная инженерия является объектом не только интереса, но и тревоги. Она имеет значение не только для медицины, сельского хозяйства, экологии, скотоводства, но и является предметом правового регулирования, так как затрагивает интересы общества, безопасность здоровья людей и животных, охрану окружающей среды, а также этические аспекты использования современных биотехнологий. Правовое регулирование направлено на обеспечение контроля проведения генно-инженерных исследований и разработок, предотвращение возможных негативных последствий их применения, защиту прав потребителей и соблюдение принципов биоэтики. Существует необходимость создания геномных баз регистрации и паспортизации, унификации законодательных актов, систем контроля и мониторинга.

Ключевые слова: генно-модифицированная деятельность, геном, законодательство, контроль, ДНК, правовое регулирование

Благодарность доктору медицинских наук, профессору кафедры криминалистики и правовой информатики ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет» Эртель Людмиле Александровне за помощь в подготовке научной статьи.

SOCIAL HISTORY OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

LEGAL REGULATION CHALLENGES OF GENETIC ENGINEERING IN THE RUSSIAN FEDERATION

Bella P. Tharkaho

Kuban State University, Krasnodar, Russia
bellatkh@mail.ru

Lyudmila A. Ertel ✉

Kuban State University, Krasnodar, Russia
ela1958@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9260-4914>

Alexander A. Rukhtin

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
ruhtin@list.ru, <https://orcid.org/0009-0009-7803-8600>

Abstract. This article examines the most pressing issues of regulating genetic engineering activities in the Russian Federation. Despite the high potential and significance of this field, genetic engineering is not only an object of interest but also of concern. It is important not only for medicine, agriculture, ecology, and livestock breeding but also falls under legal regulation, as it affects societal interests, the health safety of humans and animals, environmental protection, and the ethical aspects of modern biotechnologies. Legal regulation aims to ensure control over genetic engineering research and development, prevent potential negative consequences of its application, protect consumer rights, and uphold bioethical principles. There is a need to establish genomic registration and certification databases, unify legislative acts, and implement control and monitoring systems.

Keywords: genetically modified activities, genome, legislation, control, DNA, legal regulation

Acknowledgements Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Criminalistics and Legal Informatics Kuban State University Ertel Lyudmila Alexandrovna, for assistance in the preparation of the scientific article.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы, касающиеся генно-инженерной деятельности, являются одними из самых обсуждаемых в научном сообществе. Данному аспекту посвящены научные исследования, которые находят отражение в научных статьях, тезисах научных конференций в диссертационных исследованиях. В.В. Путин на встрече с участниками III Конгресса молодых ученых 29 ноября 2023 года акцентировал внимание на данном направлении следующими словами: «Это (генетика) наиболее перспективное, чрезвычайно важное направление исследований⁴. Это действительно так же, как искусственный интеллект, точно будет в основе прогресса по очень многим направлениям деятельности правительств, государств и вообще жизнедеятельности человека. Он подчеркнул, что те, кто будут преуспевать в генетике, получают принципиальные и качественные конкурентные преимущества поколенческого характера, судьбоносные». Но, несмотря на многогранность и перспективы, генная инженерия является объектом не только интереса, но и тревоги.

Генно-инженерная деятельность имеет значение не только для медицины, она находит применение в сельском хозяйстве, скотоводстве. Она также является предметом

правового регулирования, так как затрагивает интересы общества, безопасность здоровья людей и животных, охрану окружающей среды, а также этические аспекты использования биотехнологий [1]. Правовое регулирование этой области науки направлено на обеспечение контроля за проведением генно-инженерных исследований и разработок и необходимо для предотвращения возможных негативных последствий их применения, защиты прав потребителей и соблюдения принципов биоэтики.

Современная генная инженерия позволяет «включать» и «выключать» отдельные гены, программируя новый генотип, в том числе, и человеческий, что вызывает немало опасений, хотя многие открытия уже принесли человечеству пользу [2]. Злоупотребление генно-инженерными исследованиями может иметь последствия не только для конкретной страны, но и для всего общества.

Истоки данной деятельности были заложены еще в XIX веке, благодаря экспериментам чешского-австрийского биолога Грегора Менделя, касающимся принципа передачи наследственных признаков от родительских организмов к их потомкам (1865). Однако данное исследование не получило распространения среди современников, поэтому дальнейшее развитие эти идеи получили лишь

⁴ Встреча с молодыми учеными. Сайт Президента России. URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/72869> (дата обращения: 14.11.2024).

в XX веке. Параллельно с этим формировались и получали распространение знания по ДНК (1869 год – факт существования макромолекул; 1953 год – молекулярная структура ДНК).

К концу 1960-х годов генетика активно развивалась, а ее важными объектами стали вирусы и плазмиды, были открыты ряд методик генной инженерии.

Генная инженерия как отдельное направление исследовательской работы зародилась в США в 1972 году, когда в Стэнфордском университете ученые Пол Берг, Стэнли Норман Коэн, Герберт Бойер и их научная группа внедрились новый ген в бактерию кишечной палочки, то есть создали первую рекомбинантную ДНК [3].

Генная инженерия хоть и не является отдельной наукой (скорее совокупностью методов), но применяется в медицине (инсулин человека – хумулин – получен посредством рекомбинантных ДНК); в сельском хозяйстве (получение растений и животных, устойчивых к вирусам) и в иных областях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках данного научного исследования анализировалась современная нормативно-правовая база, регулирующая генно-инженерную деятельность, специализированная научная литература в данной области.

При анализе вышеописанных материалов использовались методы исследования: формально-логический, сравнительно-правовой, аналитический, методы индукции и дедукции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Генно-инженерная деятельность является одной из наиболее активно развивающихся направлений современной науки и находит широкое применение во многих сферах, в частности, в медицине (например, в терапии; способствует получению инсулина, интерферона, ряда лекарственных препаратов; используется

для создания диагностических тест-систем, например, для ВИЧ-инфекции) [1].

Важно подчеркнуть, что генная инженерия – направление биотехнологии, которое объединяет знания, приемы и методики из целого блока смежных наук (генетики, биологии, химии, вирусологии, направленных на получение новых наследственных свойств организмов) [2].

В Российской Федерации генно-инженерная деятельность регулируется Федеральным законом «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности» от 05.07.1996 № 86-ФЗ, который закрепляет основные понятия, определяет принципы, на которых она строится, указывает на необходимость процедур лицензирования и сертификации. Ст. 2 № 86-ФЗ закрепляет определение генной инженерии: «совокупность методов и технологий, в том числе технологий получения рекомбинантных рибонуклеиновых и дезоксирибонуклеиновых кислот, по выделению генов из организма, осуществлению манипуляций с генами и введению их в другие организмы». Из данного определения следует, что объектом правового регулирования являются: работа по созданию, применению и выпуску генно-инженерно-модифицированных организмов; соблюдение экологической безопасности населения и территорий в процессе данной работы; соблюдение природоохранного правопорядка и законов безопасности при обращении с данными биологическими (бактериологическими) организмами.

Обеспечение этой деятельности происходит не только благодаря строгому запрету выполнять определенные действия, но и наличием процедур лицензирования, сертификации; установлению требований, предъявляемым к специалисту этой сферы.

Необходимо остановиться на проблемах в правовом регулировании данной сферы:

- отсутствует единый, комплексный акт, регулирующий все этапы деятельности в этой сфере;

- имеются разночтения понятийного аппарата в актах различного уровня, которое должно

быть однозначным [4]. В связи с этим возникает большое количество идентичных понятий, таких как «генно-модифицированные организмы», «генно-инженерно-модифицированные организмы», «генетически модифицированные организмы» и «генетически измененные организмы», «трансгенные организмы», что ведет к возникновению ряда проблем в правоприменении;

- отсутствие указания на обязанность проведения исследований долгосрочного влияния того или иного генетически модифицированного продукта на организм и здоровье человека и окружающую среду [5];

- отсутствие эффективной системы мониторинга и оценки рисков, которые могут возникнуть в процессе осуществления исследования;

- невозможность участия Российской Федерации в некоторых фундаментальных и играющих основополагающую роль международно-правовых актах (Картахенский протокол и Орхусская конвенция), что обуславливает отсутствие в национальном законодательстве принципа «предосторожности», который бы способствовал обеспечению охраны окружающей среды в случае активного использования разработок и исследований. При наличии такого участия появится возможность устойчивого развития этих технологий с сохранением среды. Присоединение к данным конвенциям может внести четкость в понятийный аппарат, а также «введет» принцип гласности, который обеспечит «прозрачность» и доступность для понимания населением основных положений этой деятельности;

- споры в отношении контингента лиц и принципов, определенных в Федеральном законе «О государственной геномной регистрации в Российской Федерации», связанных с геномной паспортизацией и регистра-

цией. Некоторые ученые предлагают создание универсальной государственной базы геномной информации (при необходимости с обособленными сегментами). Однако в настоящее время ее возможности крайне ограничены в связи с обязательной геномной регистрацией отдельных групп населения (осужденные и отбывающие наказание в виде лишения свободы за совершение тяжких и особо тяжких преступлений; неопознанные трупы и т.д.). Однако указанные данные не могут использоваться для решения важных задач общества и государства, прямо не связанных с криминалистической идентификацией. Обсуждается вопрос, касающийся добровольной геномной регистрации всех жителей страны. Стоит отметить, что многие граждане против подобных новшеств. Они не хотят регистрировать свой геном в базах в связи с возможностью хищения этих данных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из анализа вышеуказанных проблем, можем сделать вывод о необходимости совершенствования законодательства, касающегося регулирования генно-инженерной деятельности. В настоящее время оно находится на стадии разработки. Ученые предлагают: выработать и утвердить на законодательном уровне единый понятийный аппарат. В перспективе необходимо создать условия для присоединения к международным стандартам, разработать и внедрить эффективные системы контроля. Только комплексный подход к решению проблем позволит вывести правовое регулирование генной инженерии в России на новый уровень, который будет соответствовать современным требованиям и тенденциям мирового развития.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Барбашова Н.В., Базака В.В. Генная инженерия: актуальность правового регулирования по обеспечению

экологической безопасности. *Вестник института экологических исследований*. 2024;1(33):140–151.

2. Вазерханова З.М. Генная инженерия и ее основные методы. *Мировая наука*. 2017;9:36–39.

3. Царев А.П. Генетическая инженерия как инновационный результат векового развития науки. *Resources and Technology*. 2010;8:157–162.

4. Шилюк Т.О. Принципы государственного регулирования в области генной

инженерии. *Актуальные проблемы российского права*. 2020;15(7):30–38. doi: 10.17803/19941471.2020.116.7.030-038.

5. Кретинин В.В. Актуальные проблемы механизма правового регулирования генно-инженерной деятельности. *Актуальные проблемы науки и практики*. 2021; 4:25–28.

REFERENCES

1. Barbashova N.V., Bazaka V.V. Genetic engineering: the relevance of legal regulation to ensure environmental safety. *Vestnik instituta ekologicheskikh issledovaniy = Bulletin of the Institute of Environmental Research*. 2024;1(33):140–151. (in Rus.)

2. Vaserkhanova Z.M. Genetic engineering and its basic methods. *Mirovaya nauka = World science*. 2017;9:36–39. (in Rus.)

3. Tsarev A.P. Genetic engineering as an innovative result of the age-old development of

science. *Resources and Technology = Resources and Technology*. 2010;8:157–162. (in Rus.)

4. Shilyuk T.O. Principles of state regulation in the field of genetic engineering. *Aktual'nye problemy rossiiskogo prava = Actual problems of Russian law*. 2020;15(7):30–38. (in Rus.) doi: 10.17803/19941471.2020.116.7.030-038.

5. Kretinin V.V. Actual problems of the mechanism of legal regulation of genetic engineering activities. *Aktual'nye problemy nauki i praktiki = Actual problems of science and practice*. 2021;4:25–28. (in Rus.)

СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 34.096

ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЦИФРОВОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Светлана Григорьевна Гариева

Кубанский государственный университет, Краснодар, Россия
gariyeva.kamila@mail.ru

Людмила Александровна Эртель ✉

Кубанский государственный университет, Краснодар, Россия
ela1958@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9260-4914>

Аннотация. В статье рассматривается процесс цифровизации здравоохранения в России, анализируется текущее состояние внедрения цифровых технологий, таких как телемедицина и искусственный интеллект, и их влияние на качество медицинской помощи. Обсуждаются существующие проблемы правового регулирования, включая отсутствие комплексных законодательных актов, вопросы ответственности за ошибки ИИ. Предлагаются меры по улучшению правового обеспечения цифровизации.

Ключевые слова: цифровизация здравоохранения, искусственный интеллект, правовое регулирование

Благодарность доктору медицинских наук, профессору кафедры криминалистики и правовой информатики ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет» Эртель Людмиле Александровне за помощь в подготовке научной статьи.

SOCIAL HISTORY OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

LEGAL SUPPORT FOR DIGITAL TRANSFORMATION IN THE HEALTHCARE SECTOR: PROBLEMS AND PROSPECTS

Svetlana G. Garieva

Kuban State University, Krasnodar, Russia
gariyeva.kamila@mail.ru

Lyudmila A. Ertel ✉

Kuban State University, Krasnodar, Russia
ela1958@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-9260-4914>

Abstract. The article considers the process of digitalization of healthcare in Russia, analyzes the current state of implementation of digital technologies, such as telemedicine and artificial intelligence, and their impact on the quality of medical care. The existing problems of legal regulation are discussed, including the lack of comprehensive legislative acts, issues of responsibility for AI errors. Measures to improve the legal support of digitalization are proposed.

Keywords: digitalization of healthcare, artificial intelligence, legal regulation

Acknowledgements Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Criminalistics and Legal Informatics Kuban State University Ertel Lyudmila Alexandrovna, for assistance in the preparation of the scientific article.

ВВЕДЕНИЕ

Цифровизация здравоохранения представляет собой важный этап в эволюции медицинских услуг, стремящаяся интегрировать современные технологии для повышения качества, доступности и эффективности медицинской помощи. В последние годы наблюдается стремительный рост внедрения цифровых решений, таких как электронные медицинские записи, телемедицина и искусственный интеллект, что открывает новые горизонты для диагностики, лечения и управления здоровьем пациентов. Однако, несмотря на значительные достижения и потенциал цифровых технологий, процесс их интеграции в систему здравоохранения сталкивается с множеством проблем.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках исследования проблем и перспектив правового обеспечения цифровой трансформации в сфере здравоохранения использовался комплексный подход, сочетающий анализ нормативно-правовых актов, доктринальных источников, научных публикаций, а также статистических данных, отражающих текущее состояние цифровизации здравоохранения в России.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

14 апреля 2023 года на 55-м пленарном заседании Межпарламентской ассамблеи государств – участников стран Содружества (МПА

СНГ) был принят Модельный закон «О цифровом здравоохранении». Текст закона был разработан Институтом цифровой медицины Сеченовского Университета Минздрава России совместно с министерствами здравоохранения стран СНГ.

В данном документе, а именно в ч. 1 ст. 3, дано определение цифрового здравоохранения как «способа планирования здравоохранения и управления им, организации и оказания медицинской помощи, обеспечения профилактики и формирования здорового образа жизни, информационного сопровождения граждан и медицинских работников на основе цифровизации с использованием результатов непрерывной обработки данных в цифровом виде, при котором существенно повышается их эффективность за счет использования современных методов обработки и анализа таких данных (включая методы искусственного интеллекта), а также формируется системная информационная основа для принятия управленческих и медицинских (в том числе врачебных) решений, значительно влияющая на эффективность, качество и безопасность услуг и деятельности в сфере здравоохранения. При этом существенным выражением цифрового здравоохранения является сбор, передача, хранение в цифровом виде всех данных о деятельности отрасли (системы) здравоохранения (в том числе сведений о соответствующих ресурсах, демографии, эпидемиологической ситуации, заболеваемости, деятельности медицинских организаций, состоянии здоровья граждан и т. д.) при обработке указанных данных с применением технологий искусственного интеллекта»⁵.

⁵ О цифровом здравоохранении: модельный закон от 14.04.2023: принят в г. Санкт-Петербурге Постановлением 55–22 на 55-м пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ. Единый реестр правовых актов и других документов Содружества Независимых Государств: [сайт]. URL: <https://cis.minsk.by/reestr/r>.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 10.10.2020г. № 1646, цифровая трансформация представляет собой совокупность действий, осуществляемых государственным органом, направленных на изменение (трансформацию) государственного управления и деятельности государственного органа по предоставлению им государственных услуг и исполнению государственных функций за счет использования данных в электронном виде и внедрения информационных технологий в свою деятельность.

Если рассматривать состояние здравоохранения в России в настоящее время, то можно отметить следующее.

Во-первых, была сформирована базовая инфраструктура. Так, по итогам 2023 года, во всей стране появилось более 1 млн автоматизированных рабочих мест, более полу-миллиона врачей обеспечены электронными цифровыми подписями. 122 тыс. медицинских организаций передают электронные медицинские документы в единую федеральную информационную систему ⁶.

Во-вторых, по данным на 2024 год, теле-медицина в России выросла на 50 % по сравнению с предыдущим годом. Об этом заявил представитель «СберЗдоровья» Иван Виноградов в ходе ежегодной научно-практической конференции FutureMed 2024 [1].

Так, согласно государственному докладу «О реализации государственной политики Краснодарского края в сфере охраны здоровья в 2023 г.» в крае проведено 31 975 телефонных и 3 115 телемедицинских консультаций.

В Краснодарском крае с 2019 года реализуется проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении» в рамках национального проекта «Здравоохранение». Цель проекта – повышение эффективности

системы здравоохранения через внедрение цифровых технологий. Одной из приоритетных задач является развитие дистанционных сервисов, включая телемедицину [2].

В-третьих, активное внедрение искусственного интеллекта. По данным на сентябрь 2024 года, Росздравнадзором зарегистрировано 37 медицинских изделий на основе ИИ. По информации Национального центра развития ИИ при правительстве РФ, около 37 % организаций в сфере здравоохранения внедряют решения с «умными» технологиями, еще порядка 43 % планируют это сделать в ближайшее время ⁷.

Согласно статистике, за 15 лет (с 2005 по 2020 гг.) количество случаев внедрения ИИ в медицинские процессы выросло почти в 62 раза. Только за 2022 год в России было проведено 500 тыс. диагностических исследований с его применением, об этом министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко заявил 18 мая 2023 года, выступая на одном из медицинских форумов в Санкт-Петербурге ⁸.

Примером таких технологий является система Webiomed, разработанная компанией «К-Скай», зарегистрированная Росздравнадзором 3 апреля 2020 года как медицинское изделие. Это первая система ИИ в России, способная обрабатывать большие объемы информации о пациенте, выявлять подозрения на заболевания и прогнозировать ухудшение здоровья, учитывая, как медицинские, так и социальные данные. Платформа формирует цифровой паспорт пациента, заменяя консилиум врачей и обеспечивая более быструю и точную работу.

Такие проекты, как Botkin.AI, Care Mentor, «Третье мнение» и «Цельс», также демонстрируют успешное применение ИИ в радиологии. Заммэра Москвы Анастасия Ракова сообщила, что за два года эти сервисы обработали

⁶ В России уже полностью сформирован цифровой контур здравоохранения. tass.ru. URL: https://corpmsp.ru/about/press/news/novosti-ekonomiki/v_rossii_uzhe_polnostyu_sformirovan_tsifrovoy_kontur_zdravookhraneniya/ (дата обращения: 09.04.2025).

⁷ Как искусственный интеллект помогает решить задачи здравоохранения. Национальные проекты: [сайт]. 2024. URL: <https://www.rbc.ru/society/11/10/2024/66f681ba9a79471b04d22aaa> (дата обращения: 10.04.2025).

⁸ В помощь врачам. Mos.ru: [сайт]. 2023. URL: <https://www.mos.ru/news/item/130504073/> (дата обращения: 10.04.2024).

более 6 миллионов лучевых снимков, что позволило быстрее описывать снимки и выявлять мельчайшие отклонения [3].

Исходя из вышеизложенного, можно отметить, что цифровизация значительно охватила здравоохранение нашей страны, открывая новые горизонты для улучшения качества медицинской помощи. Однако одновременно с этим перед нами возникают новые вызовы и проблемы, требующие внимания и решения.

В статье медицинского журнала BioMed Central Health Services Research исследователями из МНОЦ МГУ был проведен онлайн-опрос с использованием Google Forms. Опрос состоял из вопросов, связанных с признанием ИИ и отношением к нему, направлением развития ИИ в медицине и возможными рисками использования ИИ в медицине. В опросе принял участие 301 врач. 107 (35,6 %) ответили, что знакомы с ИИ. Подавляющее большинство участников сочли ИИ полезным в медицинской сфере (85 %), остальные 15 % были против. В целом, российские врачи выступают за ИИ в медицине. Большинство респондентов считают, что ИИ не заменит их в будущем и станет полезным инструментом. В первую очередь, для оптимизации организационных процессов, исследований и диагностики заболеваний.

Как видно из приведенных выше данных, ИИ активно развивается и имеет поддержку большинства. Однако в настоящее время имеется ряд проблем и рисков.

На основе мнений ученых и современной практики нами были выделены следующие проблемы в сфере правового обеспечения цифровизации:

1. Ответственность за ошибки в работе цифровых систем (правосубъектность искусственного интеллекта).
2. Отсутствие комплексных законодательных актов.
3. Риски непредсказуемых диагнозов и рекомендаций по лечению.

4. Замещение живых людей искусственным интеллектом, о чем также указывает комиссия по гражданским правам в сфере робототехники Европейского Парламента, обосновывая важность человеческого контакта при медицинском уходе, так как замена человека роботами может привести к бесчеловечному уходу⁹.

В том же модельном законе, в ч. 2 ст. 3, дано понятие технологии искусственного интеллекта, как «технологии, основанной на использовании искусственного интеллекта, включая компьютерное зрение, обработку естественного языка, распознавание и синтез речи, интеллектуальную поддержку принятия решений и перспективные методы искусственного интеллекта».

По нашему мнению, данное определение подчеркивает способность искусственного интеллекта достигать результатов, сопоставимых с интеллектуальной деятельностью человека. Таким образом, возникает важный вопрос юридической ответственности. Если ИИ способен принимать решения и выполнять задачи, которые ранее были прерогативой человека, необходимо четко определить, кто несет ответственность за действия, совершенные с помощью этих технологий. Это может касаться как ошибок в работе ИИ, так и последствий его решений, которые могут повлиять на жизнь и здоровье людей, а также на их права и свободы.

Если рассматривать правовое регулирование на данном этапе развития, вопрос о юридической ответственности оценивается учеными неоднозначно. Так, за ИИ ответственность несет непосредственно лицо, задающее параметры, создатель (как юридическое, так и физическое лицо), однако на данный момент вид юридической ответственности не уточняется.

Доктор философских наук университета Монаша в Малайзии Робайет Сайед в своей работе утверждает, что ответственность применима только к юридическим и физическим

⁹ ВОЗ публикует первый глобальный доклад об искусственном интеллекте (ИИ). Всемирная организация здравоохранения: [сайт]. 2021. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/28-06-2021-who-issues-first-global-report-on-ai-in-health-and-six-guiding-principles-for-its-design-and-use> (дата обращения: 09.04.2025).

лицам, а ИИ ими не является. Точки зрения естественных авторов и Р. Сайеда не совпадают.

Как отмечает в своей работе кандидат юридических наук В.М. Марухно, применение искусственного интеллекта в медицине создает необходимость изменения подходов к правовому регулированию отношений в области медицины и здравоохранения. В перспективе предполагается приобретение некоторыми формами искусственного интеллекта правосубъектности.

Следовательно, при признании правосубъектности ИИ становится возможным привлечение его к юридической ответственности. Поэтому можно рассмотреть подходы, предложенные доцентом кафедры предпринимательского и корпоративного права МГЮА, доктором юридических наук В.А. Лаптевым, среди которых перечисляются: концепция субсидиарной ответственности, идея применения уголовной ответственности в случаях невозможности изменения программы ИИ в силу конструктивных особенностей и уничтожение/удаление программы ИИ как крайняя мера пресечения.

В целом, предложенные меры ответственности представляются разумными и справедливыми. Они позволяют защитить права потерпевших от действий ИИ и стимулирует непосредственно создателей к разработке безопасных и надежных систем.

На наш взгляд, можно дополнить данный перечень следующими мерами административного воздействия, при возникновении ситуаций, которые согласно практике, могут возникнуть на данном этапе развития.

Важным моментом является сохранение, и обработка больших объемов информации о пациентах, которая требует строгого соблюдения правил конфиденциальности данных. Об этом также указано в первом докладе ВОЗ «Этика и управление искусственным интеллектом в интересах здоровья» [4], где отмечено, что одной из проблем и возможных рисков будет являться неэтичный сбор и использование данных о здоровье. Следовательно, если такие правила нарушаются, создатели и разработчики могут быть

привлечены к административной ответственности за утечку или несанкционированный доступ к медицинским данным и обязаны возместить нанесенный пациенту ущерб и оплатить штраф.

Лишение специального права в отношении разработчика ИИ как административное наказание может быть вменено за неоднократную неправильную диагностику заболевания, которая не повлекла смерть лица, но, согласно медицинским критериям, причинила легкий или средней тяжести вред здоровью. Так, например, известно, что при анализе опухолей суперкомпьютер Watson (IBM) часто давал ошибочные и опасные для жизни пациентов рекомендации. Одним из примеров в документах стал случай 65-летнего мужчины, которому врачи поставили диагноз рака легких и у которого обнаружили мощное кровотечение. Watson предложил назначить мужчине химиотерапию и препарат «Бевакизумаб», однако этот препарат при диагнозе пациента был противопоказан.

Нарушение правил оказания медицинской помощи с использованием технологий искусственного интеллекта. Примером может послужить использование ИИ для оказания медицинской помощи без соответствующей подготовки, так как фактически к работе будет допущено лицо, не уполномоченное на это, что повлечет за собой административный штраф.

На основании вышеизложенного предлагаются пути решения проблем использования ИИ в медицине.

Во-первых, это повышение информационной безопасности. Необходимо разработать и внедрить системы защиты данных, чтобы предотвратить утечку конфиденциальной информации пациентов и злонамеренные действия.

Во-вторых, это обучение медицинского персонала.

В-третьих, предоставление ИИ большего количества данных о пациентах и их состоянии поможет улучшить алгоритмы предсказания и диагностики заболеваний. Для этого необходимо разработать единую систему,

которая объединяет данные из различных медицинских учреждений и обрабатывает их с помощью ИИ. Конечно, данный вид решения сможет эффективно работать после перечисленного выше первого пункта, касающегося повышения информационной безопасности конфиденциальных данных пациента.

В-четвертых, этические аспекты – устанавливать и соблюдать этические принципы использования технологии, включая защиту прав пациентов и обеспечение прозрачности и открытости процесса обработки данных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итог, считаем, что внедрение искусственного интеллекта в здравоохранение создает новые юридические проблемы и риски, связанные с ответственностью за оказание медицинской помощи. По мере его дальнейшего развития и все более широкого использования в медицинской практике законодателю необходимо продолжать совершенствовать правовую базу, чтобы гарантировать, что ИИ используется в интересах пациентов и способствует повышению качества медицинской помощи.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Стрелкова О.С. В РФ медтехкомпаний в 2024 году выросли на 40–60 %. *Деловая газета. Юг*. 2024. URL: <https://www.dgyug.ru/news/20156754.html> (дата обращения: 10.04.2025).

2. Филиппов Е.Ф. О реализации государственной политики Краснодарского края в сфере охраны здоровья в 2023 году: государственный доклад. Краснодар, 2023. 5 с.

3. Орлова И.А., Акопян Ж.А., Плисюк А.Г. и др. Исследование мнения российских ме-

диков о применении технологий с использованием искусственного интеллекта в сфере медицины и здравоохранения. *Исследование BMC Health Serv Res*. 2023;5–6.

4. Ковелина Т.А., Собянин А.В., Марухно В.М. К вопросу о правовом регулировании применения искусственного интеллекта в медицине. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2022; 2:148–149.

REFERENCES

1. Strelkova O.S. In the Russian Federation, medical technology companies increased by 40–60 % in 2024. *Delovaya gazeta. Yug = Business newspaper. South*. 2024. (in Rus.) URL: <https://www.dgyug.ru/news/20156754.html> (date of application: 04/10/2025).

2. Filippov E.F. On the implementation of the Krasnodar Territory's state policy in the field of health protection in 2023: state report. Krasnodar, 2023. 5 p. (in Rus.)

3. Orlova I.A., Hakobyan Zh.A., Plisyuk A.G. and others. A study of the opinion of Russian

doctors on the use of artificial intelligence technologies in the field of medicine and healthcare. *Issledovanie BMC Health Serv Res = BMC Health Serv Study Res*. 2023;5–6. (in Rus.)

4. Kovelina T.A., Sobyenin A.V., Marukhno V.M. On the issue of legal regulation of the use of artificial intelligence in medicine. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki = Humanities, socio-economic and social sciences*. 2022;2:148–149. (in Rus.)

СОЦИАЛЬНАЯ ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 61(09):94(470.45)+908

ЦАРИЦЫН МЕДИЦИНСКИЙ: СТАНОВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦАРИЦЫНЕ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКОВ

Роман Николаевич Киценко

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
krn27@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9192-0512>

Ольга Сергеевна Киценко

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
olga_kicenko@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5015-2238>

Любовь Ивановна Белова ✉

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия
lyubov.belova@volgmed.tu, <https://orcid.org/0000-0001-6207-4177>

Аннотация. В статье рассматривается деятельность земских, городских, ведомственных, частных учреждений здравоохранения Царицына во второй половине XIX – начале XX вв. Авторами показана роль земской (1864) и городской (1870) реформ для развития здравоохранения в уездных городах Российской империи. Установлено, что развитие Царицына как индустриального центра в пореформенный период осложнило эпидемическую обстановку в городе и сосредоточило внимание общественности на вопросах здравоохранения. Врачебные инициативы, организационная деятельность Царицынского земства и Городской думы, финансовая поддержка местного купечества обусловили рост числа больничных учреждений, усовершенствование лечебной и профилактической работы, охват медицинской помощью наиболее уязвимых групп населения – городской бедноты и крестьянства. Органами земского и городского самоуправления были заложены основы участковой системы медицинской помощи, бесплатной стационарной, амбулаторной и лекарственной помощи. В то же время число учреждений здравоохранения для быстро растущего города было недостаточным, отсутствовало централизованное управление здравоохранением, что затрудняло санитарно-профилактическую работу и борьбу с эпидемическими заболеваниями.

Ключевые слова: Царицын, здравоохранение, больницы, амбулатории, аптеки

SOCIAL HISTORY OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH

TSARITSYN MEDICAL: THE FORMATION OF HEALTHCARE IN TSARITSYN IN THE SECOND HALF OF THE XIX – EARLY XX CENTURIES

Roman N. Kitsenko

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
krn27@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9192-0512>

Olga S. Kitsenko

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
olga_kicenko@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-5015-2238>

Lyubov I. Belova ✉

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia,
lyubov.belova@volgmed.tu, <https://orcid.org/0000-0001-6207-4177>

Abstract. The article examines the activities of zemstvo, city, departmental, and private healthcare institutions in Tsaritsyn in the second half of the 19th – early 20th centuries. The authors show the role of zemstvo (1864) and city (1870) reforms in the development of healthcare in district towns of the Russian Empire. It has been established that the development of Tsaritsyn as an industrial center in the post-reform period complicated the epidemic situation in the city and focused public attention on healthcare issues. Medical initiatives, organizational activities of the Tsaritsyn zemstvo and City Duma, and financial support from local merchants led to an increase in the number of hospitals, improvement of medical and preventive work, and coverage of the most vulnerable groups of the population – the urban poor and peasantry – with medical care. The zemstvo and city government bodies laid the foundations for a district system of medical care, free inpatient, outpatient, and medicinal care. At the same time, the number of health care institutions for the rapidly growing city was insufficient, there was no centralized health care management, which made sanitary and preventive work and the fight against epidemic diseases difficult.

Keywords: Tsaritsyn, healthcare, hospitals, outpatient clinics, pharmacies

ВВЕДЕНИЕ

Вторая половина XIX – начало XX вв. – время стремительного роста Царицына как индустриального центра и транспортного узла. Строительство Волго-Донской железной дороги, развитие пароходства, промышленности и торговли стимулировали значительный приток населения в ранее небольшой уездный город. С 1860 г. по 1901 гг. население Царицына выросло в 10 раз: с 7 до 70 тыс. жителей [1, с. 32–33]. В то же время географические

и экономические условия определили сложную эпидемическую обстановку: волны чумы, холеры, дизентерии, оспы, малярии, сыпного тифа часто фиксировались в самом городе и его окрестностях. Показатели общей и детской смертности в городе значительно превышали общероссийские [1, с. 37–38]. На борьбу с заболеваемостью и смертностью была направлена деятельность учреждений здравоохранения: земских, городских, ведомственных больниц и амбулаторий, а также земских и «вольных» (частных) аптек.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

«Положение о губернских и уездных земских учреждениях» (1864), стало правовой основой деятельности земств – органов местного самоуправления, к функциям которых (среди прочих) относилось «участие в попечении о народном здравии» [2, с. 40]. Таким образом, реформа 1864 г. обусловила формирование земской медицины, основанной на принципах доступной и бесплатной медицинской помощи, центрами которой стали губернские и уездные больницы. В Царицыне уездная земская больница стала главным лечебным учреждением пореформенного периода. Построенная на средства купца Е.В. Воронина еще до земской реформы, больница включала 20 койко-мест (15 мужских и 5 женских), персонал состоял из врача, фельдшера и смотрителя [3, с. 73]. В 1867 г. больница была передана Царицынскому уездному земству. С этого времени финансирование больницы перешло местному само-управлению: за счет земских сборов выплачивалось жалование персоналу, закупались медикаменты и продовольствие, осуществлялся ремонт больничных зданий. В Царицынскую земскую больницу для повышения квалификации направлялись сельские фельдшеры, для персонала больницы земство организовало выпуск научных журналов. Стационарное лечение в больнице проходили крестьяне из близлежащих деревень, а также жители города. Помимо стационарного лечения велся амбулаторный прием. Частое переполнение стационара обусловило реформу больницы: в 1883 г. было возведено новое здание на 40 койко-мест, увеличен штат медперсонала. Однако к этому времени потребность в стационарной помощи вновь выросла: ежедневно в больницу поступало 60–70 пациентов. Больница стала центром терапевтической и акушерской помощи, противоэпидемической работы. В отличие от других земских больниц уезда в Царицынской больнице получила широкое развитие хирургическая помощь: ампутации, удаление катаракты, пересадка кожи. В 1900-е гг.

в больнице стали еще проводиться более сложные полостные операции: литотомия, пиелолитомия, герниотомия и т. д. [4, с. 64]. Лечение в земской больнице было бесплатным, обращаемость пациентов за помощью постоянно росла. Так, в 1905 г. больница приняла более 9 тыс. пациентов, в 1906 г. – 11 тыс. [5, с. 126; 1, с. 40]. Кроме Царицынской земской больницы, горожане обращались за медицинской помощью в Дубовскую земскую больницу (13 койко-мест) и в стационар поселка Сарепта (4 койко-места) [5, с. 127].

«Городовое положение» 1870 г. определило формирование в Российской империи городского самоуправления, в сферу полномочий которого также вошло «попечение об охране народного здравия» [2, с. 40]. Главной задачей городской медицины стало обеспечение доступности медицинской помощи, прежде всего, для беднейшей части городского населения: городские («думские») врачи обслуживали малоимущее население по участковому принципу, городские думы финансировали деятельность специальных больниц и амбулаторий [6, с. 69–70]. В 1879 г. по инициативе царицынской Городской думы была открыта 1-я городская лечебница (амбулатория) на ул. Астраханской. Врачебные консультации и выдача лекарств в амбулатории были бесплатными – за счет средств городского самоуправления. В 1890-е гг. ежегодно лечебницу посещали более 12 тыс. пациентов, а в 1900-е г. – более 14 тыс. 2-я городская лечебница (амбулатория) была открыта в 1883 г. на ул. Вознесенской – для оказания медицинской помощи береговым рабочим и рабочим лесопильных заводов. В 1900-е гг. в лечебницу ежегодно обращалось около 16 тыс. пациентов [3, с. 74–75].

В 1892 г. южные губернии Российской империи было охватила эпидемия холеры. В Царицыне за июнь–октябрь 1892 г. от холеры умерло 1177 человек – 2,9 % всего населения [7, с. 153]. Среди заболевших и умерших от холеры большинство составлял бедный люд: сезонные рабочие, грузчики, проживавшие в трущобах на окраине города [8, с. 147]. В этих условиях в городе была учреждена

бесплатная холерная (эпидемическая) больница на 35 коек. Впоследствии она также использовалась для изоляции и лечения больных сыпным и возвратным тифом.

Сложная эпидемическая обстановка обусловила внимание врачебного сообщества к вопросам санитарно-профилактической работы. В уездных городах Саратовской губернии в 1900-е гг. были учреждены должности санитарных врачей, открыты санитарные советы при земских управах. В их задачи входил сбор и анализ сведений о заболеваемости и смертности, выявление факторов развития эпидемий и организация профилактической работы. Первым уездным санитарным врачом г. Царицына, возглавившим санитарный совет в 1904 г., стал К.Г. Туровский. В конце года им был представлен первый отчет о медико-санитарном состоянии Царицына и Царицынского уезда [5, с. 126].

Острой проблемой здравоохранения на рубеже XIX–XX вв. была квалифицированная акушерская помощь. Традиционно в крестьянской среде родовспоможением занимались повитухи (повивальные бабки) – обычно неграмотные, подверженные суевериям. Деятельность повитух вызывала широкую критику врачебного сообщества, призывавшего передать родовспоможение в руки врачей и квалифицированных акушеров. В 1894 г. по инициативе городских врачей и финансовой поддержке местного купечества в Царицыне был основан родильный приют на ул. Пушкинской. С 1900 г. приют стал содержаться за счет средств городского самоуправления. В 1900 г. в приюте родилось 280 детей, в 1901 – 273, в 1907 – 537, в 1910 – 690 [9, с. 63]. Новое здание на 30 койко-мест было построено в 1907 г. и включало в себя амбулаторию, смотровую, родильный зал, операционную, ванные, кабинет врача и 7 палат [3, с. 76].

В 1905 г. купцом В.К. Ворониным была построена и передана городу Александровская больница (названная так в честь императора Александра II). Больница была рассчитана на 40 койко-мест и состояла из 3 отделений: терапевтического, хирургического и инфекционного. Корпус больницы

был оснащен центральным отоплением и вентиляцией. В 1909 г. в больнице получили медицинскую помощь 1549 человек [3, с. 76].

Несмотря на рост и реформирование земских и городских больниц на рубеже XIX–XX вв., существенным недостатком являлось отсутствие между ними координирующего центра. «Положение о губернских и уездных земских учреждениях» и «Городовое положение» не содержали точных указаний о круге полномочий органов самоуправления в сфере здравоохранения [2, с. 41]. Это затрудняло организацию единой планомерной санитарно-профилактической работы, а также борьбу с эпидемиями.

Лечебную и профилактическую деятельность в Царицыне осуществляли ведомственные больницы и амбулатории: амбулатория Общества лесопромышленников, больница Юго-Восточной железной дороги, приемный покой в нефтяном городке Нобеля [1, с. 53; 10, с. 32]. Функционировала тюремная больница на 20 коек.

Востребованность медицинской помощи обусловила деятельность частнопрактикующих врачей. Так, согласно справочным данным, в 1913 г. в Царицыне практиковало 27 специалистов по внутренним болезням, 5 – по венерическим, кожным и мочеполовым, 5 – по хирургическим, 11 – по женским болезням и акушерству, 5 – по глазным болезням, 2 – по болезням уха-горла-носа, 2 – по нервным, 12 – по детским, 10 – по зубным [10, с. 24–30]. Небольшая частная больница доктора А.Г. Вермана на 6 койко-мест предназначалась для лечения состоятельных горожан [3, с. 77].

К учреждениям здравоохранения относились царицынские аптеки. В 1873 г. в городе работало две частных («вольных») аптеки. Еще одна аптека функционировала в колонии Сарепта – с момента ее основания. Сарептская аптека (с лабораторией и аптекарским огородом) пользовалась популярностью у жителей Царицына, однако не могла удовлетворить потребности горожан в лекарственных средствах. В связи с земской реформой 1864 г. в Царицынском уезде стали открываться

земские аптеки – при земских больницах и амбулаториях. Так, в 1889 г. в уезде было 4 врачебных округа, и земские аптеки функционировали в каждом из них. Сложные лекарства (хлороформ, хинин, серный эфир, морфин и т.д.) закупались земствами у крупных поставщиков медикаментов и затем отпускались пациентам через земские аптеки. Простые лекарства (настойки, мази, порошки) изготавливались фельдшерами под руководством врачей непосредственно в земских аптеках. Отпуск лекарств из земских аптек для жителей Царицынского уезда осуществлялся безвозмездно.

Во второй половине XIX – начале XX вв. в связи с индустриальным развитием города и увеличением численности населения выросло число «вольных» (частных) аптек. Так, в 1911 г. в Царицыне работало 15 «вольных» аптек, которые отпускали перевязочные и дезинфекционные средства, минеральные воды, парфюмерию, косметику, товары бытовой химии, очки и пенсне. Аптека на городской площади, принадлежавшая провизору П.А. Забелло, имела химико-бактериологическую лабораторию. В Нобелевском городке работала аптека при ведомственной лечебнице.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, индустриальное развитие Царицына во второй половине XIX – начале XX вв., определившее массовый приток рабочего люда и рост населения, стало фактором высокой заболеваемости и смертности

горожан. В этих условиях началось становление учреждений здравоохранения. Благодаря инициативам медицинской общественности, деятелей земского и городского самоуправления, царицынского купечества были открыты земская больница, городские амбулатории, родильный приют, эпидемическая больница. Лечебную и профилактическую работу вели ведомственные больницы и амбулатории. Лекарственным обеспечением населения занимались земские и «вольные» аптеки. Земские и городские учреждения здравоохранения заложили основы участковой системы медицинской помощи, бесплатного оказания стационарной, амбулаторной, лекарственной помощи.

В то же время число учреждений здравоохранения для быстро растущего города было недостаточным, о чем свидетельствовали частое переполнение стационаров и высокая нагрузка на медицинский персонал. Кроме того, учреждения здравоохранения в Царицыне (как и в других городах Российской империи) не имели координирующего центра, не представляли собой единую систему, что затрудняло санитарно-профилактическую работу и борьбу с эпидемиями. Проекты единой системы здравоохранения будут разработаны в России лишь в период Первой мировой войны, а реализованы – Народным комиссариатом здравоохранения после 1918 г. А дальнейшее развитие системы здравоохранения покажет необходимость подготовки медицинских кадров на местах, что приведет к открытию Сталинградского медицинского института в 1935 г.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Весь Царицын. Справочник по г. Царицыну и Царицынскому уезду. Царицын: Типо-литография В.Р. Федоровой, 1911. 113 с.

2. Киценко О.С. Городские и земские медицинские организации России конца XIX века. Проблемы взаимодействия. Российская академия медицинских наук. Бюллетень

Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2006;3:40–42.

3. Киценко Р.Н. Лечебные учреждения г. Царицына на рубеже XIX–XX вв. История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. Материалы VIII Межрегиональной

научно-практической конференции. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2022. С. 72–78.

4. Киценко Р.Н. Хирургическая помощь в земских больницах Царицынского уезда на рубеже XIX–XX вв. *История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. Материалы III Межрегиональной научно-практической конференции*. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2016. С. 61–67.

5. Журналы XXXIX очередного Царицынского уездного земского собрания 1904 г. с приложением докладов управы. Царицын, Типография В.П. Баланина, 1905. 526 с.

6. Чернышева И.В., Белова Л.И. Становление городской медицины в России в конце XIX века. *История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. Материалы VIII Межрегиональной научно-практической конференции*. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2022. С. 66–72.

7. Максимова И.В. Санитарно-просветительская работа Царицынского врача Н.С. Шешминцева в условиях эпидемии холеры 1892 г. (по материалам региональной прессы). *История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев*. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2020. С. 152–159.

8. Чернышева И.В. Эпидемии и борьба с ними в XIX веке (на примере Царицына). *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко*. 2022;1-2:144–149.

9. Ченегина В.В. Вопросы охраны материнства и детства в Царицыне и Царицынском уезде. *История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев*. Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. С. 60–65.

10. «Царицын в кармане»: путеводитель по городу на 1913–1914 гг. Царицын: Типо-литография Тов-ва Н.Д. Ленков и В.М. Котов, 1913. 50 с.

REFERENCES

1. The whole of Tsaritsyn. Directory of Tsaritsyn and Tsaritsyn district. Tsaritsyn: Typo-lithography by V.R. Fedorova, 1911. 113 p. (in Rus.)

2. Kitsenko O.S. Urban and rural medical organizations of Russia at the end of the XIX century. Problems of interaction. Russian Academy of Medical Sciences. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* = *Bulletin of the National Scientific Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko*. 2006;3:40–42. (in Rus.)

3. Kitsenko R.N. Medical institutions of Tsaritsyn at the turn of the XIX–XX centuries. *Istoriya meditsiny v sobraniyakh arkhivov, bibliotek i muzeev. Materialy VIII Mezhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii* = *The history of medicine in the collections of archives, libraries and museums. Materials of the VIII Interregional Scientific and Practical Conference*. Volgograd, Publishing House VolgSMU, 2022:72–78. (in Rus.)

4. Kitsenko R.N. Surgical care in zemstvo hospitals of Tsaritsyn district at the turn of the XIX–XX centuries. *Istoriya meditsiny v sobraniyakh arkhivov, bibliotek i muzeev. Materialy III Mezhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii* = *The history of medicine in the collections of archives, libraries and museums. Materials of the III Interregional scientific and practical conference*. Volgograd, Publishing House VolgSMU, 2016:61–67. (in Rus.)

5. Journals of the XXXIX regular Tsaritsyn district Zemstvo Assembly of 1904 with the attachment of reports of the council. Tsaritsyn, Printing house of V.P. Balanin, 1905. 526 p. (in Rus.)

6. Chernysheva I.V., Belova L.I. The formation of urban medicine in Russia at the end of the 19th century. *Istoriya meditsiny v sobraniyakh arkhivov, bibliotek i muzeev. Materialy VIII Mezhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii* = *The history of medicine in the collections of archives, libraries and museums. Materials of the VIII Interregional Scientific and Practical Conference*. Volgograd, Publishing House VolgSMU, 2022:66–72. (in Rus.)

7. Maksimova I.V. Sanitary and educational work of Tsaritsyn physician N.S. Sheshmintsev in the conditions of the cholera epidemic of 1892 (based on materials from the regional press). The history of medicine in the collections of archives, libraries and museums. Volgograd, Publishing House VolgSMU, 2020:152–159. (in Rus.)

8. Chernysheva I.V. Epidemics and their control in the 19th century (on the example of Tsaritsyn). *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* = *Bulletin of the*

National Scientific Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. 2022;1–2: 144–149. (in Rus.)

9. Chenegina V.V. Issues of protection of motherhood and childhood in Tsaritsyn and Tsaritsyn district. The history of medicine in the collections of archives, libraries and museums. Volgograd, Publishing House VolgSMU, 2015: 60–65. (in Rus.)

10. “Tsaritsyn in his pocket”: a city guide for 1913–1914. Tsaritsyn: Typograph of Comrades N.D. Lenkov and V.M. Kotov, 1913. 50 p. (in Rus.)

НАВСТРЕЧУ ДНЮ ПОБЕДЫ

О.В. Костенко

TOWARDS THE DAY OF TROUBLES

O.V. Kostenko

В преддверии священного праздника Победы АМЕГРА БРИКС и Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России провели I Международный круглый стол «Во имя жизни», посвященный 80-й годовщине Победы советского народа в Великой Отечественной войне.

В его работе приняли участие представители Гомельского государственного медицинского университета, Ургенческого филиала Ташкентской медицинской академии, Гродненского государственного медицинского университета, Белорусского государственного медицинского университета, Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета.



Участники провели исторические параллели между событиями Великой отечественной войны и преступлениями против мирного населения в зонах военных конфликтов. Отдельно обсуждалась роль военных медиков, подвиг которых является олицетворением высокого гуманизма, мужества и самоотверженности. Решено обменяться информацией между нашими вузами об участии в Великой Отечественной войне наших преподавателей медицинских вузов, когда мы были одной страной. Должна быть единая летопись бессмертного подвига военных медиков-преподавателей, подвига, который продолжился после войны, когда они вышли к студентам и передавали им уникальный опыт, свой гуманизм и духовные ценности профессии.

Редакция принимает к рассмотрению статьи объемом до 20000 печ. зн., набранные шрифтом Times New Roman, кегль 12 (УДК, сведения об авторе, аннотация, ключевые слова, благодарности, информация о финансировании) и кегль 14 (название статьи, текст статьи, список источников, референс). Статьи оформляются согласно ГОСТ Р 7.0.7–2021 и включают следующие разделы:

1. Индекс УДК на отдельной строке, выравнивание по левому краю.

2. Название статьи: полужирный шрифт, прописные буквы, выравнивание посередине.

3. Основные сведения об авторе (приводятся на русском и английском языках) содержат:

– имя, отчество, фамилию автора (полностью): полужирный шрифт, выравнивание по левому краю;

– сведения об организации: наименование организации (учреждения), её подразделения, где работает или учится автор (без обозначения организационно-правовой формы юридического лица: ФГБУН, ФГБОУ ВО, ПАО, АО и т. п.), адрес организации (учреждения), её подразделения, где работает или учится автор (город и страна): обычный шрифт, выравнивание по левому краю;

– электронный адрес автора (e-mail), открытый идентификатор учёного (Open Researcher and Contributor ID – ORCID) (при наличии). ORCID приводят в форме электронного адреса в сети «Интернет». В конце ORCID точку не ставят. Наименование организации (учреждения), её адрес, электронный адрес и ORCID автора отделяют друг от друга запятыми.

Пример:

Сергей Юрьевич Глазьев✉

Финансовый университет,
Москва, Россия,
serg1784@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4616-0758>

В случае, если авторов несколько, сведения приводятся для каждого автора, символом ✉ обозначается автор, ответственный за переписку с издательством.

4. Аннотацию формируют по ГОСТ Р 7.0.99. Объём аннотации 250–300 слов. Перед аннотацией приводят слово «Аннотация» (“Abstract”). Структура аннотации: введение (актуальность и обозначение пробела в научном знании, дающего основания для проведения исследования), цель, материалы и методы, результаты (приводятся кратко с упором на самые значимые и привлекательные для читателя / научного сообщества), применение результатов (оценка вклада исследования в науку и возможность применения его результатов в реальной практике).

5. Ключевые слова (словосочетания) должны соответствовать теме статьи и отражать её предметную, терминологическую область. Не используют обобщённые и многозначные слова, а также словосочетания, содержащие причастные обороты. Количество ключевых слов (словосочетаний) не должно быть меньше 3 и больше 15 слов (словосочетаний). Их приводят, предваряя словами «Ключевые слова:» (“Keywords:”), и отделяют друг от друга запятыми. После ключевых слов точку не ставят.

Пункты 2–5 приводят на английском языке перед текстом статьи.

6. После ключевых слов могут быть приведены слова благодарности организациям (учреждениям), научным руководителям и другим лицам, оказавшим помощь в подготовке статьи, сведения о грантах, финансировании подготовки и публикации статьи, в рамках или по результатам которых опубликована статья. Эти сведения приводят с предшествующим словом «Благодарности:». На английском языке слова благодарности приводят после ключевых слов на английском языке с предшествующим словом “Acknowledgment”.

Оба списка должны быть оформлены стилем Vancouver Style. Если в статье используются источники только на английском языке, то достаточно приводить только один список с предшествующими словами «Список источников / References».

