

ISSN 2070-1586 (Print)
ISSN 2782-6589 (Online)

16+

Биоэтика

BIOETHICS
Journal

Федеральный
научно-
практический
журнал

Том 15,
№ 2. 2022





ISSN 2070-1586 (Print)
ISSN 2782-6589 (Online)

Учредитель

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

Главный редактор:

академик РАН, ЗДН РФ, доктор медицинских наук,
профессор **Петров В.И.** (Petrov V.)

Заместитель главного редактора:

ЗДН РФ, доктор философских наук, доктор юридических наук,
профессор **Седова Н.Н.** (Sedova N.)

Ответственный секретарь:

доктор социологических наук, кандидат медицинских наук,
профессор **Доника А.Д.** (Donika A.)

Редакционный совет:

Сергеев Ю.Д. (Sergeev Yu.)

член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор

Спасов А.А. (Spasov A.)

академик РАН, доктор медицинских наук, профессор

Хохлов А.Л. (Khokhlov A.), член-корреспондент РАН,

доктор медицинских наук, профессор

Шкарин В.В. (Shkarin V.)

доктор медицинских наук, ректор Волгоградского государственного
медицинского университета

Тищенко П.Д. (Tishchenko P.)

доктор философских наук, профессор

Редакционная коллегия:

Аджиенко В.Л. – д. м. н., профессор, Волгоград, Россия
(Adzhienko V.)

Андрянова Е.А. – д. соц. н., профессор, Саратов, Россия
(Andriyanova E.)

Хамнетт Брайн – PhD, Почетный профессор Университета Эссекса,
Великобритания (Hamnett B.)

Давтян Сусанна – д. филос. наук, профессор, Ереван, Армения
(Davtyan S.)

Кубарь О.И. – д. м. н., профессор, Санкт-Петербург, Россия (Kubar O.)

Изаиди Азми И. – мастер права, Шах-Алам, Малайзия (Izzaidi Azm I.)

Мохов А.А. – д. юр. н., профессор, Москва, Россия (Mokhov A.)

Пельчич Гордана – PhD, д. м. н., доцент, Хорватия (Pel'chich G.)

Серова И.А. – д. филос. н., профессор, Пермь, Россия (Serova I.)

Силуянова И.В. – д. филос. н., профессор, Москва, Россия
(Siluyanov I.)

Созинов А.С. – д. мед. н., профессор, Казань, Россия (Sozinov A.)

Стрельченко В.И. – д. филос. н., профессор, Санкт-Петербург,
Россия (Strel'chenko V.)

Цырда Т.Н. – д. филос. н., профессор, Кишинев, Молдова (Tirdea T.)

Биоэтика

BIOETHICS JOURNAL

Федеральный научно- практический журнал

Том 15, № 2. 2022

*Журнал включен в Перечень ведущих
рецензируемых научных журналов и изданий
Высшей аттестационной комиссии
Министерства образования и науки
Российской Федерации, в которых должны быть
опубликованы основные научные результаты
диссертаций на соискание ученой степени доктора
и кандидата наук по научным специальностям:*
14.02.05. Социология медицины
(социологические науки).
5.7.4. Этика (философские науки),
5.7.8. Философская антропология,
философия культуры (философские науки)

Индексация журнала:

- РИНЦ
- НЭБ (eLibrary.ru)
- Google Scholar
- Ulrich's Periodicals Directory
- WorldCat
- CrossRef

Сайт журнала:

<https://bioethicsjournal.ru/>

Архив доступен на странице:

<http://www.volgmed.ru/periodicheskie-izdaniya/bioethics/>



Волгоград
Издательство
ВолГМУ
2022

СТРАНИЦА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА	PAGE OF THE EDITOR-IN-CHIEF
<i>Петров В. И.</i> Биоэтика и сетевое образование в медицинских вузах3	<i>Petrov V. I.</i> Bioethics and network education in medical universities..... 3
ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА	THEORETICAL BIOETHICS
<i>Седова Н. Н.</i> Этическая экспертиза в медицине: от гуманизма к формализму6	<i>Sedova N. N.</i> Ethical expertise in medicine: from humanism to formalism 6
<i>Сидорова Т. А.</i> Автономия и забота в логике конкурирующих и солидарных отношений в медицине 12	<i>Sidorova T. A.</i> Autonomy and care in the logic of competing and solidarity relations in medicine.....12
ПРАКТИЧЕСКАЯ БИОЭТИКА	PRACTICAL BIOETHICS
<i>Тарабрин Р. Е., Золотухина А. С., Афанасьева А. В., Кихасурова П. М.</i> Изучение биоэтики методом кейсов: случай неправильного лечения экстропии мочевого пузыря 18	<i>Tarabrin R. E., Zolotukhina A. S., Afanasyeva A. V., Kikhasurova P. M.</i> Case study of bioethics: a case of improper treatment of bladder exstrophy18
<i>Ус О. А., Чепурина Н. Г., Панин С. И.</i> Медико-социологическая оценка деятельности хирургов в период пандемии COVID-19 27	<i>Us O. A., Chepurina N. G., Panin S. I.</i> Medico-sociological assessment of surgeons' activities during the COVID-19 pandemic.....27
<i>Перепелкин А. И., Комиссарова Е. В., Власова Е. В.</i> Этические аспекты анатомического музея в развитии будущего врача 33	<i>Perepelkin A. I., Komissarova E. V., Vlasova E. V.</i> Ethical aspects of the anatomical museum in the development of a future doctor.....33
<i>Альшук Н. А., Хусам Аль-Атум</i> Вопросы обучения иностранных студентов в медицинских вузах в период пандемии COVID-19 37	<i>Alshuk N. A., Husam Al-Atoum</i> Higher education for foreign students in Medical Academies during COVID-19 pandemic.....37
ПРИКЛАДНАЯ БИОЭТИКА	APPLIED BIOETHICS
<i>Щекин Г. Ю., Тронева В. Е.</i> Проблемы этики в медицинском туризме 43	<i>Shchekin G. Yu., Troneva V. E.</i> Problems of ethics in medical tourism.....43
<i>Фомина Т. К., Фатеева Ю. Г., Игнатенко О. П., Алтухова О. Н.</i> Этико-лингвистические особенности взаимодействия пациента и медицинского сообщества 49	<i>Fomina T. K., Fateeva Y. G., Ignatenko O. P., Altukhova O. N.</i> Ethical and linguistic features of the interaction between the patient and the medical community.....49
<i>Жолудова А. Н., Оськин Д. Н., Полякова О. В., Вершинин Е. Г.</i> Проблемы обучения слушателей с ментальными нарушениями в медицинском вузе 55	<i>Zholudova A. N., Os'kin D. N., Polyakova O. V., Vershinin E. G.</i> Problems of training students with mental disabilities in a medical university.....55
<i>Ткаченко Л.В., Гриценко И.А., Тихаева К.Ю., Гаврилова И.С., Долгова В.А.</i> Модифицированный раздел доабортного консультирования 59	<i>Tkachenko L.V., Gritsenko I.A., Tikhayeva K.Yu., Gavrilova I.S., Dolgova V.A.</i> Modified pre-abortion counseling section59
СОБЫТИЯ	EVENTS
<i>Иванов К. В.</i> Биоэтика сегодня..... 66	<i>Ivanov K. V.</i> Bioethics today.....66
РЕЦЕНЗИЯ НА КНИГУ	BOOK REVIEW
<i>Власова В. Н.</i> Биоэтика для медицинских сестер 68	<i>Vlasova V. N.</i> Bioethics for nurses68
РЕДАКЦИОННАЯ ЭТИКА 70	PUBLICATION ETHICS 70

Редакторская заметка

УДК 614.253:34С

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-3-5>

Биоэтика и сетевое образование в медицинских вузах

Владимир Иванович Петров

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. Вопросы преподавания биоэтики в наше время широко обсуждаются во всем мире. На страницах нашего журнала этой проблеме также уделялось большое внимание [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Но жизнь не стоит на месте, и новые методы преподавания требуют внимательного подхода к их внедрению в практику высшего образования. В этом отношении при обучении студентов предмету «Биоэтика» очень важна практическая составляющая: тренинги, ролевые игры, любые интерактивные формы проведения занятий. Это известные отличительные особенности данного учебного курса. Но, как нам кажется, до сих пор в наших вузах не уделяется должного внимания такой форме, как сетевое образование в области биоэтики. А именно здесь оно может играть важную роль.

Ключевые слова: биоэтика, сетевое образование, учебная дисциплина, медицинский вуз, студенты

Статья опубликована 10.11.2022.

Editorial note

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-3-5>

Bioethics and network education in medical universities

Vladimir I. Petrov

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The issues of teaching bioethics are widely discussed all over the world nowadays. On the pages of our magazine, much attention was also paid to this problem [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. But life does not stand still, and new teaching methods require a careful approach to their implementation in the practice of higher education. In this regard, the practical component is very important for teaching bioethics students – trainings, role-playing games, any interactive forms of classes. These are well-known distinctive features of this training course. But, as it seems to us, until now our universities do not pay due attention to such a form as network education in the field of bioethics. And it is here that it can play an important role.

Keywords: bioethics, network education, academic discipline, medical university, students

Submitted: 10.11.2022.

В Федеральном законе Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в редакции 2020 г.) появилась Статья 15 «Сетевая форма реализации образовательных программ», в которой говорится: «1. Сетевая форма реализации образовательных программ (далее – сетевая форма) обеспечивает возможность освоения обучающимся образовательной программы с использованием ресурсов нескольких организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в том числе иностранных, а также при необходимо-

сти с использованием ресурсов иных организаций. В реализации образовательных программ с использованием сетевой формы наряду с организациями, осуществляющими образовательную деятельность, также могут участвовать научные организации, медицинские организации, организации культуры, физкультурно-спортивные и иные организации, обладающие ресурсами, необходимыми для осуществления обучения, проведения учебной и производственной практики и осуществления иных видов учебной деятельности, предусмотренных соответствующей образовательной

программой». Что это означает для преподавания биоэтики?

Основное – это возможность синтеза знаний из разных курсов. Дело в том, что до сих пор у нас содержание лекционного материала и методическое обеспечение процесса изучения биоэтики не скоординировано между медицинскими вузами, где эта дисциплина изучается как обязательная. Да, есть примерные Программы, которые рекомендует Координационный совет по медицине и здравоохранению Министерства науки и высшего образования РФ, но в этом совете нет ни одного специалиста по биоэтике. И в каждом вузе преподаватели сами реализуют в учебном процессе то, что они, как специалисты, считают нужным. Это хорошо. Биоэтика многолика и каждый находит в ней то, что ему близко и понятно. И здесь как раз обмен лекциями, совместные практические занятия студенческих групп из разных вузов, наконец, индивидуальное обучение студента данному предмету в другом вузе дает возможность составить более полное представление о биоэтике, познакомиться с проблемами и примерами из разных ее областей, с оригинальными разработками профессоров и преподавателей из разных регионов.

Цифровая информационная среда, в которой успешно работают наши студенты, делает сетевое образование в области биоэтики вполне доступным для каждого. Мы понимаем, что до сих пор в медицинских вузах сетевая форма практикуется редко, но можно не переходить к ней целиком, а ограничиться одним предметом. И биоэтика в этом имеет большие возможности как для учебной, так и для научной работы студентов.

Мы предлагаем всем специалистам в области биоэтики сотрудничество. Присылайте в редакцию журнала предложения о том, с каким вузом, с каким лектором Вы бы хотели поработать по сетевому принципу. Какие темы лекций, практических занятий, тренингов и т. п. можете предложить студентам других вузов, а какие учебные материалы своих коллег хотели бы предложить своим студентам и аспирантам. Мы будем рады опубликовать такие предложения.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The author declares that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Андриянова Е.А., Катрунов В.А., Кузнецова М.Н. Биоэтическая парадигма медицинского образования // Биоэтика. 2010. № 3 (1). С. 26–30.
2. Седова Н.Н. Образование в области биоэтики как интернациональная проблема // Биоэтика. 2012. № 5 (2). С. 22–26.
3. Бермант-Полякова О.В. О психодинамическом подходе к преподаванию биоэтики студентам медицинских университетов // Биоэтика. 2015. № 8 (1). С. 30–34.
4. Седова Н.Н. Судьба биоэтики в медицинском образовании современной России под угрозой // Биоэтика. 2018. № 11 (1): С. 6–7.
5. Петров А.В., Костенко О.В. Новые возможности биоэтической подготовки будущих врачей // Биоэтика. 2019. № 12 (1). С. 59–60.
6. Моисеев В.И., Моисеева О.Н. Судьба медико-гуманитарного образования в России // Биоэтика. 2022. № 15 (1). С. 24–32.
7. Костенко С.А., Власов С.Н. Сетевая форма преподавания биоэтики // Биоэтика. 2022. № 15 (1). С. 63–64.

REFERENCES

1. Andriyanova E.A., Katrunov V.A., Kuznetsova M.N. Bioethical paradigm of medical education. *Bioetika = Bioethics*. 2010;3(1):26–30. (in Rus.).
2. Sedova N.N. Education in the field of bioethics as an international problem. *Bioetika = Bioethics*. 2012;5(2):22–26. (in Rus.).
3. Bermant-Polyakova O.V. On the psychodynamic approach to teaching bioethics to students of medical universities. *Bioetika = Bioethics*. 2015;8(1):30–34. (in Rus.).
4. Sedova N.N. The fate of bioethics in medical education in modern Russia is under threat. *Bioetika = Bioethics*. 2018;11(1):6–7. (in Rus.).
5. Petrov A.V., Kostenko O.V. New opportunities for bioethical training of future doctors. *Bioetika = Bioethics*. 2019;12(1):59–60. (in Rus.).
6. Moiseev V.I., Moiseeva O.N. The fate of medical and humanitarian education in Russia. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(1):24–32. (in Rus.).
7. Kostenko S.A., Vlasov S.N. Network form of teaching bioethics. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(1):63–64. (in Rus.).

Информация об авторе

В.И. Петров – президент Волгоградского государственного медицинского университета, заведующий кафедрой клинической фармакологии и интенсивной терапии, главный внештатный специалист – клинический фармаколог Минздрава России, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0258-4092>, Scopus Authors ID: 7402843021, E-mail: biosoc@yandex.ru

Information about author

Vladimir I. Petrov – President of Volgograd State Medical University, Head of the Department of Clinical Pharmacology and Intensive Care, Chief Freelance Specialist – Clinical Pharmacologist of the Ministry of Health of Russia, Honored Scientist of the Russian Federation, Honored Doctor of the Russian Federation, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Academy of Sciences, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0258-4092>, Scopus Authors ID: 7402843021, E-mail: biosoc@yandex.ru

Научная статья

УДК 179.9

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-6-11>

Этическая экспертиза в медицине: от гуманизма к формализму

Наталья Николаевна Седова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. Введение. Все знают, что такое этическая экспертиза в медицине, но чаще всего понимают ее как аксиологический компонент клинических исследований, что неверно [1]. Во-первых, предметом экспертизы являются не исследования, а испытания. Во-вторых, экспертной оценке подлежат не только клинические испытания, но и вся медицинская практика.

Цель. Осмысление описанной ситуации позволяет сформулировать актуальные вопросы о дальнейшем развитии института этической экспертизы и предложить для обсуждения варианты этого развития в новых медико-социальных условиях.

Методы. Статистический анализ данных проводимых этическими комитетами (советами, комиссиями) экспертиз показывает тенденцию ограничения предмета экспертизы, отсутствие связи между разными видами экспертиз.

Результаты. Современная медицина требует новых форм контроля проводимых исследований и испытаний в связи с новыми рисками как в индивидуальном организме человека, так и в социальном организме в целом. Этическая экспертиза отвечает на вызовы, связанные с этими рисками, конкретизацией и умножением своих норм и правил, что ведет к избыточной формализации, не соответствующей принципам аксиологии научного познания и практики в медицине.

Заключение. Переход от этической к полностью гуманитарной экспертизе позволит снизить уровень формализации, который лишает этический подход его сущностных интенций. Выделение деонтологии как основания этических оценок неправомерно, игнорируются аксиологические составляющие. Гуманитарная экспертиза позволяет восстановить паритет норм и оценок как критерия экспертизы в медицине.

Ключевые слова: этическая экспертиза, этические комитеты, клинические испытания

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-6-11>

Ethical expertise in medicine: from humanism to formalism

Natalya N. Sedova

Volograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. Background: Everyone knows what ethical expertise is in medicine, but most often they understand it as an axiological component of clinical research, which is incorrect [1]. Firstly, the subject of expertise is not research, but testing. Secondly, not only clinical trials, but also the entire medical practice are subject to expert evaluation.

Aim: Understanding of the described situation allows us to formulate topical questions about the further development of the institute of ethical expertise and to propose for discussion options for this development in new medical and social conditions.

Methods: Statistical analysis of the data of examinations conducted by ethical committees (councils, commissions) shows a tendency to limit the subject of examination, the lack of connection between different types of examinations.

Results: Modern medicine requires new forms of control over ongoing research and testing in connection with new risks both in the individual human body and in the social organism as a whole. Ethical expertise responds to the challenges associated with these risks by specifying and multiplying its norms and rules, which leads to excessive formalization that does not correspond to the principles of the axiology of scientific knowledge and practice in medicine.

Conclusion: The transition from ethical to fully humanitarian expertise will reduce the level of formalization, which deprives the ethical approach of its essential intentions. The allocation of deontology as the basis of ethical assessments is illegitimate, axiological components are ignored. Humanitarian expertise makes it possible to restore the parity of norms and assessments as a criterion of expertise in medicine

Keywords: ethical expertise, ethical committees, clinical trials

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Введение

Место этической экспертизы, как можно предположить, находится на пересечении гносеологических, аксиологических и праксеологических течений в медицинском знании, оценочных суждений и конкретных действий. Следовательно, экспертиза этическая должна существовать для оценки врачебной практики даже с большей необходимостью, чем в оценке гносеологических компонентов и оценке возможности их практического испытания. Не зря в тех странах, которые имеют более длительную, чем у нас, историю этической экспертизы, существовали и существуют 2 вида этических комитетов – исследовательские и больничные [2]. У нас создание больничных комитетов постоянно наталкивается на непреодолимые трудности.

Это связано с негативным отношением врачей к таким структурам. Дело в том, что и исследовательские комитеты у нас создаются, преимущественно, для работы с зарубежными компаниями, которые требуют их заключений. По-прежнему имеет место практика «карманных» комитетов, которые создаются приказом на одно исследование, а затем куда-то исчезают. Хорошо, что Минздрав создал Совет по этике [3], но опять же – по этике клинических испытаний. Правда, есть в Минздраве и Координационный комитет по биоэтике, но пока он никак о себе не заявил [4].

Что касается Совета по этике, то возникают два вопроса. Первый – документы заявителей, представляемые на рассмотрение Совета, не включают заключений ЛЭК, хотя в случаях отклонения заявки или направление ее на доработку необходимо было бы сообщать ЛЭК о допущенных ошибках при проведении экспертизы. Причем такая информация должна проходить через руководство организации, при которой создан ЛЭК, поскольку его состав утверждается руководителем этой организации.

Цель

Осмысление описанной ситуации позволяет сформулировать актуальные вопросы о дальнейшем развитии института этической экспертизы и предложить для обсуждения варианты этого развития в новых медико-социальных условиях.

Методы

Статистический анализ данных проводимых этическими комитетами (советами, комиссиями) экспертиз показывает тенденцию ограничения предмета экспертизы, отсутствие связи между разными видами экспертиз.

Результаты и их обсуждение

Ошибки в работе ЛЭК вызваны двумя факторами. Первый – формализм и некорректно трактуемая коллегиальность в работе. Чаще всего перед локальным комитетом стоит задача просто дать положительное заключение. При этом исходят из требований к оформлению заявки, а не ее содержанию. С одной стороны, это необходимо, поскольку от правильных формулировок зависит достижение основной цели в работе комитета – защите прав человека в клинических испытаниях или гуманного отношения к животным в доклинических испытаниях. Но задаются ли члены комитета вопросом о том, насколько актуальна тема исследования, нужно ли его вообще проводить и будут ли ожидаемые результаты действительно новыми и полезными? Такие вопросы перед ЛЭК не стоят. Решать их – прерогатива других структур. В медицинских вузах, например, существуют проблемные комиссии, которые рекомендуют / не рекомендуют проведение исследования. В большинстве случаев речь при этом идет о диссертационных работах. Их обсуждают тщательно и всесторонне, учитывая перспективу защиты диссертации и ее прохождения в ВАКе.

В работах, которые не являются квалификационными, критерий отбора один – позиция спонсора. Если исследование кто-то заказал, то на проблемной комиссии его, как правило, не обсуждают. Одобрение ЛЭК следует также «по умолчанию», потому что возможные замечания отменяются ссылкой на распоряжения спонсора. Таким образом, формальный подход к этической экспертизе является обычным.

Вторым фактором формализма при проведении ЛЭК этической экспертизы является низкий уровень компетентности членов комитета. Конечно, в его состав включают достойных профессионалов, активных представителей немедицинской среды, людей честных и порядочных. Но свои выводы эти люди вынуждены делать не на основе научных аргументов, а на основе здравого смысла, потому что системы обучения членов этических комитетов у нас не существует. А современная биоэтика – сложное образование, включающее в себя и истинные знания, и правильные оценки. И если доказательства истинности можно проверить, то правильность оценок неочевидна. Увидеть ее можно только по результатам практического применения предмета экспертизы. Но существует конвенциональный подход, существует проверка ожиданий на основе прошлого опыта, есть, наконец, общечеловеческая система ценностей – все это можно и нужно использовать в оценочной части этической экспертизы. Необходимо только обладать знанием

о перечисленных и многих других экспертных методиках. Кто научит этому новых членов этических комитетов? Они действуют методом проб и ошибок, обмениваются опытом, занимаются самообразованием. Очевидно, что необходимо разработать и внедрить методы обучения членов этических комитетов и сделать его систематическим.

Второй вопрос – о количестве заявок на проведение клинических испытаний, представляемых на экс-

пертизу. Другими словами, нужно ли нам столько лекарств? Совет по этике этот вопрос не решает. Не должен решать, не имеет на это право. А нужно ли его решать, можно заключить, ознакомившись с количеством заявок, рассматриваемых Советом по этике клинических исследований Минздрава России

Ниже представлены данные о проведенных заседаниях (рис. 1). Данные о рассмотренных делах за последние пять лет (рис. 2).

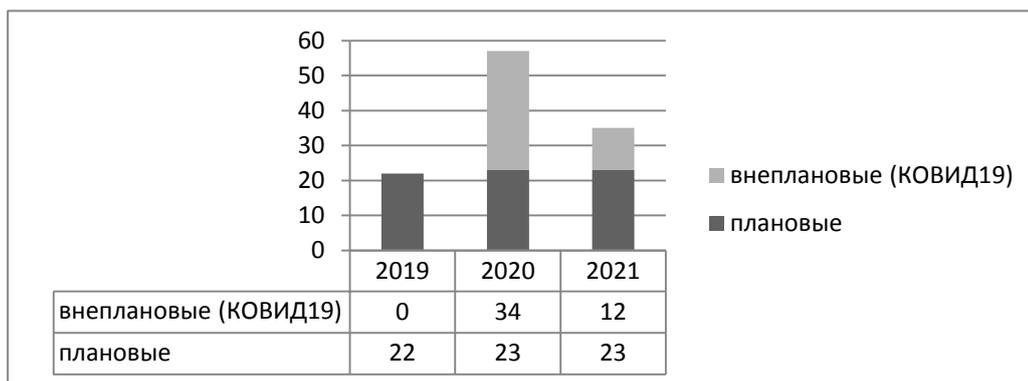


Рис. 1. Заседания Совета по этике Минздрава России в 2019–2021 гг.

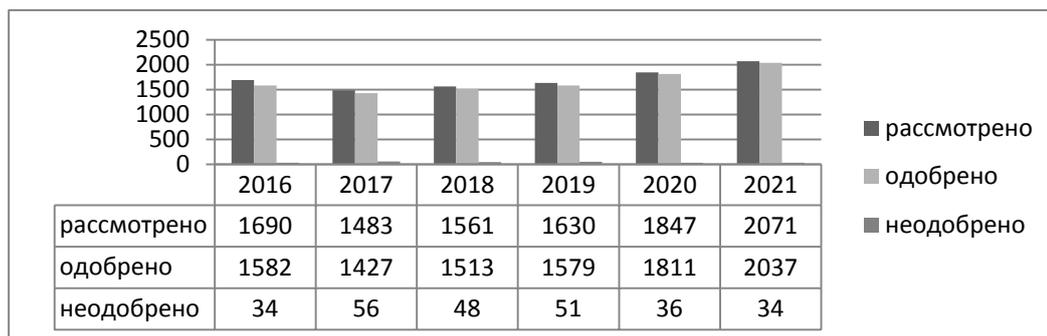


Рис. 2. Количество одобренных / не одобренных Советом по этике заявок на проведение клинических испытаний за 2016–2021 гг.

Как видим, количество экспертиз возрастает. Конечно, отчасти это связано с пандемией COVID-19, но и до пандемии оно было достаточно велико. То, что Совет принимает в абсолютном большинстве случаев положительные решения, зависит от качества поданных заявок и важности для медицины новых ЛС. Но нельзя не учитывать и перегрузку экспертов при таком количестве заявок.

Проблема в том, что этическая экспертиза, проводимая Советом по этике МЗ РФ, предполагает только оценку соблюдения прав пациентов в исследовании, но не предполагает, как мы уже отмечали, оценку эффективности/неэффективности исследуемого препарата после его внедрения в практику. То, что ранее считалось четвертой фазой клинических испытаний (оценка применения на практике зарегистрированного

ЛС), теперь называется клинической апробацией и не предполагает участия в экспертизе Совета по этике. Напомним классическую схему фаз клинических испытаний (рис. 3). Но экспертиза все-таки проводится. Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 2015 года № 435н «Об Этическом комитете Министерства здравоохранения Российской Федерации (с изменениями на 31 марта 2017 года)» создан еще один этический, но не Совет, а Комитет. Он проводит этическую экспертизу, предметом которой является клиническая апробация тех или иных методов диагностики, лечения, реабилитации, ранее не применявшихся в практическом здравоохранении. Методов (!), но не лекарственных средств, хотя провести границу между этими процессами не представляется возможным.

ФАЗЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

ФАЗА	Кол-во пациентов	Основные задачи
I	20 - 80	Первое опытное применение нового активного вещества у человека, оценка токсичности и безопасности, определение параметров фармакокинетики
II	100 - 800	Установление эффективности, определение оптимальных режимов дозирования, оценка безопасности
III	1000 - 4000	Подтверждение данных об эффективности и безопасности, сравнительные исследования со стандартными препаратами
IV	Десятки тысяч	Дальнейшее изучение эффективности для оптимизации применения препарата, долгосрочные исследования безопасности, оценки редких и нежелательных лекарственных реакций

Рис. 3. Фазы клинических испытаний [5]

Заключения Этического комитета МЗ РФ поступают в Экспертный совет, утвержденный для контроля над корректным проведением клинической апробации Приказом Минздрава России от 10.07.2015 № 433н. Кем и как осуществляется этическая экспертиза клинической апробации в медицинских организациях, получивших разрешение на проведение апробации? Неизвестно, хотя можно предположить, что само разрешение проводить клиническую апробацию априори содержит положительную оценку соблюдения принципов биоэтики в данной организации – если бы было не так, разрешение бы не давалось.

Основные позиции, по которым проводится этическая экспертиза протоколов клинической апробации:

- ✓ защита интересов и благополучия пациентов; соблюдение этических принципов;
- ✓ неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность личной информации о пациенте;
- ✓ право пациента получать информацию о результатах клинической апробации;
- ✓ право пациента при оказании ему медицинской помощи в рамках клинической апробации получать надлежащие формы ухода;
- ✓ право пациента на отказ от участия в клинической апробации, которое не должно отразиться на оказании ему медицинской помощи;
- ✓ наличие и качество изложенных в протоколе клинической апробации сведений:
 - о целях и задачах клинической апробации;
 - о научной обоснованности и достоверности данных, полученных на стадии разработки метода, включая доказательства его безопасности;
 - об известных и потенциальных рисках применения метода для пациентов, если таковые имеются, и прогнозируемых осложнениях, включая их частоту;
 - о медицинских услугах (медицинских вмешательствах) в рамках клинической апробации;

- о предполагаемой длительности участия пациента в клинической апробации» [6].

Несмотря на обстоятельное описание этических параметров клинической апробации, между Советом по этике МЗ РФ и Этическим комитетом МЗ РФ не предусмотрено в указанных документах информационное взаимодействие. Мы, эксперты Совета по этике, не знаем, насколько эффективно применение препарата, разрешенного нами к испытаниям. Но низкая эффективность или «разработка в стол» разве не являются нарушением прав пациентов? Конечно, это уже больше здравоохранение, чем медицина, но концепция 4П-медицины в блоке медицины партиципационной позволяет элиминировать какие-либо границы между этим социальным институтом и здравоохранением как его организационной формой.

Отметим, что в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 753н «Об утверждении порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике» четко ограничено предметное поле этической экспертизы, в п. 4 читаем: «Этической экспертизе подлежат документы, связанные с проведением клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения, в том числе:

- 1) документы для получения разрешения на проведение клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения;
 - 2) документы, содержащие изменения в протоколе разрешенного клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения» [3, п. 4].
- Более того, эксперт вправе запрашивать дополнительную информацию по рассматриваемому делу только в порядке специально организованной бюрократической процедуры (п. 10). Как видим, проводится только экспертиза документов, на большее эксперт просто не имеет права. С одной стороны, можно рассматривать указанный документ как попытку алгоритмизации процесса экспертизы, но отсутствие такого метода, как наблюдение, превращает эту попытку в факт формализации этической экспертизы. Безусловно, ограниченность Приказа Минздрава может быть преодолена разработкой закона о биоэтике, но этот вариант встречает прогнозируемое сопротивление фармкомпаний, которые заинтересованы в фиксации ограниченного количества требований к этической экспертизе.

И здесь, естественно, возникает вопрос – а не слишком ли много ЛС предполагается «запустить в производство»? Неужели более двух тысяч новых

ЛС в год является реальным для реализации? Очевидно, что необходим компаративный анализ количества научных разработок и количества эффективных, внедренных в практику разработок. Но это уже выходит за рамки этической экспертизы, включает социальные переменные и определенную поливариантность методов оценки и сравнения. То есть *предметом экспертизы должен быть весь комплекс разработки, испытаний, внедрения и практического применения ЛС. Поэтому необходимо применять гуманитарную экспертизу в широком понимании, а не ограничиваться этической.*

В этой связи возникает вопрос – кто будет субъектом такой экспертизы? Сейчас отбор экспертов при проведении этической экспертизы клинических испытаний четко определен: члены этического комитета назначаются приказом вышестоящего органа (директором НИИ, ректором вуза, Минздравом). Это тоже формальный подход, потому что система подготовки кадров этических консультантов, как уже указывалось выше, у нас отсутствует. Компетентный отбор учитывает, прежде всего, уровень образования в экспертируемой области.

Специалисты в области медицинского права указывают, кроме того, что этика и право – пересекающиеся множества, но никак не тождественные. Сложность работы в этическом комитете состоит еще и в том, что у экспертов-медиков превалирует клинический подход в оценке предмета экспертизы, а речь идет о гуманитарном подходе.

Заключение

Переход от этической к полностью гуманитарной экспертизе позволит снизить уровень формализации, который лишает этический подход его сущностных интенций. Выделение деонтологии как основания этических оценок неправомерно, поскольку игнорируются аксиологические составляющие. Гуманитарная экспертиза позволяет восстановить паритет норм и оценок как критерия экспертизы в медицине. Специалисты в области биоэтики составляют малочисленную группу. Можно сделать следующие **выводы** из всего сказанного.

1. В качестве методологии экспертной деятельности в медицине полезно развивать такое философское направление, как медицинская праксеология. Элементы такого подхода уже существуют в практике экспертизы клинической апробации, но беда в том, что сама медицинская праксеология как гуманитарная основа практической медицины и здравоохранения, не разработана. Видимо, потому, что общая теория праксеологии, как раздел философии, в послед-

ние годы переживает исследовательский кризис, ей посвящены только редкие публикации.

2. Современная медицина нуждается и в более современном подходе к оценке происходящих в ней событий. Целесообразно не ограничиваться при контроле над медицинскими событиями только этической экспертизой биомедицинских исследований, а применять возможности гуманитарной экспертизы. Это, во-первых, позволит преодолеть обособленность различных экспертных техник и установить интегративную связь между субъектами экспертизы. Без такой модели организации трудно реализовать возможности 4П-медицины, основанной на интеграции персонализированной, предиктивной, превентивной и партиципационной медицины, которые сейчас отличаются известной обособленностью именно в практике применения.

3. Переход от этической к полностью гуманитарной экспертизе позволит снизить уровень формализации, который лишает этический подход его сущностных интенций. Выделение деонтологии как основания этических оценок неправомерно, игнорируются аксиологические составляющие. Гуманитарная экспертиза позволяет восстановить паритет норм и оценок как критерия экспертизы в медицине. Кроме того, гуманитарная экспертиза включает ансамбль оценок по различным медицинским событиям: правовые, эстетические, политические, экономические и т.д. Сейчас такие виды оценочной деятельности в медицине присутствуют в дискретном виде, поэтому малоэффективны.

4. Система подготовки кадров экспертов в области медицинской гуманитаристики позволит проводить более качественный и обоснованный отбор членов этических комитетов. Было бы целесообразно проведение Всероссийского онлайн совещания председателей локальных этических комитетов с целью выяснения стоящих перед ними проблем. Затем – организовать консультационную группу в WhatsApp или Telegram, где на общественных началах в определенное время отвечали бы на вопросы представителей ЛЭКов специалисты по разным областям гуманитарной экспертизы. И, наконец, организовать на базе одного из ведущих научных учреждений (рекомендуем Институт философии РАН, сектор гуманитарных экспертиз и биоэтики) постоянно действующие курсы повышения квалификации для членов локальных этических комитетов. Направление на эти курсы должна давать организация, где существует ЛЭК, и направлять на обучение кандидатов в его члены. Здесь возникнет проблема: в составе ЛЭК должно быть не меньше 50 % НЕ медиков. Как их подбирать и готовить? С медиками проще – можно

вести эти курсы в систему непрерывного медицинского образования (НМО). Но важно начать и решать проблемы по мере их поступления.

5. В категориальном поле гуманитарной экспертизы можно и нужно изучить вопрос о соотношении заявленных к испытаниям и зарегистрированных препаратов и их эффективности. Этому может способствовать совместная работа Совета по этике клинических исследований и Комитета по этике Минздрава России.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The author declares that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Этическая экспертиза биомедицинских исследований: руководство для комитетов по этике / под общей ред. А.Л. Хохлова. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во ОКИ, 2021. 792 с.

2. Research ethics committees : basic concepts for capacity-building // Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO. URL: <https://www.who.int/ethics/publications/en/>.

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2010 г. № 753н «Об утверждении порядка организации и проведения этической экспертизы возможности проведения клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения и формы заключения совета по этике» // Система «Гарант». URL: <https://base.garant.ru/12178437>.

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 ноября 2020 г. № 1248 «О Координационном совете при Министерстве здравоохранения Российской Федерации по вопросам биоэтики» // СПС КонсультантПлюс. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=755687#iKpgpLTI3opoXanV2>.

5. Седова Н. Н. Биоэтика : учебник. М.: КноРус, 2016. 216 с.

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 2015 года № 435н «Об Этическом комитете Министерства здравоохранения Российской Федерации (с изменениями на 31 марта 2017 года)» // Система «Гарант». URL: <https://base.garant.ru/71148664>.

REFERENCES

1. Ethical examination of biomedical research: a guide for ethics committees / under the general editorship of A.L. Khokhlov. 3rd ed., reprint. and additional. Moscow: Publishing House of OKI, 2021. 792 p. (in Rus.).

2. Research ethics committees : basic concepts for capacity-building. *Library Cataloguing-in-Publication Data*. WHO. URL: <https://www.who.int/ethics/publications/en/>.

3. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dated August 26, 2010 No. 753n "On approval of the procedure for organizing and conducting an ethical review of the possibility of conducting a clinical trial of a medicinal product for medical use and the form of conclusion of the ethics council". *Garant System*. (in Rus.) URL: <https://base.garant.ru/12178437>.

4. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 24, 2020 No. 1248 "On the Coordinating Council under the Ministry of Health of the Russian Federation on Bioethics". *SPS ConsultantPlus*. (in Rus.) URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=755687#iKpgpLTI3opoXanV2>.

5. Sedova N. N. Bioethics: textbook. Moscow: KnoRus, 2016. 216 p.

6. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated July 10, 2015 No. 435n "On the Ethics Committee of the Ministry of Health of the Russian Federation (as amended on March 31, 2017)". *Garant System*. (in Rus.) URL: <https://base.garant.ru/71148664>.

Информация об авторе

Н.Н. Седова – доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель Высшей школы медицинской гуманитаристики Института общественного здоровья, Волгоградский государственный медицинский университет, член Российского Unit Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО, член РБК при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО, член IFT (Международный Форум преподавателей биоэтики), Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-0787>, Scopus Authors ID: 378269, E-mail: nns18@yandex.ru

Information about author

Natalya N. Sedova – Doctor of Philosophy, Doctor of Law, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Head of the Higher School of Medical Humanities of the Institute of Public Health of the Volga State Medical University of the Ministry of Health of Russia, member of the Russian Unit of the International Network of UNESCO Bioethics Departments, member of the RBC at the Commission of the Russian Federation for UNESCO, member of the IFT (International Forum of Teachers Bioethics), Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6775-0787>, Scopus Authors ID: 378269, E-mail: nns18@yandex.ru

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-12-17>

Autonomy and care in the logic of competing and solidarity relations in medicine

Tatyana A. Sidorova

Novosibirsk State National Research University, Novosibirsk, Russia

Abstract. The interactions of the subjects of medicine are considered in the projection of two logics: solidary and competing relations. This approach develops the critique of the dominance of the concept of patient autonomy that comes with the bioethics represented in the ethics of care by K. Dörner, A. Moll and others. The conceptual forms of competition and solidarity are identified as oppositions to power and equality, autonomy and care, individualism and interdependence of subjects of medicine, anti-paternalism and paternalism, neglect and attentiveness, the legal and ethical meaning of informed consent, control and compliance, medical services and medical care.

In medicine, from point of view of bioethics, the solidary relations could be expressed in a paternalistic model. It is based on ethical connotations such as doctor's responsibility and mutual trust. Autonomy has a legal and economic predication. The ethics of care, traditional for the Russian cultural model, implies not so much the doctor's authorities over the patient, recognizing him as unequal in medical decisions, but in modern healthcare it can be combined with a voluntary expression of consent to medical interventions with the properly provided information.

Keywords: bioethics, doctor-patient relationship, paternalism, anti-paternalism, the principle of autonomy, ethics of care

Submitted 16.03.2022; publication 18.08.2022; published 10.11.2022.

Обзор

УДК 614.251.2

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-12-17>

Автономия и забота в логике конкурирующих и солидарных отношений в медицине

Татьяна Александровна Сидорова

Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия

Аннотация. Взаимодействия субъектов медицины рассмотрены в проекции двух логик: солидарных и конкурирующих отношений. Этот подход развивает идеи критики засилья концепта автономии пациента, который приходит с биоэтикой, представленной в этике заботы К. Дёрнера, А. Мол и других. Выделены концептуальные формы конкуренции и солидарности в качестве оппозиций власти и равенства, автономии и заботы, индивидуализма и взаимозависимости субъектов медицины, антипатернализма и патернализма, пренебрежения и внимательности, юридического и этического смысла информированного согласия, контроля и комплаентности, медицинской услуги и медицинской помощи.

Солидарные отношения в медицине в биоэтической экспликации могут быть выражены в патерналистской модели. В ее основе лежат этические коннотации: ответственность врача и взаимное доверие. Автономия имеет юридическую и экономическую предикацию.

Ключевые слова: биоэтика, отношения врача и пациента, патернализм, антипатернализм, принцип автономии, этика заботы

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Introduction

A feature of medical activity is that historically it was regulated by clearly defined principles and rules, which together were called medical ethics. The norms of health care ethics were influenced by cultural, historical, and religious features [1]. In ancient times, these rules were spelt out in the Hippocratic Oath. At the turn

of the 18th and 19th centuries, in the era of the formation of European rationalistic medicine based on scientific methods, medical ethics became the subject of research and this has led to the first scientific works. Modern medical ethics is strongly influenced by bioethics, for which respect for autonomy is a central principle. The purpose of this article is to show that the principle

of autonomy corresponds to the logic of competing relationships in medicine and that solidarity relationships are based on trust. The study was conducted based on observations of the Russian practice of using informed consent, analysis of Russian legislation in the field of healthcare, and analysis of conflicts in Russian medical institutions. The vast majority of conflicts in medicine are associated with a violation of the norms of ethical communication and unfulfilled patient expectations. Although since the 90s, Russian legislation has guaranteed broad rights and protection of the rights of the patient, potential conflicts and dissatisfaction with medicine have only grown. It is possible that the model of autonomy, which was the basis for the new ethical and legal regulations of interactions in medicine, was not successfully implemented, because it largely contradicted the traditional paternalistic model, which is based on the deontology of care. The discourses about the issues are built with a cultural and historical analysis of philosophical and ethical ideas that formed the basis of various versions of medical ethics.

Discussion

The English doctor T. Percival creates medical ethics as a sort of estate - medical ethics and draws up the first ethical code. It is quite natural that this is happening in England, where the laws of reputation and systems of etiquette rules that prescribe standards of conduct in estate social structure conditions have traditionally been the determining regulators of social relations. The philosophical basis for this version of medical ethics was the ethics of utilitarianism, which established parity between own selfish interests and public benefits. In utilitarianism, in the writings of Jeremy Bentham, appears the deontology which is also an ethical doctrine, where the main concept is a duty as an important regulator of relations between individuals in society. Around the same time, Immanuel Kant created his complex philosophical and ethical system. He criticizes utilitarians for their selfish orientation in understanding the motives of human actions when their significance is determined by interest and is measured by the degree of its satisfaction that is utility. Utilitarians believed that people pursue their interests, competing for their implementation, striving to find the maximized utility that satisfies everyone. Therefore, the imperative in the logic of utilitarianism turns into an obligation to orient the actions of competing individuals towards the maximum degree of the common good. These obligations can be established every time, for example, they can be prescribed in the contract. In contrast to the utilitarians, Kant argues that duty is a categorical (unconditional) moral (rather than contractual, legal) imperative – an internal motivation that an individual has as a freely acting subject. The categorical im-

perative is the "moral law in me", the disinterested orientation of the will of a freely acting subject for the good, thanks to this desire in the soul of every person, a community of people is achieved, and society acquires unity and integrity. These obligations can be established every time, for example, they can be prescribed in the contract. In contrast to the utilitarians, Kant argues that duty is a categorical (unconditional) moral (rather than contractual, legal) imperative that is an internal motivation that an individual has as a freely acting subject. The categorical imperative is the "moral law in me", the impersonal orientation of the will of a freely acting subject for the good, thanks to this desire in the soul of every person, a community of people is achieved, and society acquires unity and integrity. Medical practice was the best way to pass down the altruistic nature of solidarity, and not competing social relations. They began to call medical ethics deontology, believing that the doctor is guided in his activities by the unconditional acceptance of professional imperative, the content of which was established as a universal basis by the Hippocratic Oath. In different countries over the time the Hippocratic oath has become a professional symbol for the medical community, it could have different modifications, supplemented by new principles, but always retained a set of basic principles formulated in antiquity: the obligation to remain faithful to the profession, "do no harm", respect for life, act for the benefit of the patient, maintain medical secrecy, etc.

From the second half of the 19th century and the beginning of the 20th century, medicine turns into a field of activity, which is handled by the state, where national health care systems are created, the doctor's imperative becomes part of the responsibility of large professional corporations. In this situation, the doctor should no longer be driven by a class obligation, which was expressed in how a representative of the medical guild behaves, but by a conscious moral necessity, an inner conviction that is duty. The more they wanted to emphasize the inclusion of a doctor in the system of corporate responsibility in the system of ethical regulation, the more medical ethics looked logical, which should be called and understood deontology. In pre-revolutionary Russia, the national medical ethos (professional culture) was formed in the bosom of European medicine based on the Christian cultural model and the high authority of Hippocratic norms in professional ministry. The meaning of the doctor's activity was interpreted not as a service, but namely as a service to professional duty and to the patient, which was also associated with the moral pretensions inherent in the Russian intelligentsia. Unlike service, where the unquestioning performance of duties comes first, and servicing is a voluntary and conscious moral choice

of your mission, understanding it as compassionate, sacrificial help, emotional attachment, and complicity [2]. The Russian medical tradition was embodied in the domination and consistent acceptance by doctors and patients of the paternalistic model, according to which the doctor assumes moral obligations concerning the patient, must take care of him in a paternal way, and the patient unconditionally trusts the doctor, revealing to him the intimate aspects of his life. In Soviet Russia, medical (physician's) ethics was declared a bourgeois relic, primarily in the matter of maintaining medical confidentiality. Little has been said about medical ethics, it existed in the form of learned norms for doctors who were educated in pre-revolutionary times and then passed them on as skills of professional communication with patients and colleagues to the next generations of medical professionals. In 1945, the outstanding Russian oncologist N.N. Petrov wrote an article on surgical deontology. The term "deontology" corresponded to the spirit of the imperative obligations, which was the essence of the moral code of the Soviet society, therefore, for a long time it firmly replaced the concept of "medical ethics". In our country, medical ethics is still most often called deontology. N.N. Petrov successively linked the ethos of pre-revolutionary medicine and Soviet medicine, finding a formula of deontology that did not contradict the basic and contemporary social attitudes, which were built on the responsibility and care of the doctor. And on the part of the patient, this formula was built on the acceptance of paternalistic medical leadership, which was quite consistent with cultural ideas about the sacred, paternal status of a person with medical education.

Bioethics emerged in the United States in the last third of the 20th century. Bioethics is an even more complex phenomenon, since it is formed in response to the need to comprehend the transformations taking place in medical and clinical practice, and in society as a whole, in connection with scientific and technological progress that changes the equipment of medicine, the organization of medical care, and the nature of relationships.

Bioethics has spread to all continents and has become a discipline in medical education. If deontological norms are formulated based on bioethical principles, in this form it is what is called clinical bioethics in the USA. But the ethical imperative also does not take into account the diversity of the moral life and the variations of moral choice. Doctors and medical staff can be extremely focused on fulfilling established professional requirements, and at the same time neglect deontology in the aspect of communication with patients, and refuse the emotional connection. This took place in Soviet medicine and still has a negative effect when a routine is established in medical institutions that is convenient for

professionals and significantly limits patients and their relatives. Moreover, the staff stops encroachments on the established order, considering it as a condition for the proper performance of their duties, even though following it may infringe on the dignity of patients and their relatives. An excellent illustration of the loss of the high meaning of deontology in such "routines" can be seen in the book by A. A. Starobinets "Look at him". In this book, the author, writer and journalist, conveyed the whole nightmare of encountering a callous system in an extremely vulnerable situation: she had to terminate a pregnancy at the late stages for fetal abnormality incompatible with life [3].

The principle of autonomy in bioethics. In the second half of the 60s, in the United States, along with the discussion of global threats, issues related to the activation of various human rights and anti-discrimination movements came to the agenda. Exposure of abuses in medical, clinical, psychiatric, and research practices contributed to the fact that, following movements against racial, gender, and other forms of social discrimination, movements arose for the rights of patients, for the legitimization of the right to abortion at the woman's choice, for the rights of patients in psychiatric institutions, the rights test subjects, etc. In European countries (it should be noted that in some countries there were significant differences in the traditions of providing medical care, in the relationship between the doctor and the patient and difference in the use of biomedical technologies), as well as in the former USSR, as well as in the regions of South and Southeast Asia, had an expression, referred to their cultural forms. In the United States, bioethics began to move towards the protection of the rights of patients and subjects in biomedical experiments, and some norms of medical ethics began to be replaced or rewritten in line with the legal discourse.

American bioethics at the same time has its own theoretical and regulative basis in the form of a classic set of principles and rules formulated by Georgetown University professors Beauchamp and Childress: the principle of autonomy, do no harm, beneficence and justice and related so-called procedural rules like the rule of the informed consent, privacy, confidentiality and truthfulness. In European bioethics, these principles were also broadcast, but the emphasis was placed on other formulations: the principles of respect for human dignity, the principle of integrity, the principle of voluntariness becomes synonymous with the principle of autonomy, and the rule that implements the principle of autonomy became informed consent (IC). For comparison, in the deontological model of medical ethics, the main principles are "do not harm", mercy and compassion, benefit and medical secrecy.

Comparison of the fundamental principles allows one to see the cultural specificity of bioethics. For Americans, with their tradition of case law, the principle of autonomy implies upholding patient rights and ethical regulation is combined with legal regulation. Russian bioethics, which came to us in the 1990s, in its form belonged to the American model, and in content to the European one, because from a cultural and semantic point of view, of course, it, first of all, demanded that the doctor take care of the patient and was guided by paternalism. But following the logic of institutional borrowing, which was situationally determined in the 1990s, the principle of autonomy began to play a leading role in the legal regulation of Russian healthcare.

The principle of autonomy affirms the patient's right to dispose of his body, and the right to decide on medical matters. Respect for the autonomy of the patient on the part of the doctor means ensuring the exercise of this right by the patient. If the patient refuses his own choice, the doctor must help him make a decision, especially in cases of interventions that involve an invasion of the bodily and mental organization of a person, which can change the patient's future life.

Violations of autonomy are diverse. For example, treatment in a psychiatric hospital may be coercive if the patient is sent there involuntarily. Another form of influence is manipulation when someone is forced to perform an action that the medical professional wants. In medical relationships, manipulation is common and often necessary to provide medical guidance to patients.

Paternalism and autonomy

Orientation towards the principle of autonomy changed the historical configuration of the doctor-patient relationship. There are anti-paternalist movements in medicine. Paternalism began to be considered one of the models of the doctor-patient relationship [4]. Paternalism was perceived as a historically outgoing form. Autonomy was more consistent with the collegial model, equal position and cooperation between the patient and the doctor.

However, paternalism is not comparable in its nature and significance to other models proposed by Veatch. Models should be viewed in a situational way. Paternalism is the basic model of the doctor-patient relationship, in which the doctor takes responsibility for his decisions and actions, and the patient relies on his qualifications and experience. It can be supplemented by collegiality, organized technically and supported by a contract. Paternalism is built on trust as the basis of interactions between doctor and patient.

Paternalism refers to the medical management of the patient, based on an objectively existing professional hierarchy. It will always be justified as long as there is a social division of labour. The patient's trust must not give rise to medical authoritarianism.

Paternalism is the basis for interaction between a doctor and a patient in all branches of medicine. Thus, the paternalistic principle played an extremely important role in the history of psychiatry [5]. It is no coincidence that an essential part of anti-paternalism in the United States, and then in European countries, was the anti-psychiatric movement, which led to the deinstitutionalization of psychiatry since human rights violations in this branch of medicine were egregious [6].

The discourse on the dominance of the patient's autonomy has led to noticeable transformations that have become alarming. Their main consequence is the separation of the doctor and the patient, the reduction of relations to treaty obligations and, as a result, their huge bureaucracy, the loss of trust, the emergence of various forms of patient care – the refusal of compliance (adherence to the prescribed treatment), the strengthening of self-treatment trends, one of the specific examples is anti-vaccination. The principle of individual autonomy appeals to the notion of a "self-made person", for which caring is associated exclusively with addiction, and worrying about it is a sign of weakness [7].

Patient autonomy in Russia

The principle of autonomy along with bioethics came to us from the USA in the 90s. Then in the new Russia, in the wake of the total denial of the Soviet past, including in the organization and regulation of social interactions in medicine, without proper sociocultural experience, new principles and norms were introduced, which often acquired a distorted deformed character.

An illustration of this is the practice of informed voluntary consent. Informed consent began to be introduced as not so much ethical as legal regulation. As a result, in addition to performing an important and necessary function that is ensuring the patient's right to express his will in medical matters (this right is enshrined in Article 20 of the Federal Law 323), the institution of the informed consent has received a hypertrophied, legalized and coercive meaning. Physicians consider informed consent (IC) as a cover in cases of litigation, the IC is associated with the bureaucratic, formal signing of papers, when the patient does not even get acquainted with the content. Based on the main idea of respect for autonomy in bioethics, the patient should be first informed, and then get consent. In Russian medical institutions, informed consent is often signed before any meeting with the doctor. The patient must sign several forms before being informed. If a patient does not do this, he may be denied medical care, except in emergency cases. This practice divides doctors and patients, undermines confidence, reduces the meaning of the IC to the function of protecting the doctor in case of litigation and other proceedings, but ultimately leads to an increase in lawsuits against doctors [8]. It turns out that the

admitting of the patient's autonomy in its legal rather than bioethical interpretation through the preventive implementation of informed consent served as one of the factors in the formation of an unhealthy atmosphere of confrontation between doctors and patients, when patients are ready in advance to record violations of their rights, proactively suspecting doctors of dishonest performance of their professional duties. A situation of expression of consent by adolescents is an example of the discrepancy between the legal and ethical approaches. Russian law establishes that from the age of 15 a teenager can independently express consent to medical intervention. However, if we take into account the cultural aspect, then in our society the family connection of parents and children at this age is still very high, excluding parents from making a decision. Therefore, from an ethical standpoint, it is important that the teenagers at least discuss it with their parents before making their decision.

Autonomy vs care

European bioethics and social relations in medicine were in another psychological and intellectual situation, which did not oblige us to deny our experience as "retarded", or "imperfect" and allowed us to look around and study what is suitable for the national health care model and what does not. These bioethics proceeded from understanding that continental medicine traditionally had differences from the Atlantic i.e. British and American. Over time, the positive role of the paternalistic relationship between doctor and patient began to be more often recalled in European clinics.

The German physician and philosopher of medicine K. Dörner openly argued with the principle of self-determination enshrined in the institution of informed consent. He fixed the conflict between the strategies of the patient's right in medical choice and care as intrinsic ethics of healing. The liberal principle of autonomy, formulated in the context of physicians' a priori suspicion of possible abuse of power over a patient, it can cause a doctor to feel ethical revenge: by shifting medical decisions onto the shoulders of patients, the doctor relieves himself of responsibility, while he can obtain consent from the patient for that intervention, that the doctor needs. K. Dörner believes that the approach based on obtaining informed consent, which developed as a result of self-criticism of medicine after the Nuremberg Tribunal of Nazi criminal doctors (although the topic of patient self-determination is historically older, it originated in Europe at the end of the 19th century), which ultimately led to the concept of bioethics, is distorted in the conditions of the market and the power of corporations. Competitive social relations penetrate medicine. The philosopher believes that, first of all, the ethics of care is in demand in modern medicine, where work with chroni-

cally ill patients predominates, involving long-term contact between the doctor and the patient. In this situation, it is the logic of good care, the logic of co-dependence of all subjects of medicine, that is most important, as well as the fact that the opposition of power and equality, arising from the legal meaning of autonomy, goes by the wayside in this case, and the opposition of mindfulness becomes the most significant for everyday medical practices. and neglect, i.e. moral and psychological reading of the doctor-patient relationship. Care is not contrary to choice, but is its prerequisite and environment. Care also becomes the basis for responsibility, which Dörner understands as the same care, perceived as a duty [8, p. 44].

In line with the ethics of care, the liberal understanding of autonomy is being corrected. The autonomous choice model must recognize that not all people are completely autonomous, that "autonomy only occurs after a long period of dependency, and that in many ways we remain dependent on others throughout our lives" [9], and that it also implies that those people cared for by others were able to make their judgments that "one of the goals of caring is to stop addiction" [9]. "Because people are sometimes autonomous, sometimes dependent, sometimes providing care for dependents, they are best described as interdependent. By thinking of humans as interdependent, we can understand both autonomous and involved elements of human life. In general, a society that takes care seriously will engage in the discussion of public life not from the concept of autonomous, equal and rational entities pursuing separate goals, but from the concept of interdependent entities, each of which needs care and provides care to different ways, and each of which has other interests and tasks outside the sphere of concern" [9]. A social philosopher from the Netherlands A. Mol wrote a book about the logic of care, which, became a response to the dominance of the concept of autonomy [10]. Mol questions the ideal of medical choice, which is almost forced upon the patient. The moral content of medical practice is opposed to the economic and legal logic of autonomous choice in a competitive environment, imputed to the patient by the modern healthcare system. A. Mol's methodology is aimed at finding "good care" that will contribute to effective healing, give a person a sense of support, and not an indifferent performance of professional functions.

Conclusion

In the situation of absolutization of the patient's autonomy, the moral meaning of relations as solidarity in medicine is replaced with competitive, antagonistic ones. The subjectivity of the patient and the doctor is determined not by personal value, but by their economically coloured and enshrined in law interest. Therefore, ethical regulation of relations in medicine is replaced by legal

regulation. This canvas fits well with the transition from medical care to medical service, i.e. The economic dimension of medicine is considered as defining, levelling the value-semantic content and, thus, destroying the moral and psychological foundations of the interaction between the doctor and the patient. In medical relations, there is the occurrence of contradiction between the solidary, collectivist, interdependent nature of interactions and the competitive, individualistic, autonomy-oriented nature. The reduction of medicine to a form of economic relations means a rejection of the meanings and norms of millennial medical ethics and deontology. Doctors are not ready for this, first of all, they are not satisfied with such an emasculation of the medical profession. This trend can be countered by variants of paternalism updated for the current situation. For example, the actions of doctors should be concretized in the optics of the ethics of care, which for centuries has been the moral expression of medical responsibility in Russian medicine. The ethics of care excludes neither the choice of the patient, nor his free will, nor mutual agreement with the doctor of medical decisions.

Additional info

Funding source. The study was carried out with the financial support of a grant the RSCF (project «Human and a new technological order. Anthropological foresight» No. 21-18-00103).

Competing interests. The author declares that they have no competing interests.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФФИ (проект «Человек и новый технологический уклад. Антропологический форсайт» № 21-18-00103).

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

REFERENCES

1. Veatch R.M. Hippocratic, religious, and secular ethics: The points of conflict. *Theoretical Medicine and Bioethics Philosophy of Medical Research and Practice*. 2012;33(1).
2. Siluyanova I. V. Selected. About calling a doctor. Moscow: Publishing house of Forma LLC, 2008. 256 p. (in Rus.).

Information about author

T.A. Sidorova – Candidate of Philosophy, Associate Professor of the Department of Fundamental Medicine, Institute for Medicine and Psychology Novosibirsk State University Novosibirsk, Russia, Researcher ID: AAX-2059-2021, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8985-092X>, E-mail: t.sidorova@ngu.ru

Информация об авторе

Т.А. Сидорова – кандидат философских наук, доцент кафедры фундаментальной медицины, Институт медицины и психологии, Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия, Researcher ID: AAX-2059-2021, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8985-092X>, E-mail: t.sidorova@ngu.ru

3. Starobinets A.A. Look at him. Moscow, AST Publ., 2017. 115 p. (in Rus.).
4. Vitch R. Models of moral medicine in the era of revolutionary changes. *Voprosy filosofii = Questions of Philosophy*. 1994;3:67–72. (in Rus.).
5. Ivanyushkin A.Ya. Bioethics and psychiatry. *Voprosy filosofii = Questions of Philosophy*. 1994;3:77–90. (in Rus.).
6. Yastrebov V.S. Organization of Psychiatric Care: A Historical Sketch. *Rukovodstvo po psikiatrii = Guide to Psychiatry*. Ed. A.S. Tiganova. Moscow: Medicine, 1999. Vol. 1. 712 p. (in Rus.).
7. Lekhtsiyer V.L. The logic of care versus the logic of choice in modern concepts of medical practice. *Interaktsiya. Interv'yu. Interpretatsiya = Interaction. Interview. Interpretation*. 2019;11(20):36–53. (in Rus.).
8. Sidorova T.A., Zhichina Ye.Yu. Bioethical Content of Informed Voluntary Consent. *Meditsinskoye pravo: teoriya i praktika = Medical Law: Theory and Practice*. 2016;2(1):239–244. (in Rus.).
9. Tronto J.C. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. NY: Routledge, 1993.
10. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; New York, 2008. 129 p.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Veatch R.M. Hippocratic, religious, and secular ethics: The points of conflict // *Theoretical Medicine and Bioethics Philosophy of Medical Research and Practice*. 2012. Vol. 33 No. 1.
2. Силуянова И.В. Избранные. О призвании врача. М.: Изд-во ООО «Форма», 2008. 256 с.
3. Старобинец А.А. Посмотри на него. М.: АСТ, 2017.115 с.
4. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // *Вопросы философии*. 1994. № 3. С. 67–72.
5. Иванюшкин А.Я. Биоэтика и психиатрия // *Вопросы философии*. 1994. № 3. С. 77–90.
6. Ястребов В.С. Организация психиатрической помощи: Исторический очерк // *Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т.1. 712 с.*
7. Лехтсиер В.Л. Логика заботы versus логики выбора в современных концепциях медицинской практики // *Интеракция. Интервью. Интерпретация*. 2019. Т. 11(20). С. 36–53.
8. Сидорова Т.А., Жичина Е.Ю. Биоэтическое содержание информированного добровольного согласия // *Медицинское право: теория и практика*. 2016. Т. 2(1). С. 239–244.
9. Tronto J.C. Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. NY: Routledge, 1993.
10. Mol A. The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice. London: Routledge; New York, 2008. 129 p.

Научная статья

УДК 614.253

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-18-26>

Изучение биоэтики методом кейсов: случай неправильного лечения экстропии мочевого пузыря

**Роман Евгеньевич Тарабрин^{✉1,2}, Анастасия Сергеевна Золотухина¹,
Анастасия Васильевна Афанасьева¹, Патимат Магомедовна Кихасурова¹**

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

²Сретенская духовная академия, Москва, Россия

Аннотация. Актуальность. Принципы биоэтики, предложенные Бичампом и Чилдресом, сложно применимы для решения конкретных этических дилемм, возникающих в клинической практике. В научной литературе предложены иные способы их анализа.

Цель. Изучение этической проблемы медицинской ошибки при помощи метода Москопа на примере клинического случая экстропии мочевого пузыря.

Методы. Метод кейсов Москопа позволяет проводить биоэтический анализ клинических ситуаций, формируя нормативное решение похожих ситуаций в будущем.

Результаты. При анализе настоящего случая допущенной медицинской ошибки рассмотрены такие этические аспекты, как взаимоотношения между врачом и пациентом, реагирование врачей-коллег и пациента на медицинскую ошибку, раскрытие медицинской ошибки. В результате биоэтического анализа кейса были сформированы следующие рекомендации: 1) несмотря на объективные сложности лечения в низкопрофильном региональном центре и бюрократические механизмы перенаправления пациента в другое учреждение, врач должен уважать автономию пациента и его родственников, для чего следует проводить полное информирование о возможных рисках и альтернативах лечения; 2) раскрытие истинных причин медицинской ошибки и принесение извинений может способствовать выстраиванию доверительных отношений с пациентом и снижению последующих конфликтов. Краткосрочный психологический дискомфорт при раскрытии будет возмещен долгосрочными положительными результатами взаимодействия с пациентами; 3) критика предшествующего лечения должна происходить с учетом возможных сложностей диагностики на региональном уровне и недостатка опыта лечения редких патологий. Достижение преимущества перед своими коллегами через указание на их медицинскую ошибку без знания настоящих причин предшествующего лечения этически не оправдано.

Заключение. Важной функцией раскрытия врачебной ошибки является предостережение своих коллег от подобных ошибок. Большинство авторов придерживается мнения о том, что содействие в раскрытии ошибки и помощь в минимизации ее последствий являются профессиональным долгом врача, ставшего свидетелем неблагоприятного события, однако в медицинской среде, имеющей сильные корпоративные связи и культивирующей дух солидарности, этот принцип на практике не стал распространенным явлением.

Ключевые слова: медицинская ошибка, экстропия мочевого пузыря, биоэтический анализ кейсов, метод Москопа, взаимоотношения врача и пациента, взаимоотношения между врачами

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-18-26>

Case study of bioethics: a case of improper treatment of bladder exstrophy

**Roman E. Tarabrin^{✉1,2}, Anastasia S. Zolotukhina¹, Anastasia V. Afanasyeva¹,
Patimat M. Kikhasurova¹**

¹First Moscow State Medical University named after I.I. I. M. Sechenov, Moscow, Russia

²Sretenskaya Theological Academy, Moscow, Russia

Abstract. Background: The principles of bioethics proposed by Beechamp and Childress are difficult to apply to the specific ethical dilemmas that arise in clinical practice. The scientific literature has suggested other ways of analyzing them.

Methods: We use the Moscop's case study method to analyze a case of inappropriate treatment of bladder exstrophy, a rare congenital condition associated with a high chance of medical error during treatment.

Results: The analysis of the present case of a medical mistake considers ethical aspects such as the doctor-patient relationship, the reaction of physician-colleagues and the patient to the medical mistake, and the disclosure of the medical mistake. As a result of the bioethical analysis of the case, the following recommendations have been formed: 1) Despite the objective difficulties of treatment in a low-profile regional center and bureaucratic mechanisms of referral of the patient to another institution, the doctor should respect the autonomy of the patient and his relatives, for which full information about possible risks and treatment alternatives should be provided; 2) Disclosure of the true causes of medical error and apology can help to build trusting relationships with the patient and reduce subsequent conflicts. Short-term psychological discomfort of disclosure will be compensated by long-term positive results of interaction with patients; 3) Criticism of previous treatment should take into account possible difficulties of diagnostics at regional level and lack of experience in treatment of rare pathologies. Achieving an advantage over one's colleagues through pointing out their medical error without knowing the real reasons for the prior treatment is ethically unjustified.

Conclusion: An important function of disclosing medical errors is to warn colleagues against such errors. Most authors are of the opinion that it is the professional duty of a doctor who witnesses an adverse event to assist in the disclosure of an error and help in minimizing its consequences, however, in a medical environment with strong corporate ties and cultivating a spirit of solidarity, this principle has not become widespread in practice.

Keywords: medical error, bladder exstrophy, bioethical case analysis, Moscope method, doctor-patient relationship, doctor-patient relationship

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Введение

Биоэтика появилась в начале 70-х годов как реакция на стремительное развитие биомедицинского знания. При формировании дисциплины были предложены несколько подходов для решения возникающих моральных дилемм новых технологий. Среди наиболее влиятельных можно выделить принципализм Бичампа и Чилдреса [1]. Согласно их концепции, выделяются определенные принципы, полученные из «разделяемых всеми» моральных правил. В настоящее время они всем известны как принципы биоэтики: благодеяния, непричинения вреда, автономии и справедливости. Эти принципы выступают как *prima facie*, или первичные моральные условия, которые в дальнейшем уточняются применительно к конкретной ситуации (специфицируются) и при наличии противоречий между принципами происходит выбор более предпочтительного решения (балансирование).

В последующем концепция принципализма встретила определенную конфронтацию. Это противостояние касалось как формирования моральных принципов, лишенных полноценного содержания [2], так и способа их применения для решения конкретных клинических ситуаций [3]. При практической реализации биомедицинских достижений в клинической биоэтике, регулирующей взаимоотношение врача и пациента при возникающих моральных дилеммах, стало непонятно, каким образом учитывать балансирование и спецификацию принципов Бичампа и Чилдреса. Например, каким образом балансировать между желанием пациента, требующего продолжения стационарного лечения (принцип автономии), и ограниченно-

стью медицинского ресурса коечного фонда (принцип справедливости)? Каким образом в системе принципализма на принятие решения влияют такие контекстуальные особенности, как религиозный отказ от переливания крови или желание родственников во что бы то ни стало продолжить бесполезное лечение? Указанные недостатки методов Бичампа и Чилдреса способствовали формированию противоположного направления в биоэтике для решения моральных дилемм – метода кейсов. Поскольку принципализм основывается на определении общих положений (принципов) и следует к практическому решению дилеммы, его условно называют методом «сверху-вниз», в то время как метод кейсов называют методом «снизу-вверх», поскольку он отталкивается от конкретной клинической ситуации и пытается построить некое нормативное решение похожих ситуаций в дальнейшем.

В данной статье мы воспользуемся методом Москопа [4] для биоэтического анализа случая медицинской ошибки, допущенной при лечении экстрофии мочевого пузыря. В первом параграфе статьи приводится метод Москопа. Затем описывается случай из клинической практики, связанный с неправильным лечением мочевого пузыря. И в дальнейшем проводится анализ этого кейса на основании метода Москопа с формированием выводов по возможному предотвращению подобных неблагоприятных событий.

Цель

Изучение этической проблемы медицинской ошибки при помощи метода Москопа на примере клинического случая экстрофии мочевого пузыря.

Методы

Метод кейсов Москопа [4] позволяет проводить биоэтический анализ клинических ситуаций, формируя нормативное решение похожих ситуаций в будущем.

Описание метода Москопа¹

Джон Москоп, консультируя врачей по этическим вопросам, встречающимся в практике, и обучая в дальнейшем своих студентов этике на основе конкретных случаев, сформировал свой метод решения этических проблем для определения необходимой информации и оценки альтернативных действий. Метод включает следующие несколько шагов, которые можно условно представить следующим образом: 1) определить моральную проблему; 2) собрать соответствующую информацию; 3) определить доступные варианты и их вероятные последствия; 4) оценить аргументы за и против доступных вариантов; 5) выбрать действие и защитить его; 6) выполнить выбранное действие и оценить его последствия. Тем не менее, приведенная последовательность может нарушаться – в процессе биоэтического анализа биоэтик может возвращаться к предыдущим ступеням [5].

Определение моральной проблемы помогает врачу/исследователю сфокусироваться на той области биоэтики, где будет проходить поиск, и на тех парадигмальных случаях, которые имеют схожие условия. Затем для биоэтического анализа необходимо собрать важные фактические данные, касающиеся основного заболевания: острое это заболевание или хроническое, каковы сопутствующие заболевания, осложняющие ситуацию, каков возможный прогноз предстоящего лечения, каковы вероятности успеха различных вариантов лечения? Каковы цели лечения данной патологии? Какие доступны способы снижения предстоящего риска лечения? Для всех этих вопросов необходимо собрать информацию, которая поможет в дальнейшем анализе случая. На следующем этапе пытаются определить возможные варианты решения данной проблемы и связанные с ними риски, или последствия. Некоторые варианты могут быть использованы в качестве промежуточных решений, которые потребуют сбора дополнительной информации, например, для встречи с родственниками больного или обсуждения на врачебном консилиуме больницы. Другие варианты могут претендовать на статус окончательных. Тем не менее в процессе обсуждения биоэтик оценивает аргументы, способные подтвердить или опровергнуть, а также определяет

моральные принципы, на основании которых принимается решение и оцениваются моральные и юридические последствия альтернативных вариантов [5].

В следующих параграфах статьи на примере биоэтического анализа кейса неправильного лечения экстропии мочевого пузыря будет показано использование метода Москопа.

Описание кейса

При рождении врачи диагностировали у Кирилла (здесь и далее имена изменены) микроцистис и экстропию мочевого пузыря. В первые дни жизни была сделана реконструктивная операция мочевого пузыря одновременно с пластикой шейки мочевого пузыря. Врач не проинформировал мать Кирилла, Валентину, обо всех возможных вариантах лечения и их последствиях. Послеоперационный период протекал неблагоприятно, в связи с чем Валентина решила обратиться в больницу в Санкт-Петербурге. Она сообщила об этом оперировавшему врачу, который проводил и послеоперационное лечение. Врач отреагировал на данную инициативу отрицательно и настоятельно посоветовал не обращаться в Санкт-Петербург, так как, по его мнению, оказанная медицинская помощь была качественной и соответствовала всем требованиям, на основании чего дополнительная консультация не имеет необходимости. Кроме того, врач предупредил, что не будет оказывать медицинскую помощь в последующем в случае консультации у других специалистов.

Несмотря на сложившуюся ситуацию, Валентина все-таки обратилась к специалистам из Санкт-Петербурга. После обследования больного врачи сообщили, что операция была проведена неправильно. Они подвергли критике то, что пластика шейки мочевого пузыря была сделана в то же время, что и первичное закрытие мочевого пузыря, посчитав, что именно это привело к его несостоятельности, то есть при иной стратегии лечения можно было сохранить способность самостоятельно удерживать мочу и обходиться без использования катетера.

Кириллу назначили вторую операцию по реконструированию мочевого пузыря из червеобразного отростка. Операция прошла успешно. Однако в последующие 18 лет ему провели 14 операций по реконструкции шейки мочевого пузыря, предотвращению пузырно-мочеточникового рефлюкса, восстановлению полового члена. В настоящее время Кирилл самостоятельно не может удерживать мочу, в связи с чем постоянно использует катетер, является инвалидом 3 группы, резко ограничен в социальной активности, в основном из-за дефектов мочеполовой системы. По словам матери, многочисленные операции повлияли и на психическое состояние Кирилла:

¹ Метод приводится по научно-методическому пособию Тарабрина Р.Е., Шока Н.П. «Основы клинической биоэтики: анализ кейсов» (М.: Практическая медицина, 2021. 96 с.)

из-за частых наркозов он стал раздражительным, испытывает трудности с запоминанием и колебания настроения.

Результаты и их обсуждение

Врачебная ошибка – одна из ключевых проблем в здравоохранении. Комплекс вопросов, связанных с медицинской ошибкой, относятся не только к правовой, социально-экономической, общественно-политическим сферам, но и затрагивают ряд этических проблем. Тем не менее, данное понятие в современном законодательстве не определено. Единственным документом, где имеется косвенное упоминание понятия врачебной ошибки – закон «Об охране здоровья граждан» (ст. 64, 98) [6]. Однако непосредственно понятие «врачебная ошибка» или «медицинская ошибка» в законе не определено. В последнее время термин «врачебная ошибка» переносится в юридическую сферу, с которой изначально не связано. Предполагают, что это результат влияния рыночной экономики на медицинскую сферу, что превращает пациента в клиента, а «вред, нанесенный здоровью» – в «непредоставление (некачественное предоставление) медицинской услуги» [7].

Однако в общественном сознании, представлении СМИ и даже некоторых врачей, врачебная ошибка – это любое нанесение вреда пациенту. При этом нанесение пациенту вреда может быть связано с известными побочными реакциями лекарств, осложнениями после операций или же непредвиденными патологическими процессами, в чем врач не может быть виноват в большинстве случаев. В отечественной научной литературе врачебная ошибка трактуется как «добросовестное заблуждение врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества» [7], но среди ученых нет единого определения медицинской ошибки.

Распространенность врачебных ошибок высока: так, в исследовании, опубликованном в 2002 году, 35 % врачей и 42 % представителей общественности в США сообщали, что сталкивались с врачебными ошибками в ситуациях оказания медицинской помощи себе или своим близким [8]. При этом только около трети респондентов в обеих группах отметили, что им сказали о врачебной ошибке и (или) извинились перед ними [8]. В России статистики по распространенности врачебных ошибок практически нет. Некоторые общественные организации, тем не менее, самостоятельно собирают данные по медицинским ошибкам. Так, «Зона права» сообщает, что в 2015 году 700 пациентов были признаны погибшими в результате допущенной медицинской ошибки. За первую по-

ловину 2016 года этот показатель составил 352 человека [9].

Существует несколько видов медицинских ошибок, имеющих различную этическую значимость: 1) недоработка, не приведшая к тяжелым последствиям; 2) неудача осуществления задуманного плана лечения; 3) использование неправильного плана действия для достижения целей лечения; 4) бездействие при наличии отработанного алгоритма действий. При анализе первого и второго вида медицинская ошибка может получить оправдательное суждение; для оценки третьего вида необходимо анализировать причину, по которой врач выбрал неправильный путь лечения. Бездействие или халатность, приведшая к МО, должна получить наибольшее осуждение с вынесением соответствующих правовых санкций [10].

Биоэтический анализ представленного кейса

Экстрофия мочевого пузыря (ЭМП) – это врожденное отсутствие передней стенки мочевого пузыря и участка передней брюшной стенки, в результате чего слизистая мочевого пузыря находится на поверхности тела. Частота ЭМП варьирует от 1 : 10000 до 1 : 50000 новорожденных. Данный порок относится к редкой патологии, сложно поддающейся коррекции.

При классической форме экстрофии мочевого пузыря оперативное лечение проводят в первые сутки жизни, чаще сочетая со сведением лонных костей таза. Однако при наличии малого размера мочевого пузыря, микроцистиса лечение откладывают на несколько месяцев. Лечение экстрофии этапное. Первый этап – первичное закрытие мочевого пузыря выполняется в 1–3 месяцев. Затем проводится лечение, направленное на увеличение мочевого пузыря. От емкости мочевого пузыря зависит результат основного (второго) этапа – создания механизма удержания мочи – шейки мочевого пузыря и уретрального сфинктера, проводимого предпочтительно в возрасте 4–6 лет [11]. При выполнении пластики шейки мочевого пузыря у детей в возрасте 1–3 лет мочевой пузырь может прекратить свое развитие [12]. Лечение данного порока очень вариативно и во многом зависит от конкретной клинической ситуации [13]. Учитывая незначительную распространенность порока, качество хирургического лечения гораздо выше в многопрофильных центрах, в которых за 20 лет насчитываются десятки подобных операций [12].

После проведения первичной операции даже в многопрофильных центрах частота рецидивов с маленьким мочевым пузырем достигает 50 % [12]. В связи с этим при нем лечение пациентов рекомендуется проводить в крупных клиниках [13]. Кроме

того, при благоприятном течении заболевания требуются повторные операции для предотвращения заброса мочи в мочеточники, реконструкция шейки мочевого пузыря (для формирования удерживания мочи), а также реконструкция наружных половых органов (у мальчиков). Таким образом, рассматриваемый кейс представляет собой тяжелую врожденную патологию, осложнения при лечении которой даже в специализированных крупных центрах возникают достаточно часто.

Несмотря на сложность патологии, можно утверждать, что действия оперировавшего врача причинили вред ребенку, что нельзя списать на осложнения операции или тяжесть патологии самой по себе, поскольку в научной литературе описан многоступенчатый способ оперативного лечения [14]. При попытке отнесения данного действия в нашей классификации медицинских ошибок мы не можем сказать, что 1) лечение было не завершено, 2) случилось какое-то непредвиденное обстоятельство (например, интраоперационное осложнение), или 3) врач причинил вред из-за халатного отношения. Именно поэтому использование врачом плана действий по однократному оперативному лечению врожденного порока представляет собой третий тип медицинской ошибки, согласно приведенной выше классификации (использование неправильного плана действия для достижения целей лечения). В связи с этим главной этической проблемой данного случая выступает медицинская ошибка и способ реагирования на нее врачебного сообщества и людей, взаимодействие врача и пациента при допущенной врачебной ошибке.

При первичном лечении экстрофии врач нарушил принцип автономии пациента и законных его представителей, не предоставив им полную информацию о своем незначительном опыте лечения подобного рода больных, а также о наличии высокоспециализированных центров, более успешно занимающихся данной патологией. Уважение принципа автономии представляет собой основу этического уважения человека как полноценной личности.

Как правило, врачи имеют право не сообщать о статистике благоприятных исходов лечения у себя и других специалистов (в противном случае поток больных увеличится только к опытным врачам, а доступ к качественной медицине станет хуже). Но в случае таких редких заболеваний, как экстрофия, пациенты должны направляться только к узкопрофильным врачам, имеющим гораздо больший опыт. Таким образом, можно утверждать, что врач руководствовался не стремлением достигнуть блага для больного, а личными желаниями. Можно предполагать, что

врач старался сохранить репутацию: если коллеги узнают о том, что по каким-то причинам он не смог провести операцию, уважение к нему упадет. Среди других аргументов, вероятно, имело место нежелание сталкиваться со сложностями направления пациента в другой город, что сопровождается финансовыми затратами для учреждения и бюрократическими трудностями.

Конечно, данные рассуждения являются предположительными, поскольку врач не постарался объяснить свой выбор лечения. Вместо того, чтобы установить с матерью больного доверительные отношения и честно рассказать о предстоящих рисках и возможных альтернативах лечения, врач скрыл информацию от нее. Возможно, это вызвано его неумением выстраивать грамотные отношения с пациентом и аргументировать свою точку зрения. Это воспрепятствовало дальнейшему послеоперационному наблюдению больного в местной больнице – мать была вынуждена обратиться в другой город за консультацией и лечением.

Представленная модель взаимоотношений между врачом и пациентом, при которой врач берет на себя моральное превосходство над пациентом, нарушая тем самым автономию пациента и не учитывая его интересы и предпочтения, носит название патерналистической модели. В исследовательской литературе представлена обширная критика патернализма, вместо которого в настоящее время в биоэтике признается оптимальной совещательная модель [10].

В данном случае применение совещательной модели дало бы возможность врачу высказать аргументы в пользу операции по старому методу или сообщить причины, почему он не считает нужным отправить пациента в другой город за более квалифицированной помощью. В таком случае, законные представители пациента могли бы осознать все риски и, возможно, согласиться, что на тот момент сделать операцию по старой технологии было единственным верным решением. Только в данном случае проведение однократной операции по коррекции экстрофии мочевого пузыря с микроцистисом было бы этически оправдано – тяжесть врачебной ошибки была нивелирована согласием родителей провести данную операцию здесь и сейчас. Это же в дальнейшем позволило бы сохранить взаимодействие между ними в дальнейшем, облегчив медицинский уход за ребенком при наступлении неблагоприятного исхода и обращении к другим специалистам.

Допущенная медицинская ошибка и отсутствие должного доверительного взаимодействия в изложенном случае не исчерпывает биоэтический анализ

кейса. В качестве результата анализа необходимо предоставить определенные рекомендации, каким образом данная этическая проблема могла бы быть разрешена в дальнейшем. В связи с этим необходимо рассмотреть вопрос о раскрытии медицинской ошибки.

Проблема раскрытия медицинской ошибки

Вопрос о реагировании на медицинскую ошибку остается дискуссионным. Однозначного ответа на вопрос, необходимо ли сообщать пациентам о совершенной врачебной ошибке, нет. Приводятся следующие аргументы в пользу сокрытия врачебной ошибки: 1) раскрытие врачебной ошибки принесет ущерб медицинскому сообществу; 2) врач в действительности не всегда несет ответственности за совершенную врачебную ошибку.

Действительно, узнав позже о причиненном вреде по вине врача (например, в другом медучреждении), пациент рискует получить моральную травму, так как чувствует себя обманутым. В других случаях раскрытие информации может подорвать веру больного в медицину, заставит усомниться во врачах, проводимом лечении. К тому же существуют ситуации, когда врач не несет ответственности за ошибку. Из-за существующих неточностей в медицине как больной, так и врач не могут знать обо всех последствиях лечения для индивидуального организма. Кроме того, медработник может вовремя заметить неправильное назначение, скорректировать план лечения или предпринять действия по элиминации неблагоприятного эффекта (например, в случае неправильного назначения антибиотика, вызвавшего аллергию). Некоторые диагностические процедуры могут нанести вред пациенту, о котором больной проинформирован. В данных случаях действительно вина врача отсутствует, и вопрос о раскрытии медицинских ошибок приобретает еще большую сложность [15].

Врачи также могут опасаться, что пациенты или их семьи могут отреагировать на раскрытие ошибок поданным иском в суд и сменой лечащего врача. Действительно, многие пациенты сообщают, что поменяли бы врача, если бы он совершил опасную ошибку [15]. Если пациент обращается в суд, то юридически плохо защищенный врач (в существующем правовом поле) рискует лишиться своего места работы и будет проходить долгое судебное разбирательство. Однако нежелание врачей признавать свои ошибки создает порочный круг: если врачи не говорят об ошибках откровенно, пациенты более негативно относятся к врачу и с большей вероятностью подадут в суд [16].

В связи с этим мы считаем, что врачебная ошибка должна быть раскрыта, потому что, несмотря на краткосрочные неблагоприятные эффекты от этого, описаны гораздо более важные долгосрочные положительные результаты. Так, высказываются следующие аргументы в пользу раскрытия врачебной ошибки: 1) проявление уважения к пациенту; 2) польза для пациента; 3) польза для врача [17].

Раскрытие врачебной ошибки по этическим соображениям является наиболее правильным этическим решением, основанным на уважении автономии пациента и попытке уменьшить неблагоприятные последствия от ошибки. Так, уважая достоинство и право человека знать информацию о своем здоровье и проведенном лечении, врач должен сообщить о совершенной ошибке, так как сокрытие ошибки ведет к утрате доверия и разрыву сотрудничества между врачом и пациентом, воспринимается пациентом как проявление безразличного и неуважительного отношения к нему, влечет за собой широкий спектр негативных эмоций от разочарования и обиды до гнева и возмущения. Кроме того, после понимания причины своего состояния, обусловленного врачебной ошибкой, пациент избавляется от дополнительных исследований, а также, при необходимости ликвидации последствий он будет более ответственно к этому относиться, осознавая все возможные риски.

Среди аргументов «за» раскрытие медицинской ошибки выделяют также снижение смертности больных. Стратегия для снижения смертности от врачебных ошибок включает три шага: 1) делать ошибки видимыми, когда они происходят, чтобы их последствия можно было предотвратить; 2) иметь под рукой средства для спасения пациентов; 3) следуя принципам, которые учитывают человеческие ограничения, сделать ошибки менее частыми [17].

Важно иметь в виду, что врачебная ошибка оказывает негативное влияние и на врачей тоже. Они отмечают повышение тревожности, связанное с риском совершить ошибку в будущем (61 %), потерю уверенности в своих силах (44 %), проблемы со сном (42 %), снижение удовлетворенности работой (42 %), ущерб их репутации (13 %) [18]. В связи с этим раскрытие ошибки и принесение извинений может способствовать уменьшению психологического стресса врача (в литературе такой стресс получил название моральный стресс [19]).

Тем не менее, стоит признать, что те, кто раскрывает информацию об ошибках, могут подвергнуться личной или профессиональной угрозе как со стороны родственников больного, так и со стороны непосредственного руководства врача. При наличии такой

угрозы информация предоставлена не будет: именно поэтому необходимо создавать среду, «свободную от вины», и разделять систему подотчетности [20]. В книге «Утерянное искусство врачевания» Б. Лоун написал: «Я не знаю ни одного случая, когда судебный иск был предъявлен после того, как врач принес пациенту свои извинения. Но я могу вспомнить множество случаев, когда открытое признание врачебных ошибок способствовало установлению доверительных и дружеских отношений с пациентом» [21].

В научной литературе отсутствует алгоритм того, как должна быть раскрыта медицинская ошибка, поэтому в каждом конкретном случае справедливо применить существующие культурные традиции. Со своей стороны, мы могли бы предложить следующий порядок действий. Во-первых, клиницист должен прямо признать, что произошла ошибка и извиниться. Когда человек причиняет вред, извинение является ожидаемой социальной реакцией и необходимым условием возмещения ущерба и получения прощения. Во-вторых, врач должен описать ошибку и ее последствия, что позволит больному лучше и легче справиться с последствиями. В-третьих, клиницист должен объяснить, что можно и нужно сделать, чтобы уменьшить вред для пациента и предотвратить повторение ошибки. Более того, врачу целесообразно сообщить о причинах допущенной ошибки: если пациент узнает, что в произошедшем большую роль играло неполноценное оборудование, отсутствие у врача знаний о новых методах лечения экстропии, отсутствие времени для ожидания более квалифицированной помощи или другие несовершенства системы, то с большей вероятностью пациент будет относиться в дальнейшем к такому врачу с эмпатией. Цель этих действий – восстановить доверие пациента ко всей системе оказания медицинской помощи [10].

Однако каждая клиническая ситуация уникальна и требует подробного этического обоснования. Иногда возможны и другие варианты раскрытия ошибки – например, врач может сообщить о случившемся и выразить сожаление, что это произошло, не беря на себя ответственность за врачебную ошибку [10].

В рассматриваемом случае врачи из Санкт-Петербурга, понимая, что пациенты нуждаются в раскрытии ошибок вне зависимости от того, кто их совершил, сообщили матери пациента о том, что медицинская ошибка имела место быть. Однако это было сделано некорректно: они, не зная всех тонкостей истории пациента, обвинили врача в некомпетентности. Такое отношение вызвано восприятием медицинской ошибки как личной неудачи определенного

врача, а не следствия системных недостатков в организации медицинской помощи. История болезни может быть до конца не ясной даже при условии ознакомления врача с медицинской картой. Кроме того, раскрытие информации может негативно сказаться на взаимоотношении предыдущего лечащего врача с другими пациентами. Если он узнает о подобном инциденте, появляется риск того, что врач убедится в своем мнении не признавать своих ошибок и в последующем не отправит пациентов к данным коллегам, следовательно, еще большее количество пациентов окажутся без надлежащей медицинской помощи.

Столкнувшись с явной и серьезной ошибкой другого медицинского работника, действующий врач может предпринять несколько шагов. Обычно действующему врачу полезно проконсультироваться с коллегами, обладающими соответствующим опытом, чтобы убедиться, что они согласны с тем, что произошла ошибка, а не с расхождением во мнениях относительно лечения. Важно собрать все соответствующие факты, прежде чем выносить суждение или предпринимать действия. В некоторых случаях могут возникнуть разногласия по поводу того, произошла ли ошибка и какими должны быть последующие действия. В таком случае следует активировать институциональные процессы для улучшения качества, например, конференцию по конкретному случаю или экспертную комиссию, с целью информирования пациента, если определено, что произошла ошибка [10].

Рекомендации

В результате проведенного биоэтического анализа кейса можно дать следующие рекомендации:

1. Несмотря на объективные сложности лечения в низкопрофильном региональном центре и бюрократические механизмы перенаправления пациента в другое учреждение, врач должен уважать автономию пациента и его родственников, для чего следует проводить полное информирование о возможных рисках и альтернативах лечения.

2. Выстраивание доверительных отношений с пациентом будет способствовать снижению последующих конфликтов и обращений в суд. Для этого можно было бы рекомендовать региональному врачу раскрыть истинные причины медицинской ошибки и принести извинения. Психологический дискомфорт будет возмещен долгосрочными положительными результатами взаимодействия как с данным, так и с остальными пациентами.

3. Критика предшествующего лечения должна происходить с учетом возможных сложностей диа-

гностики на региональном уровне и недостатка опыта лечения редких патологий. Достижение преимуществ перед своими коллегами через показ их медицинских ошибок без знания настоящих причин предшествующего лечения этически не оправдано.

Заключение

Важной функцией раскрытия врачебной ошибки является предостережение своих коллег от подобных ошибок. Большинство авторов придерживаются мнения о том, что содействие в раскрытии ошибки и помощь в минимизации ее последствий являются профессиональным долгом врача, ставшего свидетелем неблагоприятного события, однако в медицинской среде, имеющей сильные корпоративные связи и культивирующей дух солидарности, этот принцип на практике не стал распространенным явлением.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Beauchamp and Childress. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford University Press, 2019.
2. Engelhardt. The Foundations of Bioethics. 2nd ed. Oxford, 1996.
3. Gudorf C.E. A Feminist Critique of Biomedical Principlism // A Matter of Principles? Ferment in US Bioethics / E.R. DuBose, R.P. Hamel & L.J. O'Connell (Eds.). Valley Forge: Trinity Press International. 1994. P. 164–181.

4. Moskop J. Ethics and Health Care. Cambridge University Press, 2016.

5. Тарабрин Р.Е., Шок Н.П. Основы клинической биоэтики: анализ кейсов: Научно-методические материалы. М.: Практическая медицина, 2021. 96 с.

6. Сидорович Ю.С. Гражданско-правовая ответственность за медицинскую ошибку: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. 2005. 32 с.

7. Фомина Т. К. Отношение к проблеме врачебной ошибки средств массовой информации // Медицинский вестник Башкортостана. 2008. Т. 3, № 6. С. 11–13.

8. Blendon R. J. et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors // New England Journal of Medicine. 2002. Vol. 347, no. 24. P. 1933–1940.

9. Краснопева М. К. Современные врачебные ошибки, статистика летальных исходов в России // Проблемы современной науки и образования. 2017. № 34 (116). С. 78–80.

10. Lo B. Resolving Ethical Dilemmas. 6th ed. Philadelphia, USA: LWW, 2019.

11. Рудин Ю. Э. Эписпадия и экстрофия мочевого пузыря. Урология. Национальное руководство / под ред. Н. А. Лопаткина. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. С. 273–293.

12. Объем операции при первичном закрытии мочевого пузыря у детей с экстрофией мочевого пузыря / Ю. Э. Рудин [и др.] // Детская хирургия. 2020. Т. 24, № 1. С. 21–28.

13. Клинические рекомендации. Экстрофия мочевого пузыря: стандарты ведения больных для врачей (фельдшеров) / ред. совет: А. А. Баранов [и др.]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

14. Ахунзянов А. А., Рашитов Л. Ф., Тахаутдинов Ш. К. Лечение и реабилитация экстрофии мочевого пузыря // Казанский медицинский журнал. 2005. Т. 86, № 3. С. 250–255.

15. Gallagher T.H., Levinson W. Revealing harmful medical errors to patients: time for professional action // Arch Intern Med. 2005. No. 165. P. 1819–1824.

16. Witman A.B., Park D.M., Hardin S.B. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting // Archives of Internal Medicine. 1996. Vol. 156, no. 22. P. 2565–2569.

17. Makary M.A., Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US // Bmj. 2016. Vol. 353.

18. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada / A.D. Waterman [et al.] // The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2007. Vol. 33, no. 8. P. 467–476.

19. Campbell S.M., Ulrich C.M., Grady C. A broader understanding of moral distress // Moral distress in the health professions. Springer, Cham, 2018. P. 59–77.

20. Runciman W. B., Merry A. F., Tito F. Error, blame, and the law in health care—an antipodean perspective // Annals of Internal Medicine. 2003. Vol. 138, no. 12. P. 974–979.

21. Лоун Б. Утерянное искусство врачевания. М.: Крон-пресс, 1998.

REFERENCES

1. Beauchamp and Childress. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. Oxford University Press, 2019.

2. Engelhardt. The Foundations of Bioethics. 2nd ed. Oxford, 1996.
3. Gudorf C.E. A Feminist Critique of Biomedical Principlism. *A Matter of Principles? Ferment in US Bioethics*. E.R. DuBose, R.P. Hamel & L.J. O'Connell (Eds.). Valley Forge: Trinity Press International. 1994:164–181.
4. Moskop J. Ethics and Health Care. Cambridge University Press, 2016.
5. Tarabrin R.E., Shok N.P. Fundamentals of clinical bioethics: case analysis: Scientific and methodological materials. Moscow: Practical medicine, 2021. 96 p. (in Rus.).
6. Sidorovich Yu.S. Civil liability for medical error: dissertation of a candidate legal sciences. 2005. 32 p. (in Rus.).
7. Fomina T.K. Attitude to the problem of medical error in the media. *Meditsinskiy vestnik Bashkortostana = Medical Bulletin of Bashkortostan*. 2008;3(6):11–13. (in Rus.).
8. Blendon R.J. et al. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *New England Journal of Medicine*. 2002;347(24):1933–1940.
9. Krasnopeeva M.K. Modern medical errors, statistics of lethal outcomes in Russia. *Problemy sovremennoy nauki i obrazovaniya = Problems of modern science and education*. 2017;34(116):78–80. (in Rus.).
10. Lo B. Resolving Ethical Dilemmas. 6th ed. Philadelphia, USA: LWW, 2019.
11. Rudin Yu.E. Epispadias and bladder exstrophy. Urology. National leadership. Ed. by N.A. Lopatkina. Moscow: GEOTAR-Media, 2009;273–293. (in Rus.).
12. Rudin Yu.E. et al. The volume of surgery for the primary closure of the bladder in children with bladder exstrophy. *Detskaya khirurgiya = Pediatric surgery*. 2020;24(1):21–28. (in Rus.).
13. Clinical guidelines. Bladder exstrophy: standards of patient management for physicians (paramedics). Ed. advice: A. A. Baranov et al. Moscow: GEOTAR-Media, 2015. (in Rus.).
14. Akhunzyanov A. A., Rashitov L. F., Takhautdinov Sh. K. Treatment and rehabilitation of bladder exstrophy. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal = Kazan Medical Journal*. 2005;86(3): 250–255. (in Rus.).
15. Gallagher T.H., Levinson W. Revealing harmful medical errors to patients: time for professional action. *Arch Intern Med*. 2005;165:1819–1824.
16. Witman A.B., Park D.M., Hardin S.B. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Archives of Internal Medicine*. 1996;156(22):2565–2569.
17. Makary M.A., Daniel M. Medical error – the third leading cause of death in the US. *Bmj*. 2016;353.
18. Waterman A.D. et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2007;33(8):467–476.
19. Campbell S.M., Ulrich C.M., Grady C. A broader understanding of moral distress. *Moral distress in the health professions*. Springer, Cham, 2018:59–77.
20. Runciman W. B., Merry A. F., Tito F. Error, blame, and the law in health care-an antipodean perspective. *Annals of Internal Medicine*. 2003;138(12):974–979.
21. Lone B. Lost art of healing. Moscow: Kron-press, 1998. (in Rus.).

Информация об авторах

Р.Е. Тарабрин – ассистент кафедры гуманитарных наук, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова; преподаватель кафедры практических дисциплин, Сретенская духовная академия, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>, E-mail: romanscript@yandex.ru

А.С. Золотухина – студентка лечебного факультета, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7982-0006>, E-mail: romanscript@yandex.ru

А.В. Афанасьева – студентка стоматологического факультета, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8433-5411>, E-mail: romanscript@yandex.ru

П.М. Кихасурова – студентка лечебного факультета, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5739-8393>, E-mail: romanscript@yandex.ru

Information about authors

R.E. Tarabrin – assistant of the Department of Humanities, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; Lecturer, Department of Practical Disciplines, Sretenskaya Theological Academy, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5390-9205>, E-mail: romanscript@yandex.ru

A.S. Zolotukhina – student of the Faculty of Medicine, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7982-0006>, E-mail: romanscript@yandex.ru

A.V. Afanasyeva – student of the Faculty of Dentistry, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8433-5411>, E-mail: romanscript@yandex.ru

P.M. Kikhasurova – student of the Faculty of Medicine, I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5739-8393>, E-mail: romanscript@yandex.ru

Научная статья

УДК 614.23:617-089:159.9+616.9:578.834.11

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-27-32>

Медико-социологическая оценка деятельности хирургов в период пандемии COVID-19

Ольга Александровна Ус^{✉1}, Наталья Геннадьевна Чепурина², Станислав Игоревич Панин²

¹Многопрофильный медицинский центр, Волгоград, Россия

²Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. Актуальность. В статье рассмотрены результаты анкетирования врачей-хирургов неинфекционных многопрофильных стационаров г. Волгограда, осуществляющих свою деятельность в период пандемии COVID-19.

Цель. Изучить мнение врачей-хирургов хирургических отделений неинфекционных многопрофильных стационаров, об удовлетворенности своей работой, условиями врачебной деятельности, об обеспеченности, доступности плановой хирургической помощи, в период пандемии COVID-19 и основных факторах, влияющих на них.

Методы. Исследование проводилось с использованием опросного метода с участием 47 врачей хирургов хирургических отделений неинфекционных многопрофильных стационаров Волгограда, работающих в период пандемии COVID-19 2020–2022 гг. Использованы статистический (Microsoft Excel 365) и графоаналитический методы.

Результаты. При анализе анкет установлено, что удовлетворены своей работой только 32,6 % хирургов, 47,8 % – частично удовлетворены, 19,6 % – не удовлетворены. В свою очередь 69,6 % хирургов считают не полностью обеспеченными операционные блоки отделений всем необходимым оборудованием, 15,9 % – считают обеспеченность полной, 15,9 % – воздерживаются от ответа.

Заключение. В обсуждении вынесены предложения по повышению удовлетворенности врачей-хирургов своей профессиональной деятельностью, повышению эффективности, качества и безопасности плановой хирургической службы.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, врачи-хирурги, удовлетворенность, анкетирование, морально-психологический климат, тестирование, оснащение

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-27-32>

Medico-sociological assessment of surgeons' activities during the COVID-19 pandemic

Olga A. Us^{✉1}, Natalia G. Chepurina², Stanislav I. Panin²

¹Multidisciplinary Medical Center, Volgograd, Russia

²Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. Background: The article considers the results of a survey of surgeons of non-infectious multidisciplinary hospitals in Volgograd, carrying out their activities during the COVID-19 pandemic.

Aim: To study the opinion of surgeons of surgical departments of non-infectious multidisciplinary hospitals, about satisfaction with their work, conditions of medical activity, about security, availability of planned surgical care during the COVID-19 pandemic and the main factors affecting them.

Methods: The study was conducted using a questionnaire method with the participation of 47 surgeons of surgical departments of non-infectious multidisciplinary hospitals in Volgograd, working during the COVID-19 pandemic 2020-2022. Statistical (Microsoft Excel 365) and graphoanalytic methods were used.

Results: When analyzing the questionnaires, it was found that only 32.6 % of surgeons were satisfied with their work, 47.8 % were partially satisfied, and 19.6 % were not satisfied. In turn, 69.6 % of surgeons consider the operating units of the departments to be not fully provided with all the necessary equipment, 15.9 % consider the provision to be complete, 15.9 % refrain from answering.

Conclusion: During the discussion, proposals were made to increase the satisfaction of surgeons with their professional activities, to improve the efficiency, quality and safety of planned surgical services.

Keywords: COVID-19 pandemic, surgeons, satisfaction, questionnaire, moral and psychological climate, testing, equipment

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Введение

Важным показателем наличия проблем в профессиональной деятельности врачей является неудовлетворенность в своей работе. В свою очередь, это влияет на психологический статус врача и может приводить к психоэмоциональному выгоранию [1, 2], тем самым снижая качество оказания медицинской помощи. Медицинские работники имеют наиболее высокие показатели профессионального выгорания и связанных с ними рисков для физического и психического здоровья на фоне всех других профессий [3]. Негативное воздействие COVID-19 на сферу здравоохранения в 2020–2022 гг., высокие показатели заболеваемости и смертности ведут к многочисленным проблемам общественного здравоохранения [3, 4]. В отечественной социологии понятие удовлетворенность трудом является результатом согласования потребностей и диспозиций личности с субъективной оценкой практических возможностей и реализации их в данных условиях [5]. В период пандемии COVID-19 потребность в оказании медицинской помощи многопрофильных неинфекционных стационаров многократно возросла, одно из главных мест в структуре которых занимает плановая хирургическая помощь. Внутрибольничные вспышки SARS-CoV-2 препятствовали бесперебойной работе не только отдельных структурных подразделений, а зачастую и всей медицинской организации [6]. Необходимо отметить, что мнение рядовых врачей дает общее представление о деятельности организации [6]. Многие врачи испытывали чувство уязвимости или утраты контроля и беспокойство по поводу собственного здоровья, распространения вируса, здоровья своих близких, изменений в работе и изоляции [7, 8]. Важнейшим фактором для врача-хирурга является уровень его профессионализма, удовлетворенность работой и состояние физического и психического здоровья [9]. Организаторы здравоохранения должны уделять достаточное внимание вопросам управления персоналом и повышения его удовлетворенности своей трудовой деятельностью [10]. Для оценки удовлетворенности врачей-хирургов, обеспеченности и доступности плановой хирургической помощи в период пандемии COVID-19, большое значение имеют социологические опросы.

Цель

Изучить мнение врачей-хирургов хирургических отделений неинфекционных многопрофильных стационаров об удовлетворенности своей работой, условиями врачебной деятельности, об обеспеченности, доступности плановой хирургической помощи в период пандемии COVID-19 и основных факторах, влияющих на них.

Методы

Настоящее исследование проводилось с использованием опросного метода, статистического Microsoft Excel 365, графоаналитического методов. В работе обобщены результаты опроса 47 врачей хирургов хирургических отделений неинфекционных многопрофильных стационаров г. Волгограда, работающих в период пандемии COVID-19 2020–2022 гг., имеющих различный стаж, категорию, ученую степень и звание.

Для изучения мнения врачей-хирургов о факторах, влияющих на доступность плановой хирургической помощи, удовлетворенность работой, условиях врачебной деятельности в период пандемии COVID-19 была разработана анкета, представленная двумя разделами: 1-й – паспортная часть с указанием специальности, стажа, категории, ученой степени и т.д.; 2-й – основной набор факторов (16 пунктов), влияющих на удовлетворенность работой, оценка морально-психологического климата в коллективе, доступность плановой хирургической помощи. Основные из них: укомплектованность кадрами, морально-психологический климат в коллективе, оснащенность операционного блока, выполняемый объем работы, обеспеченность СИЗ и антисептиками, кратность ПЦР-тестирования врачей на COVID-19, полнота обследования пациентов перед операцией, чувство страха заразиться COVID-19, вакцинация хирургов от COVID-19, актуальность программы Fast-track Surgery и т.д.

Результаты и их обсуждение

По данным опроса, среди врачей-хирургов преобладали мужчины 66,7 % (n = 31), женщины составили 33,3 % (n = 15). Стаж работы до 5 лет – 23,9 % (n = 11), до 10 лет – 15,2 % (n = 7), до 20 лет – 21,7 % (n = 10), до 30 лет – 28,3 % (n = 13), больше 40 лет – 10,9 % (n = 5). Высшую квалификационную категорию имеют 58,7 % (n = 27), первую – 7,9 % (n = 3), вторую – 3,1 % (n = 2), без категории – 28,3 % (n = 13). ДМН составили 3 человека, КМН – 86,4 % (n = 19). Больше 50 % респондентов считают укомплектованность хирургических отделений врачами хирургами на 80 % и менее. 40 % хирургов работают на 1,5 ставки (n = 18), а больше 2,0 ставок – 20 % (n = 9). 41,3 % хирургов работают в городских больницах (n = 19), 45,7 % – в областной клинической больнице (n = 21), 13 % – в частной клинике (n = 6).

При анализе анкет установлено, что удовлетворены своей работой только 32,6 % хирургов, 47,8 % – частично удовлетворены, 19,6 % – не удовлетворены. В свою очередь, 69,6 % хирургов считают не полностью обеспеченными операционные блоки отделений всем

необходимым оборудованием, 15,9 % считают обеспеченность полной, 15,9 % воздерживаются от ответа.

Выявлена корреляционная зависимость между удовлетворенностью объемом, содержанием работы хирурга в период пандемии и укомплектованностью кадрами,

$p < 0,05$, обеспеченностью достаточным количеством СИЗ, антисептиками, $p < 0,05$, и оснащением операционных $p < 0,05$ (рис. 1, 2). 56,5 % хирургов считают ограниченной доступность плановой хирургической помощи, 43,5 % не считают ее ограниченной.

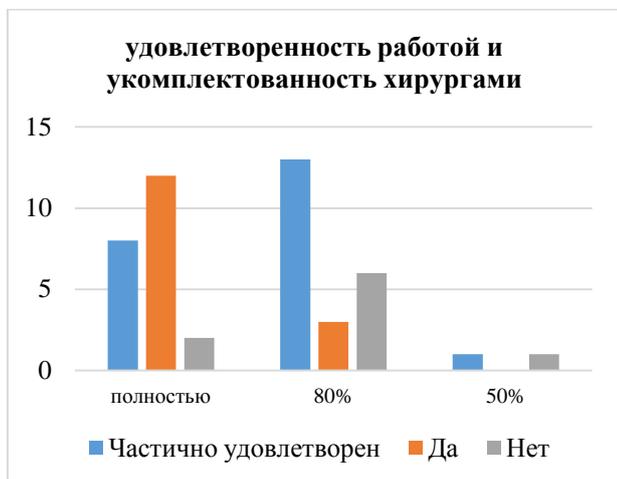


Рис. 1. График зависимости «удовлетворенности работой» от укомплектованности хирургами

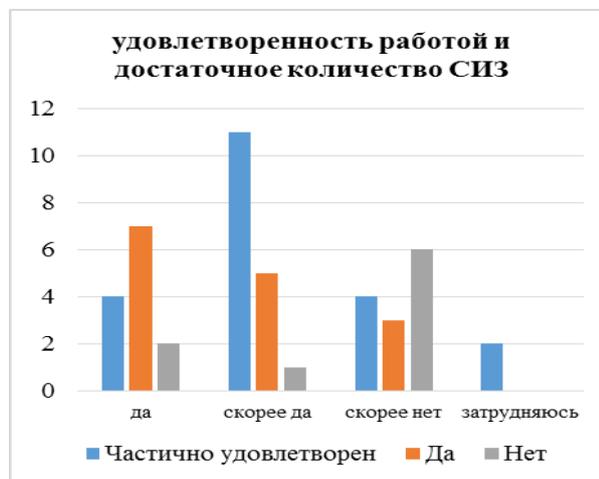


Рис. 2. График зависимости «удовлетворенности работой» от количества СИЗ

Выявлена зависимость доступности плановой хирургической помощи от обеспеченности операционных блоков хирургических отделений оборудованием и инструментами, в том числе СИЗ ($p < 0,05$) (рис. 3).

Изношенность оборудования, недостаточная оснащенность операционных блоков влияют на доступность медицинской помощи для пациентов, особенно в пандемию COVID-19. По нашему мнению, это является важным фактором своевременности оказания плановой хирургической помощи. Что касается морально-психологического климата в коллективе, 39,1 % удовлетворены, 45,7 % не совсем удовлетворены, 10,9 % затруднились ответить. Выявлена прямая зависимость от боязни заразиться самому, заразить своих близких COVID-19 и обеспеченностью достаточным количеством СИЗ и антисептиками, $p < 0,025$ (рис. 4). Против

COVID-19 вакцинированы 93,3 % врачей. На рабочих местах в хирургических отделениях 54,3 % хирургов проходили ПЦР-тестирование только при явлениях ОРВИ, 32,6 % не тестировались вовсе, 3,1 % тестировались еженедельно. Это ведет к внутрибольничному распространению инфекции бессимптомными носителями среди врачей. Что касается плановых пациентов, 58,7 % хирургов считают ПЦР-тестирования на COVID-19 с КТ легких обязательным исследованием перед госпитализацией в стационар. Госпитализируют пациентов без ПЦР-теста и КТ легких 31,1 % хирургов, 51,1 % отказывают в госпитализации, 17,8 % проводят дообследования в стационаре. 47,8 % считают недостаточной преемственность поликлиник, направляющих пациентов на плановые операции, и вынуждены дообследовать их в стационаре.



Рис. 3. График зависимости доступности плановой помощи от оснащения хирургии

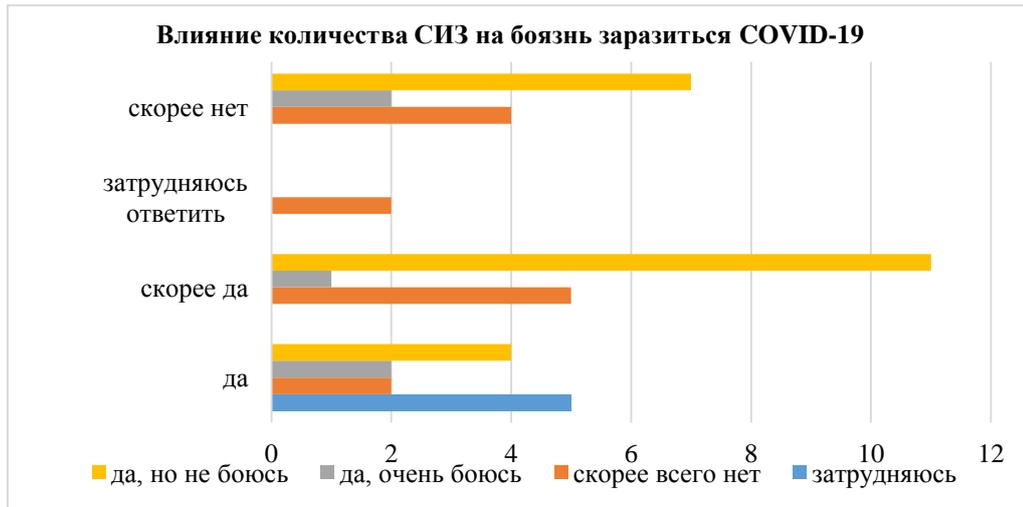


Рис. 4. График зависимости боязни заразиться от количества СИЗ

Выявлена взаимосвязь полноты обследования перед плановой операцией с ПЦР-тестированием на COVID-19 с КТ легких ($p < 0,005$). В связи с отсут-

ствием данных исследований часто хирурги отказывают в плановой госпитализации, и это влияет на доступность оказания хирургической помощи (рис. 5).



Рис. 5. Гистограмма зависимости отказа в госпитализации и обследования перед операцией

Программу Fast-track Surgery считают актуальной 62,2 % хирургов. Применение ее увеличивает оборот койки и не ограничивает доступность плановой хирургической помощи. 20 % думают, что часто бывают осложнения. 17,8 % не знают об этой программе. Была установлена зависимость, что врачи высшей категории в своей работе чаще склоняются к Fast-track Surgery в период пандемии ($p < 0,05$) (рис. 6). В графе «Ваши предложения по оптимизации плановой хирургической помощи» хирурги предлагают: не перепрофилировать хирургические стационары, а создавать инфекционные госпитали; плановых хирургических больных госпитализировать отдельно от экстренных, с выделением отдельного больничного помещения; обеспечить достаточным количеством СИЗ, оборудованием и медика-

ментами; упразднить работу с документооборотом, оставив только электронные варианты; повысить заработную плату у штатных хирургов и т.д.

Анкетирование врачей-хирургов в период пандемии COVID-19 выявило ряд недостатков: в укомплектованности кадров, недостаточном оснащении отделений и операционных блоков необходимым оборудованием, СИЗ и др. Это непосредственно влияет на удовлетворенность в работе врача, сказывается на качестве оказания, безопасности медицинской помощи, ее доступности для населения региона. Необходимо принимать меры по обновлению и модернизированию материально-технической базы хирургических отделений, в неблагоприятной эпидемиологической обстановке важно иметь полный запас СИЗ. Дифференцированно

подойти к разработке мероприятий по мотивации персонала, как материальной, так и нематериальной. Оптимизация организации труда и отдыха врачей, привлечение психолога для проведения индивидуального психологического консультирования, снижения уровня личной и ситуативной тревожности

среди врачей разных возрастных групп, работающих в условиях повышенной опасности в период пандемии COVID-19, привлечение и мотивация молодых специалистов, развитие наставничества в коллективах, что улучшит морально-психологический климат в коллективе.



Рис. 6. График зависимости актуальности программы Fast-track Surgery от категории специалиста

Повсеместное внедрение программы Fast-track Surgery обеспечит эффективное использование коечного фонда и сбережение ресурсов лечебных учреждений. Необходимо вынесение предложений на уровень комитета здравоохранения региона, для пересмотра тарифов ОМС в ТФОМС. Улучшение преемственности поликлиник и хирургических стационаров по подготовке больных на плановые операции, в том числе обследования, связанные с эпидемиологической обстановкой. Создание тесных коммуникативных связей.

Заключение

Таким образом, необходима комплексная многогранная работа с хирургическими врачебными кадрами по повышению удовлетворенности своим нелегким трудом. Это возможно при совместной работе врачей и руководителей, как структурных подразделений, так и больниц. Результатом общих усилий медицинская деятельность будет качественной и безопасной, отвечающая всем требованиям современной медицины.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Говорин Н.В., Бодагова Е.А. Психическое здоровье и качество жизни врачей. Томск-Чита : Иван Федоров, 2013. 124 с.
2. Фетцова Л.Н., Серова Ю.С., Смаровоз Е.И. Методы психокоррекционной работы с медицинским персоналом в условиях эпидемиологической ситуации COVID-19 // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2020. Т. 39 (S3-4). С. 266–270.
3. Психическое здоровье и профессиональное выгорание врачей-ординаторов во время пандемии COVID-19: ситуационные и психологические факторы / А. Б. Холмогорова, А.А. Рахманина, А.Ю. Суроегина [и др.] // Консультативная

психология и психотерапия. 2021. Т. 29 (2). С. 9–47. doi: 10.17759/cpp.2021290202.

4. Юсупов В.В., Демкин А.Д., Кравченко Ю.В. Воздействие эпидемии COVID-19 и карантина на психическое здоровье медицинских работников. URL: <http://onkto.ru/images/docs/COVID-Stress.pdf> (дата обращения: 27.05.2022).

5. Ядов В.А., Киссель А.А. Удовлетворенность работой: анализ эмпирических обобщений и попытка их теоретического истолкования // Социологические исследования. 1974. № 1. С. 78–87.

6. Кукина М.В. Изучение причин, влияющих на психологическое здоровье // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2018. Т. 35, № 1. С. 301–305.

7. Восприятие угрозы личной безопасности специалистов-медиков в условиях пандемии COVID-19 / К.Н. Царанов, В.А. Жильцов, Е.М. Климова, А.Г. Тарбастаев // Менеджер здравоохранения. 2020. № 4. С. 15–19.

8. Психическое здоровье медиков, работающих в период пандемии COVID-19 / Б.Б. Джарбусынова, Ж.Р. Худайр, А. Айбарова [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. 2021. № 4. С. 221–228.

9. Эпидемиологические особенности вспышек COVID-19 в медицинских организациях / Е.И. Сисин, А.А. Голубкова, И.И. Козлова, Н.А. Остапенко // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2021. Т. 20 (5). С. 89–97.

10. Оценка удовлетворенности персонала научно-медицинской организации взаимоотношением с руководителем / Г.В. Артамонова, Д.В. Крючков, Я.В. Данильченко, Д. В. Карась // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2017. № 2. С. 56–64. doi: 10.17802/2306-1278-2017-2-56-64.

REFERENCES

1. Govorin N.V., Bodagova E.A. Mental health and quality of life of physicians. Tomsk-Chita: Ivan Fedorov, 2013. 124 p. (in Rus.)
2. Fetsova L.N., Serova Yu.S., Smarovoz E.I. Methods of psycho-corrective work with medical personnel in the epidemiological situation of COVID-19. *Izvestiya Rossiyskoy Voenno-*

meditsinskoy akademii = Izvestiya of the Russian Military Medical Academy. 2020;39 (S3-4):266–270. (in Rus.)

3. Kholmogorova A.B., A Rakhmanin. A., Suroyegina A.Yu. et al. Mental health and professional burnout of medical residents during the COVID-19 pandemic: situational and psychological factors. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling psychology and psychotherapy.* 2021;29(2):9–47. doi: 10.17759/cpp.2021290202. (in Rus.)

4. Yusupov V.V., Demkin A.D., Kravchenko Yu.V. The impact of the COVID-19 epidemic and quarantine on the mental health of healthcare workers. (in Rus.) URL: <http://onkto.ru/images/docs/COVID-Stress.pdf> (accessed: 05.27.2022).

5. Yadov V.A., Kissel A.A. Satisfaction with work: an analysis of empirical generalizations and an attempt to interpret them theoretically. *Sotsiologicheskie issledovaniya = Sociological research.* 1974;1:78–87. (in Rus.)

6. Kukina M.V. Study of the causes affecting psychological health. *Chelovecheskiy faktor: Sotsial'nyy psikholog = Human factor: Social psychologist.* 2018;35(1):301–305. (in Rus.)

7. Tsaranov K.N., Zhiltsov V.A., Klimova E.M., Tarbastaev A.G. Perception of the threat to the personal safety of medical professionals in the context of the COVID-19 pandemic. *Menedzher zdravookhraneniya = Healthcare Manager.* 2020;4:15–19. (in Rus.)

8. Dzharbusynova B.B., Khudair Zh.R., Aybarova A. et al. Mental health of physicians working during the COVID-19 pandemic. *Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta = Bulletin of the Kazakh National Medical University.* 2021;4:221–228. (in Rus.)

9. Sisin E.I., Golubkova A.A., Kozlova I.I., Ostapenko N.A. Epidemiological features of outbreaks of COVID-19 in medical organizations. *Epidemiologiya i vaksino profilaktika = Epidemiology and vaccine prevention.* 2021;20(5):89–97. (in Rus.)

10. Artamonova G.V., Kryuchkov D.V., Danilchenko Ya.V., Karas D.V. Satisfaction assessment of the personnel of a scientific and medical organization with the relationship with the leader. *Kompleksnyye problemy serdechno-sosudistykh zabolevaniy = Complex problems of cardiovascular diseases.* 2017;2:56–64. doi: 10.17802/2306-1278-2017-2-56-64. (in Rus.)

Информация об авторах

О.А. Ус – заместитель главного врача, Многопрофильный медицинский центр, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1968-5399>; ✉ E-mail: olgaus2210@gmail.com

Н.Г. Чепурина – доктор медицинских наук, профессор, начальник управления подготовки медицинских кадров по ординатуре, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4747-9939>, E-mail: biosoc2008@yandex.ru

С.И. Панин – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой общей хирургии с курсом урологии, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5174-1675>, E-mail: biosoc2008@yandex.ru

Information about authors

Olga A. Us – Deputy Chief Physician of JSC "Multidisciplinary Medical Center", Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1968-5399>; ✉ E-mail: olgaus2210@gmail.com

Natalia G. Chepurina – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Training of Medical Personnel for residency, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4747-9939>, E-mail: biosoc2008@yandex.ru

Stanislav I. Panin – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of General Surgery with the course of Urology, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5174-1675>, E-mail: biosoc2008@yandex.ru

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-33-36>

Ethical aspects of the anatomical museum in the development of a future doctor

Andrei I. Perepelkin[✉], Elena V. Komissarova, Ekaterina V. Vlasova

Volgograd State Medical University, Volgograd

Abstract. The article reveals the tasks of the anatomical museum, which is not only one of the most important conditions for teaching students, but also a moral educational institution. In the process of training medical university students at the Department of Anatomy, its museum is of great importance, as it performs a social function of transferring the accumulated knowledge, experience, material and spiritual wealth to subsequent generations. The formation of the personality of a doctor follows certain directions, including the expansion of professional horizons, the professionalization of mental processes, the formation of a sense of duty and an increase in the level of claims within the chosen profession.

Keywords: education, students, human anatomy, anatomical museum

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Обзор

УДК 618.177-089.888.11-058

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-33-36>

Этические аспекты анатомического музея в развитии будущего врача

Андрей Иванович Перепелкин[✉], Елена Васильевна Комиссарова, Екатерина Владимировна Власова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. В статье раскрываются задачи анатомического музея, являющегося не только важнейшим условием обучения студентов, но и морально воспитывающим учреждением. В процессе обучения студентов медицинского университета на кафедре анатомии большая роль принадлежит ее музею, выполняющему социальную функцию в передаче накопленных знаний, опыта, материального и духовного богатства последующим поколениям. Формирование личности врача следует определенным направлениям, включающим расширение профессионального кругозора, профессионализацию психических процессов, формирование чувства долга и повышение уровня притязаний в рамках выбранной профессии.

Ключевые слова: обучение, студенты, анатомия человека, анатомический музей

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

The Anatomical Museum provides «adequate conditions for teaching and educating students». Back in 1908, V.P. Vorobyov wrote, "The name of educational anatomical museum (Studiensaal) means a special collection of specifically made anatomical preparations, as well as drawings and models provided for permanent use of students" [1]. Since the idea of organizing first educational anatomical museums appeared, anatomists have regarded them not only as a significant condition for student education, but also as "morally educating institutions" [1]. In Russia, the anatomical museum was first organized in 1890 by the German anatomist, Professor August Rauber at the Yuryev (Tartus) anatomical theater. A. Rauber is widely known as

the author of a multi-volume textbook on human anatomy, which has had several dozen editions.

The fact that the anatomical museum has an effective practical use for independent work of students is strongly emphasized in many publications of both domestic and foreign anatomists. A. Rauber claims, that "The absence of an educational museum cannot be compensated for". In 1913 V. Vorobyov made several conclusions about the specific role of the educational anatomical museum in normal human anatomy studies. These ideas are relevant to this day:

- the educational museum enables a student to understand the volumetric relationships of the forms that make up a given organ or part of it, before preparation, which

facilitates work and determines a meaningful attitude to the preparation;

- during preparation in difficult cases, the museum serves as a support for those working on preparations;

- when preparing for tests and exams, the museum provides an opportunity for students to get acquainted with parts that have not been dissected and which, when illustrated in atlases with planar drawings, often remain not quite clear;

- "The museum serves senior students as a means to revise and refresh forgotten facts in the memory" [1, 2, 3, 4].

The Educational Museum of the Department of Human Anatomy of Volgograd State Medical University is located in a specially arranged room on the 5th floor of the morphological building and occupies 84 m. Next to the museum, in a hall with a special glazed niche. There is a craniological collection, numbering about 100 skulls and illustrating the variant anatomy of the skull. The museum has 44 showcases that meet museum standards. Showcases are glazed on all sides and have from 3 to 5 shelves made of thick glass or metal, depending on the size of the containers with drugs located on them. Illumination of preparations meets hygienic standards. The museum fund consists of more than 1000 «dry» and «wet» preparations, a significant part of which was made by students in accordance with the requirements for the implementation of educational and research work. The shape and dimensions of containers are determined by the size and quantity of wet preparations placed in them. "Dry" preparations are mounted on stands made of metal, wood, or plexiglass. Paper labels with printed numbers are usually used for marking anatomical formations. Next to the preparations there are labels with the names of the structures indicated by numbers in Russian, Latin and, in part of the preparations, in English. Some "wet" preparations are marked with colored materials, and the names of their anatomical formations are printed on sketches (diagrams) made from these preparations. The museum also contains personal belongings, books, a portrait, a desk and an armchair of the first head of the department of human anatomy of the Stalingrad Medical Institute, Honored Scientist of the Russian Federation, Professor S. N. Kasatkin [5].

Traditionally, the study of any science begins with its history. We believe that history is the morality of any science, during the study of which students are morally educated. A specific feature of our teaching of anatomy at the medical faculty of the university is its clinical focus, which is carried out in various forms of work – at lectures, practical classes, with independent classroom and out-of-audience work of students. The principle of historicism is of moral and educational importance

in the study of anatomy: anatomical facts are considered in aspects of the history of this science. Therefore, paying tribute to scientists who often «mined» anatomical facts for us at risk to health and even life, students get acquainted with their names. Thus, when considering museum drugs with a pulmonary circulation, students learn that Spanish doctor and theologian Miguel Servet who "discovered" it, was burned at the stake together with his works as a heretic [5, 6].

Contextual focus in teaching human anatomy. The official name of our subject «human anatomy» does not contain the term "clinical", since the use of this term in relation to the subject of normal human anatomy is still being discussed. At the same time, the clinical orientation of teaching normal human anatomy is the implementation of one of the methodological principles of studying the subject. The clinical orientation of teaching fundamental medical discipline – human anatomy – at our department is carried out in various forms of work – at lectures, practical classes, with independent classroom and out-of-audience work of students.

The principle of clinical significance is taken into account in each topic in the lecture course. During the presentation of the lecture course, situational tasks are set. In practical sessions, clinical situations are commented on using maximum clarity (demonstration of Lisfranc, Chopard joints, Le Fort fractures, access for intra-arterial administration of drugs, cerebrospinal puncture, dental anesthesia, hernia sites, etc.).

Many years of experience in teaching allowed us to make theoretical generalizations and practical recommendations for studying the structure of the human body from the point of view of the clinical significance of facts, which formed the basis for the creation of a series of textbooks, as well as monographs.

The Museum of the Department of Human Anatomy of Volgograd State Medical University holds review classes with students of 1–2 courses and excursions for students of schools and medical colleges. There is constant scrupulous work to restore the existing exhibits and create and search for the new ones. Dozens of new unique drugs have been purchased. Students themselves significantly contribute to the museum fund during their research work, which is held in accordance with the requirements for performing educational and research tasks. Thus, the museum of the Department of Anatomy provides the opportunity for training of future doctors and biologists.

The anatomy methodology, based on the philosophical principles of development and universal connection, has not only educational, methodological and scientific, but also moral and educational significance. So, for example,

the understanding of the connection of all living things on Earth (and "everything existing is immersed in a higher being"), and the phylogenesis of organs and systems ("a whole world history rests under each gravestone"), allows us to postulate a moral position not only in relation to themselves like that, but also to the entire organic (and maybe not only) world: "...you rip off the grass, and the whole universe shudders".

Thus, the functioning of the museum of the Department of Human Anatomy is necessary not only for obtaining medical knowledge and gaining experience in working with biological objects (implementation of the principle of diversity, the principle of taking into account the influence of environmental factors), but also for introducing spiritual values (implementation of the principle of historicism) created by previous generations of prominent domestic and foreign anatomists-scientists, which will undoubtedly instill love for the future profession.

The order of work in the museum and methodological approaches in the study of macro preparations are described in the textbook [2, 3]. It uses the methods that are simple and acceptable for students to master and at the same time widely used in anatomy. When describing the methods of making drugs, special attention is paid to the systems most studied at the current stage of the development of anatomical science and clinical medicine (lymphatic system, organs of the immune system).

Along with the traditional methods of preparing the preparations, original methods are presented, dealing primarily with lymphology and immunology [6].

Thus, we consider the museum of the anatomy department, which meets all the necessary requirements for the organization of museum work, as a condition for both: obtaining the necessary medical knowledge and the formation of the personality of a future doctor. In the process of systematic studies in the museum (independent and with active consultations of teachers), our students not only acquire medical knowledge (implementation of the principle of clinical orientation in anatomy) and experience in working with biological objects (implementation of the principle of diversity, the principle of considering the influence of environmental factors, etc.), but also join the spiritual values created by previous generations of outstanding anatomists, compatriots and foreign scientists (implementation of the principle of historicism), which constitutes the essential conditions for labor, moral, patriotic, international, environmental and aesthetic education and contributes to the formation of appropriate personal qualities necessary for the future doctor.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

REFERENCE

1. Vorobyov V.P. Selected works. Leningrad: Medgiz. Leningr. Department, 1958. 346 p. (in Rus.).
2. Krayushkin A.I., Perepelkin A.I., Alexandrova L.I. Rare anatomical memorial editions of the library of the Department of Human Anatomy of VolgSMU. *Istoriya meditsiny v sobraniyakh arkhivov, bibliotek i muzeyev: materialy II mezhhregional'noy nauchno-prakticheskoy konferentsii, posvyashchonnoy 80-letiyu Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta = The history of medicine in the collections of archives, libraries and museums: materials of the II interregional scientific and practical conference dedicated to the 80th anniversary of the Volgograd State Medical University.* Volgograd: Publishing house of VolgSMU, 2015. (in Rus.).
3. Krayushkin A. I., Perepelkin A.I., Zagorodneva E.A. et al. Author's developments in solving morphological issues at the Department of Human Anatomy of VolgSMU. Volgograd: Publishing House of VolgSMU. 2017. 48 p. (in Rus.).
4. Krayushkin A.I., Perepelkin A.I., Alexandrova L.I. Aspects of the history of medicine in the format of the museum exposition of the Department of Human Anatomy. History of medicine in the collections of archives, libraries and museums. *Istoriya meditsiny v sobraniyakh arkhivov, bibliotek i muzeyev. Materialy VI i VII Mezhhregional'nykh nauchno-prakticheskikh konferentsiy = Materials of VI and VII Interregional scientific-practical conferences.* Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2020:272–276. (in Rus.).
5. Krayushkin A.I., Alexandrova L.I. Perepelkin A.I. Pages of History (Department of Human Anatomy of VOLGSMU – 80).

Ed. V.B. Mandrikov. Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2015. 172 p. (in Rus.).

6. Mandrikov V.B., Krayushkin A. I., Perepelkin A. I. et al. Methodological principles in lymphology and immunomorphology: monograph. Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2018. 156 p. (in Rus.).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Воробьев В.П. Избранные труды / под ред. Д.А. Жданова и Р.Д. Синельникова. Ленинград: Медгиз. Ленингр. отделение, 1958. 346 с.

2. Краюшкин А.И., Перепелкин А.И., Александрова Л.И. Раритетные анатомические мемориальные издания библиотеки кафедры анатомии человека ВолгГМУ // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев: материалы II межрегиональной научно-практической конференции, посвящённой 80-летию Волгоградского государственного медицинского университета. Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2015.

3. Авторские разработки в решении морфологических вопросов на кафедре анатомии человека ВолгГМУ / А.И. Краюшкин, А.И. Перепелкин, Е.А. Загороднева [и др.]. Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2017. 48 с.

4. Краюшкин А.И., Перепелкин А.И., Александрова Л.И. Аспекты истории медицины в формате экспозиции музея кафедры анатомии человека // История медицины в собраниях архивов, библиотек и музеев. Материалы VI и VII Межрегиональных научно-практических конференций. Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2020. С. 272–276.

5. Краюшкин А.И., Александрова Л.И., Перепелкин А.И. Страницы истории (кафедра анатомии человека ВолгГМУ – 80) / под редакцией В.Б. Мандрикова. Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2015. 172 с.

6. Методологические принципы в лимфологии и иммуноморфологии: монография / В.Б. Мандриков, А.И. Краюшкин, А.И. Перепелкин [и др.]. Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2018. 156 с.

Information about authors

Andrei I. Perepelkin – Doctor of Science (Medicine), Head of Pediatric Surgery department, Volgograd State medical University, Volgograd, Russia, *ORCID*: <https://orcid.org/0000-0001-5964-3033>, Scopus Author ID: 7003524902, ✉ E-mail: similipol@mail.ru

Elena V. Komissarova – Head of the Museum of Volgograd State medical University, Volgograd, Russia, *ORCID*: <https://orcid.org/0000-0001-6169-0293>, E-mail: museum@volgmed.ru

Ekaterina V. Vlasova – assistant of the department of forensic medicine, Volgograd State medical University, Volgograd, Russia, *ORCID*: <https://orcid.org/0000-0001-6215-6375>, E-mail: ekaterina-v@mail.ru

Информация об авторах

А.И. Перепелкин – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, *ORCID*: <https://orcid.org/0000-0001-5964-3033>, Scopus Author ID: 7003524902, ✉ E-mail: similipol@mail.ru

Е.В. Комиссарова – заведующая музеем, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, *ORCID*: <https://orcid.org/0000-0001-6169-0293>, E-mail: museum@volgmed.ru

Е.В. Власова – ассистент кафедры судебной медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, *ORCID*: <https://orcid.org/0000-0001-6215-6375>, E-mail: ekaterina-v@mail.ru

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-37-42>

Higher education for foreign students in Medical Academies during COVID-19 pandemic

Natalya A. Alshuk^{✉1}, Husam Al-Atoum²¹Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia²University of Petra, Amman, Jordan

Abstract. Background: The pandemic of the new coronavirus COVID-19 has affected all aspects of modern society. The higher medical education is no exception here. The borders closure by many countries has created a situation where the education in another country became possible only in a virtual format. The way the quality of education was affected will become clear later. But the effectiveness of work in this area mainly depends on the acceptance or rejection of the new forms of education by students. A study conducted by the International Relations Office of Volgograd State Medical University in February-April 2021 was dedicated to the study of this issue.

Aim: To determine the projections the application of a blended format of teaching to medical students in the post-Covid period in order to optimize the development of educational programs and improve international cooperation in this area.

Methods: The field of study included a questionnaire developed in Google forms. The Processing of questionnaires is automated. Editing and coding of information, statistical analysis, comparative analysis, combinatorial analysis using the SPSS program have been carried out. The study was conducted at medical universities in 8 countries in different regions of the world. The article discusses research results in Russia. General population – 1835 international students for March, 1, 2021. N = 320. Confidence – 97 %.

Research hypothesis: The transition to online education during a pandemic allows students continue medical education with minimum interruption. In general, they adapt well in the digital environment, however, they consider its disadvantages as: the lack of direct guidance from teachers in the development of practical skills and the absence of personal contacts. In the future, the online training format can be considered as supplementary, but not the main one in the process of training of doctors.

Results: Practical recommendations have been developed for the development of international relations in higher medical education using blended teaching methods, both in regular and in emergency situations.

Conclusion: Comparing these data, we can conclude that studying in a foreign medical university is assessed by students higher than education in their own country, they value the acquired knowledge more and choose those forms of training that are most advantageous for their professional development.

Keywords: higher medical education, international relations, online training, offline training (face-to-face), foreign students, teachers

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Научная статья

УДК 614.251.2

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-37-42>

Вопросы обучения иностранных студентов в медицинских вузах в период пандемии COVID-19

Наталья Александровна Альшук^{✉1}, Хусам Аль-Атум²¹Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия²Иорданский университет Петра, Амман, Иордания

Аннотация. Введение. Пандемия нового коронавируса COVID-19 сказалась на всех сторонах жизни современного общества. Не является исключением и сфера высшего медицинского образования. Закрытие границ многими государствами создало ситуацию, когда обучение в другой стране стало возможным только в виртуальном формате. Как это сказалось на его качестве, станет ясно впоследствии. Но эффективность работы в данной сфере во многом зависит от принятия или непринятия студентами новых форм обучения. Изучению этого вопроса было посвящено исследование, проведенное Управлением по международным связям Волгоградского государственного медицинского университета в феврале-апреле 2021 г.

Цель. Определить перспективы применения смешанного формата обучения студентов медицинских вузов в постковидный период для оптимизации освоения образовательных программ и укрепления международного сотрудничества в этой области.

Методы. Полевое исследование включало анкетирование с применением Googl-форм. Обработка анкет машинная. Проведено редактирование и кодирование информации, статистический анализ, компаративный анализ, комбинаторный анализ с использованием программы SPSS. Исследование проводилось в медицинских университетах 8 стран разных регионов мира.

В статье обсуждены его результаты по России. Генеральная совокупность – 1835 иностранных обучающихся на 01 марта 2021 г. N = 320. Достоверность – 97 %.

Гипотеза исследования. Переход на онлайн-обучение в период пандемии позволяет студентам реализовать возможности непрерывного медицинского образования. В целом они хорошо адаптируются в цифровой среде, однако ее недостатком считают отсутствие непосредственного руководства преподавателями, формирования практических навыков и невозможность личных контактов. В перспективе формат онлайн-обучения может рассматриваться как вспомогательный, но не основной в подготовке врачей.

Результаты. Разработаны практические рекомендации по развитию международных связей в высшем медицинском образовании с применением смешанных методов обучения, как в норме, так и в чрезвычайных ситуациях.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что учеба в зарубежном медицинском университете оценивается студентами выше, чем образование в собственной стране, они больше ценят полученные знания и выбирают те формы обучения, которые наиболее выгодны для их профессионального развития.

Ключевые слова: высшее медицинское образование, международные связи, онлайн-обучение, офлайн-обучение, иностранные студенты, преподаватели

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Introduction

Online education is widely accepted in the world [1], but it should be noted that it was used either as an additional mode in the face-to-face educational courses, or as a form of self-education. In some cases - for the training of persons who, for one reason or another, could not attend an educational institution. During the COVID19 pandemic, almost all students found themselves in this position. There were 2 ways – to take a break in training while staying in lockdown, or to continue it in the only possible form – as a distance/online course. Naturally, the second way was chosen for a large number of institutions [2].

The system of international relations in the field of higher medical education has also experienced a significant change. The paradox is that the forced isolation did not deteriorate, but improved and expanded these affairs. It started an active exchange of experiences in the online educational environment, the number of free available webinars, online courses and lectures increased radically in a short time, and a leap in the development of interactive forms of educational and scientific communications took place worldwide [3].

All this suggests that the experience gained during the pandemic must be carefully analysed and used in the future. One of the sources for such an analysis is the study conducted at the Volgograd State Medical University, considering of its results have already been summarized and presented in this article.

Study design

The development of the research program was carried out on the basis of the hypothesis presented above. Three questionnaires were developed – a) for foreign students, b) for Russian students and c) for teachers. At the same time, the last two were intended to collect data for a comparative analysis of attitudes towards distance learning and did not include a block of questions

about attitudes towards learning in another country, as in the first questionnaire. The survey was conducted from 21.02.21 to 21.04.21 in Russia (Volgograd), Israel (Tel Aviv), Check (Ostrava), Italy (Catanzaro), Great Britain (Coventry), Italy (Pisa). At the same time, focus groups were held in the form of meetings of foreign graduates of medical universities in Russia [4]. The processing of questionnaires and the analysis of the focus groups results made it possible to formulate conclusions and develop recommendations for improving international cooperation in the process of future doctors' training [4].

Results and discussion

Motivation in choosing a country of study plays a significant role in the formation of attitudes towards mastering a profession, so we were interested in the reasons why students chose a university in another country for their studies. The fact that 76.3 % admitted that such a decision was completely independent indicates that three quarters of the respondents are mature, independent individuals, or consider themselves as such.

We proposed to confirm or deny this conclusion during the survey. As it turned out, the role of agents in choosing a place of study is extremely small, only 1.3 % of respondents admitted their dominant participation in this process, which is within the margin of error. The experience of friends and their opinions also do not make a major impact on the choice of a place of study (2.5 %). But parents are more actively involved in the formation of attitudes towards studying abroad (13.8 %), which is not surprising. Moreover, it can be assumed that a certain part of the students, who consider their choice to be completely independent, to one degree or another were influenced by the opinion of their parents.

Since most of the students made the decision to study abroad independently, it was logical to ask them about the reasons of this choice. The decisive factor was the desire

of young people to travel, to meet new places, new people (37 %). Can this be interpreted as a manifestation of social mobility typical for this age or is it a rational decision to change the place of residence in general? This question can also be answered by applying the combinatorial method of the response analysis. We do not dwell on this here, since there is still no description of the overall picture of social changes in the life of students that are associated with studying in another country.

About a fifth of the respondents are convinced that the medical education system abroad is better than in their country (20.3 %). This answer cannot be recognized as reliable one, since it is based on other people's opinions, the applicants judge on their own experiences in their countries only. In order to determine whether this opinion changed in the course of study, it was also necessary to apply the combinatorial method, to look at the distribution of this answer among junior and senior students. We do not dwell on the results here for the above reason.

There is another interesting fact. The list of answers included test options for the data that was obtained when answering the first question. It turned out that 8.1 % of the respondents named the parents' desire as the reason for admission to a foreign university, while when answering the first question, a reference to the parents' opinion was present in the answers of 13.8 % of the respondents. We are not inclined to view this as a contradiction, since a motive and the reason for the move may differ.

The influence of the parents' choice was also found when answering the third question – about the choice of this particular country for higher medical education (9.4 %). But here the role of the agent is already more clearly visible (5.6 %), which was insignificant, not to say doubtful, when answering the first question. It is obvious that at the first stage (making a fundamental decision about studying abroad) of selection of a foreign university, agents are ineffective, while at the second stage (choosing the country of study) their role is already recognizable. And the main role in the choice of the country of study is played by three main factors: a) the quality of education (25.6 %), financial considerations (23.1 %) and personal relations (21.6 %). It is important, that professional interests of students prevail while choosing a national model of higher medical education, but they are only 2.5 % higher than the number of those who were guided by purely financial considerations in their choice of a particular university. There is a danger that the competition of universities in attracting foreign students may turn into knowledge trading, where the winner is not the one who provides high-quality knowledge, but the one who applies price dumping.

In our study, the test question, in order to define whether those who had chosen our country got disappoint-

ed in the quality of education, the respondents were asked if they were not disappointed in their decision. It turned out that only 5.6 % were disappointed, who doubted the correctness of the choice – 3.1 %, and 84.1 % recognized it as correct, and 64.4 % are sure that they got what they wanted, and 19.7 % are inclined to the correctness of the choice made. We do not present here the distribution of answers by course and country, since this is the task of the second stage of the study and a separate publication will be dedicated to the analysis of those details.

But it is possible to determine the reasons for such a positive assessment even now on the basis of the data based on the answers to the next two questions of the questionnaire. The first one is about what students like in a foreign country and in the learning process. And the second – "mirror", about what they do not like. Naturally, if the answers are reliable, an inverse correspondence in the number of answers should be revealed. Is it so?

Not everyone answered this question, but there could be several answer options, we have analysed them. The results showed that respondents give the highest rating to the institution of higher education in which the educational process takes place. 60.9 % of respondents like the Medical University the most. This is a significant figure, since mastering the profession of a doctor is the main goal of staying in the country. But what exactly do the respondents consider attractive at the university? No, these are not accommodation conditions (only 29.1 % are satisfied with them). And not the organisation of the educational process (30.6 % consider it good). Most of all, students like their lecturers (46.6 %). Only 12.2 % of respondents are dissatisfied with them. And here the ratio of the assessment of teachers and the assessment of clinics for practical classes draws attention. The state of the clinics does not inspire optimism for foreign students (18.8 % of positive assessments), while the teachers, on the contrary, are rated highly. A **conclusion** can be made *that the basic value of the learning process is the personality of the teacher, therefore, in order to improve the quality of education, it is necessary not only to create conditions for the normal work of teachers (clinics should be worthy of those who work in them), but also to maximize personal contacts between students and teachers.* The latter cannot be provided by distance education, which will be displayed below.

It is interesting that our students consider the possibility of learning a new language (53.8 %) as the second place among the priorities of studying abroad, only 13.8 % consider learning a new language burdensome and undesirable. Many assessed positively the process of familiarizing with the culture of a foreign country (46 %), kindness and openness of people (45.6 %). At the same time, 6.6 %

of them have not adapted in a new culture, and 8.4 % did not adapt to communication with local residents.

It should be noted that mainly representatives of Arab and Asian countries study at the university, there are also some students from Africa and Latin America, so it is not surprising that they feel comfortable enough in the south of Russia, which is reflected in a large number of positive reviews about the climate of the host country (45.3 %). Although, dissatisfaction with the climate was expressed by 27.8 % of respondents.

In general, the answers to the "mirror" questions confirmed the reliability of the answers to the direct question. The most interesting thing was to find out the configuration of the holistic perception of their stay in a new country, in a new educational institution, communication with new people of foreign students. Best of all, the image of the complex of these relations is demonstrated by the extreme points of the rating scale: "I like everything" and "I do not like everything». Respondents are often unable to prioritise the proposed options for value judgments. Or they can, but consider it insufficient.

Then they resort to choosing these "extreme" options. In our study, the complex of their feelings from staying and studying in Russia and specifically at the Volgograd State Medical University was noted as positive by 27.5 % of the respondents, and as negative by 3.4 %. Comparison of these data with the number of positive and negative answers to the question of the correctness of the decision to study in a particular Russian university, which we commented on above, confirms the need to expand this form of educational contacts between countries. Moreover, 70 % of the respondents answered negatively to the question of their desire to go to study at another university.

But among the answers to the question about the preferred place of study, there were answers (18 people) that it would be nice to change the country, but stay at this university to study. How? Naturally, this means online training. And since the COVID19 pandemic made this form of education the only one possible under quarantine conditions in many countries, it was impossible not to find out the students' impression of the advantages or disadvantages of online education. It also made sense for the selection of optimal educational models for international students in the future. Accordingly, some of the questions in the questionnaire related to the perception of the virtual educational environment by students were detailed. At the same time, the level of competence of the respondents was initially determined. It turned out that almost 60 % of students have online learning experience, which made it possible to obtain fairly complete data. We used a comparative method when collecting data: we compared the answers of foreign students, Russian

students and teachers to the questions that were identical in the questionnaires for these three groups.

The overwhelming majority of Russian students are already accustomed to distance learning (87.5 % consider themselves, to a greater or lesser extent, adapted to it). At the same time, those who are fully adapted are 22.3 % more than those who consider themselves not quite adapted, but still "kind of" adapted. Foreign students lag slightly behind: 56.6 % consider themselves fully adapted to work in a digital environment, 11 % have almost adapted, 16 % of respondents are experiencing difficulties. Note that the survey involved foreign students from 20 countries. The level of digital culture in those countries has significant differences. But it is a good indicator that two-thirds of the respondents to work in a virtual environment feel adapted to the online education.

This indicator differs significantly from that of teachers, who in 40.3 % of cases consider themselves insufficiently adapted to the remote version of educational activity, which is 14.6 % more than those who have fully adapted. This situation is quite understandable not only due to the fact that students represent a generation of digital civilization, but also because the teachers have a higher level of self-criticism and their self-esteem is more balanced than students who are experiencing a period of self-determination after the crisis of growing up (from 18 to 24 years according to Kohlberg) ... But one conclusion from these data can be established with a high degree of certainty: students have a willingness to accept new educational forms, which contributes to the success of its implementation.

In the view of the data obtained from the answers to the previous question, it seems logical that Russian students consider themselves more prepared for the introduction of distance learning than teachers. This, basically, coincides with the opinion of teachers (55.7 %), although, students are more convinced of their adaptability (71.1 %). Foreign students expressed an opinion close to the assessment of teachers – 56.5 % considered themselves better prepared to work in a virtual environment than teachers. It should be noted here that language difficulties could have influenced the choice of the answer, which in a latent form contained an assessment of the teachers' work.

Students and teachers are quite united in considering lectures as the most suitable form of learning for online education. 69.1 % of teachers want to lecture online, while 87.4 % of Russian and 71.6 % of foreign students want to listen to such lectures. This, once again, brings us back to the idea of checking the quality of lecturing. In general, the positions of students and teachers on the types of educational work that can be defined as the most suitable for online learning are very similar, given that students are more explicit in their self-evaluation. But

there are three items where the opinions of teachers and students differ. This is the attitude towards credits, exams and work off. Students more often cite the exam as the most acceptable type of educational work online (16.7 % of Russian and 24.4 % of foreign ones). And only 4.1 % of teachers think the same way, i.e. this is slightly higher than an observational error level.

There are differences between Russian and foreign students in terms of attitudes towards credits – 26.5 % of Russian students prefer to take them remotely and only 7.8 % of foreign students agree with it. More than half of Russian students (53.3 %) want to download the assessments online, while teachers agree to accept it in 32.2 % of cases. But among foreign students, only 21.3 % of respondents consider the online form to be suitable for handling their assessments. Here the position of teachers is clear – they receive more information through personal contact with the student and can, potentially, more objectively assess not only their knowledge, but also the style of thinking, erudition, ethical background, which is certainly necessary in the preparation of future doctors. The logic of students is based on the fact that it is more convenient to submit an assignment in digital form, the answers are strictly limited by a computer program. For example, answers written during the interim certification are limited in scope, it is simply impossible to exceed it. The response frames are defined by a window on the display. And, it is well known, the more a student talks, the higher the risk of errors and inaccuracies is in their answer. In addition, the distance form, potentially, leaves room for plagiarism, although only a well-trained computer science student can take advantage of it. Unfortunately, the local experience revealed that there are quite a few of them here. But foreign students view the situation differently – same language difficulties, as mentioned above do not allow them to be sure of the correctness of their written answer, they have doubts that the teacher will understand them. They feel that in a personal conversation with the teacher, they can explain what you wanted to state in the assignments. In other words, in difficult cases, the teacher themselves can suggest the correct selection of words. And in general, a verbal answer in a face-to-face communication is an excellent language practice.

Such an interpretation of the foreign students' answers would be correct if, it is backed up by "mirror" questions about the type of educational work they consider as not suitable for online learning, 15.9 % of the surveyed foreign students would not mention extra hours requires for studying. In other words, they do not want to see this type of educational work either offline or online. The position is so obvious that the topic of study hours required for foreign students in a medical university can be separately considered by specialists in educational methods.

Test questions on the acceptance/ rejection of certain modes of distance medical education were formulated in terms of modal logic to confirm / refute the stability of respondents' attitudes towards a certain type of behavior.

If we talk about the emotional assessment of online learning, then a difference of 13.2 % between the choice of personal, even mundane, interests (85.0 %) and educational interests (72.2 %) should be noted. Of course, this distribution can be explained by the fact that we are dealing with young people for whom the attachment to home and relatives has a great influence on their whole life. But if we turn to the tasks of our research, then on the basis of the data presented, we can conclude that distance learning for foreign students is effective when they stay in their own country.

In a survey of Russian students, the distribution of preferences was similar, although they were less active in answering this question. 43 % were satisfied that during the online learning period, there was no need to waste time on numerous travels to classes. But the teachers were less happy with this opportunity (25 %). This is understandable, because a teacher usually has one workplace, and the schedule requires a significant number of movements between classes locations from students. As for improvements of the education quality identified by the introduction of online courses, the Russian students do not have a formed position, this is evidenced by a very small percentage of those who noted educationally significant points (15.7 %). Among teachers, the corresponding points were noted by 40.8 %.

As we can see, foreign students are much more active in evaluating new teaching methods, although only 18.1 % accept them completely and unconditionally, which is only 5 % less than the same grades of Russian students. Although, only 5.9 % teachers admitted that they like everything about online learning. In general, we have to acknowledge positive aspects – both Russian and foreign students noted those points that assess if the online education helps them to make their life and study easier, and teachers – those that refer to the possibility of improving the quality of teaching.

We believe that the given data allows us to come to following **conclusion**: it is necessary to bring together the positions of teachers and students in relation to online learning, while displaying its disadvantages to students, and its advantages to teachers. Obviously, the differences in the assessments of Russian and foreign students will remain, because the attachment to home, which was mentioned above, plays a large role. Russian students have their own home "within walking distance" from the place of study, while foreign students miss it. The percentages as such are not important here, but general attitudes towards obtaining a quality education, have a common vector for both Russian and foreign students.

Russian students, similar to their teachers, most of all do not like the lack of psycho-emotional contact in online education, "live" communication – with classmates (17.8 %), with teachers (20 %), and teachers – with students. It is true, students feel discomfort from this three times less often than teachers. But foreign students are more concerned about the ineffectiveness of laboratory (37.5 %) and clinical (46.9 %) lessons in a distance format. Although the lack of live communication with fellow students (37.2 %) and teachers (39.1 %) is also felt quite significantly. In addition, it should be noted that foreign students are more active when choosing answers to the question about the negative aspects of online learning.

Conclusion

Comparing these data, we can conclude that studying in a foreign medical university is assessed by students higher than education in their own country, they value the acquired knowledge more and choose those forms of training that are most advantageous for their professional development.

Recommendations

1. It is advisable to select candidates for higher medical education in another country taking into account their level of digital technology skills.
2. Logistics of the educational process should include online components as secondary ones. It is useful to use them when entering the educational environment of a university, but not when studying specialised disciplines.
3. The effectiveness of training improves when students of the host country and foreign students work together (cross-communication), especially in those areas where there are evaluative differences in relation to the forms of education used.
4. Special training for teachers is required for a successful implementation of mixed forms of education, a special methodology and, possibly, modification of educational content.
5. It is advisable to make regular methodological video conferences between teachers of the receiving and sending

countries for the exchange of experience in educational challenges of foreign students in medical universities.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

REFERENCE

1. Medical students' knowledge, attitudes, and practices regarding electronic learning. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242905>.
2. Medical education in times of COVID-19: German students' expectations – A cross-sectional study. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241660>.
3. Consolidation in a crisis: Patterns of international collaboration in early COVID-19 research. URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0236307>.
4. Alshuk N.A. International students at Russian medical school: the ethics of communication before and during the COVID-19 pandemic. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45710647>.

Information about authors

Natalya A. Alshuk – Lecturer of Department for Philosophy, Bioethics and Law with a Course in Sociology of Medicine, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5657-575X>, ✉ E-mail: nalshuk@volgmu.ru

Husam Al-Atoum – Dr., faculty of Mass Communication, University of Petra, Amman, Jordan, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0897-0656>, E-mail: husam02@mail.ru

Информация об авторах

Н.А. Альшук – преподаватель кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5657-575X>, ✉ E-mail: nalshuk@volgmu.ru

Хусам Аль-Атум – кандидат философских наук, доцент факультета массовых коммуникаций, Иорданский университет Петра, Амман, Иордания, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0897-0656>, E-mail: husam02@mail.ru

Обзор

УДК 614.253:616-052

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-43-48>

Проблемы этики в медицинском туризме

Геннадий Юрьевич Щекин¹, Виктория Евгеньевна Тронева²

¹ Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

² Комитет здравоохранения Волгоградской области, Волгоград, Россия

Аннотация. В статье рассматриваются следующие вопросы: глобализация и интеграция экономического, политического и информационного пространства, которые привели к изменениям туристической отрасли; медицинский туризм как перспективное направление современного здравоохранения, которое требует теоретического осмысления; осуществление федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», части национального проекта «Здравоохранение»; медицинский туризм как объект научно-исследовательской деятельности: цели, задачи, результаты проводимых исследований; публикационная активность исследователей медицинского туризма; роль проводимых научно-практических конференций в продвижении научного знания о медицинском туризме; проблемы профессиональной компетентности специалистов в сфере медицинского туризма; научный вклад в оптимизацию современного администрирования рынка медицинских услуг.

Ключевые слова: научно-исследовательская деятельность, публикационная активность, медицинская организация, медицинский туризм, экспорт медицинских услуг.

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-43-48>

Problems of ethics in medical tourism

Gennady Yu. Shchekin¹, Victoria E. Troneva²

¹ Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

² Health Committee of the Volgograd region, Volgograd, Russia

Abstract. The article deals with the following issues: globalization and integration of the economic, political and information space, which have led to changes in the tourism industry; medical tourism as a promising area of modern health care, which requires theoretical understanding; implementation of the federal project "Development of the export of medical services", part of the national project "Healthcare"; medical tourism as an object of research activities: goals, objectives, results of ongoing research; publication activity of medical tourism researchers; the role of ongoing scientific and practical conferences in promoting scientific knowledge about medical tourism; problems of professional competence of specialists in the field of medical tourism; scientific contribution to the optimization of modern administration of the medical services market.

Keywords: research activity, publication activity, medical organization, medical tourism, export of medical services

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

В рамках Указа Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7 мая 2018 года № 204 Президент РФ В.В. Путин дал поручение Правительству РФ увеличить экспорт медицинских услуг в четыре раза, доведя объем этого рынка до одного миллиарда долларов США. Данное

решение было принято на основании понимания всей важности развития этого направления для отечественного здравоохранения и экономики страны в целом. Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг» является частью национального проекта «Здравоохранение», в выполнении которого принимают участие федеральные медицинские центры из 70 регионов

страны со всеми медицинскими учреждениями. Так, например, в Волгоградском регионе в рамках реализации проекта «Развитие экспорта медицинских услуг (Волгоградская область)» задействованы 20 государственных медицинских организаций.

В социологии сфера туристской деятельности в медицине не только привлекает внимание, но становится все более актуальной. Это связано с расширением этой сферы туризма и ее социально-экономической значимости. В результате, значительное число исследователей, ученых обратились к изучению этого феномена. Особый интерес представляют публикации, в которых рассматриваются общие технологические инновации, способные привести к коренным изменениям в развитии медицинского туризма. При этом очевидно, что глубокие научные исследования возможны при наличии слаженного коллектива ученых, в рамках которого обеспечивается непрерывность процесса развития и передачи научного знания. Среди отечественных исследователей, обратившихся к вопросу его изучения, можно выделить работы Н.Н. Седовой, А.Н. Разумова, В.А. Квартального, М.В. Никитина, В.Г. Климина, Л.А. Минасян, А.А. Игнатъева, Н.А. Савельевой, В.Я. Гельмана, Т.В. Шмелевой, О.Р. Радченко, Л.А. Эртель, Н.Н. Косиновой, М.А. Мамаевой, А.Н. Дайхеса, К.Э. Вдовина, Е.Г. Князевой, А.В. Егоркиной, А.С. Ямщикова, А.Н. Кириллова, А.В. Мальцевой, М.В. Балашовой, Е.Ю. Никольской, М.Н. Мулихова, Ю.И. Рабодзей, Н.Г. Куцевола. Наблюдается рост числа защит кандидатских диссертаций: например, А.А. Киселева «Совершенствование управления развитием лечебно-оздоровительного туризма» [1], А.Н. Дайхес «Научное обоснование организации экспорт медицинских услуг в регионе Российской Федерации» [2], Е.В. Игнатова «Современные тенденции развития рынка медицинского туризма» [3].

Важность изучения медицинского туризма определяется растущей значимостью выбранного направления в различных отраслях общественной жизни. Например, в экономической сфере медицинский туризм является прибыльным видом бизнеса, способствующим оптимизации экономических процессов: увеличению валютных поступлений и доходов, развитию предприятий связи, транспорта, питания, строительства, созданию новых рабочих мест; в политической сфере способствует стабилизации межэтнических и международных отношений, способствует возникновению взаимного интереса, толерантности и уважению между людьми различных национальностей. Кроме того, медицинский туризм способствует повышению образовательного, профессионального уровня

и способствует усилению престижа национального здравоохранения на международном уровне.

Научный интерес к медицинскому туризму проявила группа ученых Волгоградского государственного медицинского университета, когда в 2008 году поставила цель разработать объяснительную гипотезу медицинского туризма и предложить рекомендации по оптимизации процесса его институционализации в России. Результаты проведенных исследований были отражены в научных статьях, опубликованных в ведущих журналах и изданиях: например, «Новый вектор развития в отечественной туристической индустрии» [4], «Становление концепции медицинского туризма» [5], «Анализ популярности медицинского туризма среди граждан современной России» [6], «Медицинские ошибки в практике медицинского туризма: причины совершения и способы недопущения» [7], «Этика и право в медицинском туризме» [8], «Этическое и этническое в медицинском туризме» [9], «Этика стоматологического туризма как предмет научного интереса» [10], «Экспорт медицинских услуг в России: декларации и возможности» [11], «Правовое регулирование деятельности санаторно-курортного комплекса Краснодарского края в условиях COVID-19» [12], «Региональные возможности и этические риски медицинского туризма (на примере Волгоградского региона)» [13], «Потенциал российского здравоохранения в развитии медицинского туризма» [14] и изданных монографиях «Туризм и медицина» [15] и «Медицинский туризм: история, теория, практика» [16].

Для того чтобы обобщить мнения специалистов по рассматриваемым вопросам, Волгоградский государственный медицинский университет с 2015 года проводит Всероссийскую научно-практическую конференцию с международным участием «Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности» на базе своего филиала – Пятигорского медико-фармацевтического института.

В целях конкретизации рассматриваемой темы в 2022 году по предложению оргкомитета она была изменена на «Медицинский туризм: проблемы и перспективы». Конференцию отличает широкая география и авторитетность мнения ее участников. В конференции принимают участие представители Великобритании, Федеративной Республики Германии, Сирийской Арабской Республики, Итальянской Республики, Республики Белоруссия, Армении. Ее участниками стали наши коллеги из Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Краснодара, Казани, Геленджика, Кисловодска и Пятигорска. Программа конференции отличалась широкой и содержательной разнообразием, а также высокой актуальностью представленных докладов.

Участниками конференции отмечается, что медицинский туризм становится не только востребованным социальной жизнью современного общества, но и конкурентоспособным видом экономической деятельности государства. Сделан вывод о необходимости использования зарубежного опыта развития рассматриваемого направления для создания национальной гибкой системы. В то же время требуется критическое осмысление, анализ и адаптация полученных сведений в национальных реалиях. Специалистами едины в общем мнении, что для достижения намеченных результатов необходимо и создать адекватную законодательную базу с целью развития этой сферы, и улучшить состояние лечебно-профилактических учреждений, способных принимать иностранных пациентов. Высказано мнение о необходимости социологического мониторинга профессиональной деятельности медицинских работников с целью разработки мероприятий, направленных на развитие креативности врачей, их мотивации к новым формам медицинской деятельности. Докладчиками затронут важный момент наличия социальных рисков и барьеров развития медицинского туризма и возможные пути их решения. Оценена значимость и возможные направления работы с отзывами пациентов в сети Интернет для формирования имиджа медицинского учреждения и расширения клиентской базы. Предложено разработать стратегию, включающую проведение оценки качества и безопасности медицинских услуг профессиональными сообществами, через систему их сертификации по отечественным и международным стандартам менеджмента качества.

Было озвучено предложение рассмотреть проблему этики межэтнического взаимодействия в период оказания услуг медицинского туризма. Однако к обсуждению обозначенной темы участники не были готовы, а специалисты в области психологии, права и биоэтики высказали лишь общие теоретические положения, безусловно нуждающиеся в практической интерпретации. Представители частных медицинских клиник раскрыли свой опыт работы с приезжими пациентами, но никаких затруднений они не отмечают. В то же время была единодушно отмечена значимость данного направления в повседневной медицинской практике.

Подводя итоги, участники были единодушны во мнении, что медицинский туризм – существенный фактор развития здравоохранения, нравственно-этических и профессиональных качеств врачей и туроператоров, фактор развития международного общения. Развитие национального медицинского туризма возможно при условии межведомственного

взаимодействия всех заинтересованных сторон на основе регулярного социологического мониторинга качества и распределения услуг медицинского туризма в стране.

С 2022 года комитетом здравоохранения Волгоградской области совместно с лабораторией этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Государственного бюджетного учреждения «Волгоградский медицинский научный центр» проводится исследование «Экспорт медицинских услуг: перспективы и риски регионального здравоохранения (на примере Волгоградского региона)», цель которого – разработка методических положений по совершенствованию и модернизации рынка медицинского туризма Волгоградского региона на основе учета современных тенденций и явлений, происходящих в мировой и национальной системе здравоохранения. Полученная информация позволит административным службам и руководителям медицинских организаций принимать правильные управленческие решения в вопросах: выявления предпочтения и мотивов «медицинских туристов»; установления оптимальных цен на предоставляемые медицинские услуги; определения новых конкурентоспособных медицинских предложений; оценки эффективности различных рекламных каналов и программ стимулирования. Кроме того, проводимое исследование поможет медицинским организациям объективно оценить свои рыночные возможности и выбрать те направления деятельности, в которых достижение поставленной цели становится возможным с минимальным риском и максимальной определенностью, будет способствовать быстрому адаптивному к рыночным изменениям и разработке четкой стратегии и перспективы деятельности.

Выводы

Во-первых, авторы отмечают рост числа публикаций в рамках рассматриваемой темы, что связано не только с возросшим интересом к медицинскому туризму со стороны заинтересованных административных органов и представителей медицинских организаций, но и пониманием необходимости его дальнейшего продвижения, с целью демонстрации возможностей национального здравоохранения на международной арене.

Во-вторых, проведенный анализ показал, что этическая составляющая медицинского туризма должна обязательно присутствовать в проводимых исследованиях и публикациях. Однако в настоящее время она не является предметом интереса отечественных ученых. Возможно, исключением из этого правила можно

считать научные статьи Г.Ю. Щекина, Т.А. Турлак «Этика лечебного туризма» и Г.Ю. Щекина, Л.Л. Коженикова, В.А. Бахтина «Этика и право в медицинском туризме», опубликованные в Федеральном научно-практическом журнале «Биоэтика». Однако этого явно недостаточно для раскрытия проблемы. По мнению авторов, этические проблемы медицинского туризма должны быть тщательно изучены, что позволит разработать рекомендации по профилактике этических рисков в медико-туристической сфере.

В-третьих, проводимые социологические исследования имеют большое практическое значение, позволяющее своевременно определять и оперативно устранять проблемы, препятствующие продвижению и развитию такой сферы услуг, как медицинский туризм, оценить удовлетворенность приезжающих лиц в оказываемой медицинской помощи и разработать рекомендации по их усовершенствованию, выявить и устранить возникающие риски при оказании медицинских услуг, определить и устранить проблемы страховой медицины, привести региональную медицинскую инфраструктуру в соответствующее времени и конкурентным вызовам состояние.

В-четвертых, результаты исследования будут интересны специалистам и руководящим работникам органов государственной власти, в сфере интересов и ответственности которых находится управление сферой медицинского туризма, медицинским работникам, так как позволяют освоить и перейти на относительно новые виды и направления профессиональной деятельности, востребованные на рынке медицинских услуг, но, в настоящее время, не достаточно представленные и реализуемые, выработать индивидуальный подход к потенциальному потребителю и наладить адаптивную медицинскую инфраструктуру, способную конкурировать на рынке медицинских услуг.

В-пятых, полученные данные проводимых исследований могут быть использованы в подготовки будущих специалистов высшими и среднеспециальными образовательными учреждениями, так как позволяют на основе формирования и освоения новых, адаптированных к текущим условиям и особенностям как медицинской сферы, так и туристического рынка, компетенций, навыков и умений, обеспечить конкурентные преимущества на рынке как самому будущему специалисту, так и организации или учреждению, в котором он будет осуществлять свою трудовую деятельность.

В-шестых, безусловно, различные социологические исследования, проводимые различными учебными учреждениями страны, будут иметь практическую значимость, являются своевременными и акту-

альными, позволяющими в перспективе превратить новое рассматриваемое направление из теоретического дискурса в повседневную практику.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Киселева А.А. Совершенствование управления развитием лечебно-оздоровительного туризма: автореф. дис. ... канд. экон. наук. 2015. URL: https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/abs/2021/49/e3sconf_interagromash2021_09003/e3sconf_interagromash2021_09003.html <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1660128594&tld=ru&lang=ru&name=%D0%9A%>.
2. Дайхес А.Н. Научное обоснование организации экспорта медицинских услуг в регионе Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 2020. URL: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1660129267&tld=ru&lang=ru&name=Daykhes.pdf&text>.
3. Игнатова Е.В. Современные тенденции развития рынка медицинского туризма: автореф. дис. ... канд. экон. наук. 2020. URL: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1660129599&tld=ru&lang=ru&name=dissignatovaev.pdf&text=%D0%95.%D0%92>.
4. Щекин Г.Ю. Новый вектор развития в отечественной туристической индустрии // Социология медицины: векторы научного поиска. Сборник статей. М.: Издательство Перо, 2015.
5. Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности: Научный бюллетень по материалам

конференции 14–15 мая 2015 г., Пятигорск: Программа и тезисы / Н.Н. Седова, А.Д. Доника, Л.А. Эртель [и др.]. Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2015. 28 с.

6. Щекин Г.Ю., Т.И. Губа Анализ популярности медицинского туризма среди граждан современной России // Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности: науч. тр. II Межрег. науч.-прак. конф. с междунар. участием; Пятигорск, 27–28 мая 2016 г. Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2016.

7. Щекин Г.Ю. Медицинские ошибки в практике медицинского туризма: причины совершения и способы недопущения // Современный туризм в лечебной и здравоохранительной деятельности: Научные материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием; г. Пятигорск, 3–4 мая 2018 г. Волгоград: Издательство ВолГМУ. 2018. С. 90–99

8. Щекин Г.Ю., Кожевников Л.Л., Бахтин В.А. Этика и право в медицинском туризме // Биоэтика. 2018. № 2. С. 57–59.

9. Щекин Г.Ю., Осыко А.Н., Бахтин В.А. Этическое и этническое в медицинском туризме // Биоэтика. 2019. № 1. С. 62–64.

10. Этика стоматологического туризма как предмет научного интереса / Г.Ю. Щекин, А.Н. Осыко, В.А. Бахтин, Л.Л. Кожевников // Биоэтика. 2020. № 1. С. 43–48.

11. Щекин Г.Ю. Экспорт медицинских услуг в России: декларации и возможности // Размышления о человеке: коллективная монография / В.И. Петров, Н.Н. Седова, Г.С. Табатадзе [и др.]. Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2020. С. 90–98.

12. Щекин Г.Ю., Кожевников Л.Л. Правовое регулирование деятельности санаторно-курортного комплекса Краснодарского края в условиях COVID-19 // Биоэтика. 2021. № 1. С. 39–41.

13. Щекин Г.Ю., Реймер М.В., Иванов К.В. Региональные возможности и этические риски медицинского туризма (на примере Волгоградского региона) // Биоэтика. 2021. № 2. С. 39–42.

14. Russian healthcare in the development of medical tourism / N. Sedova, L. Minasyan, G. Shchekin [et al.] // XIV International Scientific and Practical Conference «State and Prospects for the Development of Agribusiness – INTERAGROMASH 2021». URL: https://www.e3s-conferences.org/articles/e3sconf/abs/2021/49/e3sconf_interagromash2021_09003/e3sconf_interagromash2021_09003.html.

15. Щекин Г.Ю. Туризм и медицина: монография. Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2013. С. 200

16. Седова Н.Н., Щекин Г.Ю. Медицинский туризм: история, теория, практика: монография. 2-е изд., доп. Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2017. 332 с.

REFERENCES

1. Kiseleva A.A. Improving the management of the development of health tourism. Abstract of the dissertation of Candidate of Economic Sciences. 2015. (in Rus.) URL: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1660128594&tld=ru&lang=ru&name=%D0%9A%9A>.

2. Daikhes A.N. Scientific justification of the organization of the export of medical services in the region of the Russian Federation. Abstract of the dissertation of Candidate of Medical Sciences. 2020. (in Rus.) URL: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1660129267&tld=ru&lang=ru&name=Daykhes.pdf&text>.

3. Ignatova E.V. Modern trends in the development of the medical tourism market. Abstract of the dissertation of Candidate of Economic Sciences. 2020. (in Rus.) URL: <https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1660129599&tld=ru&lang=ru&name=dissignatovaev.pdf&text=%D0%95.%D0%92>.

4. Shchekin G.Yu. A new vector of development in the domestic tourism industry. *Sotsiologiya meditsiny: vektory nauchnogo poiska. Sbornik statey = Sociology of medicine: vectors of scientific search. Collection of articles*. Moscow: Publishing House Pero, 2015. (in Rus.).

5. Sedova N.N., Donika A.D., Ertel L.A. et al. Modern tourism in medical and healthcare activities: Scientific bulletin based on the materials of the conference on May 14–15, 2015, Pyatigorsk, Program and theses. Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2015. 28 p. (in Rus.)

6. Shchekin G.Yu., T.I. Guba Analysis of the popularity of medical tourism among citizens of modern Russia. *Sovremennyy turizm v lechebnoy i zdravookhranitel'noy deyatel'nosti: nauch. tr. II Mezhhreg. nauch.-prak. konf. s mezhduunar. uchastiyem; Pyatigorsk, 27–28 maya 2016 g. = Modern tourism in medical and health care activities: scientific tr. II Interreg. scientific-practical. conf. with the international Participation; Pyatigorsk, May 27–28, 2016*. Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2016:124. (in Rus.)

7. Shchekin G.Yu. Medical errors in the practice of medical tourism: reasons for committing and ways of preventing. *Sovremennyy turizm v lechebnoy i zdravookhranitel'noy deyatel'nosti: Nauchnyye materialy IV Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem; g. Pyatigorsk, 3–4 maya 2018 g. = Modern tourism in medical and health care activities: Scientific materials of the IV All-Russian Scientific Practice. conferences with international participation; Pyatigorsk, May 3–4, 2018*. Volgograd: Publishing House of VolgSMU. 2018;90–99. (in Rus.).

8. Shchekin G.Yu., Kozhevnikov L.L., Bakhtin V.A. Ethics and law in medical tourism. *Bioetika = Bioethics*. 2018;2:57–59. (in Rus.).

9. Shchekin G.Yu., Osyko A.N., Bakhtin V.A. Ethical and ethnic in medical tourism *Bioetika = Bioethics*. 2019;1:62–64. (in Rus.).

10. 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;1:43–48. (in Rus.).

11. Shchekin G.Y. Export of medical services in Russia: declarations and opportunities. *Razmyshleniya o cheloveke: kollektivnaya monografiya = Reflections on a person: a collective monograph*. V.I. Petrov, N.N. Sedova, G.S. Tabatadze et al. Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2020:90–98. (in Rus.)

12. Shchekin G.Yu., Kozhevnikov L.L. Legal regulation of the activities of the sanatorium-resort complex of Krasnodar Krai in the conditions of COVID-19. *Bioetika = Bioethics*. 2021;1:39–41. (in Rus.)

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

14. Natalia Sedova, Larisa Minasyan, Gennady Shchekin, Georgy Tabatadze, Olga Kostenko Russian healthcare in the development of medical tourism // XIV International Scientific and Practical Conference "State and Prospects for the Development of Agribusiness – INTERAGROMASH 2021". URL:

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

15. Shchekin G.Y. Tourism and medicine: monograph. Volgograd: Publishing House of VolgSMU. 2013. 200 p. (in Rus.)

16. Sedova N.N., Shchekin G.Y. Medical tourism: history, theory, practice : monograph /. 2nd ed., add. Volgograd: Publishing House of VolgSMU, 2017. 332 p. (in Rus.)

Информация об авторах

Г.Е. Щекин – доктор социологических наук, профессор кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, старший научный сотрудник лаборатории этической, правовой и социологической экспертизы в медицине, Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3175-3262>, Scopus Authors ID: 56584684500, ✉ E-mail: Alfa-001@yandex.ru

В.Е. Тронева – заместитель председателя комитета здравоохранения Волгоградской области, администратор регионального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг (Волгоградская область)», Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2094-4696>, E-mail: V_Troneva@volganet.ru

Information about authors

Gennady Yu. Shchekin – Doctor of Sociological Sciences, Professor of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a course in Sociology of Medicine at Volgograd State Medical University, Senior Researcher at the Laboratory of Ethical, Legal and Sociological Expertise in Medicine, Volgograd Medical Research Center, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3175-3262>, Scopus Authors ID: 56584684500, ✉ E-mail: Alfa-001@yandex.ru

Victoria E. Troneva – Deputy Chairman of the Health Committee of the Volgograd region, administrator of the regional project «Development of export of medical services (Volgograd region)», Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2094-4696>, E-mail: V_Troneva@volganet.ru

Научная статья

УДК 614.253

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-49-54>

Этико-лингвистические особенности взаимодействия пациента и медицинского сообщества

*Татьяна Константиновна Фомина, Юлия Геннадиевна Фатеева[✉], Ольга Петровна Игнатенко,
Ольга Николаевна Алтухова*

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. Актуальность. Деятельность врача в числе прочего включает необходимость общения с пациентом, поэтому наличие коммуникативных навыков является обязательными признаком данной профессии. Объект исследования – информированное добровольное согласие с точки зрения основного компонента коммуникативного акта.

Цель. Провести анализ лингвистических и этических особенностей данного документа.

Методы. Лингвистический.

Результаты. Лексико-грамматический состав названия документа включает в себе распределение коммуникативных ролей: врач – активный коммуникант, пациент – пассивный; семантический анализ текста дает основание утверждать, что данный документ в большинстве случаев не может быть самостоятельно осознан пациентом, участие врача необходимо в рамках разъяснения содержания согласия.

Заключение. Проведенный анализ дает основание утверждать, что при неправильно проведенной работе с информированным добровольным согласием могут возникнуть коммуникативные проблемы и, как следствие таковых, коммуникативные неудачи.

Ключевые слова: информированное добровольное согласие, пациент, врач, коммуникация

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Original article

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-49-54>

Ethical and linguistic features of the interaction between the patient and the medical community

Tatiana K. Fomina, Yulia G. Fateeva[✉], Olga P. Ignatenko, Olga N. Altukhova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. Background: The activity of a doctor, among other things, includes the need to communicate with the patient, so the presence of communication skills is a mandatory feature of this profession.

The object of the study is informed voluntary consent from the point of view of the main component of the communicative act.

Aim: To analyze the linguistic and ethical features of this document.

Methods: Linguistic.

Results: The lexical and grammatical composition of the title of the document includes the distribution of communicative roles: the doctor is an active communicator, the patient is a passive one; The semantic analysis of the text gives grounds to assert that this document in most cases cannot be independently understood by the patient, the participation of the doctor is necessary as part of the explanation of the content of the consent.

Conclusion: The conducted analysis gives grounds to assert that if the work with informed voluntary consent is not carried out correctly, communicative problems may arise and, as a result, communicative failures.

Keywords: informed voluntary consent, patient, doctor, communication

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Введение

Одной из актуальных проблем современной медицины является проблема взаимоотношения врача и пациента. Изучением медицинского дискурса, а также

его лингвистического аспекта занимались такие исследователи, как М.И. Барсукова, В.В. Жура, Л.С. Бейлинсон, Л.А. Гаспарян, В.Б. Куриленко, И.Ф. Шамара, Л.М. Алексеева, Е.А. Костяшина и др. [1, 2, 3, 4].

Несомненно, что этический и лингвистический аспекты тесно взаимосвязаны между собой, потому не только благодаря лечению, но и с помощью обычных вербальных средств врач может достичь необходимого терапевтического эффекта.

Культура профессионального общения представителей медицинского сообщества с больными включает в себя такие сложные аспекты, как социально-психологический, этикодеонтологический, коммуникативно-лингвистический. Существует большое количество работ, посвященных проблемам врачебной этики и деонтологии (М.Я. Яровинский, Н.Н. Петров, Л.А. Лещинский, Е.А. Вагнер, А.А. Грандо, Б.В. Петровский, Ф.И. Комаров, Ю.П. Лисицын), вопросам биоэтики в российской медицинской практике (Ю.М. Лопухин, Б.Г. Юдин, А.Я. Иванюшкин, И.В. Силуянова, А.Н. Орлов, Н.Н. Седова) [5, 6, 7, 8, 9, 10].

Как только отношения людей выходят за рамки простого действия, физического манипулирования, возникает опасность нарушения этических норм с помощью слова, то есть, по сути, причинения вреда пациенту врачом. Выбор модели общения с пациентом требует от специалиста-медика не только применения всех его профессиональных умений и навыков, он «основан на компетентности врача ..., что требует обязательного гуманитарного компонента» [9, с. 182].

Цель

Профессиональная коммуникация врача и пациента включает несколько достаточно изученных этапов, однако относительно недавно во взаимодействие указанных участников процесса был введен еще один обязательный этап – информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Необходимо провести анализ лингвистических и этических особенностей данного документа.

Методы

Начать лингвистический анализ документа логично с исследования семантики названия документа. Итак, в русском языке существует 2 паронима, содержащих общую содержательную часть «информация»: информативный и информационный. Обратим внимание, что данные слова не являются синонимами, так как не являются «тождественными или очень близкими по своему значению» словами [11, с. 96], так как информативный – это «несущий информацию, насыщенный информацией», а информационный – «относящийся к информации, сообщающий о чем-либо» [12, с. 239]. Причастие «информированное» не является паронимом указанных слов, однако грамматическая характеристика данного термина

несет выраженное значение: страдательное причастие указывает на тот факт, что синтаксический субъект является пассивным «потребителем» активного действия: пациента информируют, своей подписью он подтверждает этот факт. Прилагательное «добровольный» означает «совершаемый по собственному желанию, без принуждения» [11, с. 409]. Согласие, образованное от глагола «соглашаться» («дать согласие» [11, с. 178.]). Особое значение в данном случае имеет порядок слов в названии документа, которое нужно понимать так: после получения информации (информированный) пациент без принуждения (добровольно) дает разрешение (согласие) на последующие манипуляции с его телом.

Следует отметить, что даже неглубокий лингвистический анализ определяет юридическую ценность данного документа. Однако большая часть пациентов не задумывается над формой слов, не имеет достаточных знаний для анализа паронимических связей и часто заменяет первое слово на однокоренное. При этом такая ошибка не меняет отношение пациента к медицинскому учреждению и воспринимается как бюрократические излишества взаимодействия с госучреждением.

Однако «жизнь» документа включает в себя два аспекта: добровольность (волевой акт человека) и информация. Чтобы информация стала информированностью, необходимо успешно воплотить еще один аспект – понимание.

Обратимся к содержательной части информированного добровольного согласия, утвержденного Приказом Минздрава РФ от 12.11.2021 № 1051н [13]. Отметим, что информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство включает пункт, содержащий персональные данные пациента. В нашей статье мы не рассматриваем проблему предоставления такой информации сторонним лицам. Предметом анализа является вторая, содержательная часть документа, которая начинается следующим образом: «...даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи» [13]. В данном фрагменте упоминается некий Перечень определенных видов

медицинских вмешательств. Примечательно, что данный документ не является обязательным приложением к информированному добровольному согласию, ознакомиться с ним можно в Интернете, однако полагаем, что в момент визита в медицинское учреждение пациент не располагает достаточным для ознакомления с данным Перечнем количеством времени. Таким образом, первая сложность возникает на временном уровне: информированное согласие может таковым не являться на самом деле, так как пациенту не предоставляют возможности получить полную информацию.

При попытке ознакомиться с Перечнем ожидаемо возникают проблемы на уровне понимания: документ включает медицинские термины, которые могут быть абсолютно неизвестны пациенту или он может наделять слова другим значением, например, сбор анамнеза, пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование и т. д. Закономерно предположить, что врач должен провести разъяснительную работу, что зафиксировано во второй части документа: «Медицинским работником (ФИО, должность) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи» [13]. Приведенный фрагмент информированного добровольного согласия содержит план разъяснительной беседы, в ходе которой врач знакомит пациента с необходимыми манипуляциями и процедурами, подробно описывает происходящие при этом процессы и действия врача и пациента; в процессе данной беседы необходимо также объяснить цели всех предложенных процедур, виды лечения (при наличии вариантов лечения также необходимо ознакомить пациента и с ними). И при этом необходимо помнить, что барьером для понимания опять может стать излишнее использование медицинской терминологии.

Отдельным пунктом стоит упомянуть обязанности пациента. Дело в том, что лечение и последующее восстановление часто бывает достаточно длительным, и в большинстве случаев больной следует рекомендациям врача только в первое время, до первых признаков кажущегося выздоровления. Большинство пациентов не заканчивает лечение: самостоятельно отменяет препараты, перестает соблюдать охранительные и ограничительные меры, слишком быстро возвращается к привычному образу жизни,

что нередко ведет к возвращению болезни, развитию осложнений, в том числе переход заболевания в хроническую форму.

Подчеркнем, что обязанности пациента закреплены в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 27, которая, в частности, гласит, что «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья» (п.1) [14]. В том же законе указано, что «граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях» (п. 2) [14]. В таком случае несоблюдение пациентом предписаний врача может быть расценено как нарушение закона.

Фраза «в доступной для меня форме» предполагает наличие у врача сформированного коммуникативного навыка, с помощью которого медицинский работник может быстро проанализировать собеседника с точки зрения коммуникативных особенностей и выбрать верную тактику ведения диалога. При этом в коммуникативный навык включается владение всеми речевыми и неречевыми способами взаимодействия с человеком. Это относится не только к профессиональным навыкам физического, инструментального и аппаратного исследования пациента, но и к речевым навыкам: владение различными стилями общения, умение подбирать оптимальные речевые средства для информирования пациента и т.д. Таким образом, можно говорить о реализации врачом всех необходимых «коммуникативно-прагматических стратегий» [15, с. 58].

Проблема коммуникативных навыков врача достаточно изучена в отечественной лингвистике, однако до сих пор остается открытым вопрос научения медицинского работника ведению профессионального диалога с пациентом, поиск своего коммуникативного стиля. Итак, на этапе работы с информированным добровольным согласием причинами коммуникативных неудач могут стать:

- социально-культурные различия (разные культуры не одинаково могут относиться к телу, по-разному трактовать те или иные проявления болезни и т.д. К социально-культурным различиям отнесем и религиозные взгляды человека, которые, бесспорно, оказывают влияние на мировоззрение, а значит и на отношение к здоровью/нездоровью);

- стилистические особенности (ошибка в выборе именно стилистически маркированных языковых средств может привести к непониманию: научный стиль не приемлем в беседе с пациентом, как и разговорный, который может восприниматься как

фамильярность или быть истолкован как недостаточное внимание к проблеме пациента, несерьезность);

- фонетические особенности речи участников общения (невнятная речь, дефекты речи, акцент и различные диалекты – все это может искажать до неузнаваемости звучащее слово);

- семантические ошибки (ошибки в понимании значения слов, фраз). Причиной данной коммуникативной ошибки может стать любая из перечисленных выше особенностей речи, потому считаем данный вид ошибок «итоговым», определяющим удачность или неудачность коммуникации.

Определить эффективность данного общения необходимо, используя обратную связь, позволяющую сделать вывод, насколько понятным для пациента было общение с врачом.

Особую роль играет не столько лингвистическая (коммуникативная) ошибка, сколько психологическая особенность конкретных людей и конкретного коммуникативного акта: существует такое явление, как барьер отношений, при котором происходит распространение негативного отношения к человеку/профессии на всю информацию, этим человеком предоставляемую.

В таком случае мы имеем проблему доверия, а значит и возможность получить негативный ответ в момент работы с информированным добровольным согласием становится более чем очевидной.

Заключение

Таким образом, диалог медицинского работника и пациента в момент подписания информированного добровольного согласия – важный этап личностного взаимодействия коммуникантов, успешность которого во многом скажется на результате лечения. Однако на практике такого не происходит, и пациент подписывает документ, не вникая ни в его юридическую силу, ни в последствия такого согласия. Причин такого поведения может быть много, но философы полагают, что «сознание русского человека, сформированное диалогически, было ориентировано на иерархичность языкового пространства», где письменная речь вызывает безоговорочное доверие, так как, по утверждению И.А. Дмитриевой, «безусловная истина всегда писалась на церковнославянском языке, мысли же спорные или сомнительные, личное отношение к различным точкам зрения высказывались на быденном русском языке – том языке, где возможна ложь, точнее, где ложь и истина неразличимы» [16, с. 43, 45].

В заключение отметим, что информированное добровольное согласие на данном этапе развития российского общества не выполняет свое прямое

предназначение по разным причинам. Однако необходимо обратить внимание, что нежелание русского человека задавать вопросы перед лицом официального документа, эмоциональный и ментальный дискомфорт в подобных ситуациях часто делают виновным в негативных последствиях (физических, моральных, материальных) самого пациента/человека.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают ответственность своего авторства международными критериями ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Белякова Р.А. Стратегия достижения эффективности в коммуникации врач-пациент // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики. Материалы 5-й международной научно-практической и образовательной конференции. 2017. С. 11–14.
2. Линник Л.А. Медицинский дискурс: образы автора и адресата // Лингвориторическая парадигма: теоретические и прикладные аспекты. 2020. № 25 (1). С. 179–181.
3. Шакарашвили М.В. Коммуникативный диалог врача и пациента // Образовательные науки и психология. 2012. № 2 (21). С. 53–58.
4. Юсеф Ю.В., Плахотник А.Н. Культура профессионального общения врача // Материалы I Международной научно-методической конференции «Лингвистические исследования и их использование в практике преподавания дисциплины «Русский язык и культура речи». 2018. С. 159–165.
5. Деонтология в медицине / под ред. Б.В. Петровского. М.: Медицина, 1988.

6. Дони́ка А.Д., Шестаков А.А. Биоэтика XXI века: национальные интересы и международные исследования // Биоэтика. 2019. № 1 (23). С. 60–62.

7. Ерина И.А. Врачебная этика как важнейшая составная часть медицинской деонтологии // Тенденции развития науки и образования. 2018. № 41 (3). С. 23–25.

8. Петровский Б.В. Врачебная этика в прошлом, настоящем и будущем // Здоровоохранение (Минск). 2020. № 9. С. 68–75.

9. Седова Н.Н., Петров А.В. Профессиональные и гуманитарные навыки в высшем медицинском образовании // Развитие потенциала социально-гуманитарных наук в формировании soft skills медицинских кадров юга России. Межвузовская научно-практическая конференция в рамках НОМК «Южный». 2020. С. 180–183.

10. Силуянова И.В. О сущности «этического» этических проблем современной медицины // Медицинская этика. 2019. Т. 7 (1). С. 72–76.

11. Словарь русского языка: В 4 т. Т. 4. 4-е изд., стер. М.: Рус. яз.; Полиграфресурсы, 1999.

12. Бельчиков Ю.А., Панюшева М.С. Словарь паронимов русского языка. М.: Издательство АСТ, 2002. 239 с.

13. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства». URL: <https://base.garant.ru/403111701>.

14. Федеральный закон от 21.11.2011 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://base.garant.ru/12191967>.

15. Ефремова Н.В. Фактор адресата – обязательный вектор дискурсивной деятельности адресанта медицинского текста // Филологические науки. Вопросы теории и практики. 2015. № 5 (47). С. 56–58.

16. Дмитриева И.А. Подступы к философии русского языка. М.: Издательский дом «Русская философия», 2020.

REFERENCES

1. Belyakova R.A. Strategy for achieving efficiency in doctor-patient communication. *Meditsinskiy diskurs: voprosy teorii i praktiki. Materialy 5-y mezhduna-rodnoy nauchno-prakticheskoy i obrazovatel'noy konferentsii = Medical discourse: issues of theory and practice. Materials of the 5th international scientific, practical and educational conference.* 2017:11–14. (in Rus.).

2. Linnik L.A. Medical discourse: images of the author and addressee. *Lingvoritoricheskaya paradigma: teoreticheskiye i prikladnyye aspekty = Lingvoritoricheskaya paradigm: theoretical and applied aspects.* 2020;25(1):179–181. (in Rus.).

3. Shakarashvili M.V. Communicative dialogue between doctor and patient. *Obrazovatel'nyye nauki i psikhologiya = Educational sciences and psychology.* 2012;2(21):53–58. (in Rus.).

4. Yusef Yu.V., Plakhotnik A.N. The culture of professional communication of a doctor. *Materialy I Mezhdunarod-*

noy nauchno-metodicheskoy konferentsii "Lingvisticheskiye issledovaniya i ikh ispol'zovaniye v praktike prepodavaniya distsipliny "Russkiy yazyk i kul'tura rechi" = Materials of the I International scientific and methodological conference "Linguistic research and their use in the practice of teaching the discipline" Russian language and culture of speech". 2018:159–165. (in Rus.).

5. Deontology in medicine. ed. B.V. Petrovsky. Moscow: Medicine, 1988. (in Rus.).

6. Donika A.D., Shestakov A.A. Bioethics of the 21st century: national interests and international studies. *Bioetika = Bioethics.* 2019;1(23):60–62. (in Rus.).

7. Erina I.A. Medical ethics as the most important component of medical deontology. *Tendentsii razvitiya nauki i obrazovaniya = Trends in the development of science and education.* 2018;41(3):23–25. (in Rus.).

8. Petrovsky B.V. Medical ethics in the past, present and future. *Zdravookhraneniye (Minsk) = Health care (Minsk).* 2020;9:68–75. (in Rus.).

9. Sedova N.N., Petrov A.V. Professional and humanitarian skills in higher medical education. *Razvitiye potentsiala sotsial'no-gumanitarnykh nauk v formirovani soft skills meditsinskikh kadrov yuga Rossii. Mezhvuzovskaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya v ramkakh NOMK "Yuzhnyy" = Development of the potential of social and humanitarian sciences in the formation of soft skills of medical personnel in the south of Russia. Interuniversity scientific-practical conference within the NOMK "Southern".* 2020:180–183. (in Rus.).

10. Siluyanov I.V. On the essence of the "ethical" ethical problems of modern medicine. *Meditsinskaya etika = Medical ethics.* 2019;7(1):72–76. (in Rus.).

11. Dictionary of the Russian language: In 4 volumes. Vol. 4. 4th ed., Sr. Moscow: Rus. lang.; Polygraphresurs, 1999. (in Rus.).

12. Belchikov Yu.A., Panyusheva M.S. Dictionary of paronyms of the Russian language. Moscow: AST Publishing House, 2002. 239 p. (in Rus.).

13. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of November 12, 2021 1051n "On approval of the Procedure for giving informed voluntary consent to medical intervention and refusal of medical intervention, the form of informed voluntary consent to medical intervention and the form of refusal of medical intervention". (in Rus.) URL: <https://base.garant.ru/403111701>.

14. Federal Law No. 323-FZ of November 21, 2011 "On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation". (in Rus.) URL: <https://base.garant.ru/12191967>.

15. Efreмова N.V. The addressee factor is an obligatory vector of the discursive activity of the addressee of a medical text. *Filologicheskkiye nauki. Voprosy teorii i praktiki = Philological Sciences. Questions of theory and practice.* 2015;5(47):56–58. (in Rus.).

16. Dmitrieva I.A. Approaches to the philosophy of the Russian language. Moscow: Russian Philosophy Publishing House, 2020. (in Rus.).

Информация об авторах

Т.К. Фомина – профессор кафедры русского языка и социально-культурной адаптации, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1636-3880>, ✉ E-mail: tkfomina@yandex.ru

Ю.Г. Фатеева – заведующая кафедрой русского языка и социально-культурной адаптации Волгоградский государственный медицинский университет, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5588-6959>, Scopus Authors ID: 57195391263, E-mail: fatjg@mail.ru

О.П. Игнатенко – доцент кафедры русского языка и социально-культурной адаптации, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3149-3015>, E-mail: ignatenk-o@mail.ru

О.Н. Алтухова – доцент кафедры русского языка и социально-культурной адаптации, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7159-6241>, E-mail: geeterra@mail.ru

Information about authors

Tatiana K. Fomina – Professor of the Department of Russian Language and Socio-Cultural Adaptation at Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1636-3880>, E-mail: tkfomina@yandex.ru

Yulia G. Fateeva – Head of the Department of Russian Language and Socio-Cultural Adaptation at Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5588-6959>, Scopus Authors ID: 57195391263, ✉ E-mail: fatjg@mail.ru

Olga P. Ignatenko – Associate Professor of the Department of Russian Language and Socio-Cultural Adaptation at Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3149-3015>, E-mail: ignatenk-o@mail.ru

Olga N. Altukhova – Associate Professor of the Department of Russian Language and Socio-Cultural Adaptation at Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7159-6241>, E-mail: geeterra@mail.ru

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-55-58>

Problems of training students with mental disabilities in a medical university

Alla N. Zholudova¹, Dmitry N. Os'kin¹, Olesya V. Polyakova¹, Evgeniy G. Vershinin²

¹Ryazan State Medical University after Academician I. Pavlov, Ryazan, Russia

²Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The article presents the results of a study of personal and emotional states of teachers of the Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, working with students with mental disabilities. As practice shows, training is associated with a number of problems associated with psychological barriers, both among students with disabilities or disabilities themselves, and psychological and pedagogical ones among university teachers who do not have special training for working in inclusive groups. To identify and analyze these problems in the educational process, as well as the emotional state of teachers, a survey and testing of the teaching staff of the university was conducted. Teachers believe that students with mental disabilities need special teaching aids and methodological developments, video materials and other technical means. It is also important to provide additional psychological and pedagogical training for teachers on the organization of the educational process with persons with disabilities or disabilities in order to adapt and improve the quality of educational work.

Keywords: mental disorders, pedagogical activity, methods of interaction, trajectory of development

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Обзор

УДК 376.42

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-55-58>

Проблемы обучения слушателей с ментальными нарушениями в медицинском вузе

Алла Николаевна Жолудова¹, Дмитрий Николаевич Оськин¹,
Олеся Витальевна Полякова¹, Евгений Геннадьевич Вершинин²

¹Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Рязань, Россия

²Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. В статье представлены результаты исследования личностных и эмоциональных состояний преподавателей Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, которые работают с обучающимися, имеющими ментальные нарушения. Как показывает практика, обучение связано с целым рядом проблем, связанных как с психологическими барьерами у самих слушателей с инвалидностью или ОВЗ, так и психолого-педагогическими у преподавателей вуза, не имеющих специальной подготовки для работы в инклюзивных группах. Для выявления и анализа этих проблем в учебном процессе, а также эмоционального состояния преподавателей было проведено анкетирование и тестирование профессорско-преподавательского состава университета. Преподаватели считают, что обучающиеся с ментальными нарушениями нуждаются в специальных учебных пособиях и методических разработках, видеоматериалах и других технических средствах. Также важно обеспечить дополнительную психолого-педагогическую подготовку преподавателей по организации образовательного процесса с лицами с инвалидностью или ОВЗ для адаптации и улучшения качества учебно-воспитательной работы.

Ключевые слова: ментальные нарушения, педагогическая деятельность, методика взаимодействия, траектория развития

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Relevance

Currently, for training and self-realization in the professional field of students with disabilities and/or HIA, comprehensive support of all interested parties is needed, using various technologies and information resources. The learning process must be built taking into account the psychophysical characteristics of this category of stu-

dents, taking into account the peculiarities of various nosology's, as well as the specifics of the educational process of a particular university, in our case, medical. An important component is a serious psychological and pedagogical training of doctors-teachers, and the creation of a special moral and psychological climate in the teaching staff and in the group of students. Here it is obviously

necessary to pay attention to individual work with each student, the development and formation of his personal and professional qualities.

In the system of vocational training of students with special mental development, it is necessary to pay attention and take into account their individual work opportunities, cooperation relations with each other and with the teacher; create situations of success about the achieved result, pride in overcoming difficulties.

At the Ryazan State University named after Academician I.P. Pavlov, the Department of Nursing is training young people with mental development peculiarities aged 18 to 25 years according to an additional general development adapted program «Care in the provision of social services to the elderly, including those with disabilities».

In the course of training, the rules of ensuring a safe environment in the provision of social services, technologies for performing care manipulations and the use of technical means of rehabilitation are studied. At the final lesson, students demonstrate their knowledge and skills on mannequins. Upon completion of the training, the students shared their impressions and expressed their readiness to be included in the labor force [1, 2, 3, 4].

Students acquire skills in caring for bedridden and low-mobility patients:

- study the algorithm of hand processing;
- learn how to wear personal protective equipment correctly;
- acquire the skills of feeding a bedridden patient;
- master the skill of changing sets of bed linen in several ways;
- consider ways to help mobility-impaired patients.

Classes are held in a classroom equipped with simulation devices and mannequins. The training takes place in a group and individually with each student. In the process of vocational training, the following main tasks are solved: to teach students to navigate in various life situations; to form their skills to work in a team; to develop independence and responsibility; to form motives and interests for household activities; to increase self-esteem; to carry out professional training that allows graduates to find a job.

The achievement of these results provides purposeful and individualized pedagogical support:

- possession of psychological and pedagogical methods and technologies necessary to work with students of different nosology's;
- psychological orientation to provide professional assistance to any student;
- individualization of the learning process;
- the ability to use special approaches, pedagogical technologies and methods of professional training.

Goal. However, as the teachers themselves note, they still do not have enough knowledge, skills and experience of working with students with special mental development. In order to identify such difficulties and improve the efficiency of the university teaching staff during the implementation of programs for the professional training of students with disabilities or HIA, a research work was carried out, in which teachers of the Department of Nursing of the Ryazan State Medical University named after I.P. Pavlov took part.

Materials and methods. The following methods were included in the diagnostic complex of the study: questionnaire, oral survey, diagnosis of professional «burnout» (K. Maslach, S. Jackson), diagnosis of the level of emotional burnout (V.V. Boyko), questionnaire «Self-feeling – activity – mood», scale of assessment of the level of reactive and personal anxiety (C.D. Spielberger, Y.L. Khanin), a test for objectivity [2, 3].

Results and their discussions. Analysis of the results of the psychodiagnostic methodology for identifying the level of professional «burnout» shows that all teachers (100 %) have low levels:

- emotional exhaustion, i.e. reduced emotional background;
- depersonalization, reflecting deformations in relationships with other people;
- reduction of personal achievements, manifested in a decrease in self-esteem, underestimation of one's professional achievements, negative attitudes towards professional opportunities or limitation of duties towards subjects of professional activity.

Thus, we can state that none of the subjects have professional «burnout» (the average age is 40 years) it has not been revealed and they can continue to successfully carry out their professional activities.

Using diagnostics of the level of emotional burnout (V.V. Boyko), we found out that the most developed symptoms of «burnout» are «inadequate selective emotional response», «reduction of professional responsibilities», «emotional detachment», «emotional and moral disorientation». The formation of these symptoms may indicate that teachers control the influence of mood on professional relationships; they have the development of indifference of professional relationships; curtailing professional activity, striving to spend as little time as possible on performing professional duties; creating a protective barrier in professional communications. Thus, it can be stated that 66 % of respondents have stress in the formation phase.

When interpreting the results of the self-assessment test of the level of anxiety at the moment (reactive anxiety as a condition) and personal anxiety (as a stable char-

acteristic of a person), we observe that 45 % of teachers have a low level of anxiety, and 55 % have high anxiety. In our opinion, such indicators indicate the tendency of teachers to develop a state of anxiety in situations of assessing their competence, and requires the formation of a sense of confidence in success.

Analyzing the results of the «Well-being – activity – mood» methodology, which is designed for a comprehensive assessment of the prevailing mood of a person), we can draw the following conclusion: all teachers (100 %) have an average score in the range from 5 to 7, which indicates a dominant good mood among them, which should prevail among people of this profession.

The results of the objectivity test indicate that almost all teachers (99 %) objectively know how to evaluate others and are not afraid to admit their mistakes in this matter; 1 % of the subjects easily form an opinion about people and just as easily tell the person to whom this opinion applies. However, there is a lot of subjectivity and excessive self-confidence in their judgments about people. It can be concluded that almost all teachers are equally unbiased and objective towards all students, including those with disabilities and/or disabilities.

Conclusions

So, analyzing the data of test methods, it can be stated that the emotional state of teachers working in a group with students with mental disabilities is relatively stable, it is possible to manifest states of insecurity, anxiety and stress, which may affect the desire and willingness to carry out training and interaction with students with disabilities and disabilities. Therefore, a set of measures is needed to improve the skills and help teachers to reduce psycho-emotional costs and increase stress tolerance.

Based on the questionnaire and oral survey, teachers have a great need for special psychological training, pedagogical knowledge in the field of methods of organizing the educational process, providing effective training and interaction with students with mental development characteristics, and are also not always emotionally ready for the behavioral characteristics of such students, for example, in situations of anger and aggression on their part.

When implementing the program «Care in the provision of social services to the elderly, including those with disabilities», teachers must know and take into account the characteristics of students with mental disabilities. Such features include: lag in the timing and pace of development; inertia, passivity in various spheres of life; underdevelopment of motor and speech functions; decreased cognitive interest; violation of the emotional-volitional sphere, etc. [5].

Therefore, teachers should pay more attention to the development of practical skills according to the scheme

of repeated repetition «repetition – manipulation – consolidation – bringing to automatism»; the development of memory and fine motor skills; the performance of collective tasks. It is necessary to include game and individual teaching methods in the learning process, to develop reference schemes and notes for home preparation.

In this regard, we can offer the following recommendations to the teaching staff of the university:

1. To bring to the attention of all teachers working in groups of students with mental development disorders, the peculiarities of their personal development, in particular the development of their cognitive sphere; the state of their emotional sphere, behavioral stereotypes. And also to acquaint teachers with the results of psychological and pedagogical diagnostics of their learning difficulties.

2. To organize professional development of teachers according to the programs of pedagogical support of students with disabilities and HIA: DPP PC Tutor support of students with disabilities and disabilities; DPP PC Organization of the educational process for teaching people with disabilities and disabilities; DPP PC Methodology of organizing the educational process for teaching disabled people and people with disabilities in medical educational organizations [1].

3. Take part in conferences and round tables in order to exchange work experience with students with disabilities and HIA.

4. To develop methodological recommendations on the use of pedagogical technologies, effective methods, techniques and tools in teaching students with mental disorders, taking into account their individual educational route.

Thus, the problem of vocational training of students with mental disabilities, their adaptation to work, the application of acquired skills in the household sphere is quite relevant today. To do this, it is necessary to create a number of psychological and pedagogical conditions that guarantee the effective and comfortable development of training programs by students themselves, as well as professionally and emotionally attuned teachers.

Additional info

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

REFERENCES

1. Website of the Department of Psychology, Pedagogy and Inclusive Education, FDPO, Ryazan State Medical University. (in Rus.) URL: https://www.rzgm.ru/about/faculties/fdpo/chair_pedagogics_psychology.
2. Nemov R.S. Psychology: textbook. In 3 books: Book. 3: Experimental educational psychology and psychodiagnostics. Moscow: Enlightenment: VLADOS, 1995. 436 p. (in Rus.).
3. Psychological tests. Ed. by A.A. Karelina: in 2 vols. T. 1. Moscow: VLADOS, 2002. (in Rus.).
4. Resource educational and methodological center for the training of people with disabilities and persons with disabilities

of the Ministry of Health of Russia: site. (in Rus.) URL: <http://rumc.rzgm.ru/news/150>.

5. Sergeeva N. I. Socio-psychological characteristics of disabled people with mental disorders. *Elektronnyy zhurnal "Praktika sotsial'noy raboty. Otkrytyy metodicheskiy resurs": setevoye izdaniye = Electronic journal "Practice of social work. Open Methodological Resource": online edition.* 2020;4. (in Rus.) URL: <http://xn--e1aavcpgf3a5d4a.xn--p1ai/node/211>.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Сайт кафедры психологии, педагогики и инклюзивного образования ФДПО Рязанского государственного медицинского университета. URL: https://www.rzgm.ru/about/faculties/fdpo/chair_pedagogics_psychology.
2. Немов Р.С. Психология: учебник. В 3 кн.: Кн. 3: Экспериментальная педагогическая психология и психодиагностика. М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. 436 с.
3. Психологические тесты / под ред. А.А. Карелина: в 2 т. Т. 1. М.: ВЛАДОС, 2002.
4. Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов и лиц с ОВЗ Минздрава России: сайт. URL: <http://rumc.rzgm.ru/news/150>.
5. Сергеева Н. И. Социально-психологические особенности инвалидов с ментальными нарушениями // Электронный журнал «Практика социальной работы. Открытый методический ресурс»: сетевое издание. 2020. № 4. URL: <http://xn--e1aavcpgf3a5d4a.xn--p1ai/node/211>.

Information about authors

Alla N. Zholudova – Candidate of Pedagogy, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychology, Pedagogy and Inclusive Education, Ryazan State Medical University after Academician I. Pavlov, Ryazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4779-1455>, E-mail: a.n.zholudova@yandex.ru

Dmitry N. Os'kin – Associate Professor, Head of the Resource Educational and Methodological Center for the Training of Disabled and Persons with Disabilities, Dean, Ryazan State Medical University after Academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8966-2702>, E-mail: doctorozzz@gmail.com

Olesya V. Polyakova – Candidate of Pedagogy, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Psychology, Pedagogy and Inclusive Education, Ryazan State Medical University after Academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8670-9066>, E-mail: kpptso@bk.ru

Evgeniy G. Vershinin – Candidate of Medicine, Assistant professor, Head of the Department of Medical rehabilitation and sports medicine, Head of the Inclusive Education, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5169-0051>, E-mail: werschinin_eugen@list.ru

Информация об авторах

А.Н. Жолудова – кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры психологии, педагогики и инклюзивного образования, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4779-1455>, E-mail: a.n.zholudova@yandex.ru

Д.Н. Оськин – кандидат медицинских наук, доцент, начальник Ресурсного учебно-методического центра по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, декан, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8966-2702>, E-mail: doctorozzz@gmail.com

О.В. Полякова – кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры психологии, педагогики и инклюзивного образования, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Рязань, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8670-9066>, E-mail: kpptso@bk.ru

Е.Г. Вершинин – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой медицинской реабилитации и спортивной медицины, начальник отдела инклюзивного образования, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5169-0051>, E-mail: werschinin_eugen@list.ru

Review

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-59-65>

Modified pre-abortion counseling section

L.V. Tkachenko, I.A. Gritsenko✉, K.Yu. Tikhaeva, I.S. Gavrilova, V.A. Dolgova

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Abstract. The problem of pregnancy termination is multifaceted. According to the current legislation, women who come to a healthcare facility for an induced termination of pregnancy undergo pre-abortion counseling. During the consultation, the specialist has several tasks: to compare the arguments for pregnancy termination or preservation; to help competently assess the current life situation; to consider ways to solve problems; to provide information about federal and regional support measures for pregnant women and families with children; to inform about possible negative consequences of an artificial termination of pregnancy. The authors believe that in addition to psychological assistance to women in the situation of choice, it is of great importance to provide detailed information about the negative reproductive consequences of abortion, including the problem of premature ovarian insufficiency. Due to the high prevalence of premature ovarian insufficiency among female population, it seems necessary to supplement the existing pre-abortion counseling procedure with a section devoted to the problem of physiological and pathological loss of ovarian reserve and the impact of pregnancy termination on this process. To inform a woman about her risk of premature ovarian insufficiency and about her presence of this condition in general would allow a woman to consciously avoid additional negative influences (smoking, alcohol, stress), make an informed decision about her reproductive plans and their timing, and possibly resort to oocyte cryopreservation methods in cases where the risks of premature ovarian insufficiency are extremely high. When premature ovarian insufficiency is already diagnosed, the only way to have a baby is to use assisted reproductive technology, but with the use of donor eggs.

Keywords: pre-abortion counseling, premature ovarian insufficiency, ovarian reserve, antimueller hormone

Submitted 16.04.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Обзор

УДК 614

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-59-65>

Модифицированный раздел доабортного консультирования

Л.В. Ткаченко, И.А. Гриценко✉, К.Ю. Тихаева, И.С. Гаврилова, В.А. Долгова

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Аннотация. Проблема прерывания беременности является многоплановой. В соответствии с действующим законодательством женщины, обращающиеся в медицинское учреждение за процедурой искусственного прерывания беременности, проходят доабортное консультирование. Во время консультации перед специалистом ставится несколько задач: сопоставить аргументы за прерывание и за сохранение беременности; помочь грамотно провести оценку сложившейся жизненной ситуации; рассмотреть пути решения возникших проблем; донести информацию о федеральных, региональных мерах поддержки беременных и семей с детьми; проинформировать о возможных негативных последствиях искусственного прерывания беременности. Авторы считают, что, помимо психологической помощи женщинам, оказавшимся в ситуации выбора, необходимо проводить детальное информирование о негативных репродуктивных последствиях аборта. В том числе о проблеме преждевременной недостаточности яичников. Ввиду широкой распространенности преждевременной недостаточности яичников среди женского населения представляется необходимым дополнить существующий порядок доабортного консультирования разделом, который посвящен проблеме физиологической и патологической потери овариального резерва и влияния прерывания беременности на данный процесс. Информированность женщины о наличии у нее риска преждевременной недостаточности яичников и вообще о наличии такого состояния позволило бы ей осознанно избегать дополнительных негативных влияний (курения, алкоголя, стресса), принимать обоснованное решение о репродуктивных планах и их сроке, а возможно, прибегнуть к применению методов криоконсервации ооцитов в том случае, если риски преждевременной недостаточности яичников чрезвычайно высоки. Когда преждевременная недостаточность яичников уже диагностирована, единственная возможность родить ребенка – это использование вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение), но с использованием донорских яйцеклеток.

Ключевые слова: доабортное консультирование, преждевременная недостаточность яичников, овариальный резерв, антимюллеров гормон

Статья поступила 16.04.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

A woman's reproductive choice and the procedure of pre-abortion counseling are debatable issues both in Russia and in other countries. In the Russian Federation, in accordance with the Concept of reproductive health protection of the population of the Russian Federation for 2016–2025, state support measures are aimed at strengthening the family institution, creating a system of reproductive health protection, as well as reducing the level of reproductive losses.

Any woman facing the problem of reproductive choice is vulnerable and needs both advice from a gynecologist and as well as social and psychological support.

According to the research data, among the reasons that lead women to refuse to continue a pregnancy, the main ones are:

- inconsistency of having a child with plans for the near future;
- low income;
- dissatisfaction with living conditions;
- lack of prospects for having a child within marriage or lack of confidence in preserving marriage;
- fear for their own health during and after pregnancy;
- family problems (seriously ill relatives, drug or alcohol addiction of relatives);
- moral pressure from relatives.

There may be situations in which women are left alone with the difficult problem of choosing between motherhood and abortion. It is important to understand the socio-psychological state of a woman. Unexpected news of pregnancy can lead to confusion and shock, anxiety, depression, aggression, emotional instability, sense of loneliness [1, 2, 3, 4]. Without professional counseling, the likelihood of making a wrong decision that the woman will regret increases. This is why the work of professionals providing pre-abortion counseling is so important.

There are several stages in the decision to terminate or maintain a pregnancy [5]. The beginning of this difficult situation is the news of the pregnancy, with the woman making her preliminary choice. Then, this is followed by gathering opinions – the woman reports the pregnancy to a narrow circle of people close to her and assesses their reactions. At this stage, it is possible to approve or change the previously chosen decision concerning the pregnancy. The next step is the final decision. Then, after terminating or continuing the pregnancy, an evaluation of her choice follows. At any of these stages, the woman needs the qualified assistance of a pre-abortion counseling.

Pre-abortion counseling by a psychologist is mandatory when referring for an abortion. It is conducted at the beginning of the «silence» period. In accordance with Article 56 of the 323 Federal Law «On the Fundamentals of Public Healthcare in the Russian Federation», if the

pregnancy is 8-10 weeks and there are no social indications, an abortion may not be performed within 7 days of the request. If the pregnancy is 4–7 weeks and 11–12 weeks (not later than the end of the 12th week) the «silence» time is 48 hours. After the regulated «silence» time, a woman gets an appointment with an obstetrician-gynecologist again and makes the final decision on whether to have an abortion or to maintain the pregnancy.

During the consultation, the specialist has several tasks: to compare the arguments for pregnancy termination or preservation; to help competently assess the current life situation; to consider ways to solve problems; to provide information about federal and regional support measures for pregnant women and families with children; to inform about possible negative consequences of an artificial termination of pregnancy [6]. Also, if a woman agrees, counseling is possible together with the father of the child or other relatives.

The approved counseling scheme includes 8 stages. First, the woman's attitude toward pregnancy, its termination, and motherhood is analyzed. Then, internal and external resources are analyzed as well. The focus is on self-esteem, emotional-volitional qualities, self-control skills, life values, support from family and friends, and material conditions. Further during the conversation, the woman's awareness of responsibility for her choice is formed. After that situations of preservation of pregnancy and further possible motherhood are considered and compared. It is important for the specialist to explain what the woman might lose by choosing induced termination of pregnancy. Then the psychologist returns to the consideration of external and internal resources, thereby conducting their secondary assessment. As a result of this conversation, the woman makes a preliminary decision whether to terminate or maintain the pregnancy. The psychologist also draws attention to the possibility of repeated consultations to help her make a final decision.

Due to the course of counseling, psychologists use various techniques:

- listening;
- asking questions;
- encouraging and reassuring;
- paraphrasing and summarizing;
- reflection;
- silence and pauses;
- information;
- confrontation;
- working with resources.

The main goal of a specialist during the pre-abortion counseling is to lead a woman to a pregnancy realization that means nothing in the solution of her life problems. It is of great importance to realize a great contribution

of social work specialists who explains peculiarities that support in social care sphere. Besides to psychological assistance, women must have opportunities to understand negative reproductive consequences of abortion. This includes the problem of premature ovarian insufficiency.

According to the authors, the problem of premature ovarian insufficiency (POI) [7, 8] is faced by from 1 to 7 % of women of reproductive age. The diagnosis criteria of POI are follicle-stimulating hormone levels of more than 25 mIU/ml in combination with oligo/amenorrhea of 4 months or even more in women under the age of 40 [9]. POI leads to a persistent impairment of reproductive function with the possibility of its realization in case the use of donor oocytes, which in some cases is unacceptable for a woman or a couple [10, 11, 12].

The presence of high risk factors for POI is an indication for a detailed assessment of the ovarian reserve using available methods (laboratory, instrumental), which allows tactics for further monitoring or timely intervention [13, 14].

Currently, there is no clear system for the premature ovarian insufficiency onset predicting. At the same time, it is not uncommon for a woman to terminate an unwanted pregnancy in younger age long before the POI manifestation. It is a «hard blow» to find out for a woman, that her «own» pregnancy was terminated, and further reproductive function cannot be achieved naturally and with her own genetic material.

To inform a woman about her risk of POI and about her presence of this condition in general would allow a woman to consciously avoid additional negative influences (smoking, alcohol, stress), make an informed decision about her reproductive plans and their timing, and possibly resort to oocyte cryopreservation methods in cases where the risks of POI are extremely high.

To our mind, an important factor is the possibility to evaluate the ovarian reserve of a woman planning to terminate their first pregnancy. POI risk factor awareness can influence a woman's decision to remain her being pregnant and make this decision more informed and well-informed.

We propose to add a section to the existing algorithm of pre-abortion counseling, which is dedicated to informing the patient about such a condition as a POF, about the complexity of its prediction.

Taking into account the existing counseling algorithm (Figure 1), it is of logic to discuss the POI problem at the initial admission, since by the second appointment of the gynecologist, the woman should already have all the information about the upcoming decision and make a decision.

In this regard, the obstetrician-gynecologist at the first request of a woman about the termination of an unwanted pregnancy conducts a conversation about the POI and conducts an assessment of the risks of the POI.

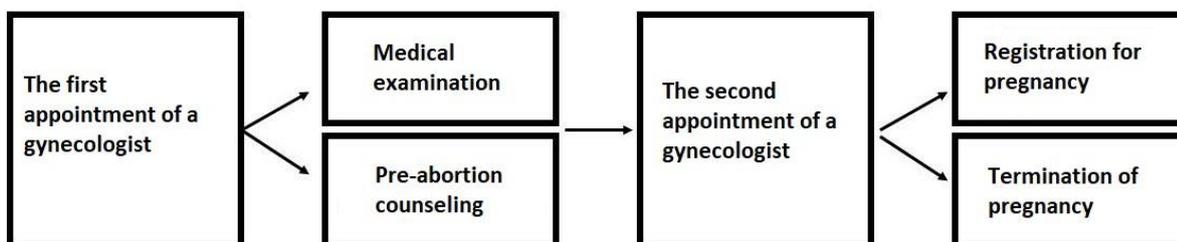


Figure 1. Algorithm of pre-abortion counseling

For whom: It is appropriate to discuss the problem of POI with women who are planning to terminate their first pregnancy, as well as with women who have not ruled out the desire to have a second and subsequent children in the future.

Who conducts: a doctor or a paramedic, any specialist involved in consultation.

When: During the first visit to a gynecologist for an unwanted pregnancy.

Timing: 10 to 15 minutes.

Support materials: teaching materials (Figure 2, Figure 3).

Suggested outline of the interview:

Let me tell you about such medical condition called Premature Ovarian Insufficiency (POI). I think, this is

to be of great importance for you since, you are making a big decision.

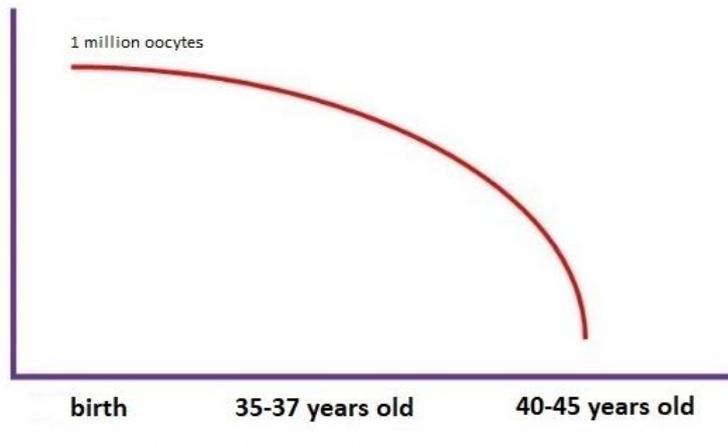
At birth, a woman receives a supply of oocytes and gradually this supply is expended, eventually leading to ovarian depletion and then to menopause (Figure 2 shows). This is natural and ordinary process.

But sometimes this exhaustion occurs much earlier and causes a young woman to lose the ability to procreate. There are two broad groups of causes that lead to the latter (Figure 3):

1) the girl (woman) was originally born with a small supply of oocytes;

2) external and internal factors caused abnormal quick oocyte exhaustion.

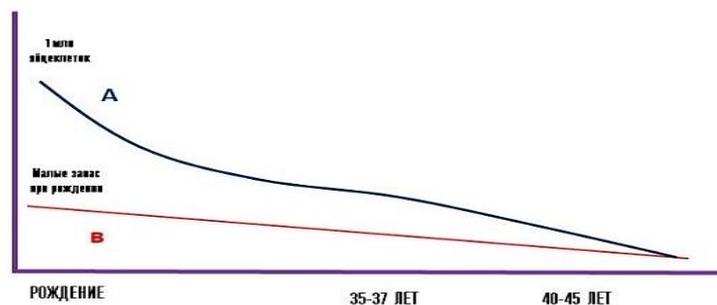
Physiological loss of ovarian reserve



There is a gradual loss of ovarian reserve. This is a normal aging process.

Figure 2. Physiological loss of ovarian reserve

Патологическая потеря резерва яичников (РИСУНОК 2)



А- ПРОИСХОДИТ ЧРЕЗМЕРНАЯ ПОТЕРЯ ЗАПАСА ЯЙЦЕКЛЕТОК
В-ИЗНАЧАЛЬНО ПРИ РОЖДЕНИИ У ЖЕНЩИНЫ БЫЛО МАЛО ЯЙЦЕКЛЕТОК

Figure 3. Pathological loss of ovarian reserve

Factors that can lead to low reserve and excessive loss can be diseases, bad habits, ecology, stress, and genetics as well. Unfortunately, the POI causes are not fully understood, and there is still much to learn and understand. But your life and health are important to us now.

At least 1% of women of reproductive age face the POI problem. POI is the early, untimely onset of menopause in women under 40. But it does not mean that a woman will lose her ability to have a baby at exactly 40. Fertility disorders occur several years before that. When POI is already diagnosed, the only possibility to have a child is the use of assisted reproductive technologies (ART), but with the use of donor oocytes. Once again, please note, that it is still possible to have a baby, but genetically it will be a donor's baby. There is no way to reliably tell if you have this condition.

Unfortunately, there are no reliable prognostic systems for POI. More often, doctors state the fact of its onset: a woman loses her periods, and at hormonal examination the doctor confirms the onset of early menopause.

There are several factors that can help you identify high risks of POI, for this I will ask you a few questions:

1. At what age did your mother go through menopause? Grandmothers? Sisters?
2. Have any of your female relatives been diagnosed with POI?
3. Do you have female relatives who have problems in conception combined with lack of menstruation?
4. Have you ever undergone radiation or chemotherapy?
5. Did you have ovarian cysts as a child, adolescent, or adult?

6. *Have you changed the length of your cycle in the last 1–2 years (it has become shorter, menstruation is scarcer)?*

Instead of the POI term it is advisable to use phrases such as: early menopause in the conversation. These phrases can be understood more unambiguously by a patient.

The questions are not intended to make a POI diagnosis, but to identify possible prognostic markers, which lead a specialist to assume that an unwanted pregnancy has occurred at risk of POI onset.

In case the woman responded positively to questions 2–5, or if the patient's mother/grandmother went through menopause before age 45, it is reasonable to suggest the woman be tested for antimullerian hormone (AMH) levels.

In case the woman does not agree to undergo the AMH study or has no information concerning the questions you ask, nevertheless, a specialist achieves the most important goal of informing the patient about POI risks, which is sure to lead a patient for being informed to make the decision about whether to continue or terminate her pregnancy.

Further discussion can be continued according to guidelines for the pre-abortion counseling.

Conclusion

The proposed modified section of the pre-abortion counseling algorithm will allow a more informed choice to be made by women who intend to terminate a pregnancy.

Additional information

Author contribution. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Source of financing. The study was carried out with the financial support from intramural grants of the Volgograd State Medical University (Order «On approval of the results of the competition for funding projects in the field of research activities» dated of December 7, 2020 No. 1444-KO).

Conflict of interests. The authors declare no obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Дополнительная информация

Вклад авторов. Все авторы подтверждают ответственность своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования

и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

Источник финансирования. Исследование проводилось при финансовой поддержке очных грантов Волгоградского государственного медицинского университета (Приказ «Об утверждении результатов конкурса на финансирование проектов в области научно-исследовательской деятельности» от 7 декабря 2020 г. № 1444-КО).

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

REFERENCES

1. Ratmanov M. A. et al. The problem of reproductive choice: strategic directions in a demographic situation and a systematic approach to the prevention of medical abortion. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii = Issues of gynecology, obstetrics and perinatology*. 2020;19(3):124–132. (in Rus.).
2. Balina T. N. Reproductive attitudes of women in the context of the legislative right to abortion. *Filosofiya prava = Philosophy of Law*. 2018;1(84). (in Rus.).
3. Puchkova Yu. M. Study of the factors that determine the reproductive choice of women. *Sotsialnaya dinamika naseleniya i ustoychivoe razvitie = Social dynamics of the population and sustainable development*. 2019:102–105. (in Rus.).
4. Ivanova A. D., Suldin A. M. Social portrait of a woman who came for an abortion. Effectiveness of pre-abortion counseling. *Aktualnye problemy teoreticheskoi, eksperimentalnoi, klinicheskoi meditsiny i farmatsii = Actual problems of theoretical, experimental, clinical medicine and pharmacy*. 2018:262–262. (in Rus.).
5. Information and methodological letter of the Ministry of Health of the Russian Federation dated July 17, 2017 No. 15-4/10/2-4792 "Psychological counseling for women planning artificial termination of pregnancy". (in Rus.).
6. Sheimukhova L.V., Kartlamayeva E.V. Psychological counseling in a situation of reproductive choice ("pre-abortion counseling"). Work experience of the psychological department of the City Clinical Hospital No. 1 (Perinatal Center). *Natsionalnye proekty – prioritet razvitiya zdravookhraneniya regionov = National projects – a priority for the development of health care in the regions*. 2019:257–259. (in Rus.).
7. Cordts E.B., Christofolini D.M., Dos Santos A.A. et al. Genetic aspects of premature ovarian failure: a literature review. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283(3):635–643. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1815-4>.
8. Panay N., Anderson R.A., Nappi R.E. et al. Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper. *Climacteric*. 2020;23(5):426–446. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1804547>.
9. Webber L., Davies M., Anderson R. et al. European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI. ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod*. 2016;5(31):926–937. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew027>

10. Chae-Kim J.J., Gavrilova-Jordan L. Premature ovarian insufficiency: procreative management and preventive strategies. *Biomedicines*. 2019;7(1);2. <https://doi.org/10.3390/biomedicines7010002>.
11. Hoekman E. J. et al. Ovarian tissue cryopreservation: Low usage rates and high live-birth rate after transplantation. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2020;99(2):213–221. <https://doi.org/10.1111/aogs.13735>.
12. Leonel E.C.R., Lucci C.M., Amorim C.A. Cryopreservation of human ovarian tissue: a review. *Transfusion Medicine and Hemotherapy*. 2019;46(3):173–181. <https://doi.org/10.1159/000499054>.
13. Nguyen H.H., Milat F., Vincent A. Premature ovarian insufficiency in general practice: meeting the needs of women. *Aust Fam Physician*. 2017;46(6):360–366.
14. Golezar S., Ramezani T.F., Khazaei S. et al. The global prevalence of primary ovarian insufficiency and early menopause: a meta-analysis. *Climacteric*. 2019;22(4):403–411. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1574738>.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Проблема репродуктивного выбора: стратегические направления в условиях демографической ситуации и системный подход к профилактике медицинских аборт / М.А. Ратманов [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020. № 19 (3). С. 124–132.
2. Балина Т.Н. Репродуктивные установки женщин в контексте законодательного права на аборт // Философия права. 2018. № 1 (84).
3. Пучкова Ю.М. Исследование факторов, детерминирующих репродуктивный выбор женщины // Социальная динамика населения и устойчивое развитие. 2019. С. 102–105.
4. Иванова А.Д., Сульдин А.М. Социальный портрет женщины, пришедшей на аборт. Эффективность доабортного консультирования // Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации. 2018. С. 262–262.
5. Информационно-методическое письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.07.2017 года № 15-4/10/2-4792 «Психологическое консультирова-

ние женщин, планирующих искусственное прерывание беременности».

6. Шеймухова Л. В., Каргламаева Е. В. Психологическое консультирование в ситуации репродуктивного выбора («доабортное консультирование»). Опыт работы психологического отдела ГКБ № 1 (Перинатальный центр) // Национальные проекты – приоритет развития здравоохранения регионов. 2019. С. 257–259.
7. Genetic aspects of premature ovarian failure: a literature review / E.B. Cordts, D.M. Christofolini, A.A. Dos Santos [et al.] // Arch Gynecol Obstet. 2011. No. 283 (3). P. 635–643. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1815-4>
8. Premature ovarian insufficiency: an International Menopause Society White Paper / N. Panay, R.A. Anderson, R.E. Nappi [et al.] // Climacteric. 2020. No. 23 (5). P. 426–446. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1804547>
9. European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Guideline Group on POI ESHRE Guideline: management of women with premature ovarian insufficiency. / L. Webber, M. Davies, R. Anderson [et al.] // Hum Reprod. 2016. No. 5 (31): 926–37. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew027>
10. Chae-Kim J. J., Gavrilova-Jordan L. Premature ovarian insufficiency: procreative management and preventive strategies // *Biomedicines*. 2019. No. 7 (1). P. 2. <https://doi.org/10.3390/biomedicines7010002>
11. Ovarian tissue cryopreservation: Low usage rates and high live-birth rate after transplantation / E.J. Hoekman [et al.] // *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2020. No. 99 (2). P. 213–221. <https://doi.org/10.1111/aogs.13735>
12. Leonel E. C. R., Lucci C. M., Amorim C. A. Cryopreservation of human ovarian tissue: a review // *Transfusion Medicine and Hemotherapy*. 2019. No. 46 (3). P. 173–181. <https://doi.org/10.1159/000499054>
13. Nguyen H.H., Milat F., Vincent A. Premature ovarian insufficiency in general practice: meeting the needs of women // *Aust Fam Physician*. 2017. No. 46 (6). P. 360–366.
14. The global prevalence of primary ovarian insufficiency and early menopause: a meta-analysis / S. Golezar, T.F. Ramezani, S. Khazaei [et al.] // *Climacteric*. 2019. No. 22 (4). P. 403–411. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1574738>

About the authors

Liudmila V. Tkachenko – MD, Dr Sci Med, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology; Research Group «Reproductive Medicine and Reproductive Genetics»; Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1935-4277>, E-mail: biosoc@yandex.ru

Irina A. Gritsenko – MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology; Research Group «Reproductive Medicine and Reproductive Genetics»; Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6761-2990>, E-mail: irina-gritsenko@yandex.ru

Ksenia Yu. Tikhaeva – MD, PhD, Associate Professor, Department of Pathophysiology, Clinical Pathophysiology; Research Group «Reproductive Medicine and Reproductive Genetics»; Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1956-6448>, E-mail: tikhaeva34@gmail.com

Irina S. Gavrilova – PhD (Philosophy), Associate Professor, Department of Medical and Social Technologies with the Course in Pedagogy and Educational Technologies of Additional Professional Education; Research Group «Reproductive Medicine and Reproductive Genetics»; Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4175-5499>. E-mail: biosoc@yandex.ru

Valeriia A. Dolgova – 4th year Student, Faculty of General Medicine; Research Group «Reproductive Medicine and Reproductive Genetics»; Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0260-1670>, E-mail: biosoc@yandex.ru

Информация об авторах

Людмила Владимировна Ткаченко – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования; научно-исследовательская группа «Репродуктивная медицина и репродуктивная генетика»; Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1935-4277>, E-mail: biosoc@yandex.ru

Ирина Анатольевна Гриценко – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования; научно-исследовательская группа «Репродуктивная медицина и репродуктивная генетика»; Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6761-2990>, E-mail: irina-gritsenko@yandex.ru

Ксения Юрьевна Тихаева – кандидат медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии, клинической патофизиологии; научно-исследовательская группа «Репродуктивная медицина и репродуктивная генетика»; Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1956-6448>, E-mail: tikhaeva34@gmail.com

Ирина Сергеевна Гаврилова – кандидат философских наук, доцент кафедры медико-социальных технологий с курсом педагогики и образовательных технологий дополнительного профессионального образования; научно-исследовательская группа «Репродуктивная медицина и репродуктивная генетика»; Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4175-5499>, E-mail: biosoc@yandex.ru

Валерия Андреевна Долгова – студентка 4-го курса лечебного факультета; научно-исследовательская группа «Репродуктивная медицина и репродуктивная генетика»; Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0260-1670>, E-mail: biosoc@yandex.ru

Сообщение

УДК 179.9

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-66-67>

Биоэтика сегодня

Константин Владимирович Иванов*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия*

Аннотация. Прошло пять лет с тех пор, как не стало великого ученого, «отца» российской биоэтики Бориса Григорьевича Юдина. Его памяти был посвящен круглый стол, состоявшийся в Институте философии РАН. Воспоминания о Б.Г. Юдине и переосмысление его идей в современную эпоху стали предметом обсуждения ведущих ученых-биоэтиков. Сама наука претерпела серьезные изменения за эти годы. Тем более важно по-новому «прочитать» работы Бориса Григорьевича, который не просто размышлял о современной ему биоэтике, но и сформулировал основные идеи ее будущего развития.

Ключевые слова: биоэтика, генные технологии, пандемия, этическая экспертиза, коммунитаризм, либерализм

Статья поступила 16.04.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

Notice

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-66-67>

Bioethics today

Konstantin V. Ivanov*Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia*

Abstract. Five years have passed since the death of the great scientist, the "father" of Russian bioethics Boris Grigoryevich Yudin. A round table held at the Institute of Philosophy of the Russian Academy of Sciences was dedicated to his memory. Memories of B.G. Yudin and the reinterpretation of his ideas in the modern era have become the subject of discussion by leading bioethicists. Science itself has undergone major changes over the years. It is all the more important to "read" the works of Boris Grigoryevich in a new way, who not only reflected on contemporary bioethics, but also formulated the main ideas of its future development.

Keywords: bioethics, gene technologies, pandemic, ethical expertise, communitarianism, liberalism

Submitted 16.04.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

16 августа 2022 года в Институте философии РАН состоялось заседание круглого стола «Биоэтика после либерального проекта», посвященного памяти основоположника российской биоэтики Бориса Григорьевича Юдина (1943–2017).

Заседание круглого стола можно было разделить на два блока – воспоминания о Борисе Григорьевиче и сообщения о современном состоянии и развитии тех проблем в биоэтике, которые оформились в последние годы под влиянием выдвинутых им идей. В работе круглого стола приняли участие соратники и ученики Бориса Григорьевича. Особенно эмоционально собравшиеся откликнулись на выступления супруги Б.Г. Юдина Елены Георгиевны Юдиной и сына – молодого талантливого ученого Григория Бо-

рисовича Юдина, а также ближайшего друга и единомышленника, коллеги и соавтора многих публикаций, нашего известного ученого Павла Дмитриевича Тищенко. Был показан трогательный и в то же время информационно насыщенный видеоролик о жизни этого удивительного человека, где, кроме фото- и видеодокументов, были представлены отрывки из интервью с Борисом Григорьевичем российским и зарубежным интервьюерам.

Вторая часть круглого стола была посвящена, как уже говорилось, развитию его идей в современных условиях. Были представлены такие темы, как: «От медицинской деонтологии к биоэтике» (Иванюшкин А.Я.), «Общее благо и общая воля: антиэтика либерального и коммунитаристского проектов»

(Тищенко П.Д.), «Биоэтика и принуждение: персональная автономия во время пандемии» (Белялетдинов Р.Р.), «Как генетическая информация влияет на трансформацию норм биоэтики» (Гребенщикова Е.Г.), «Цифровой гуманитарный луддизм: гуманитарная экспертиза» (Попова О.В.), «Этическая экспертиза в медицине: от гуманизма к формализму» (Седова Н.Н.), «Человекоразмерность принципов биоэтики: информированное согласие как вызов для коммуникации» (Ярославцева Е.И.) и другие. Достойным завершением работы явилось положение, которое высказал Павел Дмитриевич Тищенко, обосновав актуальность социоцентричной модели биоэтики: «Социоцентричная модель нуждается в своих особых принципах и правилах милосердия, солидарности и доверия, в своих особых идеях автономии, общего блага и зла, в своей особой идеи справедливости, которая связывает индивидов не только друг с другом, но и с общностью».

Участники заседания поддержали предложение о широком распространении и обсуждении поднятых

вопросов и предложенных интеллектуальных конструкций. Были предложены несколько возможных вариантов, поэтому нет сомнений в том, что научное наследие Бориса Григорьевича Юдина уже стало и всегда будет прочным фундаментом развития отечественной (и не только!) биоэтики.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The author declares that they have no competing interests.

Информация об авторе

К.В. Иванов – аспирант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3025-9254>, E-mail: konst.ivanoff2015@yandex.ru

Information about author

Konstantin V. Ivanov – postgraduate student of the Department of Philosophy, Bioethics and Law with a course in Sociology of Medicine, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3025-9254>, E-mail: konst.ivanoff2015@yandex.ru

УДК 179.9

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-68-69>

Биоэтика для медицинских сестер

Виктория Николаевна Власова

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Аннотация. В ведущем отечественном издательстве учебной литературы КНОРУС вышел первый в нашей стране учебник по биоэтике для медицинских сестер [1]. Это, без сомнения, можно назвать долгожданным событием. Дело в том, что до сих пор, при всей важности этических проблем в работе медицинских сестер, соответствующего учебного материала было мало, он не был систематизирован, более того, в некоторых медицинских колледжах вообще отсутствовал в учебной программе такой предмет, как биоэтика. Некоторые вопросы профессиональной этики рассматривались в курсах других учебных дисциплин, но целостной концепции преподавания выработано не было. Новый учебник, авторами которого являются профессора Н.Н.Седова, А.Д. Доника и доцент О.В. Костенко, позволяет преодолеть существующую фрагментарность в этической подготовке медицинских сестер.

Ключевые слова: медицинская сестра, профессиональная этика, биоэтика, сестринское дело, мораль

Статья поступила 16.03.2022; принята к публикации 18.08.2022; опубликована 10.11.2022.

doi: <https://doi.org/10.19163/2070-1586-2022-15-2-68-69>

Bioethics for nurses

Victoria N. Vlasova

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Abstract. The first bioethics textbook for nurses in our country has been published in the leading domestic publishing house of educational literature KNORUS [1]. This, without a doubt, can be called a long-awaited event. The fact is that until now, despite the importance of ethical problems in the work of nurses, there was little relevant educational material, it was not systematized, moreover, in some medical colleges there was no such subject as bioethics in the curriculum at all. Some issues of professional ethics were considered in courses of other academic disciplines, but no holistic teaching concept was developed. The new textbook, the authors of which are Professors N.N. Sedova, A.D. Donika and associate Professor O.V. Kostenko, allows us to overcome the existing fragmentation in the ethical training of nurses.

Keywords: nurse, professional ethics, bioethics, nursing, morality

Submitted 16.03.2022; accepted 18.08.2022; published 10.11.2022.

Сама организация учебного материала уже отличается от общепринятой. Авторы начинают рассмотрение с истории сестринского дела, акцентируя внимание студентов на неразрывной связи его профессиональных и нравственных компонентов на всех этапах становления института медсестринского дела. Это позволило логично перейти к рассмотрению вопроса о современных подходах к определению и содержанию сестринского процесса. Отмечается, что в эпоху цифровой медицины основная моральная нагрузка при диагностике, лечении и реабилитации пациентов ложится на медицинских сестер, которые поддерживают непосредственный личностный кон-

такт с больным, тогда как врачи переходят все больше к техникстской модели взаимоотношений с пациентом. Это неизбежно вызывает пересмотр роли медсестры как морального агента врачевания. Но адаптироваться к новым требованиям профессиональной роли можно только в том случае, если знаешь ее основы – принципиальные положения этики как науки о морали. Поэтому представляется логичным включение в материал учебника раздела об основах этики, и это позволяет перейти непосредственно к пониманию того, что такое биоэтика и почему она выделяется в особое направление развития общей этической теории.

Описание принципов биоэтики в учебнике соответствует принятой в литературе трактовке, но конкретизировано в профессиональном поле сестринского дела. Важную роль при этом имеет персонализация в описании принципов и иллюстрация их применения на практике. Особенно подробно рассмотрен принцип уважения автономии пациента, ведь именно он обеспечивает охрану его прав. Основная нагрузка и здесь ложится на медицинскую сестру, хотя, например, реализация правила информированного согласия пациента в ее функции не входит, но отслеживать выполнение этого правила она может и должна. Обсуждается и вопрос о врачебной тайне, которая, хотя и называется врачебной, но выступает общим требованием для всех медицинских работников.

В учебнике подробно, с иллюстрациями, биографическими справками и конкретными примерами рассмотрены модели врачевания. Здесь отсутствует привычная для либерального общества критика патерналистской модели и восхваление модели коллегиальной, поскольку для медицинской сестры патернализм в отношениях с пациентом – благо для него. Сострадание, забота, уверенность в благополучном исходе лечения, успокоение так или иначе соотносятся с патернализмом. А когда медицинская сестра говорит о больных: «Они мне как дети», отрицать пользу применения патерналистских методов бессмысленно.

Рассмотрение моделей врачевания и их применения в медсестринской практике завершает историко-философский раздел учебника и позволяет перейти к знакомству с конкретными проблемами профессиональной этики медицинской сестры. И здесь авторы применили новый методологический подход. Они систематизировали этические проблемы в практике сестринского дела по хромотипическому критерию как этику отношений с пациентом от рождения до смерти: забота о нерожденном человеке, забота о качестве жизни и достойный уход из жизни. Очевидно, что, несмотря на инвариантность функций в практике сестринского ухода, существуют серьезные отличия в зависимости от того, кто является ее пациентом – ребенок, взрослый человек или, что самое тяжелое в моральном отношении, человек умирающий. Такая организация материала позволяет любой медицин-

ской сестре, в каком бы отделении она ни работала, использовать знания по этике сестринского дела.

Заслугой авторов следует признать и то, что они обратили особое внимание на этические проблемы внедрения новых биотехнологий в медицинскую практику, рассмотрев изменения в этике сестринского дела в поле цифровой медицины.

Завершает этот увлекательный учебник «возвращение к истокам» – общая характеристика современной роли медицинской сестры, включающая новые отрасли знания и новые моральные требования.

Рецензируемый учебник содержит не только краткий теоретический материал, но и вопросы для самоконтроля, задания для самостоятельной работы, кейсы для закрепления материалы и самопроверки полученных знаний в области биоэтики и медицинской этики, тесты. Он хорошо иллюстрирован – портреты видных ученых-медиков и философов с краткими биографическими справками, рисунки и диаграммы. Рекомендован Экспертным советом УМО в системе ВО и СПО в качестве учебника для специальности «Сестринское дело» среднего профессионального образования. Мы охотно присоединяемся к этой рекомендации.

Дополнительная информация

Источник финансирования. Автор заявляет об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Additional info

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Competing interests. The author declares that they have no competing interests.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Седова Н.Н., Доница А.Д., Костенко О.В. Биоэтика: учебник. М.: КНОРУС. 2022. 138 с. (eLIBRARY ID: 48310789).

REFERENCES

1. Sedova N.N., Donika A.D., Kostenko O.V. Bioethics: textbook. Moscow: KNORUS Publ., 2022. 138 p. (in Rus.).

Информация об авторе

В.Н. Власова – доктор философских наук, профессор, заведующая кафедрой педагогики, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3035-7249>, E-mail: oip08@mail.ru

Information about author

V.N. Vlasova – Doctor of Philosophy, Professor, Head of the Department of Pedagogy of Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3035-7249>, E-mail: oip08@mail.ru

Журнал «Биоэтика» публикует рукописи, соответствующие международным нормам публикационной этики в био-медицинских журналах.

Рукопись будет снята с публикации, если на каком-либо этапе рассмотрения или предпечатной подготовки редакционной коллегией будет выявлено нарушение требований публикационной этики.

Если такое нарушение будет обнаружено читателями после публикации статьи, она будет отозвана. Это повлечет за собой также годичный запрет на будущие публикации в нашем журнале для членов авторского коллектива.

К нарушениям публикационной этики относятся:

- неправомерные заимствования;
- одновременная подача рукописи в несколько журналов;
- сокрытие конфликта интересов;
- оценивание профессиональных качеств рецензентов;
- неправомерное соавторство.

Неправомерные заимствования

Неправомерные заимствования могут существовать во многих формах – от представления чужой работы как авторской до копирования или перефразирования существенных частей чужих работ (без указания авторства) или до заявления собственных прав на результаты чужих исследований. Неправомерные заимствования во всех формах представляют собой неэтичные действия и неприемлемы.

Авторы рукописей должны представлять полностью оригинальные работы. Упоминания результатов работ других авторов должны сопровождаться ссылками на соответствующие первоисточники (которые подлежат включению в список источников).

Цитирование текста, ранее опубликованного где-либо, должно быть оформлено как ПРЯМАЯ РЕЧЬ (текст нужно заключить в кавычки) с обязательным указанием первоисточника. Включение в рукопись больших фрагментов заимствованного текста недопустимо.

Необходимо всегда признавать вклад других лиц в проведенное исследование. Авторы должны ссылаться на публикации, которые имели большое значение при выполнении научной работы, освещенной в рукописи.

Данные, полученные неофициально (например, в ходе беседы, переписки или в процессе обсуждения с третьими сторонами), не должны быть использованы или представлены без ясного письменного разрешения первоисточника.

Информация, полученная из конфиденциальных источников (например, о предоставлении гранта на проведение исследования), не должна упоминаться в рукописи без четкого письменного разрешения того из авторов рукописи, кто имеет непосредственное отношение к данным конфиденциальным источникам.

Выявление неправомерных заимствований проводится:

- в рамках научного рецензирования;
- через систему АНТИПЛАГИАТ;
- после публикации рукописей – по факту обращения читателей с соответствующими заявлениями.

При установлении факта неправомерного заимствования данных (результатов научной работы) или идеи рукопись (статья) будет отозвана (ретрагирована). На сайте журнала и в международных наукометрических базах данных (МНБД) будет размещено официальное уведомление.

Одновременная подача рукописи в несколько журналов или представление уже опубликованных данных под другим названием

Выявление факта представления одной и той же рукописи одновременно более чем в один журнал будет расценено как нарушение публикационной этики. Рукопись будет отклонена.

Публикация определенного типа статей (например, переводных статей) в некоторых случаях допустима при соблюдении ряда условий. При подаче рукописи для вторичной публикации авторы должны уведомить об этом редакционную коллегию и подробно обосновать целесообразность такой публикации. В случае вторичной публикации урегулирование вопросов, связанных с авторскими правами на публикацию, решается индивидуально в каждом конкретном случае. Общими правилами оформления рукописи для «вторичной» публикации являются:

- указание полной библиографической ссылки на первичную публикацию;
- сохранение оригинальной библиографии первичной работы.

Более подробную информацию о допустимых формах вторичных (повторных) публикаций можно найти на странице ICMJE.

Соккрытие конфликта интересов

Все авторы обязаны раскрыть (задекларировать в соответствующем разделе рукописи) финансовые или другие явные, или потенциальные конфликты интересов, которые могут быть восприняты как оказавшие влияние на результаты или выводы, представленные в работе.

Примеры потенциальных конфликтов интересов, подлежащих раскрытию:

* Подробно изложена на сайте издания. Доступна по ссылке: <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/about/editorialPolicies#custom-1>

¹ <https://bioethicsjournal.ru/2070-1586/about/editorialPolicies>

- получение финансового вознаграждения за участие в исследовании или написание рукописи;
- какая-либо связь (работа по договору, консультирование, наличие акционерной собственности, получение гонораров, предоставление экспертных заключений) с организациями, имеющими непосредственный интерес к предмету исследования или обзора;
- патентная заявка или регистрация патента на результаты исследования (авторского права и др.);
- получение финансовой поддержки для любого из этапов проведения исследования или написания рукописи (в том числе гранты и другое финансовое обеспечение).

Информация о конфликтах интересов, полученная от авторов рукописей, будет доступна только редакционной коллегии при принятии решения о публикации рукописи. Также информация о конфликтах интересов публикуется в составе полного текста статьи.

Оценка компетенции рецензента

Оценка профессиональных качеств рецензента является исключительной прерогативой редакционной коллегии. Попытки авторов давать оценки компетентности рецензентов повлекут за собой отклонение рукописи.

Неправомерное соавторство

Авторами публикации могут выступать только те лица, которые внесли значительный вклад в формирование замысла работы, разработку, исполнение и/или интерпретацию результатов представленного исследования, а также в сам процесс написания рукописи (в том числе проводившие научную и стилистическую правку и оформление в соответствии с требованиями журнала).

Авторы должны удостовериться в том, что:

- все участники, внесшие существенный вклад в исследование, представлены как Соавторы;
- не приведены в качестве Соавторов те, кто не участвовал в проведении исследования;
- все Соавторы видели и одобрили окончательную версию работы и согласились с представлением ее к публикации (подтверждением этого являются подписи всех авторов в сопроводительном письме).

The journal "Bioethics" publishes manuscripts that meet international standards of publication ethics in biomedical journals

The manuscript will be retracted from publication if at any stage of consideration or prepress editorial Board found a violation of the requirements of publication ethics.

If such a violation is found by readers after the publication of the article, it will be retracted. This will also entail a one-year ban on future publications in our journal for members of the authors team.

Violations of publication ethics include:

- plagiarism;
- simultaneous submission of manuscripts to several journals;
- concealment of conflict of interest;
- assessment of professional qualities of reviewers;
- illegal co-authorship.

Plagiarism

Plagiarism can take many forms, from presenting someone else's work as an author's work, to copying or rephrasing essential parts of someone else's work (without attribution), or to claiming ownership of someone else's research. Plagiarism in all forms is unethical and unacceptable.

The manuscript authors should submit entirely original work. References to the results of the works of other authors should be accompanied by references to the relevant primary sources (which should be included in the list of references).

Citation of the text, previously published somewhere, should be framed as a DIRECT SPEECH (the text should be enclosed in quotation marks) with the obligatory indication of the source. The inclusion of large fragments of borrowed text in the manuscript is unacceptable.

The contribution of others to the study should always be recognized. Authors should refer to publications that were of great importance in the performance of scientific work covered in the manuscript.

Data obtained informally (e.g. during a conversation, correspondence or discussion with third parties) should not be used or presented without the written permission of the original source.

Information obtained from confidential sources (for example, grant for research) should not be mentioned in the manuscript without the Express written permission of the author of the manuscript, who is directly related to these confidential sources.

Simultaneous submission of a manuscript to several journals or submission of already published data under a different title

Identification of the fact of submission of the same manuscript to more than one journal at the same time will be regarded as a violation of publication ethics. The manuscript will be rejected.

Publication of a certain type of articles (for example, translated articles) in some cases is permissible under certain conditions. When submitting a manuscript for secondary publication, the authors should notify the Editorial Board and justify the expediency of such publication in detail. In the case of a secondary publication, the resolution of issues related to copyright for publication is decided on a case-by-case basis. The General rules of the manuscript for the "secondary" publication are:

- full bibliographic reference to the primary publication;
- preservation of the original bibliography of the primary work.

More information on acceptable forms of secondary (repeated) publications can be found on the ICMJE page.

Научное издание

БИОЭТИКА (BIOETHICS JOURNAL)

Федеральный научно-практический журнал Т. 15, № 2. 2022

Свидетельство ПИ № ФС 77-75405 от 01.04.2019 г.

Журнал зарегистрирован
Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий
и массовых коммуникаций

Выпускающий редактор М. Ю. Лепеско
Редактирование Н. Н. Золиной
Художественное и техническое редактирование,
компьютерная верстка М. Н. Манохиной

Директор Издательства ВолгГМУ И. В. Казиминова

Дата выхода в свет 18.11.2022 г. Формат 60x84/8.
Усл. печ. л. 8,57. Уч.-изд. л. 7,35. Тираж 100 экз. Заказ № 290. Цена свободная.

Учредитель: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Адрес редакции:
400131 Волгоград, пл. Павших борцов, 1

Отпечатано в производственно-полиграфическом отделе Издательства ВолгГМУ.
400006, Волгоград, ул. Дзержинского, 45

Подписной индекс: ПП526