

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПОД ЗНАКОМ КОНСТРУКТИВИЗМА

Т.В. Борисова¹, Е.П. Измайлов²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный технический университет», Самара, Россия;

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия

Для цитирования: Борисова Т.В., Измайлов Е.П. Российское здравоохранение под знаком конструктивизма // Аспирантский вестник Поволжья. 2021. № 7–8. С. 5–11. DOI: <https://doi.org/10.55531/2072-2354.2021.21.4.5-11>

Поступила: 16.11.2021

Одобрена: 26.11.2021

Принята: 30.11.2021

▪ В статье анализируется влияние философских идей конструктивизма на формирование российской модели здравоохранения. Обосновывается положение о том, что парадигма конструктивизма привела к смене классической модели медицины, которая предполагает лечение больного, а не болезни. В результате сформировалась новая концепция здравоохранения, в рамках которого акцент ставится на лечение болезни, а не больного. Авторы делают вывод, что этот переход привёл к кризису здравоохранения в России, которое нуждается в реформировании. Авторы предлагают конкретные и практические шаги к выходу из этого реформирования.

▪ **Ключевые слова:** конструктивизм; здравоохранение; противоречия; ФАСТ ТРЭК; врач; пациент.

RUSSIAN HEALTHCARE UNDER THE SIGN OF CONSTRUCTIVISM

T.V. Borisova¹, E.P. Izmailov²

¹ Samara State Technical University, Samara, Russia;

² Samara State Medical University, Samara, Russia

For citation: Borisova TV, Izmailov EP. Russian healthcare under the sign of constructivism. *Aspirantskiy Vestnik Povolzh'ya*. 2021;(7-8):5-11. DOI: <https://doi.org/10.55531/2072-2354.2021.21.4.5-11>

Received: 16.11.2021

Revised: 26.11.2021

Accepted: 30.11.2021

▪ The article analyzes the influence of the philosophical ideas of constructivism on the formation of the Russian healthcare model. The article substantiates the position that the paradigm of constructivism has led to a change in the classical model of medicine, which presupposes the treatment of the patient, not the disease. As a result, a new concept of health care has been formed, within which the emphasis is on the treatment of the disease, rather than the patient. The authors conclude that this transition has led to a health care crisis in Russia that needs to be reformed. The authors propose concrete and practical steps to get out of this reform.

▪ **Keywords:** constructivism; healthcare; contradictions; FAST TREK; doctor; patient.

Само название представленной статьи выводит аналитика на проблематику взаимодействия философии и медицины и поиск эффективных практик выживания в современном мире. Именно «научная дружба» медицины и философии позволяет сохранить и совершенствовать не только медицинские технологии

здоровья, но и пронести через время «факел огня» философского осмысления ценности человеческой жизни. Заметим, что исторически врач всегда был обречён не только быть профессионально стойким, но и быть философски мудрым. Поэтому в лечебных практиках хороший врач всегда использует весь спектр

«предпосылочного» знания о мире, культуре и психологии человеческих отношений. В русле сказанного становится понятной актуальность исследований детерминаций связей между медицинскими и философскими парадигмами, между медицинскими технологиями и их ценностным обоснованием, между оптимизацией здравоохранения и запросами общества. Уточним, что тематизация актуальности всегда определяется конкретными задачами. Их решение позволяет аналитику расширить границы теоретико-методологического поля, включив в него новые идеи и подходы. Постановка задач артикулируется заданными вопросами и поиском ответов на них, что выводит исследователя на презентацию авторских идей и концепций.

Цель исследования — выявить противоречия в российском здравоохранении, возникшие под влиянием конструктивизма и наметить пути их преодоления.

Для реализации поставленной цели формулируем вопросы:

1. Как идеи конструктивизма изменили модель российского здравоохранения?
2. Какие противоречия организационного, социального и юридического плана при этом вскрылись?
3. Какие пути выхода можно предложить в этой ситуации?

Отвечая на первый вопрос, постулируем общепринятое положение о том, что конструктивизм как методологическая установка сформулировала собственную исследовательскую проблематику, предложив программу «Новой эпистемологии». Стержнем этой программы стало реформатирование традиционной теории познания [3].

Конструктивизм с философским изяществом ликвидировал парадигму отрагательной концепции знания и выступил антиподом любому реализму. На это обратила внимание Л.А. Микешина: «Известные современные учёные: социолог Н. Луман, нейробиологи У. Матурана и Ф. Варела, — стремятся показать, что система, структура, окружающая среда не существуют в природной или социальной реальности, а формируются в нашем знании в результате операций различения и конструирования, проводимых наблюдателей» [5].

Ещё раз отметим, что все известные разновидности конструктивизма (эпистемологический, социальный, радикальный) фокусируются на идее: «Реальность, понимаемая как вселенная, состоящая из независимых сущностей... — это по необходимости фикция, принадлежащая чисто описательной области...

Человек живёт в постоянно изменяющейся области описаний, которую он порождает путём рекурсивных взаимодействий...» [4].

В данном ракурсе философ-конструктивист не ищет ответа на вопрос: что из себя представляет реальность и возможно ли её познание — он даже не ставит этот вопрос. Конструктивист ищет разнообразные способы построения объекта, в ходе которого возникает само знание о нём. Иными словами, если в первом случае речь идёт о типе знания «что это», то во втором — о знании как конструкции. Актуализируем идею о том, что социально-экономическим основанием появления концепции конструктивизма стал феномен экономики потребления. Подчеркнём, что когнитивная схема конструктивизма вытекает из методологии релятивизма. Совместными усилиями методология релятивизма и философии постмодернизма стало исключение проблематики истины из пространства современной философской проблематики. Ситуация представляется более драматичной: «за скобки была вынесена» чёткая демаркация между знанием о заданном объекте, знанием о самом объекте и знанием о способах оперирования с объектом. В конечном итоге сложный процесс познания стал редуцироваться только к поиску всё нового и нового знания, которое конструируется человеком. Таким образом, платформой нового знания выступает не механизм преемственности, а акт «самотворения внутри субъекта». При этом возникает конструкт, который по замыслу субъекта должен обладать характеристиками жизнеспособности. В результате с помощью конструкта ситуация не познаётся, а к ней приспособляются. При этом познавательный ресурс знания рассеивается, его место занимает функциональный ресурс.

Следует выделить важный момент. В «жизнеспособном конструкте» нарушается исторически апробированный баланс между статусом нового знания и принципами блага, что привело к игнорированию известного правила: «Не всё новое — хорошее». Гармония этого баланса присутствовала в модели Гиппократова, который работал на основе «не навреди», в модели Парацельса — «делай благо», в деонтологической модели — «исполняй долг», в биоэтической модели — «принцип уважения автономии пациента». Таким образом, основные идеи конструктивизма не только снимают проблему истины, но и игнорируют процесс преемственности в познании, а также нарушают гармонию знания и блага в деятельности человека.

Философия конструктивизма затронула и сферу здравоохранения [2, 7–9]. Концепция

классической модели медицины, которая предполагает лечение больного, а не болезни, стала заменяться противоположной концепцией — лечением болезни. Казалось бы, ничего опасного в такой замене не произошло. Более того, появилась конкретика с точки зрения экономики здравоохранения. Стало удобно подсчитать затраты на лечение болезни среднего больного при не осложнённом течении и, следовательно, рассчитать среднее количество медикаментов и всего необходимого оборудования. Такая система оказалась полезной и с точки зрения страхования медицинских и иных рисков. То есть, появилась некая стройность и чёткость в медицинском обслуживании. Однако новая модель врачевания под влиянием идей конструктивизма вошла в противоречие с самим принципом ведения больных, который предполагает лечение не только болезни, но всех нарушенных болезнью систем в организме человека. «И тут кончается искусство и дышит почва и судьба (Б. Пастернак)». Дело в том, что новая модель здравоохранения, сложившаяся под влиянием конструктивизма, органически включилась в экономику потребления. В рамках этой экономики стимулируется не само производство товара в его оптимальном соотношении: цена – качество. В этой экономике поощряется тот, кто изобретает новый конечный продукт, формирует при этом всё новые и новые потребности. В итоге общество в лице «коллективного субъекта» само начинает заказывать всё новые и новые интересы. Другими словами, коллективное общество не интересуется собственным процессом воспроизводства материальной и духовной сфер. Общество лишь интересуется конечным результатом в виде нового продукта и новой услуги. Этим можно объяснить, что в структуру современного общества прочно вошли и закрепились многочисленные практики образовательных и медицинских услуг, контролируемых страховыми компаниями как государственными, так и частными. Приоритетами в деятельности этих компаний являются не только улучшение качества медицинских услуг, посредством организационного контроля и экономических рычагов, но и реализация своих экономических выгод. Под давлением сложившихся факторов врач не использует комплексный подход к больному: анализ ранее перенесённых болезней. У него формируется предметно-понятийное мышление, направленное на лечение основной болезни, с которой больной поступил в стационар. Выяснилось, что на лечение иных болезней у человека, госпитализированного в стационар с одним диагнозом,

не выделены финансовые средства, а значит, такое лечение и обследование должно проходить исключительно за счёт средств больницы, а не страховой компании. Такое положение привело к очень неприятным последствиям для больного, которому по факту перестали проводить лечение и обследование сопутствующих заболеваний. Чтобы смягчить эти негативные последствия система стала определять фиксированное время пребывания в стационаре с одним заболеванием, а для лечения других заболеваний человеку предлагается брать другое направление и всё повторяется по кругу, пока человек не будет полностью обследован и излечен. Причём лечение по такой системе проводится также в строгом соответствии с протоколами и клиническими рекомендациями, утверждёнными как минимум на уровне министерства здравоохранения региона. Естественно, такие рекомендации подготавливаются на основании Национальных руководств Российской Федерации и приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации. Лечение и обследование по такой системе стало удобно контролировать Минздраву региона, страховым компаниям, Роспотребнадзору и всем юридическим инстанциям, по необходимости.

Казалось бы, консенсус достигнут между больными и всей системой здравоохранения. Однако реальность иная. Пациенту, оказалось, сложно получить подряд несколько направлений в стационар; во время пребывания больного в стационаре полного обследования не проводят или проводят в недостаточном объёме. По этой системе стали страдать и медицинские учреждения, которые получили вал запросов на проверку соответствия проведённого обследования и лечения утверждённым протоколам от адвокатов со стороны пациентов и от следственных органов при возникновении осложнений и неблагоприятных исходов. По результатам таких проверок выносятся финансовые иски на больницы, которые в ряде случаев регрессивно переводятся на медицинский персонал с низкими зарплатами. Обеспечить лечение и обследование пациентов в больницах на современном этапе в строгом соответствии с клиническими протоколами практически невозможно из-за недостаточной технической оснащённости стационаров и нехватки медикаментов, а проверки большинства историй болезни могут привести к финансовым потерям для больниц и врачей.

Выход из таких неблагоприятных последствий, сложившихся под влиянием идей конструктивизма, — обязательная страховая

защита и пациентов, и медицинского персонала. К этому подводится и обучение врачей, которое предусматривает аккредитацию специалистов, работающих в медицинских учреждениях, с полной юридической и финансовой ответственностью медицинских рисков и осложнений. Однако финансовая ответственность может составить несколько десятков тысяч рублей, которые платить медицинскому персоналу нечем из-за низких зарплат и отсутствия страховок в системе здравоохранения. Хорошо известно, что любое медицинское обслуживание без осложнений и неблагоприятных исходов не бывает. Поэтому основополагающие принципы работы всей системы требуют эффективных действий и решений.

Западная модель здравоохранения значительно отличается от российской. Там нет поликлиник, а есть доверенные врачи, аккредитованные в районах проживания граждан по участковому принципу. Без рецептов доверенного врача не отпускаются в аптеках медицинские препараты. Вся диагностика на амбулаторном уровне осуществляется на уровне диагностических центров, в которых имеется весь современный диагностический комплекс, соответствующий клиническим протоколам по всем заболеваниям. Такие центры, как правило, обслуживают не только амбулаторных, но и большинство стационарных больных, в соответствии с клиническими протоколами и только в ряде крупных центров имеются свои диагностические системы по профильным направлениям. Попытка российской системы здравоохранения оснастить каждую больницу всей современной аппаратурой и лабораториями обречены на провал по экономическим соображениям и по факту. Логичнее было бы оснастить аппаратурой и лабораторной диагностикой только стационары, работающие на экстренную медицинскую помощь. В остальных стационарах и районных поликлиниках должно быть только необходимое оборудование для экстренной помощи, что не нарушает принцип блага. Таких средств у государства нет, а главное это и не нужно делать исходя из мирового опыта по содержанию диагностических центров!

Системные просчёты по диагностике заболеваний приводят к парализации всей системы здравоохранения в концепции конструктивизма. Больницы не в состоянии провести обследование и лечение больных в соответствии с клиническими протоколами. Как всегда, возникают вопросы — что делать? кто виноват? На 80 % в любом деле виновата система, а на 20 % — конкретный человек. В данном

случае без организационных решений системных вопросов по проведению всего процесса здравоохранения с точки зрения соответствия современным требованиям лечения болезни по клиническим протоколам вся система начнёт просто саморазрушаться. На этом примере мы видим, что чисто философские понятия приводят к конкретным глобальным изменениям в целой системе здравоохранения.

Официальным выходом из сложившейся ситуации была попытка внедрения ускоренного лечения пациентов по системе ФАСТ ТРЕК. Такая система была успешно апробирована и внедрена в разные сферы медицинского обслуживания в Европе и США [8, 9]. Суть системы заключалась в применении самых современных методов обследования и лечения пациентов, основанных только на проверенных и доказанных методиках и лекарственных средствах. Её применение позволило избежать многих осложнений и неблагоприятных исходов. Такая система была внедрена и в России [2, 6, 7]. Практика применения системы показала, что для обеспечения такой системы необходимым оборудованием и медикаментозными средствами требуются не просто технические возможности, но и переобучение всего персонала, который должен максимально удовлетворить все потребности пациента как в лучших вариантах сферы обслуживания. Такая система, естественно, потребовала финансовых затрат, которые не заложены в системе здравоохранения России, а может быть использована лишь точно или в частном секторе. Однако рациональные подходы и прогрессивные действия были взяты в практическую работу многими стационарами [1, 2, 6, 7].

Таким образом, новая модель здравоохранения выявила основные противоречия, существующие в ней. Медицина чётко перешла на позиции сферы обслуживания населения, а врачи и медицинские сестры стали обслуживающим персоналом. То есть изменилось само отношение общества к медицинскому персоналу, а врачи от ранга мыслителей и думающих специалистов, превратились в исполнителей клинических протоколов и обслуживания современных технологий. Такая система выбила из арсенала лечебных воздействий доверительную беседу врача с элементами внушения и рассуждения вместе с пациентом, что автоматически привело к нивелированию эффектов плацебо от применяемых медикаментов. Многие пациенты стали отмечать не улучшение, а ухудшение качества обслуживания в системе здравоохранения, поскольку с ними стали меньше разговаривать и объяснять те

или иные аспекты их болезни. От внедрения такой системы пострадал и медицинский персонал, который вынужден был проходить переподготовку по новой системе и перейти на непрерывное медицинское обучение с набором кредитных баллов обучения и дополнительных экзаменами. С учётом того, что до 50 % практикующих врачей подходят к пенсионному возрасту, стало очевидно, что переучиваться желают не более 20 % врачей, остальные готовы уйти из специальности в другие сферы деятельности. В таких условиях государство вынуждено было отменить всю систему непрерывного медицинского обучения на прежнем обучении с некоторыми изменениями. Большим сюрпризом для врачей стало появление нового статуса — аккредитованный специалист, вместо понятия сертифицированный специалист. Казалось, что разницы в этих понятиях нет, однако выяснилось, что аккредитованный специалист — это врач, который полностью отвечает за ошибки и осложнения юридически и финансово. Это значит, что в условиях полной финансовой незащищённости страховых рисков, на которые у врача элементарно нет денег, работать в специальностях с повышенными рисками осложнений стало просто опасно для врачей... Что мы и видим на практике. В разы участились судебные иски на врачей, наблюдается стойкая тенденция к оттоку врачей из системы здравоохранения. Бумерангом нарастает смертность населения, рушатся демографические показатели в России. Налицо кризис во всей системе здравоохранения. Пандемия ещё более обнажила все противоречия системы и медицинского обслуживания населения, о чём свидетельствуют неутешительные данные по лечению пациентов с COVID-19.

Попытка ухода от привычной классической модели здравоохранения в сторону западной модели привела к негативному отношению общества к реформам в медицине как со стороны населения, так и со стороны медицинских работников, которые не получили от таких реформ никаких преимуществ по факту. Всё это привело к шаткому равновесию, описанному классиками революционной ситуации — низы не хотят, а верхи не могут. Однако без медицины общество обойтись не может. Сегодня на повестке дня стоит главный вопрос — где найти выход? Возвратиться к старой системе не получится, а новая система дала системный сбой и не подходит для России. Приоритет в таких условиях отдан международным протоколам и рекомендациям, одобренным Всемирной организацией здравоохранения с адаптацией к российским

условиям путём изданий национальных руководств для России по большинству заболеваний. При этом все основные достижения последних лет в медицине были взяты к использованию в России. Такое положение привело к возможности применения самых современных подходов и протоколов в гибридном (неполном из-за технических проблем) варианте, которые при этом являются явным шагом вперёд по сравнению с классической моделью медицины. В таких условиях наиболее слабым звеном остались медицинские работники, не защищённые юридически и экономически.

Западная система успешно решила и эту проблему, включив экономические рычаги. Медицинские работники по зарплатам на западе прочно занимают третье место. При этом большие зарплаты медиков на 50 % уходят на страхование медицинских рисков и ошибок. Вторым путём является узкая специализация специалистов по 1–2 болезням, в которых специалист становится величиной мирового масштаба и, естественно, не допускает ошибок. Третий путь — создание крупнейших диагностических центров, обслуживающих все больницы и амбулаторную сеть по современным требованиям, вытекающим из клинических протоколов и рекомендаций. Четвёртый путь — глобальное сокращение больших стационаров в пользу мобильных специализированных больниц, работающих по узкому профилю или на 1–2 заболевания. Пятый путь состоит в максимальном сокращении количества дней, проведённых в стационаре за счёт полного амбулаторного обследования пациентов. Шестой путь — применение самых современных технологий и методов лечения в стационаре по положениям ФАСТ ТРЭК. Седьмой путь — ранняя выписка пациентов из стационара и проведение амбулаторного долечивания под наблюдением стационарных врачей. Восьмой путь — включение на амбулаторном этапе реабилитационных технологий и социальной поддержки. Девятый путь — дополнение комплекса реабилитационных мероприятий санаторно-курортным лечением с социальной поддержкой.

Таким образом, философское осмысление всей совокупности отношений в системе здравоохранения России показывает, что в настоящее время система находится в кризисе с одной стороны, но с явным стремлением перейти на рельсы самых передовых и прогрессивных медицинских технологий и методов лечения, апробированных на уровне Всемирной организации здравоохранения и в западных сообществах. Для такого перехода следует

привести в соответствие всю систему здравоохранения, ориентируясь на девять обозначенных направлений преодоления кризиса. Для таких шагов понадобится не только государственное финансирование, но и изменение мышления медицинских работников на применение прогрессивных технологий и современной аппаратуры. Для обучения специалистов должна перестроиться и образовательная среда. Требуется в разы поднять зарплаты медицинских работников, которые будут в состоянии оплатить страховые риски медицинских вмешательств и своей деятельности. Вся юридическая система медицинских взаимоотношений должна быть прозрачна и тщательно выверена. По статистике западных клиник, каждая четвёртая госпитализация пациента, заканчивается юридическими исками на предмет соответствия лечения и обследования стандартам и клиническим протоколам. В таких условиях только тщательная фиксация и документация всех этапов медицинского вмешательства способна защитить медицинских работников от судебных исков. А значит следует пересмотреть все сферы работы медицинского персонала, проводить протокольную фото- и видео фиксацию всех этапов лечения, использовать одноразовые стандартизированные наборы медикаментов и инструментов, системы питания, предметы ухода за больными, боксированные палаты, элементы персонифицированной медицины. Необходимо также смягчить негативные последствия идей конструктивизма, связанные с игнорированием положительного опыта классической медицины и рассматривать медицину не как предоставление услуг, а как врачевание, в соответствии с принципом блага для больного. Решением этих вопросов и предстоит заняться системе здравоохранения России на этапе переходного периода преодоления кризиса.

Список литературы

1. Брюсов П.Г., Уразовский Н.Ю., Курицын А.Н., Таривердиев М.Л. Возможности применения программы ускоренного восстановления после операции (FTS) в военно-полевой хирургии // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2017. № 1. С. 1248–1249.
2. Затевахин И.И., Пасечник И.Н., Губайдуллин Р.Р. и др. Ускоренное восстановление после хирургических операций: мультидисциплинарная проблема. Часть 1 // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015. № 9. С. 4–8. DOI: 10.17116/hirurgia201594-8
3. Лекторский В.А. Эпистемология классическая и неклассическая. М., 2001. С. 114.
4. Матурана У. Биология познания / пер. англ. Ю.М. Мешенина // Язык и интеллект: сборник / сост. и вступ. ст. В.В. Петрова. М.: Прогресс, 1995. С. 95–142.
5. Микешина Л.А. Философия науки: учебное пособие. М.: Прогресс-Традиция: МПСИ: Флинта, 2005. С. 382.
6. Хачиев Б.Б., Кузьминов А.Н., Яшков Ю.И., Узденов Н.А. Ускоренная реабилитация пациентов после бариатрических операций — современный подход // Ожирение и метаболизм. 2014. Т. 11, № 4. С. 19–24. DOI: 10.14341/omet2014419-24
7. Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Лукашенко А.В. и др. Перспективы использования мульти модальной программы «fast track surgery» в хирургическом лечении опухолей органов брюшной полости // Клиническая онкология. 2012. Т. 5, № 1. С. 22–32.
8. Kehlet H. Fast-track surgery – an update on physiological care principles to enhance recovery // *Langenbecks Arch. Surg.* 2011. Vol. 396, No. 5. P. 585–590. DOI: 10.1007/s00423-011-0790-y
9. Wind J., Polle S.W., Fung Kon Jin P.H. et al. Systematic review of enhanced recovery programmers in colonic surgery // *Br. J. Surg.* 2006. Vol. 93, No. 7. P. 800–809. DOI: 10.1002/bjs.5384

References

1. Bryusov PG, Urazovsky NYu, Kuritsyn AN, Tariverdiev ML. Possibilities of the rapid postoperative recovery program (FTS) in field surgery. *Almanac of the Institute of Surgery. A.V. Vishnevsky.* 2017;(1):1248–1249. (In Russ.)
2. Zatevakhin II, Pasechnik IN, Gubaidullin RR, et al. Accelerated postoperative rehabilitation: multidisciplinary issue. Part 1. *Pirogov Russian Journal of Surgery.* 2015;(9):4–8. (In Russ.). DOI: 10.17116/hirurgia201594-8
3. Lektorskiy VA. Epistemologiya klassicheskaya i neklassicheskaya. Moscow; 2001. P. 114. (In Russ.)
4. Maturana U. Biologiya poznaniya. Transl. from Engl. Yu.M. Meshenin. In: *Yazyk i intellekt: sbornik.* Ed. by V.V. Petrov. Moscow: Progress; 1995. P. 95–142. (In Russ.)
5. Mikeshina LA. Filosofiya nauki. Uchebnoe posobie. Moscow: Progress-Tradiciya: MPSI: Flinta; 2005. P. 382. (In Russ.)
6. Khatsiev BB, Kuzminov AN, Yashkov YI, Uzdenov NA. Enhanced recovery after bariatric surgery – a modern approach. *Obesity and metabolism.* 2014;11(4):19–24. (In Russ.). DOI: 10.14341/omet2014419-24
7. Schepotin IB, Kolesnik EA, Lukashenko AV, et al. Prospects for the use of the multi-modal program “fast track surgery” in the surgical treatment of tumors of the abdominal organs. *Clinical Oncology.* 2012;5(1):22–32. (In Russ.)
8. Kehlet H. Fast-track surgery – an update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbecks Arch Surg.* 2011;396(5):585–590. DOI: 10.1007/s00423-011-0790-y
9. Wind J, Polle S, Fung Kon Jin PH, et al. Systematic review of enhanced recovery programmers in colonic surgery. *Br J Surg.* 2006;93(7):800–809. DOI: 10.1002/bjs.5384

▪ Информация об авторах

Татьяна Вадимовна Борисова — доктор философских наук, доцент, доцент кафедры философии и социально-гуманитарных наук. ФГБОУ ВО «Самарский государственный технический университет», Самара, Россия. E-mail: borisovatva@yandex.ru

Евгений Петрович Измайлов — доктор медицинских наук, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и СМП ИПО. ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия. E-mail: izm_63@mail.ru

▪ Information about the authors

Tatyana V. Borisova — Doctor of Philosophy, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Philosophy and Social Sciences and Humanities. Samara State Technical University, Samara, Russia. E-mail: borisovatva@yandex.ru

Evgeniy P. Izmailov — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Anesthesiology, Reanimatology and Emergency Medicine IPO. Samara State Medical University, Samara, Russia. E-mail: izm_63@mail.ru