Научно-образовательный медицинский кластер Восточно-Европейский

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

НАУЧНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЖУРНАЛ
ЯРОСЛАВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
И РОССИЙСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ИМ. Н. И. ПИРОГОВА

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР Александр Леонидович Хохлов, академик РАН, д. м. н., профессор
ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА Александр Григорьевич Чучалин, академик РАН, д. м. н., профессор
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА Елена Георгиевна Гребенщикова д. филос. н., профессор
ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ Марина Александровна Кротова
РЕДАКТОР Марина Владимировна Сырова
ТЕХНИЧЕСКИЙ РЕДАКТОР Евгений Сергеевич Лукьянов
ПЕРЕВОДЧИК Диана Евгеньевна Куликова
ДИЗАЙН Марина Владимировна Доронина
ВЕРСТКА Игорь Александрович Кобзев

ПОДАЧА РУКОПИСЕЙ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ю. А. Александровский, член-корр. РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
С. Ф. Багненко, академик РАН, д. м. н. профессор (Санкт-Петербург, Россия)
А. А. Баранов, д. б. н., профессор (Красноярск, Россия)
Е. В. Брызгалина, к. филос. н., доцент (Москва)
Н. В. Богданова, к. м. н. (Дмитроград, Россия)
Я. В. Власов, д. м. н., профессор (Самара, Россия)
Н. Н. Волченко, д. м. н. (Москва, Россия)
О. А. Горянов, к. м. н., кандидат богословия, профессор (Петрозаводск, Россия)
Е. И. Гусев, академик РАН, профессор (Москва, Россия)
С. В. Глаголев, заместитель Министра здравоохранения РФ (Москва, Россия)
Е. В. Дмитриева, д. с. н. (Москва, Россия)
А. Д. Дурнев, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
А. В. Заборовский, д.м.н., профессор (Москва, Россия)
В. Т. Ивашкин, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Л. И. Ильенко, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
И. Н. Каграманян, д. м. н., директор департамента здравоохранения Правительства РФ (Москва, Россия)
О. П. Ковтун, академик РАН, д. м. н., профессор (Екатеринбург, Россия)
А. В. Концевая, д. м. н. (Москва, Россия)
Ф. Кроули, доктор наук, профессор (Бельгия)
Т. Кудайбергенова, д. м. н., доцент (Бишкек, Киргизия)
Д. А. Кудлай, член-корр. РАН, д. м. н. (Москва, Россия)
А. В. Концевая, д. м. н. (Москва, Россия)
А. В. Короткова, к. м. н. (Москва, Россия)
В. В. Косенко, к. фарм. н. (Москва, Россия)
С. А. Лукьянов, академик РАН, д. б. н., профессор (Москва, Россия)
Е. Г. Лилеева, к. м. н., доцент, (Ярославль, Россия)
А. Я. Маликов, к.м.н. (Санкт-Петербург, Россия)
А. И. Мартынов, к. м. н. (Москва, Россия)
Ю. Л. Мизерницкий, д.м.н., профессор (Москва, Россия)
Н. А. Михайлова, к. б. н., (Саратов, Россия)
Л. К. Мошетова, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
А. А. Мохов, д. ю. н., профессор (Москва, Россия)
С. Н. Мосолов, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Е. Л. Насонов, академик РАН, профессор (Москва, Россия)
А. В. Павлов, д. м. н., профессор (Ярославль, Россия)
Ч. С. Павлов, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
В. И. Петров, академик РАН, профессор (Волгоград, Россия)
Д. В. Ребриков, д. б. н., профессор (Москва, Россия)
Д. А. Рождественский, к. м. н. (Москва, Россия)
Б. К. Романов, д. м. н., доцент (Москва, Россия)
Л. М. Рошаль, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Н. Сафарли, профессор (Баку, Азербайджан)
Ю. Н. Саямов, к. ист. н., профессор, член Римского клуба (Москва, Россия)
Б. Сарымсакова, д. м. н., профессор (Астана, Казахстан)
Н. Н. Седова, д. филос. н., д. ю. н., профессор (Волгоград, Россия)
Н. В. Семенова, д. м. н. (Санкт-Петербург, Россия)
А. С. Созинов, д. м. н., профессор (Казань, Россия)
В. Н. Сокольчик, к. филос. н., доцент (Минск, Беларусь)
В. И. Стародубов, академик РАН, д.м.н., профессор (Москва, Россия)
Н. В. Теплова, д.м.н., доцент (Москва, Россия)
У. М. Тилекеева, д. м. н., профессор (Бишкек, Кыргызстан)
П. Д. Тищенко, д. филос. н., профессор (Москва, Россия)
В. А. Ткачук, академик РАН, д. м. н., профессор (Москва, Россия)
Д. Е. Фирсов, доктор культурологии, к. филос. н. (Ярославль, Россия)
Ч. Хайхун, профессор (Пекин, Китай)
Е. Шимаа, профессор (Египет)
Е. В. Шляхто, академик РАН, д.м.н., профессор Санкт-Петербург, Россия)
О. О. Янушевич, академик РАН, д.м.н., профессор (Москва, Россия)

ПОДАЧА РУКОПИСЕЙ https://medet.rsmu.press/login?lang=ru
ПЕРЕПИСКА С РЕДАКЦИЕЙ editor@rsmu.press
СОТРУДНИЧЕСТВО manager@rsmu.press
АДРЕС РЕДАКЦИИ ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997

Журнал включен в РИНЦ

Здесь находится открытый архив журнала

DOI выпуска: 10.24075/medet.2026-03
Свидетельство о регистрации средства массовой информации серия ПИ № ФС77-81021 от 02 июня 2021 г.
Учредители: ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ярославль, Россия);
ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия).
Издатель: ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России;
адрес: ул. Островитянова, д.1, г. Москва, 117997, Россия, 8(495)434-03-29
Журнал распространяется по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 International www.creativecommons.org
Подписано в печать 30.09.2026
Тираж 100 экз. Отпечатано в типографии Print.Formula
www.print-formula.ru

Scientific and Educational Eastern European Medical Cluster

MEDICAL ETHICS

SCIENTIFIC INTERDISCIPLINARY JOURNAL OF YAROSLAVL STATE MEDICAL UNIVERSITY
AND PIROGOV RUSSIAN NATIONAL RESEARCH MEDICAL UNIVERSITY

EDITOR-IN-CHIEF Alexander Khokhlov, full member of RAS, DSc (Med), professor
CHAIR OF EDITORIAL BOARD Alexander Chuchalin, full member of RAS, DSc (Med), professor
DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF Elena Grebenshchikova, DSc (Phil), professor
JOURNAL EXECUTIVE EDITOR Marina Krotova
EDITOR Marina Syrova
LAYOUT EDITOR Evgeny Lukyanov
TRANSLATOR Diana Kulikova
DESIGN Marina Doronina
LAYOUT Igor Kobzev

SUBMISSION

EDITORIAL BOARD

Alexandrovsky YuA, corr. member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Bagnenko SF, full member of RAS, DSc (Med), professor (Saint Petersburg, Russia)
Baranov AA, DSc (Biol), professor (Krasnoyarsk, Russia)
Bryzgalina EV, CSc, Associate professor (Moscow, Russia)
Bogdanova NV, CSc (Med) (Dmitrograd, Russia)
Crowley F, DSc, professor (Belgium)
Dmitrieva EV, DSc (Sociol) (Moscow, Russia)
Durnev AD, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Firsov DE, DSc (Cult), CSc (Phil) (Yaroslavl, Russia)
Goryanov OA, CSc (Med), CSc (Theol), professor (Petrozavodsk, Russia)
Gusev EI, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Glagolev SV, Deputy Minister of Health (Moscow, Russia)
Ivashkin VT, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Ilienko LI, DSc, professor (Med) (Moscow, Russia)
Haihong Zhang, professor (Beijing, China)
Kagramanyan IN, DSc (Med), Head of Institute of Leadership and Healthcare Management (Moscow, Russia)
Kudlay DA, corr. member of RAS, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Kovtun OP, full member of RAS, DSc (Med), professor (Yekaterinburg, Russia)
Kosenko VV, CSc (Pharm) (Moscow, Russia)
Kontsevaya AV, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Korotkova AV, CSc (Med) (Moscow, Russia)
Kudaibergenova T, DSc (Med), Associate professor (Bishkek, Kyrgyz Republic)
Lileeva EG, CSc (Med), Associate professor (Yaroslavl, Russia)
Lukyanov SA, full member of RAS, DSc (Biol), professor (Moscow, Russia)
Malikov AYa, CSc (Med) (Saint Petersburg, Russia)
Martynov AI, CSc (Med) (Moscow, Russia)
Mizernitsky YuL, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Mikhailova NA, CSc (Biol) (Saratov, Russia)
Mokhov AA, DSc (Low), professor (Moscow, Russia)
Moshetova LK, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Mosolov SN, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Nasonov EL, full member of RAS, professor (Moscow, Russia)
Pavlov ChS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Pavlov AV, DSc (Med), professor (Yaroslavl, Russia)
Petrov VI, full member of RAS, professor (Volgograd, Russia)
Rebrikov DV, DSc (Biol), professor (Moscow, Russia)
Rozhdestvensky DA, CSc (Med) (Moscow, Russia)
Roshal LM, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Romanov BK, DSc, Associate (Med), professor (Moscow, Russia)
Safarli N, professor (Baku, Azerbaijan)
Sayamov YuN, CSc (Hist), member of Club of Rome, professor (Moscow, Russia)
Sarymsakova B, DSc (Med), professor (Astana, Kazakhstan)
Sedova NN, DSc (Phil), SJD (Volgograd, Russia)
Semenova NV, DSc (Med) (Saint Petersburg, Russia)
Shimaa E, Associate professor (Egypt)
Shlyakhto EV, full member of RAS, DSc (Med), professor (Saint Petersburg, Russia)
Sozinov AS, DSc (Med), professor (Kazan, Russia)
Sokolchik VN, CSc, Associate professor (Med) (Minsk, Belarus)
Starodubov VI, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Tilekeeva UM, DSc (Med), professor (Bishkek, Kyrgyzstan)
Teplova AV, CSc (Hist), professor (Minsk, Belarus)
Tishchenko PD, DSc (Phil), professor (Moscow, Russia)
Teplova NV, CSc, Associate professor (Med) (Moscow, Russia)
Tkachuk VA, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Vlasov YaV, DSc (Med), professor (Samara, Russia)
Volchenko NN, DSc (Med) (Moscow, Russia)
Yanushevich OO, full member of RAS, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)
Zaborovsky AV, DSc (Med), professor (Moscow, Russia)

SUBMISSION http://medet.rsmu.press/login?lang=en
CORRESPONDENCE editor@rsmu.press
COLLABORATION manager@rsmu.press
ADDRESS ul. Ostrovityanova, d. 1, Moscow, Russia, 117997

Indexed in RSCI

Open access to archive

Issue DOI: 10.24075/medet.2026-03
The mass media registration certificate серия ПИ № ФС77-81021 от 02 июня 2021 г.
Founders: Yaroslavl State Medical University (Yaroslavl, Russia)
Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia).
Publisher: Pirogov Russian National Research Medical University; adress: Ostrovityanov Street 1, Moscow, 117997, Russia
The journal is distributed under the terms of Creative Commons Attribution 4.0 International License www.creativecommons.org

Approved for print 30.09.2026
Circulation: 100 copies. Printed by Print.Formula
www.print-formula.ru

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА **3, 2026**
MEDICAL ETHICS

Содержание
Contents

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 4

Языковое обучение как средство формирования коммуникативной компетентности студентов-медиков
М. А. Кротова

Language training as a means of developing communicative competency in medical students
Krotova MA

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 8

Этические и лингводидактические принципы отбора языкового материала для занятий по иностранному языку в медицинском вузе
А. В. Бернгардт

Ethical and linguodidactic principles of selecting linguistic content for foreign language classes at a medical university
Berngardt AV

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 13

Языковая подготовка и soft skills в медицинском вузе: от терминов к живому диалогу
Е. Б. Кузнецова

Teaching a Foreign Language and Soft Skills at a Medical University: Moving from Vocabulary to Live Conversation
Kuznetsova EB

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 17

Принципы этической регламентации контроля при обучении латинскому языку студентов-медиков
И. Н. Илларионова

Principles of ethical regulation of knowledge control while teaching the Latin language to medical students
Illarionova IN

МНЕНИЕ 21

Обучение русскому языку студентов-медиков из Индии: этические дилеммы преподавателя РКИ
Ю. А. Сурьянинова, О. В. Бернгардт

Teaching the Russian language to Indian medical students: ethical challenges faced by a teacher of Russian as a foreign language
Suryaninova JA, Berngardt OV

МНЕНИЕ 27

Этические аспекты коммерциализации медицины как предмет изучения в англоязычных учебных кейсах для студентов медицинских и экономических специальностей
Е. Ю. Мельникова

Teaching the Ethics of Healthcare Commercialization through English-Language Case Studies: Medical and Economics Students' Perspectives
Melnikova EYu

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 33

Этические аспекты медико-социально-педагогического сопровождения детей группы риска по социальному сиротству
Л. Ф. Габидуллина, М. Ю. Котловский

Ethical aspects of medical, social, and pedagogical support for children at risk of social orphanage
Gabidullina LF, Kotlovsky MY

МНЕНИЕ 37

Биопсихосоциальный подход к больному в эпоху доказательной медицины
Н. В. Яльцева, В. Р. Гауэрт, Е. А. Леонтьева, Д. А. Политова, А. В. Яльцев, С. Я. Политов, Б. Г. Белова

The biopsychosocial patient-centered approach in the era of evidence-based medicine
Yaltseva NV, Gauert VR, Leontyeva EA, Politova DA, Yaltsev AV, Politov SY, Belova BG

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 41

Этические барьеры продвижения собственных торговых марок в фармацевтической рознице
О. В. Желткевич

Ethical barriers to promoting own labels in pharmaceutical retail
Zheltkevich OV

ЯЗЫКОВОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

М. А. Кротова ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В условиях повышения требований к профессиональной коммуникации врача и пациента особую значимость приобретает его (врача) коммуникативная компетентность, которая в настоящей статье рассматривается как актуальная цель языкового обучения студентов медицинского вуза. Изучение латинского языка в медицинском вузе традиционно соотносится с освоением анатомической, клинической и фармацевтической терминологии, в то же время его потенциал для формирования коммуникативной культуры будущих врачей, позволяющей эффективно, в соответствии с этическими принципами, взаимодействовать с пациентом, остается недостаточно реализованным. Необходимо эксплицировать для студентов, что изучение дисциплины «Латинский язык» (а также иностранных языков и языковое обучение в целом) в итоге направлено на формирование коммуникативной компетентности как универсального качества специалиста, обеспечивающего становление профессиональной идентичности (благодаря успешному освоению профессиональных дисциплин) и личностное развитие.

Ключевые слова: латинский язык, медицинская терминология, коммуникативная компетентность, медицинская этика, профессиональная коммуникация, языковое обучение

Вклад автора: М. А. Кротова — анализ и синтез литературы по теме, обобщение педагогического опыта, подготовка текста статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Марина Александровна Кротова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; krotova-marina@mail.ru

Статья поступила: 30.08.2026 **Статья принята к печати:** 02.09.2026 **Опубликована онлайн:** 05.09.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.026

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

LANGUAGE TRAINING AS A MEANS OF DEVELOPING COMMUNICATIVE COMPETENCY IN MEDICAL STUDENTS

Krotova MA ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

As the demands for professional doctor-patient communication are growing, communicative competency of a physician has acquired particular importance. This article explores this competency as a key objective in foreign language training for medical school students. Learning Latin in medical schools is traditionally associated with mastering anatomical, clinical, and pharmaceutical terminology. At the same time, the discipline is not used to the fullest extent though it allows to develop the communicative culture of future doctors and helps them interact effectively and ethically with patients. Teachers must explicitly convey to students that studying Latin (as well as any other foreign language) ultimately aims to build communicative competency. It is a universal professional trait that fosters professional growth and personal development due to the successful mastery of specialized disciplines.

Keywords: the Latin language, medical terminology, communicative competency, medical ethics, professional communication, language learning

Author contribution: Krotova M. A. — analysis and synthesis of literature on the topic, generalization of pedagogical experience, preparation of the text.

✉ **Correspondence should be addressed:** Marina A Krotova
Revolutionary Street, bld. 5, Yaroslavl, 150000, Russia; krotova-marina@mail.ru

Received: 30.08.2026 **Accepted:** 02.09.2026 **Published online:** 05.09.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.026

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Современная модель подготовки будущего врача предполагает овладение не только клиническими знаниями и навыками, но и основами профессиональной коммуникации. Эффективность общения с пациентом в медицинском дискурсе (ощущение безопасности и доверие врачу), которая в итоге может повлиять на результативность лечения, определяется *коммуникативной компетентностью* (врача).

Безусловно, важным, этически значимым компонентом профессиональной подготовки выступает *терминологическая грамотность*, основу которой составляет изучение латинской медицинской терминологии. В свою очередь языковое обучение, в частности освоение дисциплины «Латинский язык», обладает значимым потенциалом для формирования коммуникативной компетентности. Таким образом, преподаватель латинского языка в медицинском вузе не просто транслирует лингвистические знания, но выступает *этическим медиатором*, благодаря которому студенты могут осознать этот потенциал и использовать его для своего коммуникативного, культурного и в итоге профессионального развития.

ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Коммуникативная компетентность (одна из ключевых в рамках компетентностного подхода) может рассматриваться как способность к эффективному общению благодаря

умению понимать собеседника, ясно выражать свои мысли, выбирать уместные языковые средства и корректировать свое поведение с учетом ситуации и социальных норм для обеспечения успешной коммуникации.

Исследователи предлагают рассматривать коммуникативную компетенцию как совокупность компетенций: коммуникативной, цифровой и кросскультурной; лингвистической, дискурсивной, прагматической, стратегической и социокультурной и т.д. Различные подходы к определению коммуникативной компетентности (компетенции), ее компоненты подробно рассматриваются в статье В. В. Яценко и И. О. Найдис [1]. Отметим, что коммуникативную *компетенцию* чаще рассматривают как *систему* знаний и умений, а коммуникативную *компетентность* — как реальное *владение* этими знаниями и умениями и их практическое применение в конкретной деятельности. В свою очередь в медицинском дискурсе коммуникативная компетентность основана на принципах этики и предполагает проявление такта, особой деликатности и эмпатии к пациенту при обсуждении табуированных тем, «пугающих» или «смущающих» его (серьезный диагноз; процедуры, связанные с интимной сферой, и т.д.) [2, 3]. Снять эмоциональное напряжение и придать коммуникации нейтральный характер позволяет использование медицинской терминологии *(гипергидроз, трансвагинальный, гельминтоз, декапитация и т.д.)*. Как средство устранения коммуникативного дискомфорта также используется *эвфимизация*, понимаемая как замена слов и выражений, которые, по мнению говорящего, являются нежелательными, не отвечают цели общения и могут привести к коммуникативной неудаче. Таким образом, темы, находящиеся в семантическом поле расовой и этнической дискриминации, дискриминации по возрасту, в связи с низким социальным статусом; обозначающие физические/умственные недостатки, тяжелые/«неудобные» заболевания и все, что связано с их диагностикой и лечением, преимущественно должны быть эксплицированы в приемлемой для коммуникантов форме [2]. Необходимые предпосылки успешной эвфемизации включают умение коммуниканта оценить предмет речи и речевую ситуацию в целом, что требует проявления коммуникативной компетентности, поскольку «адресант должен быть как способен, так и внутренне расположен к тому, чтобы смягчить, эвфемизировать свою речь» [4].

Основой любой компетенции выступают знания и навыки их практического применения в совокупности с определенными личностными качествами, морально-этическими установками, готовностью к взаимодействию и сотрудничеству в процессе принятия тех или иных решений. Коммуникативная компетенция может считаться ведущей, ключевой, поскольку способствует развитию большинства других компетенций (например, позволяет врачу решать профессиональные задачи, эффективно взаимодействуя с пациентами и коллегами) [1].

Неотъемлемым компонентом профессионального успеха в условиях глобализации и интенсификации международного сотрудничества становится владение иностранными языками. Соответственно, *иноязычную коммуникативную компетентность* можно рассматривать как комплексную характеристику личности, которая проявляется в ее готовности/способности эффективно осуществлять межличностное и профессиональное общение с представителями иноязычной культуры благодаря активному использованию иностранного языка. Иноязычная коммуникативная компетентность обладает сложной структурой и охватывает широкий спектр компетенций, необходимых для эффективной коммуникации на иностранном языке. Подчеркнем, что предполагается коммуникация как в устной, так и в письменной форме на темы, связанные с профессиональной деятельностью или бытовыми ситуациями, способность выполнять перевод специализированных текстов и, что наиболее существенно, самостоятельно развивать навыки устной и письменной речи [5].

ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ — ГЛАВНАЯ ЦЕЛЬ СОВРЕМЕННОГО ЯЗЫКОВОГО ОБУЧЕНИЯ

Повышение качества образования — одна из актуальных проблем в настоящее время. Ее решение связано с модернизацией содержания образования, оптимизацией способов и технологий организации образовательного процесса, переосмыслением его цели и результатов [6].

Важно понимать, что коммуникация, социальные взаимодействия в данном случае являются и средством, и результатом формирования социальной реальности. С повышением уровня образования трансформируются и представления о коммуникации, и способы ее осуществления, что определяет переосмысление ценностей в пользу повышения уровня инструментальных ценностей (качества, убеждения или средства, которые человек использует как инструменты для достижения главных жизненных целей, то есть ценности-средства) в структуре коммуникативной компетентности [7].

Безусловно, главная цель обучения в вузе — профессиональная подготовка квалифицированного специалиста. По словам М. Н. Чернявского, «формирование профессионального языка — существенный фактор подготовки врача», в свою очередь основу этого языка составляет медицинская латинская терминология, освоение которой определяет становление его «профессиональной языковой культуры» [8]. На первом занятии студенты знакомятся с главным принципом медицинской этики — «*Noli nocere!*» / «*Не навреди!*», а также с менее известными крылатыми выражениями «*Invia est in medicina via sine lingua Latina*» / «*Непроходим путь в медицине без латинского языка*» и «*Non tam praeclare est scire Latine, quam turpe nescire*» / «*Не так прекрасно знать латинский язык, как стыдно его не знать*»: раскрывается их значение, подчеркивается важность для образованного человека изучения латыни — вплоть до конца XVIII века международного языка науки, философии, медицины, незнание которого, например, для врача или юриста, долгое время считалось признаком невежества и свидетельствовало о непрофессионализме. Латинский язык рассматривается как универсальный язык медицины, который составляет основу медицинской терминологии, а латинские афоризмы, крылатые выражения — как важная часть культурного наследия.

Таким образом, на вводных занятиях, отвечая на вопрос о том, зачем изучать латинский язык, студенты говорят о связи «с занятиями по анатомии», «написанием рецептов» и т.д. В то же время разнообразные факторы, такие как учебная нагрузка, сложности освоения *новой* дисциплины (в отличие, например, от английского, немецкого), к 3–4 занятию снижают учебную мотивацию, заставляя первокурсников сомневаться в актуальности изучения латинского языка.

Действительно, в числе значимых проблем современного образования можно отметить противоречие между растущим

объемом знаний и дефицитом времени на их освоение. И хотя преподавание дисциплины регулируется нормативной документацией, можно варьировать подачу материала, что обеспечит не только профессиональную подготовку будущих врачей в соответствии с образовательной программой, но и развитие системного, аналитического мышления, а также облегчит изучение дисциплины за счет повышения мотивации. Безусловно, наиболее привлекательными видятся формы работы, которые используются для мотивации студентов, поддержания интереса к предмету *при изучении иностранного языка:* ролевые и коммуникативные игры (моделирование коммуникации врача и пациента), просмотр и последующий анализ фрагментов фильмов, сериалов соответствующей тематики на иностранном языке. В то же время, как уже неоднократно отмечалось, занятия по латинскому языку в медицинском вузе также обладают значительным потенциалом для формирования коммуникативной компетентности [9], о чем необходимо напоминать студентам, подчеркивая значимость не только результата, но и *процесса* языкового обучения. Для поддержания интереса к учению, обеспечения учебной мотивации при освоении дисциплины «Латинский язык» целесообразно использовать следующие виды деятельности.

Работа с учебником, в частности *подготовка конспектов*, с теоретическим материалом — важный компонент обучения. В то же время при выполнении такой работы многие студенты могут испытывать сложности. В этой ситуации в начале изучения дисциплины целесообразно проводить, например, *работу со схемами*, предложенными преподавателем, которые могут послужить образцом, ориентиром при освоении материала. Например, грамматический материал по теме «Имя существительное» в учебнике представлен несколькими параграфами (объем — 13 страниц). Вместе с тем студенты рассматривают схему-конспект объемом 1 страница, на основе которой раскрывается новая тема. В качестве домашнего задания предлагается прочитать соответствующие параграфы, обращая внимание на основные положения, представленные в схеме. Кроме того, работа со схемами позволяет снизить использование доски преподавателем и обеспечить качество визуальной информации.

Участие в олимпиадах позволяет продемонстрировать/проверить свои знания, *выступление на конференциях* — рассмотреть темы, которые не обсуждаются на занятиях, проявить ораторское искусство, умение общаться с аудиторией, отвечать на вопросы, создавать и демонстрировать презентацию и т.д.

Работа с текстами («Гаудеамус», «Клятва Гиппократа») может проводиться в рамках подготовки докладов или тезисов для участия в заседаниях СНО.

Особую роль приобретает *актуализация меж- и внутрипредметных связей* (анатомия, русский, английский языки). Например, способность видеть латинские основы в русских словах: *мануальный — рука / manus, рубин, рубрика — красный / ruber*, или более сложная «операция», когда требуется еще и умение извлекать основу в форме родительного падежа: *капитан, капитуляция — голова / caput, capitis; сангвиник — кровь / sanguis, sanguinis, генералиссимус — род / genus, generis*; видеть корреляции с английским языком: *simplex — simple, longus — long* и т.д.

Введение *элементов игры с использованием ИКТ* соответствует современным тенденциям в преподавании. Например, в начале занятия для проведения фронтального опроса можно использовать *мини-тесты*, так называемые *квизы*, включающие не больше 10 вопросов с несколькими вариантами ответов. Работа осуществляется следующим образом: студенты по QR-коду, предоставляемому преподавателем, подключаются к общему тесту, последовательно отвечают на 10 вопросов (время на выбор ответа ограничено), при этом при ответе на каждый вопрос они видят свое место в рейтинге, а по завершении теста — результат. Очевидно, применение подобной формы работы позволяет не только проверить знания, но и актуализировать соревновательный момент, что дополнительно будет способствовать повышению учебной мотивации.

Безусловно, заслуживает внимания и работа с *«бланками самооценки индивидуальных достижений»* [10], которая, обеспечивая элемент саморефлексии и самооценки, позволяет обучающимся ощутить *«состояние осознанной некомпетентности»*, что также способствует формированию ответственности за результат обучения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение иностранных языков, в частности дисциплины «Латинский язык», выступает важным компонентом медицинского образования. Медицинская латынь составляет основу профессионального языка врачей, ее освоение обеспечивает осознанное и грамотное применение медицинской терминологии латинского и греческого происхождения. В целом языковое обучение важно понимать как одно из средств профессионального становления будущего врача. Здесь необходимо отметить важную роль латинского языка в формировании коммуникативной компетентности студентов медицинских вузов, которая обеспечивает эффективную коммуникацию как с пациентами, так и с коллегами для успешной реализации профессиональных задач в практической медицинской деятельности.

Литература

1. Яценко В. В., Найдис И. О. Коммуникативная компетенция и компетентность: ретроспективный анализ и современные реалии. Компетентность. Competency (Russia). 2020; 1: 9–17.
2. Афанасова В. В. Политкорректные слова и выражения в современном языке медицины. Вестник Московского ун-та. Серия 19. Лингвистика и межкультурная коммуникация. 2014; 4: 57–63.
3. Кротова М. А. Эвфемизмы в медицинском дискурсе: роль латинского языка и этические аспекты коммуникации. Медицинская этика. 2026; 2: 42–45.
4. Ковшова М. Л. Эвфемизмы и фразеологизмы: устойчивые структуры в аспекте эвфемизации. Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Русская филология. 2019; 4: 35–48.
5. Антонова Н. А. Иноязычная коммуникативная компетентность и ее составляющие. Мир науки. Педагогика и психология. 2025; 13 (4). Режим доступа: https://mir-nauki.com/PDF/61PDMN425.pdf (дата обращения: 25.09.2026).
6. Щербакова Е. Е., Савичев С. С. Развитие коммуникативных способностей студентов с позиции компетентностного подхода. Труды Нижегородского государственного технического университета им. Р. Е. Алексеева. 2010; 2 (81): 311–318.

7. Чанкова Е. В. Социокультурная дифференциация проявлений коммуникативной компетентности молодежи. Наука. Культура. Общество. 2023; 29(3): 82–97.
8. Чернявский М. Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии: учебник. М.: ЗАО «Шико», 2007; 448 с.
9. Гальченко С. В. Значение латинского языка в формировании коммуникативной компетенции у студентов медицинских вузов. Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2023; 12 (4 (45)): 39–43.
10. Таньков Н. Н., Гордеева Т. А., Хомяков Е. А. Профессионально-ориентированное обучение студентов медицинских специальностей латинскому языку в условиях компетентностного подхода. Гуманитарные науки. Педагогика. 2015; 3(35): 149–164.

References

1. Yatsenko VV, Naydis IO. Kommunikativnaya kompetentsiya i kompe-tentnost': retrospektivnyy analiz i sovremennyye realii. Kompetentnost'. Competency (Russia). 2020; 1: 9–17. Russian.
2. Afanasova VV. Politkorrektnyye slova i vyrazheniya v sovremennom yazyke meditsiny. Vestnik Moskovskogo un-ta. Seriya 19. Lingvistika i mezh-kul'turnaya kommunikatsiya. 2014; 4: 57–63. Russian.
3. Krotova MA. Evfemizmy v meditsinskom diskurse: rol' latinskogo yazyka i eticheskiye aspekty kommunikatsii. Meditsinskaya etika. 2026; 2: 42–45. Russian.
4. Kovshova ML. Evfemizmy i frazeologizmy: ustoychivyye struktury v aspekte evfemizatsii. Vestnik Moskovskogo gosudarstvennogo oblastnogo uni-versiteta. Seriya: Russkaya filologiya. 2019; 4: 35–48. Russian.
5. Antonova NA. Inoyazychnaya kommunikativnaya kompetentnost' i yeye so-stavlyayushchiye. Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya. 2025; 13 (4). Available from URL: https://mir-nauki.com/PDF/61PDMN425.pdf (accessed: 25.09.2026). Russian.
6. Shcherbakova YeYe, Savichev SS. Razvitiye kommunikativnykh sposobno-stey studentov s pozitsii kompetentnostnogo podkhoda. Trudy Nizhegorodskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta im. R. Ye. Alekseyeva. 2010; 2 (81): 311–318. Russian.
7. Chankova Ye V. Sotsiokul'turnaya differentsiatsiya proyavleniy kommuni-kativnoy kompetentnosti molodezhi. Nauka. Kul'tura. Obshchestvo. 2023; 29(3): 82–97.
8. Chernyavskiy MN. Latinskiy yazyk i osnovy meditsinskoy terminolo-gii: uchebnik. M.: ZAO «Shiko», 2007; 448 s. Russian.
9. Gal'chenko SV. Znacheniye latinskogo yazyka v formirovanii kommu-nikativnoy kompetentsii u studentov meditsinskikh vuzov. Azimut nauchnykh is-sledovaniy: pedagogika i psikhologiya. 2023; 12 (4 (45)): 39–43. Russian.
10. Tan'kov NN, Gordeyeva TA, Khomyakov Ye A. Professional'no-oriyentirovannoye obucheniye studentov meditsinskikh spetsial'nostey latinskomu yazyku v usloviyakh kompetentnostnogo podkhoda. Gumanitarnyye nauki. Pedagogika. 2015; 3(35): 149–164. Russian.

ЭТИЧЕСКИЕ И ЛИНГВОДИДАКТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ОТБОРА ЯЗЫКОВОГО МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

А. В. Бернгардт ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В статье рассматриваются этические аспекты отбора учебных материалов для занятий по иностранному языку в медицинском вузе в условиях цифровой трансформации образования. На основе теоретических положений и практического опыта делается вывод о том, что преподаватель иностранного языка выступает не просто транслятором лингвистических знаний, а этическим медиатором, формирующим профессионально-коммуникативную компетентность будущих врачей. Рассматриваются принципы биоэтики (автономия, благодеяние, не навреди, справедливость) как критерии оценки учебного материала, а также значимость межкультурного подхода и критического отбора аутентичных цифровых ресурсов. Предлагаются тематический план и рефлексивные практики, позволяющие интегрировать этическую проблематику в занятия по иностранному языку со студентами-медиками и конкретные языковые задания. Делается вывод, что такой подход способствует развитию языковых навыков, формированию профессиональной идентичности и морального сознания студентов-медиков.

Ключевые слова: технологическая медиация, биоэтические принципы, межкультурный подход, рефлексия, профессионально-коммуникативная компетенция, медиаграмотность

Вклад автора: А. В. Бернгардт — анализ и синтез литературы по теме, анализ методики применения технологической медиации в высшей школе, подготовка текста статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Бернгардт Анетта Валерьевна
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; oxberngardt@mail.ru

Статья поступила: 26.08.2026 **Статья принята к печати:** 07.09.2026 **Опубликована онлайн:** 15.09.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.025

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ETHICAL AND LINGUODIDACTIC PRINCIPLES OF SELECTING LINGUISTIC CONTENT FOR FOREIGN LANGUAGE CLASSES AT A MEDICAL UNIVERSITY

Berngardt AV ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The article reviews the ethical aspects of selecting educational resources to be used during foreign language lessons at a medical university under the conditions of digital transformation. Theory and practice are utilized to conclude that a teacher of a foreign language doesn't only translate linguistic knowledge, but also acts as an ethical mediator who determines the professional and communicative competence of future doctors. The principles of bioethics (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice) are reviewed as the criteria for assessing the learning content, the significance of the intercultural approach and critical selection of authentic digital resources. A thematic plan and reflective practices that allow to include ethical issues into foreign language lessons with medical students and particular linguistic tasks are offered. It is concluded that the approach allows to develop linguistic skills, shape the professional identity and moral consciousness of medical students.

Keywords: technological mediation, bioethical principles, intercultural approach, reflection, professional and communication competence, media literacy

Author contribution: Berngardt AV — analysis and synthesis of related literature, analysis of the method that uses technological mediation at universities, preparation of the article.

✉ **Correspondence should be addressed:** Anetta V Berngardt
Revolutsionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; oxberngardt@mail.ru

Received: 26.08.2026 **Accepted:** 07.09.2026 **Published online:** 15.09.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.025

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Современное медицинское образование переживает этап глубокой цифровой трансформации, в рамках которой технологии становятся не просто инструментами, а активными посредниками (медиаторами) между преподавателем, обучающимся и профессиональным знанием [1]. Особое место в этом процессе занимает преподаватель иностранного языка в медицинском вузе, который решает задачу формирования у студентов не только лингвистической, но и профессионально-коммуникативной компетентности, необходимой для работы с иноязычными источниками, участия в международных клинических исследованиях и этически выверенного взаимодействия с пациентами и коллегами. Цифровая трансформация преподавателя высшей школы является сложным и противоречивым процессом, порождающим множество этических проблем, требующих должного внимания и осмысления [2].

Ключевая роль преподавателя иностранного языка в медицинском вузе сегодня выходит далеко за рамки традиционной лингводидактики. Преподаватель выступает в роли медиатора (посредника) [3]. С одной стороны, он декодирует для студентов сложный лингвистический код

медицинского дискурса (терминологию, грамматические конструкции, клинические клише). С другой стороны, он приобщает студентов-медиков к тем ценностям, которые составляют суть профессии. Медицинский дискурс на иностранном языке — это не просто набор лексем, это основа профессиональной культуры, в которую вписаны принципы отношения к пациенту, к его жизни и здоровью.

Именно на стыке этих двух задач возникает этическая проблема отбора учебного материала. Любой текст, диалог или иной материал, используемый на занятии по иностранному языку, несет в себе скрытый этический посыл. Преподаватель, работающий с будущими врачами, не может позволить себе нейтральности в этом вопросе. Если он будет игнорировать этический компонент, то может сформировать у студентов искаженное представление о профессии, где язык существует отдельно от морали. В этой связи только осознанный подход к подбору материала позволяет наполнить каждое занятие по иностранному языку профессиональной рефлексией. В условиях развития медиакоммуникаций возникает необходимость выработки этических норм для всех участников образовательного процесса в медицинском вузе. Международное медицинское образовательное пространство в области иностранных языков в условиях цифровой цивилизации предъявляет особые требования к форме и содержанию обучения, что делает вопросы технологической медиации особенно актуальными [2].

СООТВЕТСТВИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА ОСНОВНЫМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ЦЕННОСТЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Большинство учебных пособий по иностранному языку для студентов медиков построены по принципу работы с текстом, где упор делается на перевод симптомов и диагнозов с набором специфического медицинского запаса слов. Эти тексты ни имплицитно, ни эксплицитно не отражают четыре основных принципа биоэтики, сформулированных Томасом Бичампом и Джеймсом Чилдрессом (Thomas Beauchamp, James F. Childress), а именно автономию пациента, благодеяние (beneficence), принцип «не навреди» (non-maleficence) и справедливость (justice) [4].

Автономия пациента как этический принцип легко можно инкорпорировать в языковой материал, где врач не просто дает точные указания пациенту в императиве, а оставляет за последним право активного выбора, следовать или нет назначенному лечению («You may consider…» — «Вы можете рассматривать…», «Another option would be…» — «Другим вариантом (лечения) могло бы быть…»). Замена строгого императива со стороны врача, фраз, подобных «I prescribe you the treatment..» (Я прописываю…лечение…), возможна через фразы, упомянутые выше. В этом случае достигается не просто разнообразие грамматического и лексического иноязычного материала, но и принципиально иной посыл коммуникации.

Другая сторона работы с этическим принципом автономии пациента на занятиях по иностранному языку — это разбор форм информированного согласия пациента (informed consent). Такие формы легко найти на сайтах международных клиник. Работа с таким языковым материалом позволяет увидеть, насколько тесно переплетены медицинские и юридические вопросы. В качестве заданий по работе с формами информированного согласия студентам-медикам можно предложить найти и проанализировать модальные конструкции, используемые для описания рисков или права пациента отказаться от лечения.

Любой иноязычный текст с описанием клинического случая и стратегий лечения может стать иллюстрацией принципа благодеяния (beneficence), если разбирать не просто медицинские факты, а побуждать студентов-медиков к рассуждению о том, действительно ли врач, предлагая подобные способы и методы лечения, действует с наибольшей пользой для пациента. Аргументируя свою позицию, студент неизбежно приходит к осознанному решению по выбору лексики, модальных глаголов, сослагательного наклонения для отражения этической оценки.

Не менее важен принцип «не навреди» (non-maleficence), который в языковой практике может быть реализован через анализ текстов о ятрогенных осложнениях, врачебных ошибках и их сообщении пациенту. Материал должен учить не просто называть ошибку, а делать это на языке, который снижает травматичность для пациента и соблюдает его право знать правду. Например, сопоставление прямых конструкций («We damaged the nerve» — «Мы повредили нерв») с более деликатными оборотами («The procedure resulted in an unexpected neural response» — «В результате процедуры неожиданно возникли неврологические проблемы») дает студентам понимание языковой палитры, где каждое слово имеет этический вес. Документы практической медицины, а именно бланки информированного согласия, формы конфиденциальности, протоколы этических комитетов, в языковом отношении близки к юридическим. Именно этот материал дает богатую базу для обучения тонкостям медицинского перевода и понимания, как с помощью языковых средств оформляются юридические отношения врача и пациента.

Принцип справедливости в распределении ресурсов становится особенно актуальным в настоящее время, когда активно обсуждаются проблемы донорства органов, справедливого распределения дорогостоящих лекарств и доступа к дорогостоящему лечению. Тексты на эту тему (например, о политике распределения вакцин в пандемию) позволяют студентам на иностранном языке осваивать лексику, формулировать аргументы против дискриминации по социальному признаку.

АКЦЕНТИРОВАНИЕ МЕЖКУЛЬТУРНОГО ПОДХОДА

Медицина давно приобрела глобальный характер. Врачи практикуют в разных странах в рамках трудовой миграции, пациенты ищут лечение за рубежом, клинические исследования проводятся в международных центрах. Однако глобализация не означает унификации этических и коммуникативных норм. Именно здесь межкультурный подход становится не просто методически обусловленным, а в первую очередь этической необходимостью.

Речевое поведение врача в разных странах даже в рамках одного языка может быть разным [5]. Именно это преподаватель иностранного языка должен объяснить студентам-медикам. Если описывать языковые стратегии англоговорящего врача из США, можно отметить прямоту, с которой врач сообщает информацию о состоянии пациента самому пациенту, поскольку традиция коммуникации врач–пациент в этой стране

предполагает право пациентов знать все о своем диагнозе без эвфемизмов. Для сравнения, в восточных культурах диагноз и прогноз в первую очередь сообщаются семье, а диалог врача с пациентом выстраивается в щадящем оптимистичном ключе для сохранения хорошего психологического состояния.

Если игнорировать подобные культурные различия, то у студента может сформироваться мнение об универсальности этических норм в коммуникации врач–пациент. Знание этого важно не только для международной практики, но и в нашей стране, когда число мигрантов из азиатских стран постоянно увеличивается. Для таких пациентов прямое информирование может быть своего рода культурным шоком. Умение разговаривать с разными категориями пациентов является имплицированным уважением к их культуре и традициям. В связи с этим в учебные материалы необходимо включать аутентичные тексты и диалоги, отражающие культурные различия. Знакомство с подобным материалом развивает этическую чуткость и позволяет лучше понять пациентов — представителей других культур.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИАЦИИ В ПОДБОРЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИИ АУТЕНТИЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Развитие сети Интернет и тотальной цифровизации дало преподавателю иностранного языка в медицинском вузе практически безграничные возможности по поиску и использованию аутентичных материалов для занятий со студентами. Однако именно это многообразие может таить в себе этические риски. Технологическая медиация со стороны преподавателя, которая понимается как процесс опосредования взаимодействия между ним, обучающимися и учебным содержанием с помощью цифровых инструментов [2], требует от него не только технической грамотности, но и развитого этического сознания для оценки лексических материалов.

Преподаватель в медицинском вузе является этическим медиатором и в его обязанности входит не только отбор языкового материала для работы на занятиях по иностранному языку, но и проверка этого материала в соответствии с критериями достоверности и репрезентативности. В этой связи преподавателю важно знать Кодекс медицинской этики Всемирной медицинской ассоциации и Женевскую декларацию, так как именно эти материалы содержат выверенную этическую лексику и описывают моральные обязательства врача [6]. Эти первоисточники могут также быть использованы на занятии по иностранному языку как эталонные.

В то же время внимание студентов следует привлекать к актуальным клиническим текстам, которые можно взять из авторитетных медицинских журналов (The New England Journal of Medicine, The Lancet, BMJ) [7]. В разделах «Клинические случаи» и «Этические дилеммы» авторы не просто описывают лечение, но и размышляют над моральными аспектами принятых решений. Медицинские статьи, как известно, изобилуют пассивными конструкциями, характерными для научной письменной речи. Анализируя эти конструкции со студентами, можно проводить лингвистическую работу и одновременно показывать, как они помогают авторам статей совершить деперсонализацию, дистанцироваться от прямого высказывания мнений по тому или иному вопросу.

Особый отклик среди студентов медиков находит просмотр медицинских сериалов. К наиболее популярным в студенческой среде на сегодняшний момент можно отнести «House M. D.» — «Доктор Хаус», «The Good Doctor» — «Хороший доктор», «Grey's Anatomy» — «Анатомия страсти». Безусловно, модели поведения актеров в этих сериалах не являются образцами для подражания, их использование возможно исключительно как триггер для последующего этического анализа [8]. Эпизоды, демонстрирующие нарушение этических принципов в деятельности врача, следует разбирать и комментировать с введением языкового задания коррекции диалогов. Только в этом случае аутентичный материал станет основой для этической рефлексии.

Таким образом, этическая работа с иноязычными медицинскими источниками базируется на принципах достоверности, легальности и культурной толерантности [2]. Преподаватель должен сам уметь не только верифицировать источники, но и формировать у студентов навык критической оценки, который может выражаться в корректном указании оригинального источника, получении разрешения (например, на воспроизведение клинических фотографий), недопущении плагиата и др.

ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ

Теоретическое осознание важности этического компонента в работе с иноязычными источниками на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе должно быть подкреплено конкретными методическими инструментами. Один из наиболее эффективных подходов — создание тематического плана, где каждый учебный раздел связан с определенной этической проблемой. Такой план может быть построен на основе выделенных уровней сформированности технологической медиации от репродуктивного (формальное соблюдение норм), продуктивного (осознанное применение этических принципов) до творческого (проектирование этически ориентированных сценариев и наставничество) [1, 3].

Проанализировав основные этические проблемы и сопоставив их с разделами дисциплины «Иностранный язык» в медицинском вузе, можно составить примерный тематический план (табл.).

Каждая тема модуля содержит этическую проблему. Логично начинать знакомство с ней через аутентичный текст. В рамках послетекстовых заданий прорабатываются лексика и грамматика, чтобы завершить изучение темы ролевой игрой или дебатами.

В структуру каждого занятия необходимо встраивать элементы рефлексии через групповое устное обсуждение или индивидуальные письменные задания. Вопросы для рефлексии могут быть различными: от «Какие этические моменты вам показались наиболее трудными для принятия?» до «Есть ли у вас стереотипы, которые влияют на отношение к той или иной этической проблеме?». Рефлексия помогает не просто еще раз проговорить лексику или употребить изучаемые грамматические конструкции, но и определиться со своей позицией, принять или не принять этические нормы и ценности, расширить горизонты своих знаний в области культуры и медицины.

Преподаватель может усложнять задания в соответствии с уровнями сформированности технологической медиации [1]. На репродуктивном уровне речь идет только

Таблица. Дисциплина «Иностранный язык» в медицинском вузе. Примерный тематический план

Тема модуля	Этический фокус	Языковые задания
Информированное согласие	Автономия, добровольность	Заполнение бланков, составление диалогов с альтернативами, изучение модальности (*must, may, should*)
Паллиативная помощь	Благодеяние, не навреди, уважение к достоинству	Анализ статей о хосписе, написание эссе «Что значит достойная смерть?», ролевая игра с родственниками
Врачебная тайна	Конфиденциальность	Дискуссия о пределах врачебной тайны, анализ юридических текстов на медицинские темы
Межкультурная коммуникация	Справедливость, уважение к разнообразию	Сравнение протоколов коммуникации, отработка формулировок для работы с представителями разных культур
Распределение ресурсов	Справедливость	Дебаты о триаже, лексика социальной ответственности, разбор писем в этические комитеты

о подборе готовых заданий. На продуктивном уровне преподавателем проводится анализ этической нагрузки материала и самостоятельно формируются задания. Творческий уровень требует от преподавателя разработки плана занятия с акцентом на этические проблемы. Только при реализации такого подхода происходит реализация языковых и этических компетенций студента-медика, овладевающего иностранным языком.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подбор материалов для занятий по иностранному языку с учетом принципов медицинской этики соответствует современному состоянию развития общества, когда человечность, способность переживать за пациента и уважение его прав являются одним из главных качеств врача.

Преподаватель иностранного языка в медицинском вузе путем подбора лексического и грамматического материала для занятия дает возможность своим студентам не просто изучить иностранный язык, а постигать нравственные категории и смыслы через его использование. Безусловно, использование унифицированного учебника для преподавателя более удобно, но это снижает уровень подготовленности студента. Медицинские тексты с этическим компонентом, ролевые игры и аутентичный межкультурный материал успешно формируют не только языковую компетенцию студентов-медиков, но и их профессиональную идентичность. Этический компонент технологической медиации неотделим от образовательного процесса и опирается на компетентностный и контекстный подходы [3]. Все это требует корректировки программ обучения преподавателей иностранных языков, подготовки современных аутентичных этически выверенных материалов для изучения иностранного языка в медицинском вузе, а также внедрения междисциплинарных связей с дисциплинами кафедр биоэтики и медицинской психологии.

Литература

1. Кузнецова Е. Б., Сурьянинова Ю. А. Компетентность технологической медиации в высшей школе. Казанская наука. 2026; 1: 187–191.
2. Сурьянинова Ю. А., Кузнецова Е. Б. Этические аспекты технологической медиации в профессиональной деятельности преподавателя иностранного языка в медицинском вузе. Медицинская этика. 2026; 2: 22–27. DOI: 10.24075/medet.2026.014.
3. Кузнецова Е. Б., Сурьянинова Ю. А. Экспериментальный проект исследования формирования компетентности технологической медиации студентов вуза. Глобальный научный потенциал. 2025; 1 (12(177)): 216–220.
4. World Medical Association. International Code of Medical Ethics. World Medical Association. Режим доступа: https://www.wma.net/policies-post/code-of-medical-ethics/ (дата обращения: 24.06.2026).
5. Моисеева М. М., Молоткова В. Е., Шишкина Е. В. Этика общения в медицинском сообществе: правила, принципы и влияние на результаты лечения. Медико-этические и социокультурные вопросы профессиональной коммуникации: Сборник научных статей Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград, 05 марта 2024 года. Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет. 2024; 114–120.
6. Hall ET. Beyond Culture. New York: Anchor Press. 1976; 256 p.
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical. New York: Oxford University Press. 2025.
8. Потапова О. М., Баева Т. А., Кубачева К. И. Технология отбора текстового материала при обучении профессионально-ориентированному английскому языку в медицинском вузе. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. 2017; 12: 148–151.

References

1. Kuznetsova YeB, Sur'yaninova Yu A. Kompetentnost' tekhnologicheskoy mediatsii v vysshey shkole. Kazanskaya nauka. 2026; 1: 187–191. Russian.
2. Sur'yaninova YuA, Kuznetsova Ye B. Eticheskiye aspekty tekhnologicheskoy mediatsii v professional'noy deyatel'nosti prepodavatelya inostrannogo yazyka v meditsinskom vuze.

Meditsinskaya etika. 2026; 2: 22–27. DOI: 10.24075/medet.2026.014. Russian.
3. Kuznetsova YeB, Sur'yaninova Yu A. Eksperimental'nyy proyekt issledovaniya formirovaniya kompetentnosti tekhnologicheskoy mediatsii studentov vuza. Global'nyy nauchnyy potentsial. 2025; 1 (12(177)): 216–220. Russian.
4. World Medical Association. International Code of Medical Ethics. World Medical Association. Available from URL: https://www.wma.net/policies-post/code-of-medical-ethics/ (accessed: 24.06.2026).
5. Moiseyeva MM, Molotkova VYe, Shishkina Ye V. Etika obshcheniya v meditsinskom soobshchestve: pravila, printsipy i vliyaniye na rezul'taty lecheniya. Mediko-eticheskiye i sotsiokul'turnyye voprosy professional'noy kommunikatsii: Sbornik nauchnykh statey Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, Volgograd, 05 marta 2024 goda. Volgograd: Volgogradskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet. 2024; 114–120. Russian.
6. Hall ET. Beyond Culture. New York: Anchor Press. 1976; 256 s.
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical. New York: Oxford University Press. 2025.
8. Potapova OM, Bayeva TA, Kubacheva KI. Tekhnologiya otbora tekstovogo materiala pri obuchenii professional'no-oriyentirovannomu angliyskomu yazyku v meditsinskom vuze. Sovremennaya nauka: aktual'nyye problemy teorii i praktiki. Seriya: Gumanitarnyye nauki. 2017; 12: 148–151. Russian.

ЯЗЫКОВАЯ ПОДГОТОВКА И SOFT SKILLS В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ОТ ТЕРМИНОВ К ЖИВОМУ ДИАЛОГУ

Е. Б. Кузнецова ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Статья посвящена проблеме формирования мягких навыков (*soft skills*) у студентов-медиков в процессе обучения иностранному языку. Автор обосновывает необходимость выхода за рамки традиционной терминологической подготовки и показывает, что иностранный язык как дистанцирующая среда создает уникальные возможности для развития эмпатии, тактичности и умения вести деликатный профессиональный диалог. В работе детально анализируются три эффективных формата работы: разбор кейсов с этическими дилеммами, ролевые игры и дебаты. Предлагается система их интеграции в учебный процесс, а также обсуждается роль преподавателя как фасилитатора этически ответственной коммуникации. Особое внимание уделяется связи с компетентностью технологической медиации и необходимостью рефлексивной практики для становления профессиональной идентичности врача.

Ключевые слова: мягкие навыки, медицинское образование, иностранный язык, эмпатия, этические дилеммы, кейс-метод, ролевые игры, дебаты, технологическая медиация, профессиональная коммуникация

✉ **Для корреспонденции:** Екатерина Борисовна Кузнецова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; kuropatka-@mail.ru

Статья поступила: 04.08.2026 **Статья принята к печати:** 11.08.2026 **Опубликована онлайн:** 22.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.022

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

TEACHING A FOREIGN LANGUAGE AND SOFT SKILLS AT A MEDICAL UNIVERSITY: MOVING FROM VOCABULARY TO LIVE CONVERSATION

Kuznetsova EB ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

This article explores how learning a foreign language helps medical students develop soft skills. The author proves it is necessary to move beyond rote vocabulary learning and shows that a foreign language creates a distant environment for developing empathy, tact and the ability to conduct a delicate professional dialogue. The article examines three useful activity types: ethical dilemma case studies, role-play activities, and debates. A system for their integration into the educational process is proposed, and the teacher's role as a guide for ethical communication is discussed. The text emphasizes how the professional identity of a doctor grows through technical mediation skills and careful self-reflection on their daily clinical practice.

Keywords: soft skills, medical education, foreign language, empathy, ethical dilemmas, case method, role-playing, debates, technological mediation, professional communication

✉ **Correspondence should be addressed:** Ekaterina B Kuznetsova
Revolutsionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; kuropatka-@mail.ru

Received: 04.08.2026 **Accepted:** 11.08.2026 **Published online:** 22.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.022

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Десятилетиями преподавание иностранного языка в медицинских вузах держалось на трех китах: терминологии, чтении аннотаций, письменном переводе протоколов. Студент заучивал названия болезней, лекарств, процедур, учился отличать *hypertension* от *hypotension* и считал, что этого достаточно. На протяжении длительного периода международная коммуникативная деятельность медиков была преимущественно ограничена работой с текстовыми материалами; участие в конференциях носило эпизодический характер, а обращения иностранных пациентов являлись скорее исключением. Сегодня картина принципиально иная. Выпускник медицинского вуза вполне может оказаться в мультинациональной клинике, участвовать в глобальных исследованиях, общаться с пациентами из других стран. В этой ситуации словарного запаса, даже самого богатого, откровенно мало.

Исследования последних лет это убедительно подтверждают. Даже отлично владея медицинской лексикой, специалист часто «спотыкается» о простые вещи — как выразить сочувствие, как сообщить плохую новость, как снять напряжение в разговоре с агрессивным пациентом. Без этих «мягких» навыков (*soft skills* [1]) даже безупречный медицинский английский остается, по сути, неиспользуемым инструментом. Врач говорит правильно, но его не слышат, потому что за словами нет эмпатии.

И здесь мы сталкиваемся с парадоксом: оказывается, именно занятие иностранным (неродным) языком — отличная тренировочная площадка для развития *soft skills,*

поскольку, говоря на чужом языке, студент вынужден каждое слово взвешивать, контролировать интонацию, следить за реакцией собеседника. Это состояние повышенной осознанности — идеальный «тренажер» для формирования навыков эмпатической коммуникации [2]. Более того, на занятиях иностранным языком можно моделировать стрессовые профессиональные ситуации, не опасаясь реальных последствий, и учиться управлять эмоциями. По некоторым данным, такая практика помогает снизить риск профессионального выгорания еще до того, как студент переступит порог клиники [2].

Этическая составляющая технологической медиации — осмысленного применения цифровых инструментов — должна пронизывать всю систему преподавания иностранного языка в медицинском вузе [3]. Но обратим внимание на прикладную сторону этого вопроса: как три конкретных формата работы — разбор кейсов, ролевые игры и дебаты — могут превратить обычный языковой урок в школу профессионального общения, где студент учится быть не просто переводчиком, а полноценным врачом, говорящим на чужом языке «с душой».

КЕЙСЫ С ЭТИЧЕСКИМ ПОДТЕКСТОМ: КОГДА СЛОВО — ПОСТУПОК

Кейс-метод в медицинском образовании не нов. На клинических кафедрах его используют повсеместно для отработки навыков постановки диагнозов и применения тактик лечения. Но на занятии по иностранному языку этот инструмент работает иначе. Здесь кейс перестает быть просто задачей на проверку знания протоколов — он оборачивается моральной дилеммой, где каждое слово на английском обретает вес.

Вот живой пример из практики. Студенты разбирают на английском языке историю пациента с терминальным раком. Пациент принимает решение прекратить химиотерапию и уйти в хоспис. Родственники требуют продолжать «битву за жизнь» и обращаются к врачу. В свою очередь, врач стоит перед выбором: чью сторону принять, как построить разговор. Указанная коммуникативная ситуация разворачивается на неродном языке.

На первый взгляд, это типичное упражнение на отработку клише: *«I hear you»*, *«I understand your decision»*, *«Let's discuss what matters most to you»*. Но, как показывает практика, одной заученной фразы мало. Студенты быстро понимают: нужно найти слова, чтобы учесть волю больного и не ранить чувства близких. Как возразить, не звуча при этом грубо? Как предложить альтернативу без давления? Каковы механизмы сохранения профессионального самообладания в условиях эмоциональной провокации?

Здесь мы сталкиваемся с важным наблюдением, которое подтверждают коллеги из других вузов [4]: студенты нередко воспринимают эмпатическую коммуникацию как «ритуал», когда нужно лишь произнести «дежурную фразу». Но настоящая эмпатия не сводится к набору слов. Поэтому мы строим разбор кейса так, чтобы студенты не заучивали реплики, а анализировали ситуацию с разных сторон, пробовали варианты, обсуждали, какое слово ранит, а какое — лечит.

Один из любимых студентами приемов мы называем «этическим аудитом» [3]: заранее подбирается несколько статей из Интернета, в которых намеренно допущены этические нарушения — отсутствуют ссылки на автора; использованы клинические фото без согласия пациентов; вместо серьезного источника дана ссылка на рекламный сайт. Задача группы — найти все неточности и предложить исправленный вариант. В ходе выполнения задания не только развиваются когнитивные навыки, внимание — формируется профессиональная добросовестность, а также вырабатываются компетенция критической верификации информации и дифференциация достоверных сведений от недостоверных, что приобретает особую актуальность в условиях цифровизации.

Также в рамках образовательного процесса применяется методика «рецензент». Студентам предоставляется краткий рукописный текст на английском языке вместе с чек-листом этических критериев, на основании которых необходимо вынести решение о целесообразности его публикации [3]. Данное задание вызывает у обучающихся значительные затруднения, поскольку побуждает к осмыслению проблем конфликта интересов, корректности статистических данных и соблюдения прав испытуемых. Анализ подобных кейсов выходит за рамки исключительно языковой подготовки и затрагивает вопросы профессиональной ответственности, а также роли письменного слова как инструмента влияния в медицинской практике.

Кроме того, установлено, что эффективность работы с кейсами повышается при условии выхода за пределы аудиторных занятий. В связи с этим студентам предлагается вести «дневники этических сомнений», фиксируя в них случаи столкновения с неоднозначной информацией или дискомфортом, возникшим в процессе чтения [3]. Указанная практика способствует трансформации внешнего знания во внутреннее убеждение, что представляет большую ценность, нежели механическое заучивание терминологии.

РОЛЕВЫЕ ИГРЫ: НЕ ПРОСТО ИГРА — «ПРИМЕРКА» ПРОФЕССИИ

В отличие от кейс-метода, ориентированного преимущественно на когнитивный компонент обучения, ролевые игры активизируют эмоционально-чувственную сферу студента. При переходе от позиции внешнего наблюдателя к непосредственному участию в ситуации — будь то роль врача, пациента, родственника или медицинской сестры — обучающийся оказывается вовлеченным в динамику реального профессионального взаимодействия. В таких условиях фиксируются выраженные психофизиологические реакции: тахикардия при необходимости сообщить диагноз, речевые затруднения в ответ на деликатные вопросы пациента, дезадаптация в ситуации критики со стороны коллег. Существенно, что весь описанный комплекс реакций формируется в условиях иноязычной коммуникации, за счет чего многократно усиливается когнитивная и эмоциональная нагрузка.

В чем здесь секрет? В том, что в ролевой игре язык перестает быть абстракцией. Он становится оружием, щитом, мостом, лекарством — в зависимости от ситуации. Студент забывает о падежах и временах, заботясь о том, как смягчить свое высказывание, не обидеть пациента, донести до него самое трудное, но не сломать его. В эти мгновения, когда эмоции зашкаливают, а словарный запас подводит, происходит настоящий скачок — язык становится живым, телесным.

В нашей работе мы перепробовали множество сценариев. Это и получение информированного согласия, и разговор с родственниками у реанимационной палаты,

и междисциплинарный консилиум, где терапевт, хирург и онколог спорят о тактике лечения. Особый акцент делаем на «сложных» сценариях — общение с агрессивным пациентом, признание врачебной ошибки, разговор о паллиативном статусе. Как показывают исследования коллег [4], решение задач, вызывающих у студентов наибольшее напряжение, наиболее эффективно для развития их навыков. При этом ключевое значение имеет не только выполнение задания, но и качество последующей обратной связи. Помимо традиционного анализа языковых ошибок, критически важен разбор этических аспектов: проявление тактичности, эмпатии в конфликтных ситуациях, применение активного слушания. Предоставление такой обратной связи требует деликатности и честности.

Согласно результатам исследования, в отечественной литературе нередко отмечается деперсонализация пациентов, в связи с чем поднимается вопрос о необходимости изучения факторов, обеспечивающих успешное профессиональное взаимодействие [5]. Авторы выделяют три уровня эмпатии: когнитивный (понимание эмоционального состояния другого), эмоциональный (сопереживание) и поведенческий (действия, направленные на помощь) [5]. Использование ролевой игры позволяет тренировать все три уровня одновременно: студент должен понять, прочувствовать ситуацию и адекватно отреагировать — и все это на иностранном языке.

Ролевые игры относятся к числу наиболее действенных методов развития эмпатии, особенно при многократном повторении сценариев с разными партнерами и получении комментариев от нескольких преподавателей [6]. При невозможности регулярного включения таких занятий в учебный процесс даже ограниченное количество качественно проведенных ролевых игр дает значимый результат.

Что касается технологий, несмотря на появление исследований об использовании ИИ-чат-ботов для отработки диалогов [7], отмечается скептическое отношение к их способности заменить живое взаимодействие. Эмпатия — это уникальное человеческое качество, формирующееся исключительно в контакте с реальным человеком, поэтому предпочтение отдается традиционным ролевым играм.

ДЕБАТЫ: УЧИТЬСЯ СПОРИТЬ, ЧТОБЫ ДОГОВАРИВАТЬСЯ

Третий применяемый нами образовательный формат — дебаты, которые представляют собой формализованный спор, где студенты на английском языке отстаивают противоположные позиции, подкрепляя их аргументами и опровергая доводы оппонентов. Это не просто обмен мнениями, а целенаправленное развитие навыков критического мышления и убеждения. Хотя может показаться, что дебаты, с их соревновательным духом, не совсем соответствуют образу дипломатичного врача, на самом деле они незаменимы. Медицинская практика изобилует ситуациями, где нет единственно верного решения: продление жизни любой ценой или ее качество, этика распределения дефицитных ресурсов, правда и сострадание при сообщении диагноза. В таких случаях всегда существуют как минимум две обоснованные точки зрения.

Дебаты учат будущих врачей не просто формировать собственное мнение, но и аргументированно его защищать, внимательно слушать собеседника, уважать его доводы, не переходя на личности. Коммуникация осуществляется на неродном языке, что значительно усложняет задачу: необходимо не только правильно произносить медицинские термины, но и грамотно строить сложные предложения, использовать вводные конструкции для смягчения категоричности (*«one might argue»*, *«while it is true that…»*, *«nevertheless»*), а также ссылаться на этические принципы и результаты исследований.

Мы специально подбираем дискуссионные темы, например: «Эвтаназия: уважение автономии или нарушение принципа „не навреди“?», «Допустимо ли врачу скрывать истинный прогноз от психически нестабильного пациента?», «Должны ли донорские органы распределяться по критериям эффективности или справедливости?». В ходе таких дебатов неизбежно вступают в противоречие культурные, религиозные и профессиональные взгляды. При этом полемика в иноязычной среде способствует снижению категоричности позиций обучающихся: необходимость осознанного подбора языковых средств снижает интенсивность эмоциональных реакций и обеспечивает более дисциплинированный характер дискуссии. Преподаватель в этом процессе выступает не как судья, а как помощник, который направляет беседу, помогает формулировать мысли и задает уточняющие вопросы.

В завершение дискуссий мы регулярно предлагаем студентам написать эссе, но с необычным условием: им необходимо не отстаивать собственную точку зрения, а аргументировать позицию оппонента. Этот метод — один из наиболее действенных для формирования эмпатии. Работа по поиску убедительных доводов в поддержку иного мировоззрения способствует глубокому осмыслению мотивов других людей и в итоге способствует формированию профессиональной толерантности.

КАК ОБЪЕДИНИТЬ ЭТИ ФОРМАТЫ В ОСМЫСЛЕННУЮ СИСТЕМУ?

Каждый из трех описанных форматов обучения позволяет достичь своих уникальных результатов. Однако максимальная эффективность обеспечивается при их последовательном объединении в логическую цепочку. Мы применяем спиральную модель: начальный этап включает *работу с кейсами* для погружения в предмет, усвоения ключевой терминологии и понимания сути этических дилемм. Далее следуют *ролевые игры*, где полученные знания активизируются в практических, эмоционально насыщенных ситуациях. Завершающий этап — дебаты, участвуя в которых студенты развивают навыки абстрактного мышления, учатся аргументировать свои принципы и защищать их перед оппонентами.

Сложность заданий, разумеется, корректируется в соответствии с уровнем курса. Для первокурсников и второкурсников используются простые кейсы с ясными этическими нормами и освоением стандартных выражений. Для аспирантов предлагаются дилеммы с неоднозначными решениями, учитывающими юридические и культурные особенности.

Как мы уже отмечали в предыдущей работе [8], формирование компетентности технологической медиации способствует становлению зрелого критического мышления. Описанные форматы работают именно на этот результат.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Традиционная парадигма «термины + перевод» окончательно исчерпала себя. Она использовалась для подготовки техников, которые умеют работать с текстами, но теряются перед живым человеком. А медицина — это прежде всего общение, диалог, встреча.

Soft skills — эмпатия, деликатность, умение слушать и слышать — теперь не просто «дополнительные плюшки» к диплому, а часть профессионального ядра. И иностранный язык, как ни странно, — отличный тренажер для их отработки. Он заставляет быть осознанным, рефлексивным, внимательным к слову.

Мы показали три рабочих формата. Кейсы тренируют голову, ролевые игры включают сердце, дебаты развивают способность к диалогу. Каждый сам по себе полезен, но вместе они создают среду, где студент учится говорить как врач — профессионально, душевно, ответственно.

Чтобы это работало, преподаватель должен сменить роль. Он уже не передатчик знаний, а фасилитатор — создатель безопасного пространства, где можно ошибаться, рефлексировать, пробовать. Этический компонент технологической медиации, о котором мы писали ранее [3], должен пронизывать все этапы работы — от постановки задачи до финальной рефлексии. Если преподаватель готов к этому, то его студенты не просто получают сертификат о знании языка, у них формируется реальная способность строить доверительные отношения с пациентами и коллегами в любой точке мира.

Впереди еще много работы — нужны эмпирические замеры, четкие критерии оценки, изучение того, как новые технологии, особенно нейросети, влияют на этическую сторону медиации [9]. Но начинать можно прямо сейчас с такого вопроса: «Что, кроме английского, я могу дать своим студентам на этом занятии?». Ответ на него, как нам кажется, и определяет, останется ли язык для выпускника только рабочим инструментом или станет частью его профессионального кредо.

Литература

1. Not taught in medical school but needed for the clinical job — leadership, communication and career management skills for final year medical students. PubMed. 2024.
2. Баева Т. А., Кубачева К. И., Синицына Т. А. Обучение иностранному языку специальности как один из методов регуляции психоэмоционального состояния студентов медицинского вуза. Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. 2024; 11/2: 40–45. DOI: 10.37882/2223-2982.
3. Сурьянинова Ю. А., Кузнецова Е. Б. Этические аспекты технологической медиации в профессиональной деятельности преподавателя иностранного языка в медицинском вузе. Медицинская этика. 2026; 2: 22–27. DOI: 10.24075/medet.2026.014.
4. The development, delivery, and evaluation of novel longitudinal empathy-focused communication skills training at a UK medical school. PMC. 2025. DOI: 10.1016/j.pecinn.2025.100436.
5. Волкова Е. А., Ежова Ю. М., Варшавер Н. В. Роль коммуникативных упражнений в формировании эмпатии средствами иностранного языка. CyberLeninka. Russian.
6. Hierarchically Structured Role-Playing Simulation as a Tool for Promoting Soft Skills in Veterinary Undergraduates. PubMed, 2025.
7. Müller Y, et al. Training Empathetic Communication Skills in Medical Students With a Role-Prompted GPT-4o Chatbot: Quasi-Experimental Intervention Study. JMIR Med Educ. 2026. DOI: 10.2196/88092.
8. Кузнецова Е. Б., Сурьянинова Ю. А. Компетентность технологической медиации в высшей школе. Казанская наука. 2026; 1: 187–191.
9. Кузнецова Е. Б., Сурьянинова Ю. А. Экспериментальный проект исследования формирования компетентности технологической медиации студентов вуза. Глобальный научный потенциал. 2025; 1(12(177)): 216–220.

References

1. Not taught in medical school but needed for the clinical job — leadership, communication and career management skills for final year medical students. PubMed. 2024.
2. Bayeva TA, Kubacheva KI, Sinitsyna TA. Obucheniye inostrannomu yazyku spetsial'nosti kak odin iz metodov regulyatsii psikhoemotsional'nogo sostoyaniya studentov meditsinskogo vuza. Sovremennaya nauka: aktual'nyye problemy teorii i praktiki. Seriya: Gumanitarnyye nauki. 2024; 11/2: 40–45. DOI: 10.37882/2223-2982. Russian.
3. Sur'yaninova YuA, Kuznetsova Ye B. Eticheskiye aspekty tekhnologicheskoy mediatsii v professional'noy deyatel'nosti prepodavatelya inostrannogo yazyka v meditsinskom vuze. Meditsinskaya etika. 2026; 2: 22–27. DOI: 10.24075/medet.2026.014. Russian.
4. The development, delivery, and evaluation of novel longitudinal empathy-focused communication skills training at a UK medical school. PMC. 2025. DOI: 10.1016/j.pecinn.2025.100436.
5. Volkova YeA, Yezhova, YuM, Varshaver NV. Rol' kommunikativnykh uprazhneniy v formirovanii empatii sredstvami inostrannogo yazyka. CyberLeninka.
6. Hierarchically Structured Role-Playing Simulation as a Tool for Promoting Soft Skills in Veterinary Undergraduates. PubMed, 2025.
7. Müller Y, et al. Training Empathetic Communication Skills in Medical Students With a Role-Prompted GPT-4o Chatbot: Quasi-Experimental Intervention Study. JMIR Med Educ. 2026. DOI: 10.2196/88092.
8. Kuznetsova YeB, Sur'yaninova Yu A. Kompetentnost' tekhnologicheskoy mediatsii v vysshey shkole. Kazanskaya nauka. 2026; 1: 187–191. Russian.
9. Kuznetsova YeB, Sur'yaninova Yu A. Eksperimental'nyy proyekt issledovaniya formirovaniya kompetentnosti tekhnologicheskoy mediatsii studentov vuza. Global'nyy nauchnyy potentsial. 2025; 1(12(177)): 216–220. Russian.

ПРИНЦИПЫ ЭТИЧЕСКОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ КОНТРОЛЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ ЛАТИНСКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

И. Н. Илларионова ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В статье раскрываются основные этические принципы организации контрольных мероприятий на занятиях по латинскому языку в системе высшего медицинского образования. Приводится анализ данных, полученных в ходе анкетирования студентов-первокурсников медицинского университета. Несмотря на то что большинство участников опроса считают курс латинского языка важным для изучения медицины, далеко не все обучающиеся готовы к контролю подготовленных заданий на каждом занятии. Автор приводит мнения студентов о предлагаемых на занятиях формах контроля, об отношении к домашним заданиям. В статье также описываются этические проблемы, возникающие при проведении контрольных работ, например, академическое мошенничество, и трудности, связанные с их устранением. Выделены важные формы и функции контроля. Приведены основные требования, предъявляемые к организации контроля. Подчеркивается важность объективности и регулярности проведения контрольных работ.

Ключевые слова: этические принципы организации контроля, контроль знанийм и навыков, требования к проведению контроля, этические проблемы проведения контрольных работ

✉ **Для корреспонденции:** Ирина Николаевна Илларионова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; irina.illarionova@list.ru

Статья поступила: 21.07.2026 **Статья принята к печати:** 28.07.2026 **Опубликована онлайн:** 12.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.020

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PRINCIPLES OF ETHICAL REGULATION OF KNOWLEDGE CONTROL WHILE TEACHING THE LATIN LANGUAGE TO MEDICAL STUDENTS

Illarionova IN ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

This article reviews the core ethical rules for assessing knowledge of students during Latin language classes in medical universities. The text analyzes the survey results of first-year medical students. Even though most survey participants think Latin is important for medical studies, not all students are ready for their homework to be assessed during every class. The author presents the opinions of students about in-class testing and their attitude to homework. The article also describes the ethical issues that arise during tests, such as academic cheating, and the difficulties associated with their elimination. Essential forms and functions of control are found out. The basic requirements for control organization are presented. It is emphasized that tests must be unbiased and done on a regular schedule.

Keywords: ethical principles of control organization, control of knowledge and skills, requirements for conducting control, ethical issues of conducting control works

✉ **Correspondence should be addressed:** Iina N Illarionova
Revolutsionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; irina.illarionova@list.ru

Received: 21.07.2026 **Accepted:** 28.07.2026 **Published online:** 12.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.020

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Одно из ключевых направлений деятельности Ярославского государственного медицинского университета (миссия Университета) сформулировано следующим образом: «Обеспечение современного качественного медицинского, фармацевтического, психологического и социального образования…» [1].

Большая медицинская энциклопедия дает следующее определение медицинского образования: «Медицинское образование — это система подготовки медицинских кадров, обеспечивающая изучение общеобразовательных и специальных дисциплин, а также овладение необходимыми практическими навыками» [2].

Подготовка медицинских кадров, иначе говоря, обучение, — это процесс передачи и активного усвоения знаний, навыков и умений, а также способов познавательной деятельности [3]. Непременной составляющей процесса обучения является, как известно, контроль усвоения знаний и формирования навыков и умений.

Организация и проведение контрольных мероприятий в Ярославском государственном медицинском университете определяются внутренними нормативными актами. Во-первых, мы руководствуемся Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся. Этот документ регламентирует требования к подготовке, организации и проведению текущего контроля и всех форм промежуточной аттестации [4]. Во-вторых, мы опираемся на Положение о рейтинговой системе оценки учебных достижений обучающихся по образовательным программам высшего образования. Этот документ является основой для разработки кафедральной методики рейтинговой оценки учебных достижений обучающихся [5], которая, в свою

очередь, призвана обеспечить объективную, регулярную, дифференцированную оценку поэтапного освоения обучающимися дисциплины «Латинский язык».

Требования к организации образовательного процесса, определенные Законом РФ «Об образовании», а также локальными нормативными актами, представляют собой формальные принципы этической регламентации учебного процесса. Их корректное выполнение высоконравственным преподавателем отражает ее глубинное содержание, основу которого составляют «… мораль, нравственность, нравственная культура педагога, нравственная деятельность, ситуация нравственного выбора» [6].

Контроль знаний, навыков и умений в современной дидактике определяет, с одной стороны, организацию процесса обучения, с другой — соотношение достигнутых результатов с поставленными целями обучения [3]. Здесь необходимо отметить специфику дисциплины «Латинский язык», целью изучения которой является освоение медицинской терминологии. И. А. Зимняя подчеркивает, что успешное изучение языка определяется «взаимодействием трех факторов — знанием единиц языка и правил их сочетания, навыками пользования этими единицами и … умением использовать имеющиеся знания … в новой ситуации» [7]. Усилия преподавателей латинского языка направлены на организацию усвоения студентами фонетических и лексико-грамматических знаний, навыков и умений, необходимых им для грамотного владения анатомической, клинической и фармацевтической терминологией [8].

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЭТИЧЕСКОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ КОНТРОЛЯ

В рамках исследования решались следующие задачи:

1) проанализировать этические основы организации и проведения текущего контроля качества освоения медицинской терминологии на занятиях по латинскому языку;
2) выяснить мнения обучающихся по теме исследования;
3) выделить этические проблемы и определить пути их решения. Исследование проводилось с использованием анкетирования. В опросе приняли участие 100 студентов 1-го курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Мы обратились к студентам с вопросами, касающимися важности проведения систематического контроля навыков и умений, использования разнообразных форм контроля на практических занятиях, интеграции рейтинговой системы оценки учебных достижений студентов в процесс обучения латинскому языку, отношения обучающихся к выполнению домашних заданий и т.д.

В процессе анализа ответов были получены следующие количественные и качественные данные.

Подавляющее большинство обучающихся (82%) считают курс латинского языка важным для дальнейшего обучения в медицинском университете. 13% респондентов не относят латынь к первостепенным по важности дисциплинам. 5% затруднились ответить на этот вопрос.

Половина опрошенных студентов (50%) не считает нужным проводить контроль на каждом занятии. В то же время 46% отметили необходимость проведения систематического контроля навыков и умений на каждом занятии. И 4% первокурсников «предлагают» ограничиться проведением контроля только на зачете.

Среди используемых на занятиях форм текущего контроля наибольшую привлекательность для обучающихся (61%) представляют письменные тесты. 42% обучающихся предпочитают письменные опросы. 16% желают отчитываться по терминологии устно; 12% хотели бы выступать с докладами и рефератами; 2% не выразили каких-либо предпочтений.

Практически половина участников анкетирования (51%) находят полезной интеграцию рейтинговой системы в обучение латинскому языку. Они отмечают важность рейтинга для успеваемости: «рейтинг дисциплинирует и требует систематической подготовки, что необходимо для получения качественных знаний». 40% студентов «готовы хорошо учиться в любых условиях», поэтому рейтинговая система для них не имеет особого значения. 5% считают рейтинг «бесполезным», 4% затруднились ответить на этот вопрос.

Требование преподавателя выполнять домашние задания к каждому занятию вызывает у наших студентов неоднозначное отношение: 62% обучающихся считают, что «домашние задания нужны, так как повышают качество усвоения материала»; 31% студентов готовы заниматься дополнительно, «но без строгих требований»; 5% считают домашнюю работу «лишней нагрузкой»; 2% студентов затруднились ответить на этот вопрос.

Для некоторых студентов, особенно в первом семестре, занятия по латинскому языку — стрессовая ситуация: они никогда не изучали этот язык и испытывают страх при написании теста, письменного опроса или контрольной работы. Возможно, по этой причине или потому, что так было принято в школе, первокурсники прямо во время контрольных мероприятий могут задать прямой вопрос, например, о форме слова или переводе термина. Приходится убеждать их в том, что контрольная работа — это возможность проверить свои знания, поэтому проявление поддержки со стороны преподавателя (подсказки) в данный момент недопустимо. Мы готовы им помочь, ответить на вопросы, посоветовать учебные материалы, но, безусловно, не во время контрольной работы.

Пожалуй, главная этическая проблема при организации контроля на практических занятиях — это академическое мошенничество (проще говоря — списывание). Мы не можем на практическом занятии попросить сдать смартфон или смарт-часы, не можем даже сделать попытку заглянуть под стол, не можем приблизиться и допустить тактильный контакт. В условиях создавшейся «ситуации нравственного выбора» [6] требуется действовать спокойно, тактично и профессионально. Ссылаясь на принятые в университете правила выполнения контрольных работ, напоминаем студенту о необходимости работать самостоятельно и предлагаем написать новый вариант теста или контрольной работы.

Из проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. В основе грамотной организации контроля изучения латинского языка лежит соблюдение основных этических принципов, к которым относится, прежде всего, строгое соблюдение требований федеральных и локальных нормативных актов, а также разработанной на кафедре методики рейтинговой оценки учебных

достижений обучающихся. С основными положениями этих документов знакомим студентов на первом занятии по дисциплине.

2. Реализуя практическую направленность дисциплины «Латинский язык», преподаватель на каждом занятии с целью формирования терминологической грамотности обучающихся организует различные формы контроля навыков и умений: письменные тесты, письменные и устные опросы, контрольные работы. Для развития кругозора и повышения культурно-образовательного уровня могут быть использованы задания по подготовке докладов и рефератов.
3. Преподаватель готов оказать обучающимся поддержку в преодолении трудностей, возникающих при изучении латинского языка, стимулируя их самостоятельность в выполнении контрольных заданий. Известный отечественный педагог-психолог П. Ф. Каптерев подчеркивал: «Всех учить одинаково, не видоизменяя метода, невозможно» [9]. Так, для обеспечения индивидуального подхода в обучении мы организуем, например, индивидуальные текущие консультации.
4. Этические проблемы, возникающие в процессе проведения контрольных мероприятий, мы стараемся решать терпеливо и тактично, не нарушая комфортную академическую атмосферу и не ограничивая личной свободы обучающегося.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Контроль — это важный ответственный этап учебного процесса, требующий от преподавателя многогранной учебной и методической работы. К организации контрольных мероприятий в учебном процессе предъявляются определенные требования, среди которых объективность, регулярность, а также ясность и четкость формулировки контрольных заданий [10]. Не менее важным требованием к организации контроля является его систематичность. Только регулярная проверка успешности изучения каждого раздела дисциплины позволит гарантировать качественное формирование навыков и умений по латинскому языку, обеспечить терминологическую грамотность обучающихся.

Целесообразно организованный контроль способен выполнять в учебном процессе важные функции — проверочную, корректирующую, развивающую, воспитательную, методическую. Подчеркнем, что наиболее важной является все же проверочная функция, реализация которой позволяет не только определить результаты деятельности как обучаемых, так и обучающих, но и оценить состояние учебно-воспитательной работы всего учебного заведения, а также меры по ее совершенствованию [3].

Литература

1. Миссия Ярославского государственного медицинского университета. Режим доступа: https://edu.ysmu.ru/ (дата обращения: 20.03.2026).
2. Большая медицинская энциклопедия под редакцией Б. В. Петровского. Режим доступа: https://web.archive.org/ (дата обращения: 01.06.2026).
3. Романцев Г. М., Федоров В. А., Осипова И. В., Тарасюк О. В. Словарь. Профессионально-педагогические понятия / под ред. Г. М. Романцева. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2005; 456 с.
4. Положение о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования — программам бакалавриата, программам специалитета. Ярославль: ЯГМУ, 2026. Режим доступа: https://edu.ysmu.ru/ (дата обращения: 20.03.2026).
5. Положение о рейтинговой системе учебных достижений обучающихся по образовательным программам высшего образования-программам бакалавриата, программам специалитета. Ярославль: ЯГМУ, 2026. Режим доступа: https://edu.ysmu.ru/ (дата обращения: 20.03.2026).
6. Андреев В. И. Педагогическая этика: инновационный курс для нравственного саморазвития. Казань: Центр инновационных технологий, 2012; 272 с.
7. Зимняя И. А. Психологические аспекты обучения говорению на иностранном языке: пособие для учителей средней школы. Москва: Просвещение, 1978; 158 с.
8. Илларионова И. Н. О роли словарей в формировании терминологической грамотности студентов-медиков (из опыта работы). Иностранные языки в медицинском вузе: проблемы и перспективы. Сборник материалов конференции. Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга». 2024; 3: 59–63.
9. Культура и личность как факторы воспитания и познания. Ребенок и школа: опыт плодотворного взаимодействия (по трудам П. Ф. Каптерева). Москва: Амрита-Русь: ИД Шалвы Амонашвили, 2023; 276 с. (Антология гуманной педагогики).
10. Щукин А. Н. Обучение иностранным языкам: Теория и практика: уч. пособие для преподавателей и студентов. 2-е изд. Москва: Филоматис, 2006; 480 с.

References

1. Missiya Yaroslavskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. Available from URL: https://edu.ysmu.ru/ (accessed: 20.03.2026). Russian.
2. Bol'shaya Meditsinskaya Entsiklopediya pod redaktsiyey Petrovskogo BV. Available from URL: https://web.archive.org/ (accessed: 01.06.2026). Russian.
3. Romantsev GM, Fedorov VA, Osipova IV, Tarasyuk OV. Slovar'. Professional'no-pedagogicheskiye ponyatiya. Pod red. GM Romantseva. Yekaterinburg: Izd-vo Ros. gos. prof.-ped. un-ta, 2005; 456 s. Russian.
4. Polozheniye o tekushchem kontrole uspevayemosti i promezhutochnoy attestatsii obuchayushchikhsya po obrazovatel'nym programmam vysshego obrazovaniya — programmam bakalavriata, programmam spetsialiteta. Yaroslavl': YAGMU, 2026. Available from URL: https://edu.ysmu.ru/ (accessed: 20.03.2026). Russian.
5. Polozheniye o reytingovoy sisteme uchebnykh dostizheniy obuchayushchikhsya po obrazovatel'nym programmam vysshego obrazovaniya-programmam bakalavriata, programmam spetsialiteta. Yaroslavl': YAGMU, 2026. Available from URL: https://edu.ysmu.ru/ (accessed: 20.03.2026). Russian.
6. Andreyev VI. Pedagogicheskaya etika: innovatsionnyy kurs dlya nravstvennogo samorazvitiya. Kazan': Tsentr innovatsionnykh tekhnologiy, 2012; 272 s. Russian.

7. Zimnyaya IA. Psikhologicheskiye aspekty obucheniya govoreniyu na inostrannom yazyke: posobiye dlya uchiteley sredney shkoly. Moskva: Prosveshcheniye, 1978; 158 s. Russian.
8. Illarionova IN. O roli slovarey v formirovanii terminologicheskoy gramotnosti studentov-medikov (iz opyta raboty). Inostrannyye yazyki v meditsinskom vuze: problemy i perspektivy. Sbornik materialov konferentsii. Voronezh: Izdatel'sko-poligraficheskiy tsentr «Nauchnaya kniga», 2024; 3: 59–63. Russian.
9. Kul'tura i lichnost' kak faktory vospitaniya i poznaniya. Rebenok i shkola: opyt plodotvornogo vzaimodeystviya (po trudam P. F. Kaptereva). Moskva: Amrita-Rus': ID Shalvy Amonashvili, 2023; 276 s. (Antologiya gumannoy pedagogiki). Russian.
10. Shchukin AN. Obucheniye inostrannym yazykam: Teoriya i praktika: uch. posobiye dlya prepodavateley i studentov. 2-ye izd. Moskva: Filomatis, 2006; 480 s. Russian.

ОБУЧЕНИЕ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ИЗ ИНДИИ: ЭТИЧЕСКИЕ ДИЛЕММЫ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ РКИ

Ю. А. Сурьянинова ✉, О. В. Бернгардт

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Статья посвящена анализу этических аспектов преподавания русского языка как иностранного (РКИ) студентам-медикам из Индии в российских медицинских вузах. Рассматриваются проблемы межкультурной коммуникации, деонтологического воспитания, формирования представлений о профессиональной этике будущих врачей у иностранных студентов, а также этические дилеммы, возникающие в деятельности преподавателя РКИ в поликультурной образовательной среде. Анализируется роль языкового стандарта, языкового посредничества и сопряженные с этим этические трудности. На основе анализа научной литературы и педагогической практики в рамках ЯГМУ предлагаются пути решения выявленных этических проблем.

Ключевые слова: русский язык как иностранный (РКИ), медицинское образование, студенты из Индии, профессиональная этика, деонтология, межкультурная коммуникация, языковое посредничество

Вклад авторов: Ю. А. Сурьянинова, О. В. Бернгардт — анализ и синтез литературы по теме, обобщение педагогического опыта, подготовка текста статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Юлия Анатольевна Сурьянинова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; julia.grisch@inbox.ru

Статья поступила: 26.06.2026 **Статья принята к печати:** 26.07.2026 **Опубликована онлайн:** 20.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.021

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

TEACHING THE RUSSIAN LANGUAGE TO INDIAN MEDICAL STUDENTS: ETHICAL CHALLENGES FACED BY A TEACHER OF RUSSIAN AS A FOREIGN LANGUAGE

Suryaninova JA ✉, Berngardt OV

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The article explores the ethical issues arising when teaching Russian as a Foreign Language (RFL) to medical students from India at Russian medical universities. The issues of intercultural communication, ethical training, medical ethics concepts for foreign medical students, and ethical challenges faced by a RFL teacher in a diverse classroom are reviewed. The role of language standards, language mediation, and associated moral and ethical challenges is shown. The ways to solve these ethical issues based on scientific literature and teaching practice at Yaroslavl State Medical University are suggested.

Keywords: Russian as a foreign language (RFL), medical education, students from India, professional ethics, deontology, intercultural communication, language mediation

Author contribution: Suryaninova JA, Bernhardt OV — analysis and synthesis of literature related to the topic, generalization of pedagogical experience, preparation of the text of the article.

✉ **Correspondence should be addressed:** Julia A Suryaninova
Revolutsionnaya Str., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; julia.grisch@inbox.ru

Received: 26.06.2026 **Accepted:** 26.07.2026 **Published online:** 20.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.021

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Подготовка иностранных студентов-медиков в российских вузах является важным направлением международного образовательного сотрудничества. По данным СМИ, Индия традиционно входит в число стран, направляющих наибольшее количество граждан для получения медицинского образования в России, поскольку профессия врача в Индии считается одной из самых престижных. Студенты из Индии обучаются в целом ряде российских вузов (Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Оренбургский государственный медицинский университет, Омский государственный медицинский университет, Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого (КрасГМУ), Самарский государственный медицинский университет и др.), причем обучение зачастую осуществляется на английском языке. Обучение студентов из Индии сопряжено с рядом сложностей, связанных не только с языковым барьером, но и с глубокими культурными различиями, в том числе в академической среде. Исследования показывают, что индийские студенты на протяжении всего обучения тесно связаны с национальной культурой и испытывают не только языковое давление, языковую интерференцию, но и трудности с принятием российских норм жизни.

В этих условиях особую значимость приобретают этические аспекты преподавания русского языка как иностранного. Роль обучения русскому языку является ведущей среди образовательных дисциплин в процессе воспитания личности, развития нравственных качеств и творческих способностей будущего врача. Однако

в научно-методической литературе этические вопросы преподавания РКИ студентам-медикам из Индии освещены недостаточно полно, что и обусловливает актуальность настоящего исследования.

Обучение иностранных студентов-медиков в России является частью международного рынка образовательных услуг. В свою очередь, экспорт медицинских образовательных услуг требует тщательной проработки вопросов этики. В этом контексте преподаватель РКИ не просто передает языковые знания, но и является «лицом» российской системы образования в глазах иностранных студентов. Любые проявления неэтичного поведения (невнимательное отношение к культурным особенностям студентов, дискриминация и др.) могут нанести ущерб репутации не только конкретного вуза, но и российского медицинского образования в целом.

Цель данной статьи — выявление и систематизация этических проблем, возникающих в процессе обучения русскому языку как иностранному студентов-медиков из Индии, а также разработка рекомендаций по их преодолению.

МЕЖКУЛЬТУРНЫЙ АСПЕКТ ЭТИКИ ПРЕПОДАВАНИЯ РКИ

Обучение индийских студентов-медиков русскому языку осуществляется в условиях значительного культурного и ментального разрыва между принимающей и отправляющей сторонами. В теории педагогики бесспорным является тот факт, что качественное образование возможно только при наличии нравственного воспитания, которое предполагает развитие личности, способной к принятию духовно-нравственных, социальных, семейных и других ценностей. Однако сам процесс трансляции этих ценностей сталкивается с этическими препятствиями.

Преподаватель РКИ в медицинском вузе выступает не только носителем языка, он транслирует культурные нормы и ценности всего российского общества. Как справедливо отмечает М. В. Абрамова, преподаватели РКИ постоянно контактируют с представителями других культур и на собственном опыте могут подтвердить тезис о том, как важно в процессе организации обучения языку учитывать национально-культурную и социолингвистическую специфику того или иного контингента обучающихся [1]. Знание особенностей культуры и менталитета иностранных студентов, а также опора на их родной язык помогут преподавателю избежать ошибок как при организации обучения, так и в процессе межкультурной коммуникации.

Системы индийских и русских ценностей также имеют различия, что требует от преподавателя развитой межкультурной компетенции. Методология обучения должна опираться на принципы компетентностного и профессионально ориентированного обучения в высшей школе, а также лингвокультурологический подход, основанный на единстве лингвистических, страноведческих, культурно-семиотических и аксиологических компетенций [2].

Процесс лингвокультурной адаптации индийских студентов неразрывно связан с формированием толерантного сознания. В этом контексте особое значение приобретает использование на занятиях РКИ материалов, позволяющих осуществлять сопоставительный анализ русской и индийской культур. В рамках работы студенческого научного общества (СНО) по иностранным языкам в ЯГМУ проводится работа в том числе с иностранными студентами из Индии. Студентам предлагаются задания в виде докладов для уточнения корпуса фразеологических единиц со словами медицинской тематики («врач», «лечить», «лекарство») в русском, английском языке и на хинди; постоянно проводится контрастивный анализ речевых ситуаций в коммуникации «врач–пациент»; разбираются случаи культурологических и языковых лакун. Все это способствует лучшему вливанию иностранных студентов из Индии не только в образовательный процесс, но и в российскую академическую среду в целом.

Анализ учебной литературы по РКИ в медицинской деятельности показывает недостаточное освещение темы коммуникационной этики. Это создает проблемы, когда студенты, не получившие соответствующих навыков на занятиях по языку, могут оказаться неготовыми к профессиональному общению с русскоязычными пациентами, что неизбежно приводит к коммуникативным неудачам и даже к конфликтным ситуациям в клинической практике.

В связи с этим одной из ключевых задач обучения русскому языку студентов-медиков является формирование их профессиональной этики и деонтологической компетентности. Как отмечает С. Н. Лашова, деонтологическая компетентность студентов-медиков выделяется как самостоятельная и является частью их будущей медицинской профессиональной деятельности, которая не может быть эффективной в полной мере без данной доминанты [3].

Занятия по РКИ предоставляют уникальные возможности для воспитания врачебной этики. Использование аудио- и видеоматериалов по коммуникации «врач–пациент» решает этическую проблему, помогает студентам из Индии представить реалии российской медицинской системы, проводить параллели с современной медицинской практикой в своей стране.

Этичное коммуникативное поведение врача не может быть выстроено без учета социально-культурных и индивидуальных особенностей пациентов. Для иностранных студентов-медиков это означает необходимость не только овладеть грамматическими и лексическими нормами русского языка, но и приобрести способность выбирать подходящие лексико-грамматические конструкции в соответствии с коммуникативной целью и социокультурным контекстом.

ЭТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ РКИ

Деятельность преподавателя РКИ в медицинском вузе сопряжена с рядом специфических этических дилемм, решение которых требует проявления не только профессиональных, но и в значительной степени личностных качеств. Одной из наиболее значимых является дилемма языкового стандарта. Под «языковым стандартом» в контексте преподавания РКИ понимается некая эталонная норма языка, на которую ориентируются преподаватели и учебные материалы. Дилемма возникает из-за того, что английский язык, который формально является языком-посредником для индийских студентов, в реальности не представляет собой единого варианта. Индийские студенты владеют специфическим вариантом английского языка, который лингвисты называют

«индийским английским» [4], и этот вариант значительно отличается от британского или американского стандартов, знакомых российскому преподавателю английского языка.

«Индийский английский» — это вариант английского языка, имеющий устойчивые грамматические и фонетические особенности. Обучение индийских студентов-медиков русскому языку организовано с использованием английского языка в качестве посредника. Преподаватель РКИ должен решить, в какой степени учитывать особенности «индийского английского» при обучении русскому языку, не создавая при этом у студентов ощущения, что их языковая компетенция оценивается как «неправильная» или «неполноценная». С этой проблемой непосредственно связана ситуация языкового посредничества. Нередки случаи, когда студенты не понимают ни русский, ни английский язык в достаточной мере. Тогда преподаватель оказывается перед выбором — продолжать обучение на русском языке в соответствии с программой или адаптировать материалы до уровня, доступного для понимания, что зачастую противоречит требованиям учебного плана. Другой неудобный момент заключается в том, что даже «хороший» английский студента из Индии подвержен очень сильному влиянию фонетических систем родных языков учащихся [4]. Как правило, индийские студенты не различают звуки [с] и [ш], а произношение звуков [х], [щ], [ц] в их английском вообще не поставлено [5]. Сходство латинской и кириллической графики создает дополнительные трудности, например, с произношением русской буквы «а», которую студенты из Индии произносят как [æ] или [ə] (по-английски). Сходные трудности возникают и с русскими буквами «е» и «у». Отсутствие в хинди таких фонем, как [ы], [ж], [ц], приводит к многочисленным фонетическим ошибкам [6].

Осознание данной проблемы определяет для преподавателя русского языка необходимость усредненного подхода к проблеме языка-посредника — ориентироваться на британский и/или американский стандарт английского как на некий международный эталон уже нельзя. В противном случае подобная практика создает риск, что студенты, чья языковая компетенция не соответствует этому стандарту, могут восприниматься как слабо подготовленные, что формирует у них ощущение языковой неполноценности. В связи с этим одним из возможных решений сложившейся ситуации может быть адаптация уже преподавателя к особенностям индийского английского как самостоятельного языкового варианта и выстраивание обучения с опорой на реальные языковые навыки студентов. Однако при таком варианте поведения возможно снижение требований к языковой подготовке. Игнорирование этой проблемы чревато тем, что объяснения, сравнения и аналогии окажутся недоступными для значительной части индийской студенческой аудитории.

В данном случае одним из наиболее вероятных решений может стать практика сопоставления систем родного и изучаемого языков при обучении РКИ, что позволяет реализовать принцип осознанности [1]. При кажущейся очевидности подобного решения для индийских студентов это означает необходимость тройного сопоставления. Изначально сравниваются языковые явления русского и английского (в его индийском варианте), а затем добавляется родной язык студента (хинди, тамильский, бенгальский и др.). Это сложная методическая задача, требующая от преподавателя не только знания русского языка, но и понимания фонетических и грамматических особенностей нескольких языковых систем. Анализ литературы по заявленной проблематике свидетельствует о том, что исследователи рекомендуют в процессе преподавания РКИ опираться на язык-посредник и использовать принципы национально-ориентированной методики (этнометодики), которая позволяет учитывать этнопсихологические особенности индийских обучающихся [7].

Другие важные дилеммы в практике преподавателя РКИ связаны с оцениванием и воспитательным воздействием. В группах, где студенты имеют разный уровень языковой подготовки и разную мотивацию, преподаватель сталкивается с этической проблемой справедливого и объективного оценивания достижений каждого учащегося. Дилемма воспитательного воздействия основана на постулате, что преподаватель РКИ в медицинском вузе выполняет не только обучающую, но и воспитательную функцию. Однако степень допустимого воспитательного воздействия на взрослых студентов из иной культурной среды остается предметом этической дискуссии. Исследователи отмечают, что выбор профессии врача достаточно серьезно мотивирован у индийских студентов, однако это не означает автоматического принятия ими российской системы медицинских ценностей и этических норм [8].

ЯЗЫКОВОЕ ПОСРЕДНИЧЕСТВО: МЕРЫ И ГРАНИЦЫ

С дилеммой языкового стандарта тесно связана проблема языкового посредничества, то есть использование третьего языка (в данном случае английского) как инструмента для объяснения материала на русском языке. Дилемма заключается в определении меры и границ использования языка-посредника и вызывает вопрос о том, когда и в каком объеме его применение оправдано, а когда оно начинает препятствовать усвоению русского языка.

Безусловно, язык-посредник необходим, особенно на начальном этапе. Он выполняет ряд важных функций, позволяет проводить сравнительно-сопоставительный анализ языковых явлений и помогает в преодолении интерференции [9]. Объяснение грамматических структур русского языка индийским студентам целесообразно давать в сопоставлении с соответствующими структурами английской грамматики. Это помогает увидеть сходство (например, категория числа существительных) и осознать различия (отсутствие в английском категории рода, отсутствие в русском артиклей) [1].

Однако, чем выше уровень лингвистической подготовки студентов, тем меньше язык-посредник должен звучать на занятиях РКИ [9]. Чрезмерное использование английского языка вызывает привыкание к «переводному» мышлению, и студенты не учатся мыслить на русском языке. Также формируется искусственная языковая среда, не соответствующая реальным условиям будущей профессиональной деятельности, а именно общению с русскоязычными пациентами. В итоге снижается мотивация к самостоятельному освоению русского языка, что сказывается на качестве языковой подготовки иностранных студентов-медиков.

В контексте языкового посредничества преподаватель РКИ может столкнуться с рядом этически значимых

проблем. Во-первых, нарушается право студентов на доступность образования. Если преподаватель отказывается от языка-посредника, а студенты не понимают объяснений на русском, обучение становится формальным и малоэффективным. Во-вторых, в группах, где студенты имеют разный уровень владения английским языком, использование языка-посредника неизбежно создает неравные условия. Те студенты, которые лучше знают английский, получают преимущество не за счет знания русского, а за счет знания языка-посредника. Это, в свою очередь, вызывает вопросы о справедливости оценивания. В-третьих, язык-посредник — это не просто инструмент, но и носитель определенных культурных смыслов. В ситуации, когда преподаватель использует английский, он невольно транслирует западные образовательные и культурные модели, что может вступать в противоречие с индийскими и российскими культурными ценностями и порождать проблему культурной чувствительности. В-четвертых, для преподавателя РКИ хорошее владение английским языком становится необходимым профессиональным навыком. Однако не все преподаватели владеют английским на уровне, достаточном для полноценного языкового посредничества. И это поднимает вопрос о профессиональной компетентности преподавателя.

Стратегии нивелирования вышеизложенных проблем предполагают строгую регламентацию использования языка-посредника на разных этапах обучения. На начальном этапе он допустим и даже необходим, на продвинутых этапах его доля должна постепенно сокращаться [9]. Необходимо создавать национально ориентированные учебные пособия, учитывающие языковые и культурные особенности именно индийских студентов. Также правильно было бы в рамках курсов повышения квалификации обучать преподавателей основам «индийского английского» и особенностям фонетических систем основных языков Индии и использованию беспереводных методов семантизации там, где это возможно, чтобы студенты не привыкали постоянно обращаться к языку-посреднику [9]. Сочетание этих подходов может способствовать повышению эффективности обучения русскому языку и повышению мотивации к его изучению.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ РЕШЕНИЯ ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ В ПРЕПОДАВАНИИ РКИ

Стратегии решения этических проблем в преподавании РКИ студентам-медикам из Индии можно рассмотреть в теоретическом педагогическом контексте на основе аксиологического и лингвокультурологического подходов. Реализация аксиологического подхода к преподаванию русского языка в поликультурной образовательной среде предполагает целенаправленное формирование у студентов системы ценностей, необходимых для будущей профессиональной деятельности. На занятиях РКИ это может реализовываться через обсуждение этических дилемм из медицинской практики, анализ профессиональных кодексов врача, дискуссии о моральных аспектах медицины. Использование лингвокультурологического подхода к формированию профессиональной этики будущего врача на занятиях РКИ предполагает работу с паремиологическим фондом двух культур, сопоставительный анализ русских и индийских пословиц и поговорок, отражающих представления о здоровье, болезни, врачебном долге и отношении к пациенту.

Перспективным направлением является разработка и введение в медицинских вузах для иностранных студентов двухсеместрового курса пропедевтической дисциплины «Введение в деонтологию (лингвистический аспект)», включающего разделы, связанные с культурой речи, риторикой, деловым этикетом врача, речевыми стратегиями и тактиками в профессиональном общении.

К тенденциям последних лет можно отнести интерактивные методы обучения. Использование интерактивных технологий в деонтологическом воспитании студентов медицинских вузов позволяет моделировать реальные ситуации профессионального общения, отрабатывать навыки этичного коммуникативного поведения в безопасной учебной среде [10]. Ролевые игры, анализ клинических случаев, дискуссии на этические темы способствуют формированию у студентов не только языковой, но и этической компетенции.

Безусловным компонентом этически выверенного обучения РКИ для студентов-медиков является развитие межкультурной компетенции преподавателя. Преподаватель РКИ, работающий с индийскими студентами, должен обладать развитой межкультурной компетенцией, включающей знание культурных особенностей Индии, понимание специфики индийского менталитета и системы ценностей, а также умение выстраивать диалог культур на занятиях [8].

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ показывает, что деятельность преподавателя русского языка как иностранного в медицинском вузе при работе с индийскими студентами сопряжена с комплексом взаимосвязанных этических дилемм, каждая из которых требует осознанного и взвешенного решения.

Фундаментальной проблемой выступает неопределенность языкового стандарта. Поскольку английский язык, используемый как язык-посредник, представлен не единой нормой, а специфическим «индийским английским» — с устойчивыми фонетическими и грамматическими особенностями, преподаватель оказывается перед выбором: ориентироваться на международный эталон (рискуя сформировать у студентов ощущение неполноценности) либо адаптироваться к реальным языковым навыкам учащихся (рискуя снизить академические требования). Это создает этическую напряженность между требованием качества образования и уважением к языковой индивидуальности студентов.

Проблема языкового посредничества обнажает противоречие между необходимостью использовать английский для объяснения сложного материала на начальных этапах и риском формирования «переводного» мышления, искусственной языковой среды и снижения мотивации к самостоятельному освоению русского языка. Этически значимыми здесь становятся вопросы доступности образования (отказ от посредника делает обучение формальным), справедливости оценивания (неравное владение английским создает неравные условия), культурной чувствительности (трансляция западных моделей) и профессиональной компетентности

самого преподавателя, который далеко не всегда владеет английским на достаточном уровне.

Дилеммы оценивания и воспитательного воздействия дополняют картину этических вызовов. Отсутствие единых критериев оценки в группах с разным уровнем подготовки ставит под вопрос объективность контроля знаний. Одновременно с этим преподаватель, выполняя воспитательную функцию, сталкивается с границами допустимого влияния на взрослых студентов из иной культурной среды, чьи ценностные ориентиры могут не совпадать с российскими медицинскими и педагогическими традициями.

Решение затронутых в статье этических проблем не может быть сведено к какому-либо однозначному алгоритму. Требуется гибкий, ситуативный подход, учитывающий этап обучения, уровень подготовки конкретной группы, индивидуальные особенности студентов и реальные коммуникативные задачи будущей профессиональной деятельности. Ключевыми стратегиями являются строгая регламентация использования языка-посредника на разных этапах, создание национально ориентированных учебных материалов, повышение межкультурной и языковой компетенции самих преподавателей, а также активное применение беспереводных методов семантизации там, где это возможно.

Этическая ответственность преподавателя РКИ заключается в умении найти баланс между академическими требованиями учебного плана и реальными потребностями студентов, между формированием профессиональных языковых навыков и уважением к культурному и языковому многообразию, между необходимостью языкового посредничества и постепенным переходом к обучению на русском языке. Только такой сбалансированный подход способен обеспечить эффективное овладение русским языком и сохранение достоинства каждого учащегося, что является высшей этической ценностью в поликультурной образовательной среде.

Литература

1. Павлова И. В., Токарева М. В., Осеян Д. О. Метод сопоставительного анализа в профессионально ориентированном обучении русскому языку индийских студентов. Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2025; 3(73): 65–81.
2. Бернгардт О. В., Сурьянинова Ю. А., Бернгардт А. В. Медицинское образование для иностранных студентов: языковые барьеры и стратегии их преодоления. Медицина и языки в образовании и науке: сборник научных трудов, посвященный 95-летию кафедры иностранных языков Воронежского государственного медицинского университета им. Н. Н. Бурденко. ООО Издательско-полиграфический центр «Научная книга». 2025; 29–36.
3. Лашова С. Н. Роль интерактивных методов обучения в деонтологическом воспитании студентов медицинского вуза. Тенденции развития образования: педагог, образовательная организация, общество. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Чебоксары. 19 августа 2019 года. Чебоксары. Общество с ограниченной ответственностью «Издательский дом «Среда», 2019; 254–257.
4. Абрамова М. В. Специфика обучения индийских студентов русскому языку на предвузовском этапе. Дидактическая филология. 2017; 3(7): 8–15.
5. Павлова И. В. Пути преодоления фонетической интерференции в обучении русскому языку индийских студентов медицинского профиля. Вестник филологических наук. 2026; 6(3): 80–87.
6. Ковалева М. Ш. Фонетическая система языка хинди и ее влияние на усвоение русской произносительной нормы при обучении РКИ. Инновационная наука. 2016; 12(4): 150–154.
7. Ситникова М. Г. Русские и хинди паремии о гостеприимстве в процессе обучения РКИ в целях поликультурного воспитания иностранных студентов-медиков. Актуальные проблемы медицины. Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием. В 3-х томах. 10 ноября 2023 года. Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет». 2023; 3(24): 87–90.
8. Ситникова М. Г. Лингвокультурологический подход к формированию профессиональной этики будущего врача на занятиях РКИ. Технологии обучения РКИ (языкам) и диагностика речевого развития: материалы XVIII Международной научно-практической конференции под эгидой МАПРЯЛ. Минск: БГЭУ. 2013; 21–22.
9. Полищук Т. И. Языковое посредничество как важный элемент эффективной межкультурной коммуникации. Научные труды Калужского государственного университета имени К. Э. Циолковского: материалы докладов. Калуга. 12–13 апреля 2023 года. ФГБОУ ВО «Калужский государственный университет им. К. Э. Циолковского». 2023; 55–61.
10. Павлова Н. И., Прокофьева Л. П. Пропедевтический курс деонтологии в преподавании русского языка как иностранного в медицинском вузе: перспективы разработки. Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2020; 20(3): 346–350.

References

1. Pavlova IV, Tokareva MV, Oseyan DO. Metod sopostavitel'nogo analiza v professional'no oriyentirovannom obuchenii russkomu yazyku indiyskikh studentov. Vestnik Krasnoyarskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. V. P. Astaf'yeva. 2025; 3(73): 65–81. Russian.
2. Berngardt OV, Sur'yaninova YuA, Berngardt AV. Meditsinskoye obrazovaniye dlya inostrannykh studentov: yazykovyye bar'yery i strategii ikh preodoleniya. Meditsina i yazyki v obrazovanii i nauke: sbornik nauchnykh trudov, posvyashchennyy 95-letiyu kafedry inostrannykh yazykov Voronezhskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. Burdenko NN. OOO Izdatel'sko-poligraficheskiy tsentr "Nauchnaya kniga", 2025; 29–36. Russian.
3. Lashova SN. Rol' interaktivnykh metodov obucheniya v deontologicheskom vospitanii studentov meditsinskogo vuza. Tendentsii razvitiya obrazovaniya: pedagog, obrazovatel'naya organizatsiya, obshchestvo. Sbornik materialov Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem. Cheboksary. 19 avgusta 2019 goda. Cheboksary. Obshchestvo s ogranichennoy otvetstvennost'yu «Izdatel'skiy dom «Sreda». 2019; 254–257. Russian.

4. Abramova MV. Spetsifika obucheniya indiyskikh studentov russkomu yazyku na predvuzovskom etape. Didakticheskaya filologiya. 2017; 3(7): 8–15. Russian.
5. Pavlova IV. Puti preodoleniya foneticheskoy interferentsii v obuchenii russkomu yazyku indiyskikh studentov meditsinskogo profilya. Vestnik filologicheskikh nauk. 2026; 6(3): 80–87.
6. Kovaleva MSh. Foneticheskaya sistema yazyka khindi i yeyo vliyaniye na usvoyeniye russkoy proiznositel'noy normy pri obuchenii RKI. Innovatsionnaya nauka. 2016; 12(4): 150–154. Russian.
7. Sitnikova MG. Russkiye i khindi paremii o gostepriimstve v protsesse obucheniya RKI v tselyakh polikul'turnogo vospitaniya inostrannykh studentov-medikov. Aktual'nyye problemy meditsiny. Sbornik nauchnykh statey Respublikanskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem. V 3-kh tomakh. 10 noyabrya 2023 goda. Gomel'. Uchrezhdeniye obrazovaniya "Gomel'skiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet", 2023; 3(24): 87–90. Russian.
8. Sitnikova MG. Lingvokul'turologicheskiy podkhod k formirovaniyu professional'noy etiki budushchego vracha na zanyatiyakh RKI. Tekhnologii obucheniya RKI (yazykam) i diagnostika rechevogo razvitiya: materialy XVIII Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii pod egidoy MAPRYAL. Minsk: BGEU, 2013; 21–22. Russian.
9. Polishchuk TI. Yazykovoye posrednichestvo kak vazhnyy element effektivnoy mezhkul'turnoy kommunikatsii. Nauchnyye trudy Kaluzhskogo gosudarstvennogo universiteta imeni K. E. Tsiolkovskogo: materialy dokladov. Kaluga. 12–13 aprelya 2023 goda. FGBOU VO "Kaluzhskiy gosudarstvennyy universitet im. Tsiolkovskogo KE", 2023; 55–61. Russian.
10. Pavlova NI, Prokof'yeva LP. Propedevticheskiy kurs deontologii v prepodavanii russkogo yazyka kak inostrannogo v meditsinskom vuze: perspektivy razrabotki. Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika. 2020; 20(3): 346–350. Russian.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ КАК ПРЕДМЕТ ИЗУЧЕНИЯ В АНГЛОЯЗЫЧНЫХ УЧЕБНЫХ КЕЙСАХ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ И ЭКОНОМИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Е. Ю. Мельникова ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В статье рассматриваются этические аспекты коммерциализации медицины в аспекте изучения учебных кейсов на английском языке в процессе иноязычной подготовки студентов медицинских и экономических специальностей. Цель исследования — выявить ключевые противоречия между пациентоориентированным подходом к оказанию медицинской помощи и коммерциализированной моделью здравоохранения, отраженные в англоязычных материалах; методически обосновать целесообразность их включения посредством метода кейс-стади в иноязычную подготовку будущих специалистов в области медицины и экономики. Анализируются типичные сюжеты учебных кейсов на английском языке, в которых врач или менеджер здравоохранения вынужден выбирать между интересами пациента и требованиями экономической эффективности. Показано, что включение подобных кейсов в иноязычную подготовку обучающихся по специальностям медицинского и экономического профиля выполняет двойную функцию — обучения профессиональному английскому языку и формирования этического мышления. Делается вывод о том, что метод кейс-стади является перспективным инструментом интеграции медицинской этики в подготовку будущих специалистов, способных осознавать и разрешать конфликты между заботой о пациенте и рыночными императивами.

Ключевые слова: медицинская этика, коммерциализация медицины, метод кейс-стади, пациентоориентированная медицина, этическое образование, конфликт интересов

✉ **Для корреспонденции:** Елена Юрьевна Мельникова
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; vinel81@mail.ru

Статья поступила: 16.06.2026 **Статья принята к печати:** 26.07.2026 **Опубликована онлайн:** 14.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.019

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

TEACHING THE ETHICS OF HEALTHCARE COMMERCIALIZATION THROUGH ENGLISH-LANGUAGE CASE STUDIES: MEDICAL AND ECONOMICS STUDENTS' PERSPECTIVES

Melnikova EYu ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

This article explores the ethics of profit-focused healthcare by looking at English case studies intended for medical and business students. This study aims to find the main contradictions between a patient-centered approach to rendering medical aid and commercialized healthcare model in English texts, and to show why real-world case studies should be included into the process of teaching a foreign language to students majoring in Medicine and Economics. Typical case studies are analyzed in English. A physician or a healthcare manager has to choose between the patient's interests and requirements of cost effectiveness. It is shown that when included into the teaching of a foreign language to medical and economics students, the case studies don't only teach the professional English language, but also develop ethical thinking. It is concluded that the case study method is a perspective tool of teaching medical ethics to future professionals, who can recognize and resolve conflicts between patient care and market demands.

Keywords: medical ethics, medicine commercialization, case study method, patient-oriented medicine, ethical education, conflict of interests

✉ **Correspondence should be addressed:** Elena Y Melnikova
Revolutsionnaya Str., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; vinel81@mail.ru

Received: 16.06.2026 **Accepted:** 26.07.2026 **Published online:** 14.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.019

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Проблематика коммерциализации медицины давно вышла за пределы собственно научного дискурса и стала предметом публичных дебатов, судебных разбирательств, законодательных инициатив и общественных протестов. Тем не менее, применительно к высшему медицинскому и экономическому образованию через призму формирования профессионально-этических установок будущих специалистов средствами иностранного языка данная проблематика остается недостаточно изученной. Следует подчеркнуть, что именно в образовательной среде формируются ценностные ориентации и устойчивые модели профессионального поведения, определяющие впоследствии действия врача или менеджера в ситуации морального выбора. Отсутствие в иноязычной образовательной траектории студента-медика или студента-экономиста кейсов, требующих разрешения дилеммы между финансовыми интересами организации и благом конкретного пациента, обусловливает профессиональную неготовность к подобным коллизиям в реальной практике.

В данной работе анализируется отражение конфликта между пациентоориентированным подходом к медицинской помощи (patient-centered care) и коммерциализированной моделью здравоохранения (profit-focused medicine), широко

представленного в работах отечественных и зарубежных исследователей [1–4], а также методический потенциал включения учебных кейсов рассматриваемой тематики в процесс англоязычной подготовки студентов медицинских и экономических специальностей. Предложенные сценарии учебных кейсов разработаны автором на основании материалов, опубликованных в открытом доступе на специализированных профессиональных и научно-популярных ресурсах медицинской тематики (Academia.edu, EngagingPatients.org, ResearchGate и др.). В рамках педагогически-ориентированного подхода особое внимание уделяется не только содержанию конфликта, но и его роли в формировании профессиональной этики обучающихся в сфере медицины и экономики. Подход к анализу носит методологический характер, в соответствии с которым в центре внимания находится не только содержательная структура конфликта, но и его функция как инструмента формирования профессиональной этики и ценностных ориентаций будущих специалистов.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНЫ

Коммерциализация здравоохранения — процесс, при котором рыночные механизмы начинают определять не только финансирование медицины, но и содержание, объем и доступность медицинской помощи. В парадигме рыночных отношений в сфере здравоохранения здоровье пациента рассматривается как экономический актив, а процесс оказания медицинской помощи становится сферой генерации дохода для страховых компаний, фармацевтических корпораций, частных медицинских центров и др. В конце XX в. ряд зарубежных исследователей в области биоэтики и философии медицины сформулировали ключевые этические возражения против коммерческих моделей здравоохранения, среди которых трактовка медицинской помощи как товара, а не как фундаментального социального блага; усиление конфликта интересов, подрывающего доверие пациента врачу; формирование стимулов к избыточному назначению диагностических и лечебных процедур ради извлечения прибыли [5]. Данные аспекты остаются актуальными и в XXI в. Кроме того, в последние десятилетия наблюдается возникновение новых форм коммерциализации, обусловленных развитием цифровых технологий, актуализацией телемедицины и активной деятельностью крупных биотехнологических компаний, что приводит к расширению спектра обозначенных этических дилемм [6, 7].

Коммерциализация здравоохранения в начале XXI в. приобрела глобальный характер. Реформы на основе принципов бюджетной эффективности, дерегулирования и приватизации охватили системы здравоохранения по всему миру. Исследователи из трех турецких медицинских школ, проводившие опрос среди студентов (1781 реципиент), установили, что 87,2% из них согласились хотя бы с одним из утверждений, характерных для коммерциализированной медицины, каждый пятый согласился более чем с половиной таких утверждений [8]. Авторы исследования квалифицировали полученный результат как тревожный, поскольку подобный уровень принятия коммерциализации медицины несовместим с принципами профессиональной этики.

Концепция пациентоориентированной медицинской помощи была закреплена в отчете Института медицины США «Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century», где она названа одной из шести ключевых целей системы здравоохранения XXI в. Согласно тексту документа, пациентоориентированная модель оказания медицинской помощи постулирует уважение и учет индивидуальных предпочтений, потребностей и ценностей пациента [9].

Современные подходы к пациентоориентированной модели представлены в работе Millenson ML и соавторов. Исследователи предлагают системную методологию интеграции пациента и его семьи в процессы планирования и оказания помощи с целью улучшения этической составляющей и клинических результатов [10].

МЕТОД КЕЙС-СТАДИ КАК ИНСТРУМЕНТ ЭТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Метод кейс-стади получил многоаспектное освещение в современной педагогической литературе как эффективный и технологичный метод обучения [11–14]. Данный метод пришел в медицинское образование из бизнес-школ, где использовался для обучения принятию управленческих решений, и постепенно занял устойчивое место в учебных программах по медицинской этике, биоэтике и организации здравоохранения. Сущность исследуемого метода заключается в нахождении решения после анализа. Метод кейс-стади включает в себя несколько основных элементов: моделирование и описание ситуации, анализ и оценку ситуации, выявление проблемы, поиск решения, применение вариантов решения к похожим случаям, развитие профессиональных навыков. Учебный кейс этической тематики представляет описание реальной или приближенной к реальной ситуации, когда учащийся должен принять решение в условиях конкурирующих интересов и этической неопределенности.

Методическая ценность кейса этической направленности определяется возможностью конструировать проблемное поле с высокой степенью неопределенности, в рамках которого ставятся вопросы, не имеющие однозначного ответа.

Как замечают исследователи, изучавшие практику этического образования в медицинских образовательных учреждениях, именно неоднозначность кейса заставляет студента выйти за пределы усвоенных алгоритмов и начать думать о ценностных аспектах будущей профессиональной деятельности. Работа с учебными кейсами способствует развитию определенного способа мышления, который впоследствии активируется автоматически в реальных профессиональных ситуациях [15].

Анализ учебных кейсов для специалистов в области медицины и экономики, посвященных коммерциализации здравоохранения, показал, что они моделируют ряд типовых этических дилемм: конфликт интересов, возникающий вследствие получения врачом или администратором материального вознаграждения за назначение конкретных препаратов или процедур пациенту; отказ в медицинской помощи по финансовым основаниям; избыточное лечение, когда экономические стимулы становятся главенствующим фактором при назначении процедур; приоритизации доступа к ресурсам, при которой распределение медицинской помощи осуществляется на основе экономических критериев, а не медицинских показаний. Обратимся к более детальному рассмотрению того, как именно указанные ситуации могут

быть представлены в учебных кейсах на английском языке, предлагаемых обучающимся.

Один из сценариев этического конфликта может быть описан следующим образом: молодой врач на начальном этапе профессиональной карьеры осуществляет деятельность в частной многопрофильной клинике. Пациент, мужчина 58 лет, обращается к нему с жалобами на боли в спине. Объективная клиническая картина свидетельствует об отсутствии показаний к хирургическому вмешательству и высокой терапевтической эффективности консервативных методов лечения и физиотерапии. В то же время внутренняя политика медицинской организации предусматривает систему финансового стимулирования врачей за перенаправление пациентов на оперативное лечение в аффилированный центр. Каковы действия врача? Описанная ситуация выходит за рамки индивидуальной моральной ответственности и представляет собой системный конфликт, имманентно присущий коммерциализированной системе здравоохранения. В данном аспекте интересен для рассмотрения обучающимися клинический кейс, представленный Lemmens T и Singer PA, где анализируется вопрос направления пациента в принадлежащую врачу коммерческую клинику, что создает прямой финансовый стимул к избыточным вмешательствам (self-referral for profit) [16]. Подобные ситуации описываются в исследовательской литературе как конфликт интересов, в котором финансовые стимулы могут неосознанно влиять на клинические решения. Центральный вопрос учебных кейсов данного типа формулируется одинаково: каким образом конфликт интересов между получением прибыли и заботой о пациенте влияет на процесс лечения. Подобная постановка вопроса задает аксиологическую рамку, в которой интересы пациента выступают безусловной точкой отсчета при оценке любого управленческого или клинического решения.

Другой распространенный тип кейса связан с ситуацией отказа в медицинской помощи по финансовым основаниям. Примером учебного кейса может быть следующий сценарий: пациентка 45 лет обращается за медицинской помощью в условиях отсутствия страхового покрытия с жалобами на одышку при небольшой нагрузке, отеки голеней и периодические боли в грудной клетке. Данные первичного обследования (осмотр, ЭКГ, базовые лабораторные тесты, рентгенография грудной клетки) позволили установить предварительный диагноз — хроническую сердечно-сосудистую патологию, требующую дальнейшей диагностики и планового лечения. С целью уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики лечения требуется проведение расширенной диагностики. Пациентка не в состоянии оплатить дополнительные обследования и длительное лечение, при этом существующий регламент лечебного учреждения предусматривает оказание медицинской помощи в экстренном порядке на безвозмездной основе исключительно при состояниях, непосредственно угрожающих жизни. Администрация клиники сообщает, что в рамках существующих финансовых ограничений она может рассчитывать лишь на минимальный объем неотложной помощи, в то время как плановые диагностические процедуры и последующая терапия остаются за пределами суммы страхового покрытия. Перед лечащим врачом возникает дилемма: следовать административным и финансовым регламентам учреждения, фактически оставляя пациентку без своевременного лечения, которое могло бы предотвратить тяжелые осложнения, или искать другие возможности (поиск благотворительных программ, оформление рассрочек, привлечение общественных ресурсов), выходя за рамки привычных организационных процедур.

Центральный вопрос кейса формулируется как столкновение профессионального долга по предотвращению предсказуемого ухудшения состояния пациента с экономическими ограничениями системы: может ли врач оправдать фактический отказ в оказании медицинской помощи в полном объеме, если единственным препятствием является неспособность пациентки оплатить лечение. Описанный учебный кейс представляет собой модель этического конфликта, в котором профессиональный долг врача по предотвращению предсказуемого ухудшения состояния пациента вступает в противоречие с финансовыми и институциональными ограничениями. Как отмечают Edelman A и Adams KE, подобные коллизии, как правило, возникают в системах здравоохранения, не гарантирующих адекватный объем медицинской помощи для незащищенных групп населения, что ставит вопрос об обязательствах как отдельных клиницистов, так и медицинских организаций. Рассмотренный кейс иллюстрирует структурное противоречие между экономическими барьерами, ограничивающими доступ к плановой помощи, и необходимостью для врача найти баланс между соблюдением регламентов и реализацией принципов профессиональной этики [17].

Отдельного рассмотрения в рамках настоящего обсуждения заслуживает вопрос о роли учебных кейсов в подготовке студентов-экономистов, будущих специалистов в области управления здравоохранением и медицинского страхования, для которых конфликт между принципами «пациентоориентированной помощи» и «коммерциализированного здравоохранения» часто предстает не в форме личной моральной дилеммы, а в виде управленческой задачи, требующей оптимизации процессов и распределения ресурсов. Тем не менее содержательно речь идет о тех же противоречиях, например, кейс о страховой компании, отказывающей в покрытии дорогостоящего препарата, апеллирует к обозначенной ранее системе ценностей: можно ли обосновать отказ в лечении соображениями экономической эффективности; что такое «медицинская необходимость» в контексте, где данное понятие определяется не врачом, а актуарием.

Включение учебных кейсов, моделирующих конфликт между пациентоориентированной медицинской помощью и прибыль-ориентированной моделью организации здравоохранения, в процесс обучения профессиональному английскому языку выполняет несколько взаимосвязанных образовательных функций:

- когнитивная функция: кейс знакомит студента с реальной структурой конфликта; объясняет, какие институциональные механизмы порождают противоречие между клиническими и финансовыми императивами;
- языковая функция: англоязычный кейс формирует профессиональный вокабуляр, позволяющий говорить о сложных этических проблемах на языке международного академического и профессионального сообщества;

– аксиологическая: в процессе разбора кейса студент обозначает и отстаивает свою позицию, что способствует формированию устойчивых профессиональных ценностей.

Представляется целесообразным указать на принципиальные ограничения метода кейс-стади. По своей природе учебный кейс представляет собой дидактический конструкт, неизбежное упрощение, в котором реальные многоаспектные ситуации морального выбора редуцируются до управляемого учебного сценария. Подлинные этические дилеммы в сфере медицины разворачиваются в более сложном хронотопе, включающем фактор неопределенности, жесткие временные рамки, вертикаль управленческих отношений и влияние корпоративных норм. Следовательно, методическая ценность метода кейс-стади заключается в формировании алгоритма рассуждения и навыков этического анализа ситуации, но его ингерентное ограничение состоит в невозможности симуляции полного спектра психоэмоциональных переживаний субъекта, принимающего решение. Данное обстоятельство признается специалистами в области этического образования: активные методы обучения, в том числе метод кейс-стади, влияют на знания и установки студентов, однако их воздействие на реальное профессиональное поведение требует дальнейшего изучения. Вместе с тем было бы неверно недооценивать потенциал данного метода. Исследование, сравнившее результаты традиционного и кейс-ориентированного обучения, показало, что у студентов, обучавшихся с использованием активных методов, значимо повысились показатели качества знаний, поскольку кейс-метод предполагает вовлеченность студента как думающего, а не только запоминающего субъекта [18].

Отдельного внимания заслуживает то, как в учебных кейсах трактуется конфликт интересов — одно из наиболее распространенных проявлений коммерциализации медицины. Конфликт интересов возникает, когда профессиональное суждение врача может быть искажено под воздействием вторичного интереса, например, финансового вознаграждения, карьерных соображений, личных отношений.

Именно в этом аспекте англоязычные кейсы по бизнес-этике в здравоохранении представляются особенно ценным ресурсом. Многие из них прямо воспроизводят ситуации, в которых врач получает подарки, гонорары за лекции или спонсированные поездки от фармацевтических компаний, а затем должен принять решение о назначении препарата. Методическая ценность таких кейсов определяется прежде всего их способностью транспонировать абстрактный этический принцип в конкретную профессионально узнаваемую ситуацию, с которой студент сможет соотнести собственный будущий опыт.

Кейсы, адресованные студентам-экономистам, как правило, рассматривают ту же проблему с принципиально иной точки зрения: не как нравственный выбор, которому необходимо противостоять на личном уровне, а как управленческую задачу, требующую институционального решения. Разработка кодексов этики, систем раскрытия информации о конфликтах интересов и механизмов независимого контроля рассматривается как ответ медицинской организации на системные риски, а не как нравственный выбор отдельного врача. Такой подход не менее ценен педагогически, поскольку учит будущих менеджеров здравоохранения мыслить структурно, а не индивидуально, тем самым вписывая этику в логику организационного управления.

Описанный выше двойной адресат учебных кейсов (студенты-медики и студенты-экономисты) открывает возможность для интересного педагогического эксперимента: совместного разбора кейсов представителями разных специальностей. В такой модели врач и будущий менеджер здравоохранения оказываются перед одной и той же ситуацией, но рассматривают ее с принципиально разных позиций. Первый спрашивает: «Что является наилучшим лечением для данного пациента?» Второй: «Как это лечение вписывается в бюджет организации и соответствует ли оно критериям страхового покрытия?» Столкновение данных позиций само по себе обладает значительным дидактическим потенциалом, поскольку побуждает студента к рефлексии оснований собственного профессионального суждения.

Подобная интеграция, однако, требует осторожности. Опасность состоит в том, что в условиях совместного обучения доминирующей может оказаться экономическая рамка — просто потому, что она более операциональна, измерима и привычна для учебного процесса. Этика стоимости и эффективности, вытесняющая этику заботы, представляет собой трансформацию, которую исследователи описывают как последствие коммерциализации медицины применительно к сознанию врача. Воспроизведение данной трансформации в учебном процессе, призванном ей противодействовать, означало бы дискредитацию педагогических целей, ради которых осуществляется интеграция кейсов в образовательные программы. Поэтому важно, чтобы кейсы, используемые в совместном обучении медиков и экономистов, сохраняли аксиологический приоритет пациентоориентированного подхода в качестве исходного принципа.

Данное положение не предполагает игнорирования экономических реалий. Напротив, методологическая ценность учебных кейсов заключается в том, что они ставят обучающегося перед необходимостью осмысливать и интегрировать существующие ограничения в процесс принятия решений, при этом указанные ограничения должны выступать в роли заданных условий, а не предопределять собой итоговое решение. Ответ на вопрос «как лечить пациента в условиях ограниченного бюджета?» принципиально отличается от ответа на вопрос «нужно ли лечить пациента, если это невыгодно?».

Отдельно стоит отметить языковой аспект, на который нередко обращают внимание педагоги, работающие с кейсами на иностранном языке. Английский язык является *lingua franca* глобального медицинского и экономического сообщества. Разбор англоязычных кейсов формирует не только этическую, но и языковую компетентность студента — умение обсуждать сложные профессиональные ситуации на международном профессиональном языке, что особенно важно для планирования академической карьеры, международного сотрудничества или работы в транснациональных медицинских организациях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие выводы. Конфликт между принципами пациентоориентированной помощи и логикой коммерциализированного здравоохранения представляет собой не абстрактную теоретическую конструкцию,

а реальную профессиональную проблему, с которой систематически сталкиваются как практикующие врачи, так и менеджеры здравоохранения. Природа данного конфликта институциональна, поскольку он детерминирован системными стимулами, встроенными в организационные структуры и модели финансирования. Реализация этических дилемм в англоязычных учебных кейсах наделяет их высоким методическим потенциалом, поскольку формирует у обучающихся навык аргументированного самоопределения и выбора профессионально-этической позиции. Метод кейс-стади выполняет тройную функцию в профессиональной подготовке специалиста: когнитивную (формирует понимание структуры конфликта), языковую (обеспечивает профессиональный вокабуляр на международном уровне) и ценностную (способствует формированию устойчивых профессиональных установок). Наибольший педагогический эффект достигается при интеграции метода кейс-стади в более широкую образовательную стратегию, включающую обсуждение политики здравоохранения, моделей его финансирования и институциональных механизмов управления конфликтами интересов.

Эффективное этическое образование в области медицины и экономики здравоохранения в качестве непременного условия предполагает сохранение аксиологического приоритета интересов пациента. Экономические ограничения задают условия задачи, этические принципы определяют критерии ее решения. Дидактически состоятельный учебный кейс обеспечивает продуктивное взаимодействие обоих регистров. Специалист, прошедший такую подготовку, оказывается способен не только применять усвоенные алгоритмы, но и критически оценивать условия, при которых они перестают работать.

Литература

1. Красова Е. В., Сверчкова А. Д. Коммерческая медицина в России: тенденции развития и факторы спроса. Социальные аспекты здоровья населения. 2022; 4 (68). Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1398/30/lang, ru/. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-4-8 (дата обращения: 16.05.2026).
2. Хальфин Р. А., Мадьянова В. В., Качкова О. Е., Демина И. Д., Кришталева Т. И., Домбровская Е. Н. и др. Пациентоориентированная медицина: предпосылки к трансформации и компоненты. Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2019; 23 (1): 104–114.
3. Burgers JS, van der Weijden T, Bischoff EWMA. Challenges of Research on Person-Centered Care in General Practice: A Scoping Review. Frontiers in Medicine. 2021; (8): 1–9. PMID: 34249968; PMCID: PMC8264253.
4. Hansson SO, Fröding B. Ethical conflicts in patient-centred care. Clinical Ethics. 2020; (16): 1–12. DOI: 10.1177/1477750920962356.
5. Brock DW, & Buchanan, A. Ethical Issues in For-profit Health Care. In B. H. Gray (Ed.), For-profit Enterprise in Health Care. National Academies Press. 1986; 224–249.
6. Иваншкевич К. А. Проблемы коммерциализации внедрения цифровых технологий в здравоохранении. Диалог. Научно-практический журнал. 2025; (20): 4–7. Режим доступа: https://www.npzhdialog.ru/gallery/47202025.pdf (дата обращения: 16.05.2026).
7. Кочетова Ю. Ю. Этические проблемы телемедицины. Знание. Понимание. Умение. 2025; (3): 113–123. Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/eticheskie-problemy-telemeditsiny (дата обращения: 16.05.2026).
8. Civaner M, Balcioglu H, Vatansever K. Medical students' opinions about the commercialization of healthcare: A cross-sectional survey. Journal of Bioethical Inquiry. 2016; 13(2): 261–272. DOI: 10.1007/s11673-016-9704-6.
9. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press, 2001. Режим доступа: https://www.nationalacademies.org/read/10027 (дата обращения: 16.05.2026).
10. Millenson ML, Shapiro E, Greenhouse PK, DiGioia AM III. Patient- and Family-Centered Care: A Systematic Approach to Better Ethics and Care. AMA J Ethics. 2017; 18(1): 49–55. DOI: 10.1001/journalofethics.2017.18.1.stas1-1601.
11. Баранова М. В. Кейс-стади как технологический метод обучения. Современная наука и образование. 2017; (3): 55–60.
12. Иксанова М. Г., Красильникова Е. В., Воробьева Н. В. Применение метода «кейс-стади» в обучении (на материале дисциплины «Психология общения»). Психология обучения. 2022; (4): 115–122.
13. Леготин А. В. Метод кейс-стади в обучении профессиональной этике. Современные проблемы науки и образования. 2018; (2): 145–152.
14. Митрахович О. А., Пономарева М. А. Case study as a method for evaluating invariants of a specialist's managerial competence. Научные труды Белорусского государственного университета. 2021; (21): 134–140.
15. Матюшенко С. В., Фрик О. А., Пантюхин А. Н. Методическая схема работы с кейсом в контексте преподавания этики. Современные наукоемкие технологии. 2024; (7): 38–43.
16. Lemmens T, Singer PA. Bioethics for clinicians: 17. Conflict of interest in research, education and patient care. Canadian Medical Association Journal (CMAJ). 1998; 159 (8): 960–965.
17. Edelman A, Adams KE. Ethics surrounding the impoverished patient. J Am Med Womens Assoc. 2004; 59(1): 14–6. PMID: 14768980.
18. Одинаев Ш. Ф., Абдуллоева С. Н., Файзиева Д. Ш. Сравнительная педагогическая эффективность традиционного и case-based learning подходов в обучении клиническому мышлению студентов-медиков. Наука и образование. 2025; 2(3): 262–274. DOI: 10.25005/3078-5022-2025-2-3-262-274.

References

1. Krasova YeV, Sverchkova AD. Kommercheskaya meditsina v Rossii: tenden-tsii razvitiya i faktory sprosa. Sotsial'nyye aspekty zdorov'ya naseleniya. 2022; 4 (68). Available from URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1398/30/lang, ru/. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-4-8 (accessed: 16.05.2026). Russian.
2. Khal'fin RA, Mad'yanova VV, Kachkova OYe, Demina ID, Krishtaleva TI, Dombrovskaya YeN, et al. Patsiyentooriyentirovannaya meditsina: predposylki k transformatsii i komponenty. Vestnik RUDN. Seriya: Meditsina. 2019; 23 (1): 104–114. Russian.
3. Burgers JS, van der Weijden T, Bischoff EWMA. Challenges of Research on Person-Centered Care in General Practice: A Scoping Review. Frontiers in Medicine. 2021; (8): 1–9. PMID: 34249968; PMCID: PMC8264253.
4. Hansson SO, Fröding B. Ethical conflicts in patient-centred care. Clinical Eth-ics. 2020; (16): 1–12. DOI: 10.1177/1477750920962356.

5. Brock DW, & Buchanan, A. Ethical Issues in For-profit Health Care. In B. H. Gray (Ed.), For-profit Enterprise in Health Care. National Academies Press. 1986; 224–249.
6. Ivanshkevich K. A. Problemy kommertsializatsii vnedreniya tsifrovykh tekhnologiy v zdravookhranenii. Dialog. Nauchno-prakticheskiy zhurnal. 2025; (20): 4–7. Available from URL: https://www.npzhdialog.ru/gallery/47202025.pdf (accessed: 16.05.2026). Russian.
7. Kochetova YU. YU. Eticheskiye problemy telemeditsiny. Znaniye. Poni-maniye. Umeniye. 2025; (3): 113–123. Available from URL: https://cyberleninka.ru/article/n/eticheskie-problemy-telemeditsiny (accessed: 16.05.2026). Russian.
8. Civaner M, Balcioglu H, Vatansever K. Medical students' opinions about the commercialization of healthcare: A cross-sectional survey. Journal of Bioethical Inquiry. 2016; 13(2): 261–272. DOI: 10.1007/s11673-016-9704-6.
9. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press, 2001. Available from URL: https://www.nationalacademies.org/read/10027 (accessed: 16.05.2026).
10. Millenson ML, Shapiro E, Greenhouse PK, DiGioia AM III. Patient- and Fam-ily-Centered Care: A Systematic Approach to Better Ethics and Care. AMA J Eth-ics. 2017; 18(1): 49–55. DOI: 10.1001/journalofethics.2017.18.1.stas1-1601.
11. Baranova MV. Keys stadi kak tekhnologicheskiy metod obucheniya. Sovre-mennaya nauka i obrazovaniye. 2017; (3): 55–60. Russian.
12. Iksanova MG, Krasil'nikova YeV, Vorob'yeva NV. Primeneniye metoda «keys-stadi» v obuchenii (na materiale distsipliny «Psikhologiya obshcheniya»). Psikhologiya obucheniya. 2022; (4): 115–122. Russian.
13. Legotin AV. Metod keys stadi v obuchenii professional'noy etike. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2018; (2): 145–152.
14. Mitrakhovich OA, Ponomareva MA. Case study as a method for evaluating invariants of a specialist's managerial competence. Nauchnyye trudy Belorusskogo gosudarstvennogo universiteta. 2021; (21): 134–140. Russian.
15. Matyushenko SV, Frik OA, Pantyukhin AN. Metodicheskaya skhema raboty s keysom v kontekste prepodavaniya etiki. Sovremennyye naukoyemkiye tekhnologii. 2024; (7): 38–43. Russian.
16. Lemmens T, Singer PA. Bioethics for clinicians: Conflict of interest in research, education and patient care. Canadian Medical Association Journal (CMAJ). 1998; 159 (8): 960–965.
17. Edelman A, Adams KE. Ethics surrounding the impoverished patient. J Am Med Womens Assoc. 2004; 59(1): 14–6. PMID: 14768980.
18. Odinayev ShF, Abdulloyeva SN, Fayziyeva DSh. Sravnitel'naya peda-gogicheskaya effektivnost' traditsionnogo i case based learning podkhodov v obuchenii klinicheskomu myshleniyu studentov medikov. Nauka i obrazovaniye. 2025; 2(3): 262–274. DOI: 10.25005/3078-5022-2025-2-3-262-274. Russian.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО СОЦИАЛЬНОМУ СИРОТСТВУ

Л. Ф. Габидуллина[1] ✉, М. Ю. Котловский[1,2]

[1] Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

[2] Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко, Москва, Россия

Актуальность исследования обусловлена необходимостью баланса между защитой ребенка и уважением к семье, а также рисками стигматизации и нарушения конфиденциальности при межведомственном взаимодействии. Цель работы — выявить этические дилеммы практики сопровождения детей группы риска по социальному сиротству и предложить ориентиры ее совершенствования. В качестве методов использован анализ региональных практик, алгоритмов межведомственного взаимодействия, работы профильных комиссий и консилиумов, а также нормативно-правовой базы (включая Конвенцию о правах ребенка и российские стандарты социального обслуживания). Результаты показывают, что наиболее этичными и результативными являются подходы, основанные на принципе наименьшего вмешательства, партнерстве с семьей и прозрачной коммуникации. Эффективны совместные выезды специалистов и родителей, междисциплинарные консилиумы, адаптированные методики учета мнения ребенка. На материалах Ярославской области выявлены ключевые этические узлы: формализация информированного согласия, риски утечки данных в единых базах, обесценивание жизненного опыта семьи, поверхностный учет мнения ребенка.

Ключевые слова: этическая эффективность, стигматизация, медико-социально-педагогическое сопровождение

Вклад авторов: Л. Ф. Габидуллина — сбор данных, анализ данных, анализ литературы, планирование исследования, написание текста, редактирование; М. Ю. Котловский — анализ данных, интерпретация данных. Вклад авторов был равнозначным.

✉ **Для корреспонденции:** Ландыш Фаритовна Габидуллина
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; landush10@yandex.ru

Статья поступила: 25.06.2026 **Статья принята к печати:** 15.08.2026 **Опубликована онлайн:** 23.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.023

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ETHICAL ASPECTS OF MEDICAL, SOCIAL, AND PEDAGOGICAL SUPPORT FOR CHILDREN AT RISK OF SOCIAL ORPHANAGE

Gabidullina LF[1] ✉, Kotlovsky MY[1,2]

[1] Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

[2] Semashko NA National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia

This study is relevant due to the need to balance child protection and respect for the family, while mitigating the risks of stigmatization and confidentiality breaches during cooperation between agencies. This study aims to identify the ethical dilemmas that arise while supporting children at risk of social orphanhood and to provide recommendations for improving these support tendencies. The research methods include analyzing regional practices, algorithms of interaction between agencies, the work of specialized commissions and councils, and the legal and regulatory framework, which includes the Convention on the Rights of the Child and Russian social service standards. According to the results, the most ethical and effective methods rely on minimal intervention, family partnership, and transparent communication. Collaborative visits by specialists and parents, interdisciplinary consultations, and adapted methodologies for considering the child's views are effective. Researchers used data from the Yaroslavl region to find the major ethical issues such as treating informed consent as a mere formality, risk of data leakage in central databases, ignoring the life experience of families, and treating a child's opinion without deep care.

Key words: ethical effectiveness, stigmatization, medical, social and pedagogical support

Author contribution: Gabidullina LF — data collection, data analysis, literature analysis, research planning, text writing, editing; Kotlovsky MY — data analysis, data interpretation. The authors contributed equally to this work.

✉ **Correspondence should be addressed:** Landysh F Gabidullina
Revolutsionnaya St., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; landush10@yandex.ru

Received: 25.06.2026 **Accepted:** 15.08.2026 **Published online:** 23.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.023

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Медико-социально-педагогическое сопровождение детей группы риска по социальному сиротству — это не просто набор услуг, а система, где каждое решение несет этическую нагрузку. Баланс между защитой ребенка и уважением к семье, между межведомственной координацией и конфиденциальностью, между экспертной оценкой и жизненным опытом родителей определяет, станет ли помощь по-настоящему поддерживающей или превратится в дополнительный источник стресса [1].

В Ярославской области эта проблема решается через разветвленную сеть учреждений и межведомственное взаимодействие, однако именно в практике реализации помощи особенно остро проявляются этические дилеммы.

Контекст и постановка проблемы

По данным Министерства образования Ярославской области, на 1 июня 2026 г. в регионе 2842 ребенка относятся к категории детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Из них 2422 ребенка воспитываются в приемных семьях, 420 детей находятся в государственных учреждениях опеки. Эти цифры отражают масштаб задачи и одновременно свидетельствуют о тенденции к семейному устройству — приоритетном направлении государственной политики.

При этом социальное сиротство зачастую связано не с отсутствием родителей, а с невозможностью семьи выполнять свои функции из-за бедности, зависимостей, психических расстройств, социальной изоляции. Именно такие семьи попадают в поле зрения системы профилактики, где пересекаются компетенции медиков, педагогов, социальных работников и органов опеки.

На практике сопровождение строится по трем ключевым этапам.

1. На этапе комплексной оценки ребенок проходит обследование у медиков, психологов и педагогов. Основанием для оценки служит заключение территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК), работающей по регламенту Министерства образования и Министерства здравоохранения. Здесь важно не «диагностировать неблагополучие», а выявлять потребности ребенка и ресурсы семьи [2].
2. На основе заключения ПМПК формируется индивидуальная программа сопровождения, где фиксируются цели, сроки, права и обязанности сторон. Это своего рода договор, который задает прозрачность процесса при планировании помощи.
3. Реализация стратегии поддержки включает медицинскую помощь, образовательные и коррекционные мероприятия, социальную поддержку семьи (трудоустройство, оформление льгот, психологическая помощь).

В работе участвуют специалисты разного профиля: педагоги, психологи, врачи, социальные работники, сотрудники органов опеки. Эффективность зависит от слаженности их действий и от того, насколько этически выстроены их взаимодействия друг с другом, с ребенком и семьей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Что уже работает?

Опыт региона показывает, что наиболее этичными и результативными оказываются подходы, ориентированные на сохранение семьи и поддержание связи между ребенком и родителями.

Совместные выезды специалистов и родителей в учреждения решают сразу несколько задач:

- сохраняют эмоциональную связь между ребенком и семьей;
- снижают ощущение «отчуждения» у ребенка;
- помогают родителям чувствовать себя не обвиняемыми, а вовлеченными в процесс.

Так, в рамках подобных выездов организуют не только формальные встречи, но и совместные активности: творческие мастер-классы, игры, праздники. Для ребенка это сигнал: «Меня не бросили», для родителей — возможность увидеть ребенка в безопасной среде и получить поддержку специалистов.

Обсуждение случая на междисциплинарном консилиуме с участием всех специалистов и родителей позволяет избежать «разрозненных» решений [3]. На таких встречах разбирают не только проблемы, но и ресурсы семьи, фиксируют критерии эскалации (когда требуется усиление вмешательства) и назначают ответственного куратора.

Помощь в восстановлении прав отца или матери ребенка в семье, в которой возникают трудности, — это не следствие, а выяснение причин, объяснение того, что нужно сделать, чтобы стать хорошим отцом или матерью. Если есть изменения к лучшему, ребенка следует оставить в семье, если, конечно, ему не угрожает опасность.

Ключевые этические дилеммы

Несмотря на наличие отработанных механизмов, в реальной работе регулярно возникают этические конфликты.

Благополучие ребенка — жить в семье, какой бы она ни была. **Изъятие ребенка из семьи** — тяжелая ситуация для каждого, кто участвует в этом процессе, особенно для ребенка. Поэтому, предложив все пути, только в самом крайнем случае следует прийти к такому выводу.

Наделение негативными ярлыками ребенка и несвоевременное выявление такой ситуации заставляют семью замыкаться.

Этически грамотным решением становится «бережная коммуникация»: сначала — предложение ресурсов и поддержки, и только при необходимости — межведомственное взаимодействие.

Конфиденциальность и межведомственный обмен данными необходимы, но несут риски утечки информации и нарушения приватности. Семья не всегда понимает, кто имеет доступ к ее данным и с какой целью.

Учет мнения ребенка в планировании помощи — не формальность, а право, закрепленное в Конвенции о правах ребенка. Однако на практике это часто сводится к «галочке» в отчете. Важно, чтобы ребенок понимал, что его слова не будут использованы против родителей, а пойдут на подбор подходящей помощи.

Даже при благих намерениях бестактность, обесценивание усилий родителей или «обвинительный тон» разрушают доверие. **Стиль взаимодействия специалистов,** педагогический такт, эмпатия и уважение к жизненному опыту семьи — не «мягкие навыки», а обязательные профессиональные компетенции.

Нормативно-ценностные основания

С точки зрения международного и российского права, в основе работы с детьми и семьями должны лежать принципы, закрепленные в Конвенции о правах ребенка, Декларации о социальных и правовых принципах защиты детей, а также в российских стандартах социального обслуживания. К ключевым этическим принципам относятся:

- уважение достоинства и автономии личности;
- информированное согласие на оказание помощи и обмен данными;
- участие ребенка и семьи в принятии решений;
- минимизация вреда и принцип наименьшего вмешательства;
- справедливость и недискриминация.

На практике эти принципы нередко остаются декларативными. Информированное согласие подменяется формальным подписанием бумаг, а участие семьи сводится

к присутствию на плановых встречах. Это создает этический разрыв между нормативными требованиями и повседневной работой специалистов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Этические ориентиры совершенствования

Анализ практики Ярославской области позволяет предложить конкретные этические ориентиры совершенствования [4].

Во-первых, **прозрачные и единые критерии риска** с четкими границами профессионального вмешательства, понятными и семье, и специалистам.

Во-вторых, **маршрутизация помощи**, где приоритет — сохранение ребенка в семье при обеспечении его безопасности (срочные услуги, кризисные квартиры, «передышка» для родителей, юридическая и психологическая поддержка).

В-третьих, **механизмы участия семьи и ребенка**: понятные процедуры обратной связи, право на апелляцию, участие в составлении и пересмотре плана помощи.

В-четвертых, **супервизия и междисциплинарные консилиумы** с этической компетенцией: чтобы специалисты могли обсуждать сложные случаи без обвинительного тона и с опорой на ценности помощи, а не контроля.

Наконец, стоит остановиться не только на результатах количественных и качественных показателей [5], но и на удовлетворенности ребенка пребыванием с родными и близкими.

При сборе сведений о семьях, состоящих на учете, члены этих семей должны знать, какие сведения о них получены, где они хранятся и как их можно отозвать.

Таким образом, общаясь с этими семьями в ходе перечисленных событий, нужно уметь вселять в них уверенность в профессионалах и надежду на будущее.

Если ребенок все-таки разлучен с семьей, не стоит разрывать отношения с родственниками, необходимо организовывать встречи, совместное времяпрепровождение [6].

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Практика на материалах Ярославской области: этические узлы и возможные решения

Анализ региональной практики позволяет увидеть, как эти дилеммы проявляются в конкретных ситуациях и какие подходы помогают их разрешать.

В ряде муниципалитетов Ярославской области действует алгоритм межведомственного взаимодействия: если у педагога есть основания полагать, что ребенок в группе риска (систематические пропуски, следы побоев, запущенный внешний вид, жалобы на голод), он заполняет «сигнальную карту» и передает ее в КДН и/или соцзащиту. На деле часто получается так: педагог действует по регламенту, но не успевает выстроить доверительный контакт с семьей; семья узнает о «сигнале» уже по факту визита соцслужб и воспринимает это как вторжение и обвинение. В итоге семья замыкается, перестает обращаться за помощью, а ребенок оказывается в еще более уязвимом положении [7].

«Правильная» процедура без этической культуры коммуникации превращается в фактор риска. В качестве решения — ввести обязательный этап «первичного разговора с семьей» до передачи сигнала (с участием социального педагога, психолога), где цель — не «собрать доказательства», а предложить ресурсы. Это и есть практическая реализация принципа информированного согласия: семья понимает, зачем собирается информация, кто ее получит и какие варианты помощи доступны.

Патронаж беременных «группы риска» в Нерехтском районе иллюстрирует переход от контроля к партнерству. Если больше внимания уделялось проверке условий проживания одинокой беременной женщины, уговорам отказаться от нее после родов, то после аудита с психологами и другими специалистами, предложения материальной помощи, установления границ вмешательства переходили к согласованию. Таким образом женщина вернулась к собственному решению о том, как распоряжаться квартирой, предоставленной ей в качестве временной помощи после родов, и когда приедут сопровождающие на проверку. Такая помощь не только снижает отказ от ребенка, но и повышает доверие к специалистам.

На совещаниях **межведомственных консилиумов** принимаются решения исходя из этических принципов. В качестве примера хотелось бы привести тот факт, что в городе Ярославле зарегистрирован случай разлучения двух детей от матери, имеющей алкогольную зависимость. Прекратив разлучение детей и размещение их в социальное учреждение, консилиум избрал строгий надзор за этой женщиной. Ежедневный контакт куратора с этой мамой, знакомство с планом лечения ее, беседы с соседями очень помогли в этом случае. Ключевым аргументом стало соблюдение принципа наименьшего вмешательства — разлучение рассматривалось как крайняя мера.

Обмен данными между ведомствами — еще одна зона этических рисков. Единые базы данных призваны улучшить координацию, но на практике приводят к нарушению конфиденциальности: информация дублируется, попадает к сотрудникам, не участвующим в сопровождении, а семьи не всегда знают, какие сведения о них собраны и как можно их обратно отозвать.

Участие ребенка в планировании помощи требует особой этической чуткости. В некоторых центрах Ярославской области внедряются адаптированные методики «голоса ребенка»: короткие анкеты, беседы по шкале безопасности, обсуждение плана помощи в доступной форме. Важно не просто «спросить для галочки», а создать безопасную процедуру, где ребенок понимает границы конфиденциальности и знает, что его слова не будут использованы для наказания родителей.

ВЫВОДЫ

Совершенствование медико-социально-педагогического сопровождения детей группы риска по социальному сиротству — это не только управленческая и методическая, но прежде всего этическая задача. От того, насколько система сможет удержать баланс между защитой ребенка и уважением к семье, между эффективностью и достоинством человека, зависит не только судьба конкретных детей и родителей, но и доверие общества к социальным институтам.

Практика показывает, что даже хорошо отработанные механизмы (комплексная оценка, планирование, межведомственное взаимодействие) могут быть этически уязвимы, если не сопровождаются прозрачными процедурами, обучением специалистов и реальными механизмами участия семьи и ребенка. Именно эти элементы и должны стать приоритетом при дальнейшем развитии системы сопровождения.

Литература

1. Ямщикова Е. Г. Актуальные проблемы проявления профессионально-этических качеств педагогов в инклюзивной среде. Научно-педагогическое обозрение. Pedagogical Review. 2017; 4 (18): 183–188.
2. Лунева М. В. Этика общения и сопровождения лиц с ограниченными возможностями здоровья. Тула. ТОСБС. 2018; 47 с.
3. Базарова Е. Б. Раннее выявление семейного неблагополучия как технология профилактики социального сиротства. Вестник Бурятского государственного университета. 2015; 5: 116–119.
4. Постановление Правительства Ярославской области от 19 ноября 2025 г. № 1214-п «Об утверждении Положения об агентстве по вопросам семьи и детства Ярославской области (с изменениями на 4 февраля 2026 г.)». Документ сохранен с портала docs.cntd.ru.
5. Мониторинг «Дети в детских учреждениях». Режим доступа: https://deti.gov.ru/Deyatelnost/Analitika/Deti-v-detskih-uchrezhdeniyah?ysclid=mqrtendi7299691502 (дата обращения: 17.06.2026).
6. Поддержка детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Режим доступа: https://edu.gov.ru/activity/main_activities/orphans?ysclid=mqrteqph8992380498 (дата обращения: 17.06.2026).
7. В Ярославской области действует развитая система адресной поддержки семей с детьми. Режим доступа: https://sfr.gov.ru (дата обращения: 17.06.2026).

References

1. Yamshchikova Ye G. Aktual'nyye problemy proyavleniya professional'no-eticheskikh kachestv pedagogov v inklyuzivnoy srede. Nauchno-pedagogicheskoye obozreniye. Pedagogical Review. 2017; 4 (18): 183–188. Russian.
2. Luneva MV. Etika obshcheniya i soprovozhdeniya lits s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya. Tula. TOSBS, 2018; 47 s. Russian.
3. Bazarova Ye B. Ranneye vyyavleniye semeynogo neblagopoluchiya kak tekhnologiya profilaktiki sotsial'nogo sirotstva. Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta. 2015; 5: 116–119. Russian.
4. Postanovleniye Pravitel'stva Yaroslavskoy oblasti ot 19 noyabrya 2025 g. № 1214-p «Ob utverzhdenii Polozheniya ob agentstve po voprosam sem'i i detstva Yaroslavskoy oblasti (s izmeneniyami na 4 fevralya 2026 g.)». Dokument sokhranen s portala docs.cntd.ru. Russian.
5. Monitoring «Deti v detskikh uchrezhdeniyakh». Available from URL: https://deti.gov.ru/Deyatelnost/Analitika/Deti-v-detskih-uchrezhdeniyah?ysclid=mqrtendi7299691502 (accessed:17.06.2026). Russian.
6. Podderzhka detey-sirot i detey, ostavshikhsya bez popecheniya roditeley. Available from URL: https://edu.gov.ru/activity/main_activities/orphans?ysclid=mqrteqph8992380498 (accessed: 17.06.2026). Russian.
7. V Yaroslavskoy oblasti deystvuyet razvitaya sistema adresnoy podderzhki semey s det'mi. Available from URL: https:// sfr.gov.ru (accessed: 17.06.2026). Russian.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К БОЛЬНОМУ В ЭПОХУ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Н. В. Яльцева ✉, В. Р. Гауэрт, Е. А. Леонтьева, Д. А. Политова, А. В. Яльцев, С. Я. Политов, Б. Г. Белова

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

В статье рассматривается противоречие между биопсихосоциальным подходом и доказательной медициной. Традиционная биомедицинская модель, доминирующая с XVII в., фокусируется на патофизиологии, игнорируя психологические и социальные факторы. Альтернативная биопсихосоциальная модель G. Engel (1970–1990 гг.) рассматривает болезнь как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, что соответствует определению здоровья ВОЗ. Однако внедрение этого подхода ограничено высокой персонализированностью, сложностью объективной оценки факторов и риском субъективизма. С распространением доказательной медицины (evidence-based medicine) акцент сместился на статистически усредненные группы пациентов, что привело к стандартизации и нивелированию индивидуальных, особенно психосоциальных, особенностей больного. Отношения врач–пациент приобретают механистический характер. Авторы подчеркивают, что нельзя противопоставлять биопсихосоциальный и доказательный подходы. Перспективным является их синтез: опора на доказательные данные с одновременным учетом психосоциальных характеристик пациента. Предлагаются различные варианты интеграции — от работы мультидисциплинарной команды до формирования баз профилей пациентов с указанием психосоциальных особенностей. Центральным понятием, объединяющим три группы факторов с позиции самого больного, предлагается считать внутреннюю картину болезни. Такой комплексный подход рассматривается как неотъемлемый элемент современного клинического мышления и медицинской культуры.

Ключевые слова: биопсихосоциальный подход, доказательная медицина, биомедицинская модель, внутренняя картина болезни, персонализированная медицина, психосоматика, взаимодействие врач–пациент, холистический подход, факторы здоровья, клиническое мышление

✉ **Для корреспонденции:** Наталья Викторовна Яльцева
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; yaltzewa@yandex.ru

Статья поступила: 09.06.2026 **Статья принята к печати:** 21.08.2026 **Опубликована онлайн:** 09.09.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.024

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

THE BIOPSYCHOSOCIAL PATIENT-CENTERED APPROACH IN THE ERA OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

Yaltseva NV ✉, Gauert VR, Leontyeva EA, Politova DA, Yaltsev AV, Politov SY, Belova BG

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The article examines the contradiction between the biopsychosocial approach and evidence-based medicine. The traditional biomedical model, that has been dominating since the 17th century, focuses on pathophysiology and ignores the psychological and social factors. The alternative biopsychosocial model, offered by Engel G (1970–1990), treats a disease as a result of interacting biological, psychological and social factors. It corresponds to the definition of health provided by the WHO. The approach is, however, limited due to highly personalized nature, complex objective assessment of factors and risk of subjectivism. As evidence-based medicine became widespread, clinical focus transitioned toward statistically average patient populations. Consequently, this standardization minimized the individual differences, particularly psychosocial factors. The doctor-patient relationship becomes mechanistic. The authors stress that the biopsychosocial and evidence-based approaches cannot be opposed. Their synthesis is perspective. They rely on evidence-based data taking into account psychosocial characteristics of a patient. They include various integration options from the way the multidisciplinary team functions to the formation of the basis of patient's profiles indicating psychosocial features. The central idea that unites three groups of factors as viewed by the patients includes the internal picture of illness. The complex approach is taken as an essential element of modern clinical thinking and medical culture.

Key words: biopsychosocial approach, evidence-based medicine, biomedical model, internal picture of illness, personalized medicine, psychosomatics, doctor-patient interaction, holistic approach, health factors, clinical reasoning

✉ **Correspondence should be addressed:** Natalia V Yaltseva
Revolutsionnaya Str., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; yaltzewa@yandex.ru

Received: 09.06.2026 **Accepted:** 21.08.2026 **Published online:** 09.09.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.024

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Вопросы причинности и развития соматических заболеваний в российской и мировой медицине до сих пор традиционно решаются в пользу патофизиологического описания [1]. С XVII в., когда Р. Декарт сформулировал механистическую модель заболевания, теперь называющуюся «биомедицинской» [2], подход, базирующийся на ней, в течение долгого времени оставался ведущим. В классических отечественных трудах, являющихся и сейчас основополагающими при подготовке учебных программ — учебниках



Рис. Современная интерпретация биопсихосоциальной модели здоровья и заболеваний человека [6]

Г. Ф. Ланга, Е. М. Тареева, А. Л. Мясникова, монографиях Г. А. Захарьина, М. П. Кончаловского, А. Д. Адо при широком освещении доступных на момент публикации биологических характеристик нозологии, дается лишь сжатая и малосистематизированная психологическая характеристика больных и практически полностью выпадает социальная составляющая заболевания [1, 3]. Аналогичные тенденции наблюдались и в зарубежных трудах, пока к середине XX в. не сформировались несколько теорий, включавших в структуру болезни компонент личной эмоциональной и поведенческой реакции пациента — бихевиоральная медицина с основной ветвью бихевиоральной психотерапии, сложившейся к 1950–1960 гг. (E. Thorndike, B. M. Бехтерев, B. Skinner и др.) теория общего адаптационного синдрома H. Selye (1940-е гг.) и биопсихосоциальная модель G. Engel (1970–1990 гг.).

Эти и некоторые другие концепции предполагали непосредственное включение личностных характеристик больного, его способностей к реагированию и влияние его социокультурного окружения на процесс возникновения заболевания и выздоровления. Наиболее показательной в этом отношении является биопсихосоциальная модель, декларирующая обязательное присутствие в схеме формирования заболевания трех групп факторов: биологических, психологических и социальных [3–5]. Эволюция этой модели привела к расширению понимания взаимосвязей между указанными факторами (рис.) — современная парадигма представляет компоненты модели не статичными, а динамическими, взаимодействующими образованиями, которые формируют ощущение здоровья или болезни у конкретного индивида [6].

В данной схеме важная роль отводится пониманию своего состояния непосредственно индивидом, что согласуется с принятым ВОЗ определением здоровья: «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов».

Сформировавшийся более 40 лет назад биопсихосоциальный подход к развитию заболеваний вызвал определенный интерес в медицинской науке и практике. Особый статус он приобрел в психиатрии, где взаимосвязь личности и заболевания прослеживается наиболее тесно [3], однако и в соматической медицине эта концепция нашла свое применение при лечении острой и хронической боли, а также заболеваний, относимых к группе психосоматических.

Несмотря на очевидные преимущества биопсихосоциальной парадигмы перед чисто биологической, ее повсеместное применение оказалось затруднено чрезвычайно высокой степенью персонализированности подхода к пациенту. С одной стороны, возникла потребность в учете слишком большого числа факторов, вклад которых в развитие болезни у данного индивида мог быть несоизмеримо малым. С другой — невозможность полной объективной оценки всех компонентов модели дала простор для субъективного их толкования, основанного только на личном впечатлении клинициста. При этом формализация и упрощение модели привели к подмене полноценной психологической диагностики стандартными опросными листами качества жизни, что снизило эффективность взаимодействия.

Также ограничением для повсеместного использования биопсихосоциального подхода является сложность его экстраполирования на многие медицинские отрасли: оказание экстренной медицинской помощи, работа с травмами, острыми инфекционными заболеваниями и т.п. [5]. Данная модель оказалась востребованной лишь

в тех направлениях медицины, где есть возможность диагностики и ведения длительно протекающего заболевания или при ведении пациентов пожилого и старческого возраста, и даже там получила ограниченное распространение.

Однако у отката медицинской методологии на биомедицинские позиции в настоящее время существует другая, более значимая, причина. Если медицина XX в. являлась в своем роде искусством, ориентированным во многом на личный опыт клинициста и его субъективное восприятие пациента, то XXI в. ознаменовался становлением доказательной медицины (evidence based medicine). Термин «доказательная медицина» был предложен D. L. Sackett и далее введен в использование группой ученых университета Мак-Мастера (Торонто) в 1996 г. Это направление медицинской практики, основывающееся на фиксированных доказательствах эффективности и безопасности применяемых методов и средств при апробации их на значительных группах пациентов. В первые два десятилетия XXI в. данная концепция стала основополагающей при подготовке медицинских исследований, методических указаний и руководств.

Повсеместное распространение доказательной медицины обусловило переход от медицины отдельной персоны к медицине больших групп, когда отношение к каждому клиническому случаю рассматривается через призму аналогичных наблюдений. При этом однозначным преимуществом является возможность переноса подтвержденного клинического опыта с уже исследованной группы на случай конкретного пациента, когда будут уже известны вероятность эффективного применения предлагаемых средств и методов лечения и степень их безопасности. Но одновременно с этим поднимается вопрос соответствия реального пациента статистически усредненному типажу, потому что при стандартизации подхода неизбежно теряется часть индивидуальных особенностей больных, причем более других страдают психологические и социальные характеристики. Также неоднократно отмечалось, что, руководствуясь принципами доказательной медицины и строя отношения с пациентом как с представителем описанной в исследованиях группы, клиницист часто становится на позиции механистического подхода к больному, что может негативно сказываться на взаимоотношениях в паре «врач–пациент». E. Eypasch декларирует, что данная проблема основана на неумелой интеграции принципов доказательной медицины в повседневную практику. В Вместе с тем J. Ioannidis, G. Fava или R. Horwitz полагают, что причина разрушения взаимоотношений кроется в самом принципе экстраполирования данных, при котором уделяется минимальное внимание персональным особенностям пациента. В то же время F. Borrel-Carrio и соавт., наоборот, указывают, что эмоциональная взаимосвязь врача и пациента, формирующаяся при взаимодействии в рамках холистического подхода, является значимым позитивным моментом, но не должна доминировать, а психологическим и социальным аспектам заболевания не должно уделяться внимания больше, чем биомедицинским.

Следует учесть, что нельзя ставить знак равенства между понятиями «биопсихосоциальная медицина» и «индивидуализированная медицина», так же как и нельзя противопоставлять их доказательной медицине, хотя, например, в работах D. Kent, A. Miles или J. Beckmann декларируется именно такое противопоставление. Современный подход к пациенту должен быть персонализирован с учетом биопсихосоциальных особенностей больного и при этом опираться на существующую доказательную базу. Современные авторы предлагают такой синтетический подход, при котором можно воспользоваться преимуществами обоих методов [4]. Более того, A. Ahmadvand и соавт. предлагают осовременивание и расширение биопсихосоциальной модели до биопсихосоциально-цифровой парадигмы с активным использованием технологий телемедицины и удаленного доступа к пациенту. При этом невозможно отказаться от использования статистически выверенных предположений в применении к конкретному больному, но одновременно возможен и максимально объемный учет его индивидуальных особенностей. C. Sotomayor и соавт. предлагают другой вариант синтеза подходов, при котором ведение пациента осуществляется врачебной командой, один из представителей которой, являясь специалистом в клинической психологии, может корректировать курс лечения, построенный на базе доказательных данных, с учетом личностных характеристик пациента. Еще один синтетический подход выдвинут R. Horwitz и соавт. — предлагается помимо доказательной базы по отдельным нозологиям формировать также базу профилей пациентов с указанием отдельных психосоциальных особенностей. При этом клиницисты, подбирая лечение, смогут ориентироваться на доказательные данные как на основу, а также обращаться к профилям аналогичных пациентов, чтобы оценить возможные нетипичные реакции, связанные с неучтенными индивидуальными особенностями.

Биопсихосоциальный подход к больному как целостное восприятие его личности и заболевания должен быть неотъемлемой частью медицинской культуры и клинического мышления [1]. Однако, с учетом большого количества факторов, которые могут быть приняты во внимание, следует определить наиболее значимые психосоциальные характеристики заболевания. Наиболее полным и соответствующим требованиям парадигмы выглядит понятие внутренней картины болезни, которое позволяет объединить биологические, психологические и социальные характеристики пациента в единое целое и представить их именно со стороны больного.

Литература

1. Сукиасян С. Г. Психосоматические концепции как предпосылки концепции «непсихиатрической психиатрии»: психологические и психобиологические концепции. Sciences of Europe. 2021; 1: 70–2.
2. Сукиасян С. Г. Психосоматические концепции как предпосылки концепции «непсихиатрической психиатрии»: клинически ориентированные концепции. Sciences of Europe. 2021; 2: 70–2.
3. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 2021 May 29; 397(10289): 2082–2097. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7. PMID: 34062143.

4. Smith RC. Making the biopsychosocial model more scientific-its general and specific models. Soc Sci Med. 2021 Mar; 272: 113568. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113568. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33423810.
5. Cormack B, Stilwell P, Coninx S, Gibson J. The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. Physiother Theory Pract. 2022 May 28: 1–16. DOI: 10.1080/09593985.2022.2080130. Epub ahead of print. PMID: 35645164.
6. Сукиасян С. Г. Мозг и психика в контексте психосоматической проблемы: клинико-психологические корреляции. Sciences of Europe. 2022; 101.

References

1. Sukiasyan SG. Psikhosomaticheskiye kontseptsii kak predposylki kontseptsii «nepsikhiatricheskoy psikhiatrii»: psikhologicheskiye i psikhobiologicheskiye kontseptsii. Sciences of Europe. 2021; 1: 70–2. Russian.
2. Sukiasyan SG. Psikhosomaticheskiye kontseptsii kak predposylki kontseptsii «nepsikhiatricheskoy psikhiatrii»: klinicheski oriyentirovannyye kontseptsii. Sciences of Europe. 2021; 2: 70–2. Russian.
3. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet. 2021 May 29; 397(10289): 2082–2097. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7. PMID: 34062143.
4. Smith RC. Making the biopsychosocial model more scientific-its general and specific models. Soc Sci Med. 2021 Mar; 272: 113568. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113568. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33423810.
5. Cormack B, Stilwell P, Coninx S, Gibson J. The biopsychosocial model is lost in translation: from misrepresentation to an enactive modernization. Physiother Theory Pract. 2022 May 28: 1–16. DOI: 10.1080/09593985.2022.2080130. Epub ahead of print. PMID: 35645164.
6. Sukiasyan SG. Mozg i psikhika v kontekste psikhosomaticheskoy problemy: kliniko-psikhologicheskiye korrelyatsii. Sciences of Europe. 2022; 101. Russian.

ЭТИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ ПРОДВИЖЕНИЯ СОБСТВЕННЫХ ТОРГОВЫХ МАРОК В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ РОЗНИЦЕ

О. В. Желткевич ✉

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

Статья посвящена комплексному анализу отношения фармацевтических работников к товарам собственных торговых марок (СТМ) аптечных сетей, выявлению факторов мотивации и демотивации при их продвижении, оценке уместности СТМ по ассортиментным категориям и этической оценке сложившейся практики. В результате анонимного анкетирования фармацевтических работников был сформирован рейтинг уместности представления СТМ в различных товарных категориях аптечного ассортимента. Выявлены барьеры, мотиваторы к продвижению для фармацевтических работников при работе с СТМ, инструменты по формированию доверия у покупателей при выборе СТМ. Установлен феномен системного когнитивного диссонанса: профессиональные сомнения подавляются материальной заинтересованностью, что создает признаки конфликта интересов. Предложена модель перехода от бонусного продвижения к экспертно-ориентированной системе.

Ключевые слова: собственные торговые марки, аптечные сети, фармацевтическая этика, конфликт интересов, когнитивный диссонанс, фармацевтическая розница

Вклад автора: автор внес существенный вклад в подготовку работы: разработал концепцию и дизайн исследования, провел сбор и обработку материала, написал и отредактировал текст с целью придания целостности всем частям статьи.

✉ **Для корреспонденции:** Ольга Валерьевна Желткевич
ул. Революционная, д. 5, г. Ярославль, 150000, Россия; neshina.yma@list.ru

Статья поступила: 18.06.2026 **Статья принята к печати:** 25.07.2026 **Опубликована онлайн:** 14.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.018

Авторские права: © 2026 принадлежат авторам. **Лицензиат:** РНИМУ им. Н. И. Пирогова. Статья размещена в открытом доступе и распространяется на условиях лицензии Creative Commons Attribution (CC BY) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ETHICAL BARRIERS TO PROMOTING OWN LABELS IN PHARMACEUTICAL RETAIL

Zheltkevich OV ✉

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

The article comprehensively analyzes the attitudes of pharmaceutical workers to own labels (OLs) of pharmacy chains, identifies motivation and demotivation factors in promotion of OLs, and assesses the relevance of OLs by product categories and ethics of established sales practices. As a result of an anonymous survey of pharmaceutical workers, a rating was formed on the relevance of presenting OLs in various product categories of the pharmacy range. Barriers, motivators for promotion for pharmaceutical workers when working with OLs, and tools for building customer trust when choosing OLs have been identified. The phenomenon of systemic cognitive dissonance has been established. According to it, professional doubts are suppressed by financial incentives, which looks like a conflict of interests. A model of transition from bonus promotion to an expert-oriented system is proposed.

Keywords: own labels, pharmacy chains, pharmaceutical ethics, conflict of interest, cognitive dissonance, pharmaceutical retail

Author contribution: the author made a significant contribution to the preparation of the work: he developed the concept and design of the study, collected and processed the material, wrote and edited the text in order to ensure the integrity of all parts of the article.

✉ **Correspondence should be addressed:** Olga V Zheltkevich
Revolutsionnaya str., 5, Yaroslavl, 150000, Russia; neshina.yma@list.ru

Received: 18.06.2026 **Accepted:** 25.07.2026 **Published online:** 14.08.2026

DOI: 10.24075/medet.2026.018

Copyright: © 2026 by the authors. **Licensee:** Pirogov University. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Российский фармацевтический розничный рынок переживает этап интенсивной консолидации: по итогам 2025 г. топ-20 аптечных сетей аккумулировали около 75% розничного рынка, совокупная выручка ведущих игроков достигла 1,58 трлн. рублей. Совокупный объем рынка по итогам девяти месяцев 2025 г. составил 1 663 млрд. рублей [1, 2]. В условиях нарастающей конкуренции крупные сети активно развивают собственные торговые марки (СТМ) — товары, выпускаемые под брендом розничной сети силами контрактных производителей. СТМ обеспечивают более высокую маржинальность по сравнению с реализацией продукции сторонних производителей, позволяют сформировать эксклюзивный ассортимент и снизить ценовую нагрузку на потребителя [3–5].

В литературе практически не представлен анализ восприятия данной практики непосредственными участниками процесса реализации СТМ — фармацевтическими работниками. Между тем фармацевт является главным инструментом продвижения СТМ в аптеке: активная консультация признана наиболее эффективным инструментом формирования доверия покупателей к торговым маркам. Это обусловливает необходимость этического осмысления сложившейся практики, в частности в контексте норм о конфликте интересов, закрепленных в ст. 74 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6, 7].

Цель исследования — провести комплексный анализ отношения фармацевтических работников к товарам СТМ

Таблица 1. Рейтинг уместности представления СТМ в различных товарных категориях аптечного ассортимента (*n* = 352)

№ п/п	Товарная категория	Средний балл ± станд. откл.	Ранг
1	Средства гигиены и медицинские изделия	4,10 ± 0,82	1
2	БАД и витамины	3,98 ± 0,91	2
3	Косметические товары	3,88 ± 0,96	3
4	ЛП безрецептурного отпуска	3,49 ± 1,12	4
5	Детское и диетическое питание	3,24 ± 1,18	5

Таблица 2. Факторы демотивации фармацевтических работников при продвижении СТМ (*n* = 352, возможен множественный выбор)

№ п/п	Фактор демотивации при продвижении СТМ	Абс.	%
1	Сомнение в качестве товара	228	64,7
2	Отсутствие материальной мотивации	193	54,9
3	Недостаточная информированность / сложность отработки возражений	172	49,0
4	Давление руководства по выполнению плана продаж	158	45,0
5	Нежелание «навязывать» дешевый / неизвестный товар	152	43,1

аптечных сетей, выявить факторы мотивации и демотивации при их продвижении, оценить уместность СТМ по ассортиментным категориям и дать этическую оценку сложившейся практике с точки зрения фармацевтической деонтологии и действующего законодательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе Института фармации ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ярославль) в период 2024–2025 гг. Метод исследования — анонимное анкетирование фармацевтических работников. Анкета разработана автором и включала 15 вопросов: ранжирование товарных категорий по уместности представления СТМ по 5-балльной шкале (1 — наименее уместно, 5 — наиболее уместно); выбор факторов мотивации и демотивации (множественный выбор, не более трех вариантов); оценку инструментов формирования доверия покупателей; отношение к реализации СТМ через маркетплейсы; вопросы о роли руководителя и фармацевта в продвижении СТМ.

Критерии включения: действующие фармацевтические работники любой должности и любого типа аптечной организации, давшие добровольное информированное согласие на участие в опросе. Критерии исключения не применялись.

В исследовании участвовали 352 фармацевтических работника, в том числе фармацевты и провизоры (71,2%), руководители фармацевтических организаций (28,8%). Статистическая обработка проводилась методами описательной статистики: рассчитывались средние арифметические значения и их стандартные отклонения для количественных показателей, абсолютные и относительные частоты — для категориальных. Расчеты выполнены в программе Microsoft Excel 2019.

Анкетирование проводилось в форме добровольного анонимного опроса. Согласие получено от всех участников исследования до начала анкетирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам ранжирования наибольший средний балл в рейтинге уместности представления СТМ в различных товарных категориях аптечного ассортимента получили средства гигиены и медицинские изделия — 4,10 ± 0,82 балла. Далее следуют БАД и витамины — 3,98 ± 0,91 балла, косметические товары — 3,88 ± 0,96 балла, лекарственные препараты безрецептурного отпуска — 3,49 ± 1,12 балла, детское и диетическое питание — 3,24 ± 1,18 балла (табл. 1).

Наиболее значимым барьером при работе с СТМ респонденты назвали сомнение в качестве товара — 64,7%. Далее следуют: отсутствие материальной мотивации — 54,9%, недостаточная информированность о продукции и сложность с отработкой возражений — 49,0%, давление со стороны руководства по выполнению плана продаж — 45,0%, нежелание «навязывать» более дешевый или неизвестный товар — 43,1% (табл. 2).

Доминирующим мотиватором к продвижению СТМ служит финансовый бонус от продажи — 88,3%. Существенны также: уверенность в выгоде для потребителя — 58,8%, интересные акции и промоматериалы — 58,8%, план продаж и требования руководства — 39,2%, простота ассортимента — 21,6% (табл. 3).

По мнению респондентов, наиболее действенным инструментом формирования доверия покупателей являются активная консультация и рекомендация фармацевта — 82,4%; далее — предложение пробников и тестеров — 74,5%, отзывы и рекомендации в социальных сетях — 60,8%, наглядные материалы — 49,0%, размещение рядом с брендом-лидером — 23,5%.

Полученные данные позволяют охарактеризовать сложившуюся модель продвижения СТМ как структурно дисфункциональную с точки зрения профессиональной этики. Центральная коллизия состоит в следующем: фармацевт является одновременно главным каналом продвижения СТМ (82,4%), считая личную консультацию ключевым инструментом доверия, и при этом является

Таблица 3. Факторы мотивации фармацевтических работников при продвижении СТМ (*n* = 352, возможен множественный выбор)

№ п/п	Фактор мотивации при продвижении СТМ	Абс.	%
1	Бонус от продажи	311	88,3
2	Уверенность в выгоде для потребителя	207	58,8
3	Интересные акции и промоматериалы	207	58,8
4	План продаж и требования руководства	138	39,2
5	Простота ассортимента	76	21,6

наименее убежденным в продукте участником процесса (64,7% сомневаются в его качестве). Это противоречие воспроизводит три направления когнитивного диссонанса.

Первое направление: «Сомнение в качестве» (64,7%) в сравнении с «Бонус от продажи» (88,3%). Желание получить материальное вознаграждение подавляет профессиональные опасения. В сегментах с объективно минимальным риском для здоровья — гигиена, медицинские изделия, косметика — этот механизм срабатывает легче всего, что согласуется с наибольшим рейтингом уместности данных категорий (4,10 и 3,88 балла соответственно).

Второе направление: «Недостаточная информированность» (49,0%) в сравнении с «Уверенность в выгоде для потребителя» (58,8%). Дефицит знаний о продукте компенсируется универсальным аргументом ценовой выгоды: произнося «возьмите СТМ, он дешевле, но действует так же», фармацевт сам трансформирует неопределенность в псевдоуверенность.

Третье направление: «Нежелание навязывать» (43,1%) в сравнении с «Интересные акции» (58,8%). Акционный контекст переносит смысловой акцент с качества на выгоду, снимая с фармацевтического работника моральную ответственность за сомнительную рекомендацию.

Схожие механизмы компромисса между профессиональными ценностями и коммерческими интересами описаны в зарубежной литературе применительно к продвижению воспроизведенных и безрецептурных препаратов [8, 9]. Специфика СТМ состоит в том, что экономический стимул встроен в саму организационную структуру аптечной сети, а не является внешним воздействием производителя, что принципиально усложняет регуляторный ответ.

Федеральный закон № 323-ФЗ определяет конфликт интересов как ситуацию, при которой личная заинтересованность фармацевтического работника в получении материальной выгоды влияет или может повлиять на надлежащее исполнение профессиональных обязанностей. Применительно к бонусному продвижению СТМ все три необходимых условия конфликта выполняются одновременно: наличие личной материальной заинтересованности (бонус), влияние на качество консультации (рекомендация товара, вызывающего профессиональные сомнения) и противоречие интересам покупателя (замещение предпочтительного бренда). При этом существует правовая коллизия: ст. 74 того же закона запрещает получение вознаграждения за продвижение продукции сторонних производителей, тогда как бонус за СТМ собственной сети в это ограничение формально не входит [9, 10].

Этические рекомендации Всемирной организации здравоохранения по продвижению лекарственных препаратов (1988) прямо указывают: продвижение не должно быть скрытым, а информация о товарах — неполной или искаженной. Нераскрытие материальной заинтересованности фармацевта в продаже конкретного товара соответствует критериям скрытого продвижения [11].

Сопоставление рейтинга уместности и характера потребительского решения позволяет разграничить три зоны этической напряженности. Зона минимального риска — средства гигиены, медицинские изделия и косметика: ошибка выбора не несет значимого вреда здоровью, а функциональные свойства продукта доступны для непосредственной оценки покупателем. Зона умеренного риска — БАД: высокая вариабельность биодоступности и состава делает сложным независимую верификацию качества. Зона высокого риска — безрецептурные лекарственные препараты и детское питание: в первом случае рекомендация воспринимается потребителем как медицинская, во втором — целевая аудитория относится к уязвимым группам. Показательно, что именно эти категории получили наименьший рейтинг уместности (3,49 и 3,24 балла), что свидетельствует об интуитивном этическом чувствовании проблемы профессиональным сообществом [9–11].

ВЫВОДЫ

1. Наибольшим потенциалом для развития СТМ в аптечном ассортименте обладают средства гигиены, медицинские изделия и БАД; наименее перспективным с точки зрения профессионального сообщества является детское и диетическое питание.
2. В структуре мотивации персонала доминирует финансовый бонус (88,3%), тогда как основным барьером является сомнение в качестве продвигаемых товаров (64,7%). Одновременное присутствие этих факторов формирует устойчивый феномен когнитивного диссонанса, реализующийся через три конфликтных пары: «качество — бонус», «незнание — выгода для покупателя», «нежелание навязывать — акции».
3. Сложившаяся практика бонусного продвижения СТМ содержит признаки конфликта интересов, несмотря на существующую правовую коллизию, формально выводящую внутрисетевые бонусы из-под действия данной нормы.
4. Этический риск при продвижении СТМ дифференцирован по категориям: минимален для средств гигиены и косметики, умерен для БАД, высок для безрецептурных лекарственных препаратов и детского питания, что коррелирует с рейтингом уместности, полученным от самих фармацевтических работников.
5. Для устойчивого и этически ответственного развития СТМ необходим переход от модели «бонус за продажу» к модели «экспертная уверенность»: обеспечение персонала верифицированной информацией о продукции, внутреннее тестирование товаров и сбалансированная система показателей эффективности, включающая показатели удовлетворенности покупателей.

Литература

1. Фармацевтический рынок 2025: итоги, тренды, вызовы. Sozvezdie.ru. Режим доступа: https://sozvezdie.ru/news5495 (дата обращения: 01.04.2026).
2. Топ-20 аптечных сетей России нарастили выручку до 1,58 трлн. рублей в 2025 году. Retail.ru. Режим доступа: https://www.retail.ru/news/top-20-aptechnykh-setey (дата обращения: 01.04.2026).
3. Красюк И. Н., Калугина С. А., Шульдешов А. С. Аспекты конкурентоспособности и управления собственными торговыми марками на розничных торговых предприятиях. Дашков и К°, 2015; 172 с.
4. Старов С. А. Управление собственными торговыми марками розничных сетей. СПб.: Высшая школа менеджмента, 2013; 492 с.
5. Старов С. А. Становление и развитие собственных торговых марок продовольственных розничных сетей в современной России. Вестник Санкт-Петербургского университета. Менеджмент. 2003; 4: 26–48.
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ст. 74. Режим доступа: http://www.consultant.ru (дата обращения: 01.04.2026).
7. Конфликт интересов фармацевтических работников. IQ Provision 2025. Режим доступа: https://iq-provision.ru/articles/konflikt-interesov-farmacevticeskih-rabotnikov (дата обращения: 01.04.2026).
8. Этические аспекты взаимодействия на фармрынке. Mosapteki.ru. 2019. Режим доступа: https://mosapteki.ru/material/eticheskie-aspekty-vzaimodeyostviya-na-farmrynke-11555 (дата обращения: 01.04.2026).
9. Конфликт интересов в розничной торговле лекарственными средствами: постановка вопроса. Remedium. 2021. Режим доступа: https://remedium-journal.ru/jour/announcement/view/187 (дата обращения: 01.04.2026).
10. World Health Organization. Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion. Geneva: WHO, 1988.
11. Фармацевтический бизнес: совместимы ли прибыль, этика и социальная ответственность. Pharmmedprom.ru. 2025. Режим доступа: https://pharmmedprom.ru/articles/farmatsevticheskii-biznes-sovmestimi-li-pribil-etika-i-sotsialnaya-otvetstvennost (дата обращения: 01.04.2026).

References

1. Farmatsevticheskiy rynok 2025: itogi, trendy, vyzovy. Sozvezdie.ru. Available from URL: https://sozvezdie.ru/news5495 (accessed: 01.04.2026). Russian.
2. Top-20 aptechnykh setey Rossii narastili vyruchku do 1,58 trln rubley v 2025 godu. Retail.ru. Available from URL: https://www.retail.ru/news/top-20-aptechnykh-setey (accessed: 01.04.2026). Russian.
3. Krasyuk IN, Kalugina SA, Shul'deshov AS. Aspekty konkurentosposobnosti i upravleniya sobstvennymi torgovymi markami na roznichnykh torgovykh predpriyatiyakh. Dashkov i K°, 2015; 172 s. Russian.
4. Starov SA. Upravleniye sobstvennymi torgovymi markami roznichnykh setey. SPb.: Vysshaya shkola menedzhmenta, 2013; 492 s. Russian.
5. Starov SA. Stanovleniye i razvitiye sobstvennykh torgovykh marok prodovol'stvennykh roznichnykh setey v sovremennoy Rossii. Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Menedzhment. 2003; 4: 26–48. Russian.
6. Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii». St. 74. Available from URL: http://www.consultant.ru (accessed: 01.04.2026). Russian.
7. Konflikt interesov farmatsevticheskikh rabotnikov. IQ Provision 2025. Available from: https://iq-provision.ru/articles/konflikt-interesov-farmacevticeskih-rabotnikov (accessed: 01.04.2026).
8. Eticheskiye aspekty vzaimodeystviya na farmrynke. Mosapteki.ru. 2019. Available from URL: https://mosapteki.ru/material/eticheskie-aspekty-vzaimodeyostviya-na-farmrynke-11555 (accessed: 01.04.2026). Russian.
9. Konflikt interesov v roznichnoy torgovle lekarstvennymi sredstvami: postanovka voprosa. Remedium. 2021. Available from URL: https://remedium-journal.ru/jour/announcement/view/187 (accessed: 01.04.2026). Russian.
10. World Health Organization. Ethical Criteria for Medicinal Drug Promotion. Geneva: WHO, 1988. Russian.
11. Farmat sevticheskiy biznes: sovmestimy li pribyl', etika i sotsial'naya otvetstvennost'. Pharmmedprom.ru. 2025. Available from URL: https://pharmmedprom.ru/articles/farmatsevticheskii-biznes-sovmestimi-li-pribil-etika-i-sotsialnaya-otvetstvennost (accessed: 01.04.2026). Russian.