

**18+**

Национальный НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России

Журнал основан в 1993 г.

С 1995 г. журнал является членом Европейской ассоциации научных редакторов (EASE).

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Свидетельство:  
ПИ № ФС 77-77004 от 11.10.2019

[www.journal-nriph.ru](http://www.journal-nriph.ru)  
[www.nriph.ru](http://www.nriph.ru)

#### Зав. редакцией

Щеглова Татьяна Даниловна  
Тел.: +7 (495) 916-29-60  
E-mail: [ttcheglova@gmail.com](mailto:ttcheglova@gmail.com)

Почтовый адрес: 105064, Москва, ул. Воронцово Поле, д. 12

Все права защищены.

Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

Цена свободная.

#### Подписка:

через интернет:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-uf.ru](http://www.pressa-uf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

на электронную версию:  
[elibrary.ru](http://elibrary.ru)

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед. 2026. Т. 34. № 2. 165—348.



Издатель:  
Акционерное общество  
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 27.02.2025.

Подписано в печать 21.04.2026.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 23. Усл. печ. л. 22,49. Уч.-изд. л. 29,24.

Отпечатано в ПАО «Т8 Издательские Технологии», 109316, Москва, Волгоградский просп., д. 42, кор. 5.

# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Двухмесячный научно-практический журнал

## 2

Том 34

2026

МАРТ—АПРЕЛЬ

#### Главный редактор:

**ХАБРИЕВ Рамил Усманович** — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор фармацевтических наук, профессор (Москва, Россия)

#### Заместители главного редактора:

**ЩЕПИН Владимир Олегович** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ХОДАКОВА Ольга Владимировна** — доктор медицинских наук, доцент (Москва, Россия)

**ЗАТРАВКИН Сергей Наркизович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)  
**АНАНЧЕНКОВА Полина Игоревна** — кандидат экономических наук, кандидат социологических наук, доцент (Москва, Россия)

#### Ответственный секретарь:

**НЕЧАЕВ Василий Сергеевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

#### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**АЛЕКСАНДРОВА Оксана Юрьевна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**АЛЬБИЦКИЙ Валерий Юрьевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**АНДРЕЕВА Маргарита Дарчоевна** — доктор медицинских наук, доцент (Краснодар, Россия)

**ВЕНДТ Сара** — PhD, профессор (Флиндерс, Австралия)

**ВИШЛЕНКОВА Елена Анатольевна** — доктор исторических наук, профессор (Москва, Россия)

**ГАЙДАРОВ Гайдар Мамедович** — доктор медицинских наук, профессор (Иркутск, Россия)

**ЕЛЮТИНА Марина Эдуардовна** — доктор социологических наук, профессор (Саратов, Россия)

**ЗУДИН Александр Борисович** — доктор медицинских наук (Москва, Россия)

**КАКОРИНА Екатерина Петровна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЛИНДЕНБРАТЕН Александр Леонидович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**МЕДИК Валерий Алексеевич** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Новгород, Россия)

**ПАШКОВ Константин Анатольевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**РЕННЕР Андреас** — PhD, профессор (Мюнхен, Германия)

**СЕМЕНОВ Владимир Юрьевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СОЗИНОВ Алексей Станиславович** — доктор медицинских наук, профессор (Казань, Россия)

**СОРОКИНА Татьяна Сергеевна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**СТАРОДУБОВ Владимир Иванович** — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ХАЛЬФИН Руслан Альбертович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЧЕБОТАРЕВА Юлия Юрьевна** — доктор медицинских наук, доцент (Ростов-на-Дону, Россия)

**ЧИЧЕРИН Леонид Петрович** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ШЛЯФЕР София Исаковна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЭКЛОФ Артур Бенуа** — PhD, профессор (Блумингтон, США)

#### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**АМОНОВА Дильбар Субхоновна** — доктор экономических наук, доцент (Душанбе, Республика Таджикистан)

**БЕРСЕНЕВА Евгения Александровна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ВИШНЯКОВ Николай Иванович** — доктор медицинских наук, профессор (Санкт-Петербург, Россия)

**ВОЛКОВА Ольга Александровна** — доктор социологических наук, профессор (Белгород, Россия)

**ГЕРАСИМЕНКО Николай Федорович** — академик РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ГУЛЗОДА Махмадшоҳ Курбонали** — доктор медицинских наук, профессор (Республика Таджикистан)

**ГУНДАРОВ Игорь Алексеевич** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ДЖУМАЛИЕВА Гульмира Артыкбаевна** — доктор медицинских наук, профессор (Бишкек, Кыргызстан)

**ЗИНЧЕНКО Реза Абульфазовна** — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ЗУБОК Юлия Альбертовна** — доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

**КАСЫМОВА Гульнара Пазылбековна** — доктор медицинских наук, профессор (Алматы, Казахстан)

**ПОЛУНИНА Наталья Валентиновна** — член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

**ПОЛЯНИН Андрей Витальевич** — доктор экономических наук, профессор (Орел, Россия)

**РЕШЕТНИКОВ Андрей Вениаминович** — академик РАН, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор (Москва, Россия)

**САЛАКС Юрис** — доктор медицинских наук, профессор (Рига, Латвия)

N. A. Semashko National  
Research Institute of Public Health

The Central Research Institute for Health  
Organization and Informatics of  
Minzdrav of Russia

Founded in 1993.

Since 1995 the journal is a member of the  
European Association of Science Editors.

The journal is registered with The Federal  
Service for Supervision of  
Communications, Information Technology,  
and Mass Media (Roskomnadzor).

Certificate:  
ПИ № ФС 77-77004  
dated 11/10/2019

Journal is indexed in: Chemical Abstracts;  
Current Digest of the Russian Press;  
EBSCOhost Family&Society Studies  
Worldwide; EBSCOhost INDEX;  
EBSCOhost SocINDEX with Full Text;  
Elsevier BV Scopus; Experta Medica  
Abstract Journals; Index Medicus; Index to  
Dental Literature; International Nursing  
Index; National Library of Medicine  
PubMed, OCLC Russian Academy of  
Sciences Bibliographies.

[www.nriph.ru](http://www.nriph.ru)

**Managing editor**

*Scheglova T. D.*  
Tel.: +7 (495) 916-29-60  
E-mail: [tscheglova@gmail.com](mailto:tscheglova@gmail.com)

Address: 12 Vorontsovo Pole str., Moscow,  
105064, Russia

Subscription via the Internet:  
[www.akc.ru](http://www.akc.ru), [www.pressa-rf.ru](http://www.pressa-rf.ru),  
[www.pochta.ru](http://www.pochta.ru)

Subscription to the electronic version of the  
journal: [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

# PROBLEMY SOTSIALNOY GIGIENY, ZDRAVOOKHRANENIYA I ISTORII MEDITSINY

(Problems of social hygiene, public health  
and history of medicine, Russian journal)

The bimonthly theoretical and practical journal

## 2

Volume 34

2026

MARCH—APRIL

**Editor-in-Chief:**

**HABRIEV R. U.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Deputy Editor-in-Chief:**

**SCHEPIN V. O.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**KHODAKOVA O. V.** — MD, PhD, DSc, assistant prof.

**ZATRAVKIN S. N.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ANANCHENKOVA P. I.** — PhD, assistant prof.

**Executive secretary:**

**NECHAEV V. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL BOARD:**

**ALEKSANDROVA O. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ALBICKY V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ANDREEVA M. D.** — MD, PhD, DSc, assistant prof.

**Artur Benouf EKLOF** — PhD, prof.

**ELYUTINA M. E.** — PhD, DSc, prof.

**GAIDAROV G. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

**ZUDIN A. B.** — MD, PhD, DSc.

**KAKORINA Ye. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**LINDENBRATEN A. L.** — MD, PhD, DSc, prof.

**MEDIK V. A.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**PASHKOV K. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SEMENOV V. Yu.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOZINOV A. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**SOROKINA T. S.** — MD, PhD, DSc, prof.

**STARODUBOV V. I.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**HALFIN R. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**CHEBOTAREVA Yu. Yu.** — MD, PhD, DSc, assistant prof.

**CHICHERIN L. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Andreas RENNER** — PhD, Habilitation, prof.

**SHLIAFER S. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Sarah WENDT** — PhD, prof.

**VISHLENKOVA E. A.** — PhD, DSc, prof.

**EDITORIAL COUNCIL:**

**Amonova D. S.** — PhD, DSc, assistant prof.

**Berseneva E. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Vishniakov N. I.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Volkova O. A.** — PhD, DSc, prof.

**Gerasimenko N. F.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Gulzoda M. K.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Gundarov I. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Dzumaliev G. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Zinchenko R. A.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Zubok Yu. A.** — PhD, DSc, prof.

**Kasimova G. P.** — MD, PhD, DSc, prof.

**Polunina N. V.** — corresponding member of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Polanin A. V.** — PhD, DSc, prof.

**Reshetnikov A. V.** — academician of RAS, MD, PhD, DSc, prof.

**Salaks Yu. M.** — MD, PhD, DSc, prof.

## СОДЕРЖАНИЕ

## Здоровье и общество

<i>Баженова С. А., Андриянова Л. С., Ирицын Г. Э., Растегаева Н. А., Сердюк Е. Г.</i> Статистико-демографический анализ современных российских национальных проектов и программ по активному долголетию: опыт регионов России .....	169
<i>Ростовская Т. К., Ананченкова П. И., Ростовский Р. В.</i> О реализации Национального проекта «Демография» в части поддержки семей с детьми .....	176
<i>Жукевич Г. В., Моттаева А. Б., Анкоти Я. И.</i> Земский доктор: результаты реализации в Республике Ингушетия .....	180
<i>Резникова О. С., Цыганкова И. В., Цехла С. Ю.</i> Проектирование систем эффективности использования трудового потенциала работников в сфере здравоохранения .....	185
<i>Гайдаров Г. М., Макарова А. Е., Макаров С. В.</i> Социологическая оценка профессионального выгорания у врачей-патологоанатомов .....	194
<i>Гневашева В. А.</i> Профессиональная гигиена труда: оценки гендерной сегрегации .....	200
<i>Тимурзиева А. Б., Зудин А. Б.</i> Некоторые вопросы организации диагностики и профилактики заболеваний ЛОР-органов .....	207
<i>Амлаев К. Р., Атоева М. А., Юлдашова Ш. Т., Намозова Н. С.</i> Программа профилактики и контроля нозокомиальных инфекций: мировой опыт и рекомендации по внедрению .....	216
<i>Якушин М. А.</i> Цифровое фенотипирование старения с использованием гемодинамических параметров .....	219
<i>Тархов К. Ю., Бамматова Д. С.</i> Приоритеты исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения (Витрина приоритетов) .....	227
<i>Шипова В. М., Железова П. В., Мингазова Э. Н.</i> К вопросу о штатно-нормативном обеспечении и основных функциях регионального центра общественного здоровья и медицинской профилактики .....	233
<i>Коростышевская Е. М., Афанасьева О. Н., Уразгалиев В. Ш., Агашин А. В., Новиков А. В.</i> Социальная политика Санкт-Петербурга в области здравоохранения .....	238
<i>Юрьев В. К., Ипполитова М. Ф., Моисеева К. Е., Соколова В. В., Кузьмин А. Н., Юрьева В. В., Симченко А. Е.</i> Тенденции развития системы охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков Санкт-Петербурга .....	243
<i>Сафонон А. Л., Некипелова Д. В.</i> Неформальные трудовые и экономические практики в системе здравоохранения Российской Федерации .....	251
<i>Бантьева М. Н., Васильева Т. П.</i> Репродуктивный ресурс общества и причины, детерминирующие его потери .....	257
<i>Агаларова Л. С., Рамазанов А. А., Газиева Э. М., Айвазова З. Н., Камилова С. М., Гасанова А. А.</i> Здоровьесбережение населения: социологический анализ детерминант здорового образа жизни .....	264
<i>Старцев В. Ю., Васильев А. Г., Болотская Е. С., Кондратьев Г. В., Корепин С. А.</i> Организация стандартной операционной процедуры по подписанию информированного согласия пациентом для участия в клиническом исследовании .....	269
<i>Линде А. Н., Фомина С. Н.</i> Личностная самоактуализация человека во взаимосвязи с его самооценкой как фактор психологического здоровья общества .....	273
<i>Корниенко А. Г.</i> Антиномизм как методологическое основание советской философии психиатрии .....	279
<i>Ахохова А. В., Люцко В. В., Тхагансоева М. К., Желиготова Д. В.</i> Фрактально-кибернетическая архитектура региональной антинаркотической стратегии на основе модельно-ориентированной системной инженерии как инструмент межведомственного адаптивного управления .....	285
<i>Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Кийкова П. С.</i> О декриминализации преступлений, связанных с заражением ВИЧ-инфекцией .....	291
<i>Опарин Э. В.</i> Перспективы России в развитии въездного медицинского туризма из стран Персидского залива .....	298

## CONTENTS

## Health and Society

<i>Bazhenova S. A., Andrianova L. S., Iritsyan G. E., Rastegaeva N. A., Serdyuk E. G.</i> The statistical demographic analysis of the modern Russian National projects and programs on active longevity: the experience of the Regions of Russia .....	169
<i>Rostovskaya T. K., Ananchenkova P. I., Rostovsky R. V.</i> On implementation of the National project "Demography" in the part of support of families with children .....	176
<i>Zhukevich G. V., Mottaeva A. B., Ankoti J. I.</i> The Zemsky Doctor: the results of implementation in the Republic of Ingushetia .....	180
<i>Reznikova O. S., Tsygankova I. V., Tsohla S. Yu.</i> The design of systems of efficient usage of labor potential of workers in the field of health care .....	185
<i>Gaydarov G. M., Makarova A. E., Makarov S. V.</i> The sociological assessment of professional burnout in pathoanatomists .....	194
<i>Gnevasheva V. A.</i> The professional occupational hygiene: assessment of gender segregation .....	200
<i>Timurzieva A. B., Zudin A. B.</i> Some issues of organization of diagnostics and prevention of diseases of the ENT organs .....	207
<i>Amlaev K. R., Atoeva M. A., Yuldashova Sh. T., Namozova N. S.</i> The program of prevention and control of nosocomial infections: world experience and recommendations for implementation .....	216
<i>Yakushin M. A.</i> The digital phenotyping of aging with application of hemodynamic parameters .....	219
<i>Tarkhov K. Yu., Bammatova D. S.</i> The priorities of studies and elaborations in the interests of medicine and health care: the showcase of priorities .....	227
<i>Shipova V. M., Zhelezova P. V., Mingazova E. N.</i> On the issue of staff and regulatory support and main functions of the regional center of public health and medical prevention .....	233
<i>Korostyshevskaya E. M., Afanasyeva O. N., Urazgaliev V. Sh., Agashin A. V., Novikov A. V.</i> The social policy of St. Petersburg in the field of health care .....	238
<i>Yuryev V. K., Ippolitova M. F., Moiseeva K. E., Sokolova V. V., Kuzmin A. N., Yuryeva V. V., Simchenko A. Ye.</i> The trends of development of system of protection of reproductive health of girls-adolescents of St. Petersburg .....	243
<i>Safonov A. L., Nekipelova D. V.</i> The informal labor and economic practices in the health care system of the Russian Federation .....	251
<i>Banteva M. N., Vasilyeva T. P.</i> The society reproductive resource and causes determining its losses .....	257
<i>Agalarova L. S., Ramazanov A. A., Gazieva E. M., Aivazova Z. N., Kamilova S. M., Gasanova A. A.</i> The health preservation of population: the sociological analysis of determinants of healthy life-style .....	264
<i>Startsev V. Yu., Vasiliev A. G., Bolotskaya E. S., Kondratyev G. V., Korepin S. A.</i> The organization of standard operational procedure on signing informed consent by patient to participate in clinical study .....	269
<i>Linde A. N., Fomina S. N.</i> The personal self-actualization of individual in relationship with one's self-evaluation as a factor of psychological health of society .....	273
<i>Kornienko A. G.</i> The antinomianism as a methodological basis of the Soviet philosophy of psychiatry .....	279
<i>Akhokhova A. V., Lyutsko V. V., Tkhangapsoeva M. K., Zheligotova D. V.</i> The fractal cybernetic architecture of the Regional anti-narcotic strategy based on model oriented systemic engineering as a tool of intersectoral adaptive management .....	285
<i>Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Kiikova P. S.</i> On decriminalization of offenses related to contamination with HIV infection .....	291
<i>Oparin E. V.</i> The perspectives of Russia in development of entrance medical tourism from the countries of the Persian Gulf .....	298

- Тонконог В. В.* Здоровьесбережение женщин-моряков в вопросах гендерно-обусловленного насилия. Часть I: состояние проблемы и факторы уязвимости ..... 305
- Суховеева А. Б.* Демографические проблемы удэгейцев Хабаровского края: брачно-семейные установки и снижение рождаемости ..... 312

#### За рубежом

- Каратаев М. М., Жумабаев А. Р., Ажимаматова Ж. Т., Рыспекова Ч. Д.* Показатели заболеваемости, смертности, односторонней летальности и запущенности больных раком шейки матки в Ошской области Кыргызской Республики ..... 318

#### История медицины

- Вольская Е. А.* История фармацевтического права. Сообщение 3: тенденции глобализации регуляторных норм в XXI веке ..... 322
- Шерстнева Е. В.* «Назвали его пенициллин-крустозин ВИЭМ» ..... 330

#### Публикация архивных документов

- Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А.* Публикация «Краткой записки о санитарных организациях по губерниям Дальнего Востока и проекте создания новых организаций на текущий [1924] год» с научными комментариями ..... 336
- Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А.* Досоветское здравоохранение Дальнего Востока XX века: архивные мистификации ..... 341

- Tonkonog V. V.* The health protection of female sailors in issues of gender conditioned violence. Part I. The magnitude of the problem and factors of vulnerability
- Sukhoveeva A. B.* The demographic problems of the the Udegeans of the Khabarovsk Kray: the marriage and family attitudes and decrease of natality

#### From Abroad

- Karataev M. M., Zhumabaev A. R., Azhimamatova Zh. T., Ryspekova Ch. D.* The indicators of morbidity, mortality, one-year lethality and desolation of patients with cervical cancer in the Osh Oblast of the Kyrgyz Republic

#### History of Medicine

- Volskaya E. A.* The history of pharmaceutical law. Report III. The trends of globalization of regulative norms in XXI century
- Sherstneva E. V.* "And it was named penicillin-crustosin VIEM"

#### Publication of Archive Documents

- Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A.* The publication of "The short report on sanitary organizations over Gubernias of the Far East and the project of establishment of new organizations in current [1924] year" with scientific commentaries
- Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A.* The pre-Soviet health care of the Far East of XX century: the archive mystifications

# Здоровье и общество

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2026  
УДК 614.2

**Баженова С. А.<sup>1</sup>, Андриянова Л. С.<sup>1</sup>, Ирицын Г. Э.<sup>1</sup>, Растегаева Н. А.<sup>1</sup>, Сердюк Е. Г.<sup>2</sup>**

## СТАТИСТИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ РОССИЙСКИХ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ И ПРОГРАММ ПО АКТИВНОМУ ДОЛГОЛЕТИЮ: ОПЫТ РЕГИОНОВ РОССИИ

<sup>1</sup>Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353900, г. Новороссийск;  
<sup>2</sup>ФГОБУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353924, г. Новороссийск

*Актуальность настоящего исследования обусловлена необходимостью систематизации и комплексного анализа реализации программ активного долголетия в регионах Российской Федерации в период 2023–2025 гг. на основе официальной статистики и мониторинга региональных практик. Цель исследования заключается в анализе эффективности реализации национальных проектов по активному долголетию в регионах России на основе количественных показателей и выявления лучших региональных практик. Исследованы нормативно-правовые основы работы с лицами пожилого возраста в стране, а также статистические данные и материалы Всероссийского отбора лучших практик активного долголетия. Отдельное внимание уделено психологическому, экономическому и демографическому аспектам работы со старшим поколением.*

**Ключевые слова:** статистика; демография; проектный менеджмент; национальные проекты; программы активного долголетия; старшее поколение; психология коммуникаций; экономические и демографические аспекты работы со старшим поколением; опыт регионов России.

**Для цитирования:** Баженова С. А., Андриянова Л. С., Ирицын Г. Э., Растегаева Н. А., Сердюк Е. Г. Статистико-демографический анализ современных российских национальных проектов и программ по активному долголетию: опыт регионов России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):169–175. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-169-175>

**Для корреспонденции:** Баженова Светлана Анатольевна, канд. экон. наук, доцент кафедры экономики, финансов и менеджмента Новороссийского филиала ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», e-mail: [sabazhenova@fa.ru](mailto:sabazhenova@fa.ru)

**Bazhenova S. A.<sup>1</sup>, Andrianova L. S.<sup>1</sup>, Iritsyan G. E.<sup>1</sup>, Rastegaeva N. A.<sup>1</sup>, Serdyuk E. G.<sup>2</sup>**

## THE STATISTICAL DEMOGRAPHIC ANALYSIS OF THE MODERN RUSSIAN NATIONAL PROJECTS AND PROGRAMS ON ACTIVE LONGEVITY: THE EXPERIENCE OF THE REGIONS OF RUSSIA

<sup>1</sup>The Novorossiysk Branch of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 353900, Novorossiysk, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”, 353924, Novorossiysk, Russia

*The relevance of this study is conditioned by necessity of systematization and comprehensive analysis of implementation of programs of active longevity in the regions of the Russian Federation in 2023–2025 on the basis of official statistics and regional practices monitoring. The purpose of the study is to analyze efficiency of implementation of the National projects of active longevity in the regions of Russia on the basis of quantitative indicators and identification of the best regional practices. The National normative legal basis of work with persons of elderly age and statistical data and materials of the All-Russian Selection of the Best Practices of Active Longevity were investigated. The special attention was paid to psychological, economic and demographic aspects of work with the elderly generation.*

**Keywords:** statistics; demography; project management; national project; program of active longevity; elderly generation; psychology of communication; economic and demographic aspects; experience; Russian regions.

**For citation:** Bazhenova S. A., Andrianova L. S., Iritsyan G. E., Rastegaeva N. A., Serdyuk E. G. The statistical demographic analysis of the modern Russian national projects and programs on active longevity: the experience of the Regions of Russia. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):169–175 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-169-175>

**For correspondence:** Bazhenova S. A., candidate of economical sciences, associate professor of the Chair of Economics, Finances and Management of the Novorossiysk Branch of The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: [sabazhenova@fa.ru](mailto:sabazhenova@fa.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 06.08.2025  
Accepted 12.01.2026

## Введение

Демографическое старение населения — один из ключевых вызовов современной России. По состоянию на начало 2025 г. в Российской Федерации про-

живает 35,1 млн человек старше трудоспособного возраста, что составляет 24% общей численности населения страны [1].

В условиях такой демографической трансформации приобретает особую значимость концепция ак-

тивного долголетия, направленная на повышение качества жизни и сохранение функциональных возможностей и социальной интеграции старшего поколения.

Реализация концепции активного долголетия в Российской Федерации осуществляется в рамках Национального проекта «Демография» и федерального проекта «Старшее поколение». По данным доклада заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т. А. Голиковой, представленного в марте 2025 г., в программах активного долголетия участвуют 12 млн граждан старшего возраста [1]. Это свидетельствует о масштабном расширении охвата за последний год (по сравнению с 2024 г.), когда число участников составляло 3,5 млн [2].

Граждане старшего поколения рассматриваются как активные участники общественной жизни, выполняющие роли наставников для детей в трудной жизненной ситуации, помощников для людей преклонного возраста и инвалидов, создателей соседских сообществ, учителей компьютерной грамотности и физкультуры для своего окружения, хранителей народных традиций, туристических гидов.

Актуальность настоящего анализа видится в необходимости систематизации и комплексного рассмотрения особенностей программ работы со старшим поколением в России и реализации программ активного долголетия в регионах Российской Федерации.

Нормативно-правовую основу программ активного долголетия составляет Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», на основании которого разработан Национальный проект «Демография» [3]. Федеральный проект «Старшее поколение» определяет ключевые направления государственной политики: увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет, снижение смертности населения старше трудоспособного возраста, создание системы долговременного ухода [4].

Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2025 г. № 830-р, закрепляет четыре основных направления работы: сохранение здоровья граждан старшего поколения; обеспеченная жизнь в старшем возрасте; повышение качества жизни пожилых граждан; активное участие граждан старшего поколения в жизни общества [5].

Важным инструментом развития гериатрической помощи стали приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующие создание региональных гериатрических центров. К концу 2024 г. в 85 субъектах Российской Федерации функционировали 86 гериатрических центров, 1484 гериатрических кабинета и 8407 геронтологических коек [6]. Гериатрические центры осуществляют координацию и методическую поддержку развития гериатрической службы в регионах, проводят диспан-

серизацию и профилактические осмотры граждан старше трудоспособного возраста.

Система долговременного ухода, внедрение которой началось в 2018 г. в шести пилотных регионах, с 1 сентября 2023 г. распространена на все субъекты Российской Федерации в соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25 августа 2023 г. № 681 [7]. По итогам 2024 г., системой долговременного ухода охвачено 174 тыс. граждан пожилого возраста и инвалидов [8].

Всероссийский отбор лучших практик активного долголетия, организованный АНО «Национальные приоритеты» при поддержке Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, проводится ежегодно с 2020 г. [9]. Основная цель отбора заключается в выявлении и тиражировании эффективных практик работы со старшим поколением по пяти номинациям: «Здоровый образ жизни», «Активная жизнь: культура, туризм, волонтерство», «Образование и занятость», «Медицинский и социальный уход, общественная забота и профилактика», «Практики для мужчин 60+» [9].

### Материалы и методы

Материалами для проведения настоящего исследования послужили официальные документы и статистические данные Правительства Российской Федерации, Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации за период 2023—2025 гг. Использованы паспорта Национального проекта «Демография» и федерального проекта «Старшее поколение», отчеты о реализации национальных проектов по состоянию на 31 декабря 2024 г., официальные сообщения о совещаниях Правительства Российской Федерации по вопросам демографической политики [1, 5, 6, 10].

Ключевым источником эмпирических данных стали материалы Всероссийского отбора лучших практик активного долголетия за 2020—2024 гг., включающие заявки участников, отчеты экспертных комиссий, сборники финалистов и победителей [1, 9, 11]. Анализировали количественные показатели участия регионов в отборе, распределение практик по номинациям, масштабы реализации проектов и число благополучателей.

Статистические данные о количестве участников программ активного долголетия, охвате граждан системой долговременного ухода, численности гериатрических центров и кабинетов получены из официальных источников Министерства здравоохранения Российской Федерации и информационных порталов национальных проектов Российской Федерации [6, 8].

Применены следующие методы: статистический анализ количественных показателей реализации программ активного долголетия в регионах, сравнительный анализ динамики развития программ за период 2020—2024 гг., контент-анализ описаний лучших практик активного долголетия, структурно-

Здоровье и общество

функциональный анализ системы организации программ на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, метод экспертных оценок на основе результатов отбора лучших практик.

Территориальный охват исследования включает все 89 субъектов Российской Федерации, представивших заявки на участие во Всероссийском отборе лучших практик активного долголетия в 2024 г. Временной период исследования охватывает 2023—2025 гг. с учетом ретроспективного анализа динамики развития программ с 2020 г.

**Результаты исследования**

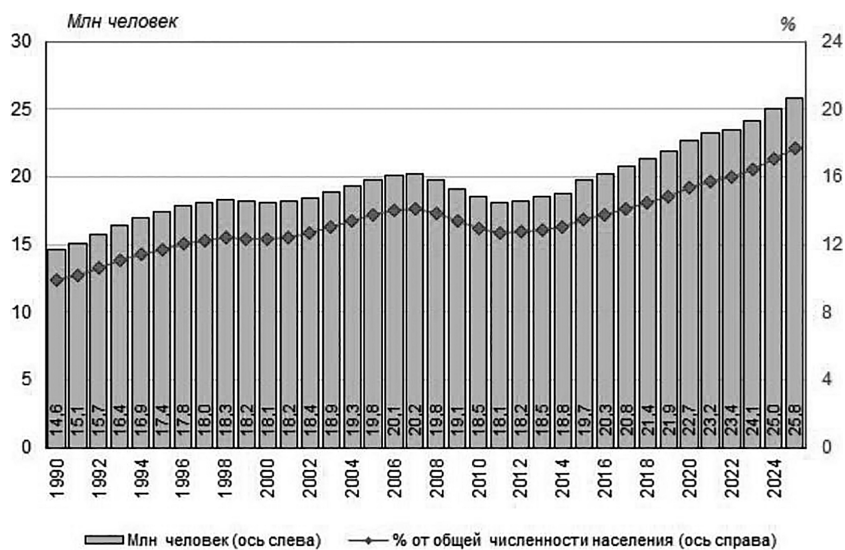
Анализ реализации программ активного долголетия в регионах Российской Федерации в период 2023—2025 гг. демонстрирует значительное расширение охвата граждан старшего возраста. Число участников увеличилось с 3,5 млн в 2024 г. до 12 млн в 2025 г. [1, 2]. На рисунке представлена численность населения России в возрасте 65 лет и старше за 1990—2025 гг.

Всероссийский отбор лучших практик активного долголетия демонстрирует устойчивую положительную динамику вовлеченности регионов. За 5 лет проведения отбора количество заявок увеличилось в 10,7 раза, количество регионов-участников выросло с 30 до 89 [2, 9, 11]. Динамика участия регионов представлена в табл. 1.

В пятом сезоне отбора в 2024 г. впервые приняли участие все 89 субъектов Российской Федерации, что свидетельствует о формировании общероссийской системы поддержки старшего поколения. Количество заявок в 2024 г. составило 2684, что в 2,5 раза превышает показатель 2023 г. [11].

Распределение 110 финалистов пятого Всероссийского отбора лучших практик активного долголетия в 2024 г. по номинациям характеризуется преобладанием проектов в сфере активной жизни (табл. 2).

По масштабу реализации финалисты отбора 2024 г. распределились следующим образом: 88 (80%) практик регионального масштаба, 6 (5,5%) практик федерального масштаба, 4 (3,6%) практики городского масштаба и 12 (10,9%) практик сельского



Численность населения России 65 лет и старше на начало 1990—2025 гг.\*

Оценка численности постоянного населения за 2011—2025 гг., с учетом итогов ВПН-2020, рассчитана по данным Росстата «Численность постоянного населения — женщин по возрасту на 1 января (человек)», «Численность постоянного населения — мужчин по возрасту на 1 января»

\*Режим доступа: <https://fedstat.ru/indicators/search?searchText=Население+по+полу+и+возрасту> (дата обращения 12.11. 2025).

масштаба [11]. Такое распределение свидетельствует о развитии программ активного долголетия на всех уровнях — от крупных региональных инициатив до локальных сельских проектов.

Развитие гериатрической службы в Российской Федерации в рамках федерального проекта «Старшее поколение» достигло значительных результатов. Показатели развития гериатрической службы

Таблица 2

**Распределение финалистов пятого Всероссийского отбора лучших практик активного долголетия по номинациям в 2024 г. [11]**

Номинация	Количество финалистов	Доля от общего числа, %
Активная жизнь: культура, туризм, волонтерство	49	44,5
Медицинский и социальный уход, общественная забота и профилактика	23	20,9
Здоровый образ жизни	15	13,6
Практики для мужчин 60+	13	11,8
Образование и занятость	10	9,1
<b>Всего...</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Таблица 1

**Динамика участия регионов Российской Федерации во Всероссийском отборе лучших практик активного долголетия в 2020—2024 гг. [2, 9, 11]**

Год	Количество заявок	Количество регионов-участников	Количество финалистов	Рост заявок к предыдущему году, %
2020	250	30	Нет данных	Нет данных
2021	689	58	112	175,6
2022	936	66	113	35,8
2023	1081	73	112	15,5
2024	2684	89	110	148,3

Таблица 3

**Показатели развития гериатрической службы в Российской Федерации на 31 декабря 2024 г. [6]**

Показатель	Количество, абс. ед.	Фактически работающих, абс. ед.	Доля функционирования, %
Гериатрические центры	86	86	100
Гериатрические кабинеты	1484	1113	75
Геронтологические койки	8407	7940	94,4
Субъекты РФ с гериатрическими центрами	85	85	100

по состоянию на 31 декабря 2024 г. представлены в табл. 3.

В 2024 г. созданы гериатрические центры в 5 субъектах Российской Федерации: Республике Ингушетия, Республике Хакасия, Карачаево-Черкесской Республике, Республике Адыгея и Еврейской автономной области [6]. Охват граждан старше трудоспособного возраста профилактическими осмотрами, включая диспансеризацию, в 2024 г. составил 71,4% (24,9 млн человек) при плановом показателе 70,0% (24,4 млн человек) [6]. Уровень госпитализации на геронтологические койки лиц старше 60 лет составил 59,9 условных единиц на 10 тыс. населения соответствующего возраста (211,8 тыс. человек) при плановом показателе 56,0 условных единиц (198 тыс. человек) [6]. Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, с 1 сентября 2023 г. внедряется во всех субъектах Российской Федерации. По итогам 2024 г. в систему долговременного ухода включено 174 тыс. граждан пожилого возраста и инвалидов [8]. В рамках системы долговременного ухода функционирует 871 Школа ухода, в них родственники могут обучиться правильно ухаживать за своими близкими, и 942 пункта проката технических средств реабилитации [8].

Структура участия граждан старшего поколения в различных направлениях программ активного долголетия характеризуется преобладанием физкультурно-спортивного направления. По данным на март 2025 г., из 12 млн участников программ 8,5 млн (70,8%) активно занимаются спортом, 2 млн (16,7%) участвуют в социальном туризме, около 1 млн (8,3%) принимают участие в университетах третьего возраста, более 200 тыс. (1,7%) являются «серебряными» волонтерами [1]. За период 2019—2024 гг. более 500 тыс. пожилых людей прошли переобучение и получили дополнительное профессиональное образование [2]. Количество «серебряных» волонтеров, активно участвующих во всех направлениях жизни общества, по данным на февраль 2024 г., составило около 190 тыс. человек [9].

На основании анализа поступивших заявок на Всероссийский отбор лучших практик активного долголетия эксперты АНО «Национальные приоритеты» выделили ключевой тренд 2024 г.: «Старшие — ресурс общества» [11].

Среди победителей Всероссийского отбора лучших практик активного долголетия в 2023 г. — практики Владимирской, Кемеровской, Костромской, Омской, Оренбургской, Ростовской и Рязанской областей, Ханты-Мансийского автономного округа, Республики Татарстан и Санкт-Петербурга [9]. В 2024 г. победителями стали практики из Липецкой, Рязанской, Самарской, Свердловской, Тюменской, Ульяновской областей, Республики Татарстан, Чувашской Республики и Санкт-Петербурга [11].

Региональная специфика реализации программ активного долголетия характеризуется значительной дифференциацией. Наиболее активно програм-

мы развиваются в Санкт-Петербурге, республиках Башкортостан, Татарстан, Коми, Чувашской Республике, Ханты-Мансийском автономном округе — Югра, Красноярском и Алтайском краях, Сахалинской, Липецкой, Ростовской, Волгоградской, Омской, Рязанской, Тамбовской, Свердловской, Тюменской, Самарской, Ульяновской, Челябинской и Калининградской областях [9]. В данных регионах внедряются инновационные подходы, реализуются новые решения, направленные на активное долголетие и социальную интеграцию граждан старшего поколения.

В Республике Татарстан, ставшей победителем отбора лучших практик в 2023 и 2024 гг., функционирует комплексная система поддержки старшего поколения, включающая университеты третьего возраста, спортивные секции и волонтерские объединения [8, 9, 11]. В Свердловской области реализуется практика «Круг добра», направленная на включение местных сообществ в помощь пожилым гражданам [11]. Ханты-Мансийский автономный округ — Югра развивает проект «Социальные квартиры», представляющий собой экосистему для активной жизни людей старшего возраста и получивший признание в специальной номинации «Комплексные инфраструктурные решения» [11].

Краснодарский край демонстрирует значительные достижения в реализации федерального проекта «Старшее поколение». К 2024 г. на реализацию проекта в регионе было выделено 1 млрд 252 млн руб. в рамках Национального проекта «Демография» [12]. Одним из ключевых результатов работы стало увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения Краснодарского края с 70,5 года в 2021 г. до 73,72 года по итогам 2024 г., что составляет прирост в 3,2 года [13]. Региональная программа включает внедрение системы долговременного ухода за пожилыми людьми, повышение качества медицинского обслуживания, организацию досуга и занятости граждан старшего возраста. В крае создаются мобильные бригады, состоящие из медицинских работников, социальных работников, психологов и представителей администраций, для выявления и оказания помощи гражданам старше 65 лет в отдаленных населенных пунктах [12].

Приведем пример работы Школы активного долголетия в станции Крыловской Краснодарского края (в крае создано более 60 таких центров, наш пример — один из самых долго и успешно работающих). Созданный в 2023 г., центр провел более 230 встреч активных представителей старшего поколения с врачами разной специализации, спортивными инструкторами, мастерами восточных практик, психологами, геронтологами и просто интересными людьми, ведущими здоровый образ жизни, а также для обмена опытом и знаниями. По словам одной из активных участниц этого клуба, Галины Дмитриевны Касьяненко, которая ведет занятия по цигун, суджок и другим практикам оздоровления, участники клуба, проводя время в большей двигательной активности, отмечали улучшение самочувствия и ста-

## Здоровье и общество

ли меньше болеть, а кроме этого, общение, чувство сопричастности и обмен опытом дают бесценные ресурсы для дальнейшей активной жизни. Только за 2024—2025 гг. клуб задействовал в своих мероприятиях более 1200 участников [12].

Таким образом, можно констатировать, что активная просветительская работа с гражданами старшего поколения в Краснодарском крае осуществляется по различным направлениям. Общество «Знание» организовало серию тематических встреч, посвященных вопросам психологического благополучия и управления стрессом, которые привлекли более 250 участников [14]. Региональные мероприятия проводятся как в крупных городах, включая Новороссийск, так и в муниципальных образованиях края, что обеспечивает широкий охват граждан старшего возраста программами поддержки и развития.

### Обсуждение

Проведенное исследование свидетельствует о формировании в Российской Федерации комплексной системы поддержки граждан старшего возраста, охватывающей медицинские, социальные, образовательные, психологические и культурно-досуговые направления. Рост числа участников программ с 3,5 млн в 2024 г. до 12 млн в 2025 г. подтверждает востребованность данных инициатив и эффективность механизмов их продвижения [1, 2].

Десятикратное увеличение количества заявок на Всероссийский отбор лучших практик за 5 лет указывает на повышение региональной активности в сфере поддержки старшего поколения [2, 9, 11]. Вовлечение всех 89 субъектов Российской Федерации в отбор 2024 г. свидетельствует о формировании общероссийской системы поддержки старшего поколения [11].

Преобладание практик в номинации «Активная жизнь: культура, туризм, волонтерство» (44,5% финалистов) отражает смещение акцента с медико-социального обслуживания на создание условий для активного участия граждан старшего возраста в общественной жизни [11]. Появление специальной номинации «Практики для мужчин 60+» является ответом на гендерный дисбаланс участников программ активного долголетия, где традиционно преобладают женщины [11].

Создание инфраструктуры гериатрической помощи — 86 гериатрических центров в 85 субъектах Российской Федерации, более 1400 гериатрических кабинетов и свыше 8000 геронтологических коек — обеспечивает специализированную медицинскую помощь гражданам старшего возраста [6]. Достижение плановых показателей по охвату профилактическими осмотрами (71,4% при плане 70,0%) свидетельствует об эффективности профилактической работы [6].

Система долговременного ухода, охватившая 174 тыс. граждан в 2024 г., представляет собой эффективный механизм поддержки граждан, нуждающихся в постоянном уходе [8]. Функционирование

871 Школы ухода и 942 пунктов проката технических средств реабилитации обеспечивает комплексную помощь семьям, осуществляющим уход за пожилыми родственниками [8].

Выявленный тренд «Старшие — ресурс общества» соответствует концепции продуктивного старения и отражает изменение восприятия роли пожилых людей в обществе [11]. Развитие «серебряного» волонтерства, охватывающего около 200 тыс. человек, демонстрирует потенциал граждан старшего поколения как активных участников социальной жизни [1, 9].

Структура участия граждан в различных направлениях программ показывает преобладание физкультурно-спортивного направления (70,8%), что соответствует задаче увеличения продолжительности здоровой жизни [1]. Вместе с тем относительно небольшая доля участников университетов третьего возраста (8,3%) и «серебряных» волонтеров (1,7%) указывает на потенциал развития образовательного и волонтерского направлений [1].

Региональные практики активного долголетия характеризуются разнообразием форматов и направлений работы [9, 11]. Лучшие практики, выявленные в ходе Всероссийского отбора, подлежат тиражированию в других регионах через платформу Агентства стратегических инициатив «Смартека», что способствует распространению эффективных решений [11].

### Заключение

Проведенное исследование позволяет сформулировать следующие выводы.

Наблюдается значительное расширение охвата граждан старшего возраста программами активного долголетия: с 3,5 млн в 2022 г. до 12 млн в 2025 г., что свидетельствует о росте доступности и популярности данных программ среди населения.

Всероссийский отбор лучших практик активного долголетия демонстрирует устойчивую положительную динамику: количество заявок увеличилось с 2020 по 2024 г. в 10,7 раза; в пятом сезоне 2024 г. приняли участие все 89 субъектов Российской Федерации, что указывает на формирование общероссийской системы поддержки старшего поколения.

Создана инфраструктура гериатрической помощи: 86 гериатрических центров в 85 субъектах Российской Федерации, более 1400 гериатрических кабинетов и свыше 8000 геронтологических коек обеспечивают специализированную медицинскую помощь гражданам старшего возраста.

Система долговременного ухода, охватывающая в 2024 г. 174 тыс. граждан пожилого возраста и инвалидов, представляет собой эффективный механизм поддержки граждан, нуждающихся в постоянном уходе.

Выявлен ключевой тренд современных программ активного долголетия: восприятие граждан старшего поколения как ресурса общества, активных участников социальной жизни, наставников и волонте-

ров, что соответствует концепции продуктивного старения.

Региональные практики активного долголетия характеризуются разнообразием форматов и направлений работы, охватывающих здоровый образ жизни, культуру, туризм, волонтерство, образование, занятость, медицинский и социальный уход. Лучшие практики, выявленные в ходе Всероссийского отбора, подлежат тиражированию в других регионах через платформу Агентства стратегических инициатив «Смартека», что способствует распространению эффективных решений.

Перспективными направлениями развития программ активного долголетия представляются дальнейшее увеличение охвата граждан старшего возраста мероприятиями и услугами, развитие инфраструктуры гериатрической помощи в субъектах Российской Федерации, расширение системы долговременного ухода до 500 тыс. человек к 2030 г., стимулирование «серебряного» волонтерства и наставничества, развитие университетов третьего возраста, цифровизация процессов оказания услуг гражданам старшего возраста.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Голикова Т. 12 миллионов граждан старшего возраста участвуют в программах активного долголетия. Правительство России. Режим доступа: <http://government.ru/news/54515/> (дата обращения 12.11.2025).
- Активное долголетие: нацпроект собирает лучшие практики для пожилых людей. ИА Регнум. Режим доступа: <https://regnum.ru/news/3758383> (дата обращения 12.11.2025).
- Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Режим доступа: <http://kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения 12.11.2025).
- Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение». Министерство здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/stranitsa-5729> (дата обращения 12.11.2025).
- Старшее поколение. Правительство России. Режим доступа: <http://government.ru/rugovclassifier/475/events/> (дата обращения 12.11.2025).
- Информация о реализации федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» Национального проекта «Демография» (по состоянию на 31 декабря 2024 года). Министерство здравоохранения Российской Федерации. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravooхранenie/stranitsa-5729> (дата обращения 12.11.2025).
- Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 25 августа 2023 г. № 681 «О реализации в 2023 году в Российской Федерации Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе». ГАРАНТ. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407670840/> (дата обращения 12.11.2025).
- Получить в старшем возрасте необходимый уход дома. Национальные проекты РФ. Режим доступа: <https://национальные-проекты.рф/opportunities/poluchit-v-pozhilom-vozraste-neobkhodimu-ukhod-doma/> (дата обращения 12.11.2025).

- Подведены итоги Всероссийского отбора лучших практик «Активное долголетие 2023». Национальные приоритеты. Режим доступа: <https://национальныеприоритеты.рф/news/podvedeny-itogi-vserossiyskogo-otbora-luchshikh-praktik-aktivnoe-dolgoletie-2023/> (дата обращения 12.11.2025).
- Татьяна Голикова обсудила с регионами реализацию нацпроекта «Демография». Правительство России. Режим доступа: <http://government.ru/news/51453/> (дата обращения 12.11.2025).
- Активное долголетие-2024: лучшие практики. Агентство стратегических инициатив. Режим доступа: <https://asi.org.ru/2025/03/18/aktivnoe-dolgoletie-2024-luchshie-praktiki/> (дата обращения 12.11.2025).
- Анна Минькова: каждый кубанец старше 65 лет будет на нашем особом контроле. Кубань 24. Режим доступа: <http://kuban24.tv/item/anna-min-kova-kazhdyj-kubanec-starshe-65-let-budet-na-nashem-osobom-kontrole-221012> (дата обращения 13.11.2025).
- Ожидаемая продолжительность жизни на Кубани увеличилась более чем на три года. Лента новостей Краснодар. Режим доступа: <https://news-krd.ru/society/2025/01/13/477841.html> (дата обращения 13.11.2025).
- На Кубани проходят досуговые мероприятия для старшего поколения. Кубань Сегодня. Режим доступа: <https://kubantoday.ru/na-kubani-prohodjat-dosugovye-meropriyatija-dlja-starshego-pokolenija/> (дата обращения 13.11.2025).
- Стареющий труд: пенсионная реформа приостановила сокращение трудоспособного населения. RE:Russia. Режим доступа: <https://re-russia.net/review/732/> (дата обращения 12.11.2025).

Поступила 06.08.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

- Golikova T. "12 Million Senior Citizens Participate in Active Ageing Programs". Government of Russia. Available at: <http://government.ru/news/54515/> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
- Active Ageing: A National Project Collects Best Practices for the Elderly. Regnum News Agency. Available at: <https://regnum.ru/news/3758383> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
- Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2018, No. 204 "On National Goals and Strategic Objectives for the Development of the Russian Federation through 2024". Available at: <http://kremlin.ru/acts/bank/43027> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
- Federal project "Development and implementation of a program for systemic support and improving the quality of life of senior citizens "Older Generation". Ministry of Health of the Russian Federation. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooхранenie/stranitsa-5729> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
- Older generation. Government of Russia. Available at: <http://government.ru/rugovclassifier/475/events/> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
- Information on the implementation of the federal project "Development and implementation of a program for systemic support and improving the quality of life of senior citizens" of the national project "Demography" (as of December 31, 2024). Ministry of Health of the Russian Federation. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/natsproektzdravooхранenie/stranitsa-5729> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
- Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation dated August 25, 2023, No. 681 "On the Implementation in 2023 in the Russian Federation of the Standard Model of the Long-Term Care System for Elderly Citizens and Persons with Disabilities in Need of Care". GARANTEE. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407670840/> (accessed on 12.11.2025) (in Russian).
- Obtaining the Necessary Care at Home in Older Age. National Projects of the Russian Federation. Available at: <https://национальныепроекты.рф/opportunities/poluchit-v-pozhilom-vozraste-neobkhodimu-ukhod-doma/>

Здоровье и общество

- vozraste-neobkhodimyy-ukhod-doma/ (accessed 12.11.2025) (in Russian).
9. The results of the All-Russian Selection of Best Practices “Active Longevity 2023” have been summarized. National Priorities. Available at: <https://национальныеприоритеты.рф/news/podvedenyitogi-vsrossiyskogo-otbora-luchshikh-praktik-aktivnoe-dolgoletie-2023/> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
  10. Tatyana Golikova discussed the implementation of the national project “Demography” with the regions. Government of the Russian Federation. Available at: <http://government.ru/news/51453/> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
  11. Active Longevity 2024: Best Practices. Agency for Strategic Initiatives. Available at: <https://asi.org.ru/2025/03/18/aktivnoe-dolgoletie-2024-luchshie-praktiki/> (accessed 12.11.2025) (in Russian).
  12. Anna Minkova: Every Kuban resident over 65 will be under our special control. Kuban 24. Available at: <http://kuban24.tv/item/anna-min-kova-kazhdyj-kubanec-starshe-65-let-budet-na-nashem-osobom-kontrole-221012> (accessed 13.11.2025) (in Russian).
  13. Life expectancy in Kuban has increased by more than three years. Krasnodar news feed. Available at: <https://news-krd.ru/society/2025/01/13/477841.html> (accessed 13.11.2025) (in Russian).
  14. Leisure events for the older generation are taking place in Kuban. Kuban Today. Available at: <https://kubantoday.ru/na-kubani-prohodjat-dosugovye-meroprijatija-dlja-starshego-pokolenija/> (accessed 13.11.2025) (in Russian).
  15. Aging workforce: pension reform has halted the decline in the working-age population. RE:Russia. Available at: <https://re-russia.net/review/732/> (accessed 12.11.2025) (in Russian).

Ростовская Т. К.<sup>1,2</sup>, Ананченкова П. И.<sup>3</sup>, Ростовский Р. В.<sup>4</sup>

## О РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ДЕМОГРАФИЯ» В ЧАСТИ ПОДДЕРЖКИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ

<sup>1</sup>Институт социальной демографии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, 119333, г. Москва;<sup>2</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», 117198, г. Москва;<sup>3</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;<sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Государственный университет управления», 109542, г. Москва

*Представлен краткий анализ реализации Национального проекта «Демография» в 2019—2024 гг. на региональном уровне с выявлением проблемных аспектов, а также успешных региональных практик, направленных на поддержку семей с детьми. Предложен комплекс мер, направленный на укрепление семейных ценностей, повышение рождаемости и создание условий для гармоничного развития российских семей.*

**Ключевые слова:** демография; демографическое развитие; Национальный проект «Демография»; поддержка семей с детьми.

**Для цитирования:** Ростовская Т. К., Ананченкова П. И., Ростовский Р. В. О реализации Национального проекта «Демография» в части поддержки семей с детьми. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):176—179. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-176-179>

**Для корреспонденции:** Ростовская Тамара Керимовна, д-р социол. наук, профессор, директор Института социальной демографии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, e-mail: [rostovskaya.tamara@mail.ru](mailto:rostovskaya.tamara@mail.ru)

Rostovskaya T. K.<sup>1,2</sup>, Ananchenkova P. I.<sup>3</sup>, Rostovsky R. V.<sup>4</sup>

## ON IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PROJECT “DEMOGRAPHY” IN THE PART OF SUPPORT OF FAMILIES WITH CHILDREN

<sup>1</sup>The Institute of Social Demography of the Federal State Budget Institution “The Federal Scientific Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences”, 119333, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia of the Minobrnauka of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia;<sup>3</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;<sup>4</sup>The State University of Management, 109542, Moscow, Russia

*The article presents brief analysis of implementation of the National project “Demography” in 2019–2024 at the regional level including identification of problematic aspects and successful regional practices targeted to support families with children. The complex of measures directing to strengthen family values, to increase natality and to organize conditions for harmonious development of families in Russia.*

**Keywords:** demography; demographic development; National project “Demography”; support; families with children.

**For citation:** Rostovskaya T. K., Ananchenkova P. I., Rostovsky R. V. On implementation of the National project “Demography” in the part of support of families with children. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2026;34(2):176–179 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-176-179>

**For correspondence:** Rostovskaya T. K., doctor of sociological sciences, professor, the Director of the Institute of Social Demography of the Federal State Budget Institution “The Federal Scientific Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences”. e-mail: [rostovskaya.tamara@mail.ru](mailto:rostovskaya.tamara@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 11.10.2025

Accepted 12.01.2026

## Введение

Ключевой сферой государственного управления с точки зрения национальной безопасности является демографическое развитие России [1]. В Стратегии национальной безопасности РФ от 2021 г. демографическое развитие страны впервые четко увязано с обеспечением национальной безопасности [2]. Стратегия провозглашает курс на «сбережение народа России и развитие человеческого потенциала» в качестве одного из стратегических приоритетов государства. В тексте подчеркнуто, что дальнейший демографический спад представляет угрозу устойчивому развитию и безопасности. Напрямую отмечено: «Повышение рождаемости становится обязательным условием для увеличения численности на-

селения России». Государство заявляет цели демографической политики в терминах обеспечения устойчивого естественного прироста населения и улучшения качества жизни. Для достижения этих целей Стратегия ставит ряд задач, среди которых на первом месте стоят повышение рождаемости и формирование мотивации к многодетности, а также увеличение ожидаемой продолжительности жизни, снижение смертности населения. Таким образом, на высшем стратегическом уровне закреплено, что рост рождаемости и снижение смертности — это не только социально-экономические задачи, но и вопросы национальной безопасности.

Значимость вопросов грамотного управления демографическим развитием является актуальной, в том числе с момента реализации Национального

Здоровье и общество

проекта «Демография», разработанного в соответствии с Указом Президента Российской Федерации «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» от 7 мая 2018 г. № 204. Проект позиционировался как продолжение и развитие инициатив, содержащихся в ранее принятых программах демографического развития и оказания поддержки семье и детям. Его инициативы были направлены на поддержку семей с детьми, формирование модели активного долголетия, распространение здорового образа жизни и касались практически всех граждан России. Национальный проект «Демография» ставил перед собой амбициозные цели: стабилизировать и улучшить демографическую ситуацию в стране, повысив рождаемость, снизив смертность и улучшив качество жизни населения.

«В ходе проекта предполагалось увеличить ожидаемую продолжительность здоровой жизни россиян до 67 лет, суммарный коэффициент рождаемости до 1,7 детей на 1 женщину, повысить долю граждан, ведущих здоровый образ жизни. Однако в 2023 г. суммарный коэффициент рождаемости составил лишь 1,41 ребенка на 1 женщину репродуктивного возраста, ожидаемая продолжительность здоровой жизни — 61,4 года. Как видно, заложенные в стратегию реализации Национального проекта «Демография» механизмы не позволили достичь декларируемых целей. Это потребовало изменения концептуальных подходов к реализации мер, направленных на изменение трендов демографического развития. Акцент на помощь семье в реализации ее основных функций позволяет в рамках реализуемой стратегии обеспечить определенный баланс интересов человека, семьи, общества в достижении целей семейного и демографического благополучия» [3].

Актуальность исследования, связанного с кратким анализом реализации Проекта, обусловлена необходимостью создания условий для устойчивого демографического развития, обеспечивающего сохранение и увеличение численности населения, улучшение его здоровья и благополучия. Особого внимания заслуживает направление, связанное с поддержкой семей с детьми.

В этой связи необходимо устранить проблемные аспекты при реализации Национального проекта «Демография», усилить координацию между ведомствами, усовершенствовать механизмы поддержки семей и учесть социокультурные факторы.

Рассмотрим отдельные аспекты содержания Национального проекта «Демография» в части поддержки семей с детьми.

Поддержка семей с детьми — это наиболее значимая составляющая проекта. Она включает в себя различные виды денежных выплат (единовременные пособия при рождении ребенка, ежемесячные выплаты на детей, пособия на детей школьного возраста), развитие сети детских садов и яслей, создание доступной инфраструктуры для детей (площадки, центры развития), а также меры по созданию условий для совмещения работы и воспитания детей

(гибкий график работы, удаленная работа, детские сады при предприятиях). Финансовая поддержка семей — это важная часть демографической политики России. Из-за старения населения и естественного сокращения численности людей в разных регионах страны важно создать такие условия, которые помогут семьям решиться на рождение детей и оставаться в своем регионе. В 2007 г. в России появился материнский капитал. С тех пор государство активно развивает разные программы, которые направлены на повышение рождаемости. Но эффективность этих мер сильно зависит от региона.

Материнский капитал считается одной из самых заметных мер поддержки. Он выдается на второго и последующих детей. Материнский капитал ежегодно индексируют. Так, с 1 января 2024 г. его размер составляет:

- 630 380,78 руб. на первого ребенка, если он родился (или был усыновлен) с 1 января 2020 г.;
- 833 024,74 руб. на второго ребенка, если первый родился (или был усыновлен) до 1 января 2020 г.;
- 833 024,74 руб. на третьего ребенка или последующих детей при условии, что ранее семья не получала дополнительных мер государственной поддержки.

В ряде субъектов есть программы по выплате регионального материнского капитала. Его выплачивают за счет средств региональных и местных бюджетов. Он не зависит от получения материнского капитала на основании федерального закона.

Многие регионы выдают сертификат не только на второго, но и на третьего и последующих детей. Так, в Нижегородской области с 1 июля 2025 г. при рождении третьего ребенка в целом выплачивается сумма в 1 млн руб. Забайкальский край учредил местный материнский капитал в размере 30% от федерального. Это частично компенсирует расходы семей и побуждает к рождению второго ребенка.

Материнский капитал можно потратить на улучшение жилья, оплату образования или накопительную пенсию мамы. Это универсальная мера, которой пользуется большинство семей, но ее влияние на рождаемость заметнее в тех регионах, где уровень экономики позволяет семьям применять эти средства. Эффективность внедрения программы материнского (семейного) капитала подтверждается научными исследованиями, проведенными ведущими демографами [4, 5].

Также в Российской Федерации реализуется ряд программ, направленных на повышение рождаемости, как на федеральном, так и на региональном уровне.

В ряде регионов действуют расширенные ежемесячные пособия на детей. Так, в Нижегородской области введено единое ежемесячное пособие при рождении и воспитании ребенка до 17 лет, обобщившее пять прежних выплат. В 2024 г. на эту меру направлено более 23 млрд руб., пособие составляет 50—100% регионального прожиточного минимума (7—15 тыс. руб.) в зависимости от дохода. В Сева-

стополе пока сохраняются разовые и ограниченные выплаты, переход к единому месячному пособию позволил бы сократить бюрократию и повысить охват поддержки. Кроме того, Свердловская область выплачивает ежемесячно пособие на третьего и последующих детей в размере прожиточного минимума для детей, а также вводит адресные ежемесячные компенсации (например, 550—575 руб. на проезд для многодетной семьи). Введение подобных системных выплат (в рамках межбюджетного финансирования) укрепит финансовое положение семей.

В Калмыкии с 2023 г. введено ежемесячное пособие при рождении ребенка (с учетом нуждаемости). Такой постоянный доход облегчает семейный бюджет на ранних этапах воспитания ребенка и мотивирует родить первенца. Севастопольцам, особенно с невысоким доходом, аналогичный механизм дал бы дополнительную уверенность при планировании семьи. В частности, в Нижегородской области часть материнского капитала выплачивается как ежемесячная заработная плата родителя.

Многие субъекты стимулируют сложившиеся большие семьи. В Свердловской области матери, отмеченные знаком «Материнская доблесть», получают разовые выплаты до 189 562 руб. (в зависимости от степени знака). Также выплачивается единовременное пособие 5000 руб. за одновременные роды (двойня/тройня) или за рождение третьего и последующих детей. Аналогичные премии можно внедрить в Севастополе как дополнительную мотивацию для семей с новорожденными или многодетными. В Забайкальском крае при рождении первенца выплачивают сумму, равную двукратному региональному прожиточному минимуму на ребенка (в 2023 г. — 35 610 руб.). В Мордовии матери до 25 лет при рождении первенца получают 100 тыс. руб. Такие выплаты снижают начальные затраты на появление ребенка и могут мотивировать молодые семьи заводить детей раньше.

Все эти меры помогают семьям принимать решения о рождении детей, но их эффективность напрямую связана с особенностями региона. Например, в экономически стабильных местах эти меры работают лучше. Чтобы понять общую ситуацию, можно посмотреть, как менялась динамика рождаемости. В 2024 г. рождаемость в России продолжила снижаться, что подтверждает тенденцию последних лет. Например, в январе 2024 г. родилось 103 408 детей, что на 0,8% меньше по сравнению с январем 2023 г. К июню 2024 г. число новорожденных составило 98 600, впервые зафиксировав падение ниже отметки в 100 тыс. за месяц. По данным Росстата, за первое полугодие 2024 г. рождаемость сократилась на 2,7% по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года, достигнув отметки 590,5 тыс. [6].

Особенно тревожная ситуация наблюдается в регионах Северо-Западного федерального округа и Республике Карелия, где уровень рождаемости остается критически низким. Эти регионы требуют введения дополнительных мер поддержки, поскольку

текущие программы не обеспечивают достаточного стимулирования рождения детей. Согласно статистике, в некоторых субъектах снижение рождаемости с начала года составило более 3%.

Несмотря на масштабность и важность Национального проекта «Демография», его реализация сталкивается с рядом серьезных проблем.

1. *Финансовые ограничения.* Реализация масштабных проектов требует значительных финансовых вложений, которые могут быть недостаточными или неэффективно распределены. Необходим постоянный мониторинг эффективности использования средств и поиск дополнительных источников финансирования.

2. *Неравномерность регионального развития.* Демографическая ситуация существенно различается в разных регионах России. Меры поддержки должны быть адаптированы к специфике каждого региона, учитывая его экономические, социальные и культурные особенности.

3. *Социально-экономические факторы.* Низкий уровень доходов населения, безработица, недоступность жилья, высокая стоимость образования и медицинских услуг,— все это негативно влияет на демографические показатели. Решение этих проблем требует комплексного подхода, включающего в себя структурные экономические реформы и активную социальную политику.

4. *Социокультурные факторы.* Изменение традиционных ценностей, снижение рождаемости, миграционные процессы,— все это усложняет реализацию проекта. Необходимо учитывать эти факторы при разработке и реализации мер поддержки.

5. *Недостаточная эффективность отдельных мер.* Некоторые программы поддержки семей могут оказаться малоэффективными из-за недостаточной адресности, неудобства процедур получения помощи или несоответствия потребностям населения. Постоянный мониторинг и анализ результатов необходимы для своевременной корректировки программ.

6. *Отсутствие координации.* Реализация проекта затрагивает множество ведомств и организаций. Недостаточная координация между ними может приводить к дублированию усилий и снижению эффективности.

7. *Отсутствие долгосрочной стратегии.* Демографические изменения имеют долгосрочный характер. Для достижения устойчивого результата необходима долгосрочная стратегия, учитывающая динамику изменений и перспективы развития.

Национальный проект «Демография» является важной и необходимой инициативой, направленной на решение острых демографических проблем России. Однако для его успешной реализации необходимо устранить перечисленные проблемы, усилить координацию между ведомствами, усовершенствовать механизмы поддержки семей и учесть социокультурные факторы. Необходим постоянный мониторинг результатов и адаптирование программы к изменяющимся условиям. Только комплекс-

Здоровье и общество

ный и системный подход может обеспечить достижение целей Национального проекта и создать устойчивую демографическую ситуацию в стране.

**Заключение**

Снижение рождаемости в России — это серьезная социальная проблема, которую можно решить только с помощью комплексного подхода. Программы (материнский капитал, и пособия) уже показали свою эффективность, особенно в регионах с хорошей экономикой, таких как Москва и Дагестан. Но в регионах с трудной ситуацией, например в Ленинградской и Псковской областях, нужно делать больше. Это может быть развитие инфраструктуры, увеличение финансовой помощи или поддержка молодых семей.

Если учитывать различия между регионами и применять комплексный подход, то демографическую ситуацию в стране можно стабилизировать, а показатели рождаемости улучшить.

Для улучшения демографической ситуации в стране предлагаются следующие меры:

- Развитие программ субсидирования жилья — предоставление беспроцентных кредитов и субсидий на покупку жилья для семей с двумя и более детьми, особенно в регионах с низкой рождаемостью.
- Увеличение единовременных выплат — дополнительные выплаты при рождении второго, третьего и последующих детей, особенно в регионах с неблагоприятной демографической ситуацией.
- Введение налоговых льгот — снижение подоходного налога для семей с детьми, а также освобождение многодетных семей от налогообложения.
- Развитие социальной инфраструктуры — строительство детских садов, школ, медицинских учреждений, особенно в отдаленных регионах.
- Программы поддержки молодежи — стимулирующие выплаты для молодых семей, инфор-

мационные кампании, направленные на популяризацию семейных ценностей.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографическое развитие России в контексте национальной безопасности: монография. Отв. ред. Т. К. Ростовская. М.: Проспект; 2022. 264 с.
2. Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/47046?ysclid=mlw0dm3y6u475855466> (дата обращения 07.01.2025).
3. Ростовская Т. К., Кучмаева О. В. Концептуальные аспекты Национального проекта «Семья». *Женщина в российском обществе*. 2025;(1):49—61.
4. Архангельский В. Н., Зинькина Ю. В., Коротаев А. В., Шульгин С. Г. Современные тенденции рождаемости в России и влияние мер государственной поддержки. *Социологические исследования*. 2017;(3):43—50.
5. Вакуленко Е. С., Ивашина Н. В., Свистильник Я. О. Региональные программы материнского капитала: влияние на рождаемость в России. *Экономика региона*. 2023;19(4):1077—92.
6. Щербакоева Е. Демографические итоги I полугодия 2024 года в России. Режим доступа: <https://www.demoscope.ru/weekly/2024/01043/barom05.php?ysclid=mlw0fmjbyr854766701> (дата обращения 07.01.2025).

Поступила 11.10.2025  
Принята в печать: 12.01.2026

REFERENCES

1. Demographic development of Russia in the context of national security: a monograph. Ed. by T. K. Rostovskaya. Moscow: Prospekt; 2022. 264 p. (in Russian).
2. Decree of the President of the Russian Federation dated 02.07.2021 No. 400 “On the National Security Strategy of the Russian Federation”. Available at: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/47046?ysclid=mlw0dm3y6u475855466> (accessed 07.01.2025) (in Russian).
3. Rostovskaya T. K., Kuchmaeva O. V. Conceptual aspects of the National project “Family”. *Woman in Russian Society*. 2025;(1):49–61 (in Russian).
4. Arkhangelsky V. N., Zinkina Yu. V., Korotaev A. V., Shulgin S. G. Modern trends in fertility in Russia and the impact of state support measures. *Sociological Research*. 2017;(3):43–50 (in Russian).
5. Vakulenko E. S., Ivashina N. V., Svistilnik Ya. O. Regional maternity capital programs: impact on the birth rate in Russia. *The Economy of the Region*. 2023;19(4):1077–92 (in Russian).
6. Shcherbakova E. Demographic results of the first half of 2024 in Russia. Available at: <https://www.demoscope.ru/weekly/2024/01043/barom05.php?ysclid=mlw0fmjbyr854766701> (accessed 07.01.2025) (in Russian).

**Жукевич Г. В.<sup>1</sup>, Моттаева А. Б.<sup>2</sup>, Анкоти Я. И.<sup>3</sup>****«ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»: РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Российский государственный аграрный университет — МСХА имени К. А. Тимирязева», Институт экономики и управления, 127434, г. Москва;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125167, г. Москва;<sup>3</sup>ФГАУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», 125167, г. Москва

*Рассмотрена реализация федеральных программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» на территории Республики Ингушетия в 2012—2025 гг. Проведен анализ динамики привлечения медицинских специалистов в сельские медицинские учреждения региона, структуры трудоустроенных кадров по специальностям и территориальному распределению. Отмечено, что программы стали ключевым инструментом решения кадрового дефицита в сельском здравоохранении республики, позволив привлечь 384 специалиста за 13-летний период реализации. Установлено, что наибольшее количество врачей трудоустроено в Назрановском районе, среди специальностей преобладают терапевты, педиатры, анестезиологи-реаниматологи и эндокринологи. Определено, что финансовая мотивация в размере 1 млн руб. для врачей и 500 тыс. руб. для среднего медицинского персонала в сочетании с модернизацией медицинской инфраструктуры обеспечивает устойчивое привлечение кадров в труднодоступные территории. Сделан вывод о том, что программа демонстрирует высокую эффективность в условиях Республики Ингушетия, способствуя повышению доступности и качества медицинской помощи сельскому населению, и требует продолжения реализации до 2030 г. для закрепления достигнутых результатов.*

**Ключевые слова:** «Земский доктор»; Республика Ингушетия; сельское здравоохранение; кадровое обеспечение; медицинские работники; Национальный проект «Здравоохранение».

**Для цитирования:** Жукевич Г. В., Моттаева А. Б., Анкоти Я. И. «Земский доктор»: результаты реализации в Республике Ингушетия. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):180—184. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-180-184>

**Для корреспонденции:** Жукевич Галина Владимировна, д-р экон. наук, профессор ФГБОУ ВО «Российский государственный аграрный университет — МСХА имени К. А. Тимирязева», e-mail: [zhukevich@rgau-msha.ru](mailto:zhukevich@rgau-msha.ru)

**Zhukevich G. V.<sup>1</sup>, Mottaeva A. B.<sup>2</sup>, Ankoti J. I.<sup>3</sup>****THE ZEMSKY DOCTOR: THE RESULTS OF IMPLEMENTATION IN THE REPUBLIC OF INGUSHETIA**<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Russian State Agrarian University — Moscow K. A. Timiryazev Agricultural Academy”, 127434, Moscow, Russia;<sup>2</sup>The Financial University under the Government of the Russian Federation, 125167, Moscow, Russia;<sup>3</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia” of the Minobrnauka of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

*The article considers issues of implementation of the Federal programs “Zemsky Doctor” and “Zemsky Feldsher” in the Republic of Ingushetia in 2012–2025. The analysis of dynamics of involvement of medical specialists in rural medical institutions of the region, the structure of employed personnel by specialties and territorial distribution was applied. It is noted that programs became the key tool to resolve issues of personnel deficiency in rural health care of the Republic. It permitted to recruit 384 specialists over thirteen-year period of implementation. It is established that the largest number of physicians is employed in the Nazranovsky district and among the specialties predominate therapists, pediatricians, anesthesiologists–resuscitators and endocrinologists. It is determined that financial motivation of 1 million rubles for physicians and 500 thousand rubles for paramedical personnel combined with modernization of medical infrastructure ensures stable recruitment of personnel to hard-to-reach territories. The conclusion is made that the program demonstrates high efficiency in the conditions of the Republic of Ingushetia, contributing into increase of accessibility and quality of medical care of rural population. The recommendation is made to continue implementation of the program until 2030 to consolidate the achieved results.*

**Keywords:** Zemsky Doctor; the Republic of Ingushetia; rural health care; staffing; medical workers; national project “Health Care”.

**For citation:** Zhukevich G. V., Mottaeva A. B., Ankoti J. I. The Zemsky Doctor: the results of implementation in the Republic of Ingushetia. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):180–184 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-180-184>

**For correspondence:** Zhukevich G. V., doctor of economical sciences, professor of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Russian State Agrarian University — Moscow Timiryazev Agricultural Academy”. e-mail: [zhukevich@rgau-msha.ru](mailto:zhukevich@rgau-msha.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 17.09.2025

Accepted 12.01.2026

**Введение**

Обеспечение сельских территорий квалифицированными медицинскими кадрами остается одной из приоритетных задач национальной системы здравоохранения Российской Федерации. Дефицит

врачебного персонала в отдаленных населенных пунктах создает существенные барьеры для реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Ингушетия, показатель обеспеченности населения врача-

## Здоровье и общество

ми в регионе составил 43,7 на 10 тыс. населения, что требует постоянного притока новых специалистов [1].

Федеральная программа «Земский доктор», действующая с 2012 г. в рамках Национального проекта «Здравоохранение», направлена на стимулирование переезда медицинских работников в возрасте до 50 лет в сельскую местность и населенные пункты с численностью до 50 тыс. человек посредством предоставления единовременных компенсационных выплат. Исследование А. А. Латышовой продемонстрировало неравномерность реализации программы в различных субъектах Российской Федерации, что актуализирует необходимость региональных исследований эффективности данного механизма [2].

Республика Ингушетия представляет особый интерес для анализа реализации программы ввиду специфических демографических характеристик региона. По данным официального портала правительства республики, Ингушетия демонстрирует самый высокий показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении среди субъектов РФ (по республике данный показатель составил 79,2 года), характеризуется высоким уровнем рождаемости (15,0% — третье место по РФ) и наименьшим показателем смертности (3,3%). Данные демографические особенности обуславливают повышенную потребность населения в медицинском обслуживании и формируют специфические требования к системе здравоохранения региона [3].

Новизна настоящего исследования заключается в комплексном анализе 13-летнего опыта реализации программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер» в Республике Ингушетия с учетом территориальных, демографических и организационных особенностей региона, а также в выявлении факторов, обеспечивающих высокую результативность программы в условиях республики.

Цель исследования — анализ результатов реализации программы «Земский доктор» в Республике Ингушетия за период 2012—2025 гг. и оценка эффективности механизмов привлечения медицинских кадров в сельскую местность региона.

### Материалы и методы

Материалы исследования включают статистические данные Министерства здравоохранения Республики Ингушетия о численности медицинских работников, трудоустроенных по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» за период 2012—2025 гг., официальные отчеты пресс-службы Главы и Правительства Республики Ингушетия, нормативные документы, регламентирующие порядок предоставления единовременных компенсационных выплат, а также данные о территориальном распределении специалистов по медицинским учреждениям региона.

Методами исследования являются статистический анализ динамики трудоустройства медицинских работников, контент-анализ официальных документов и публикаций, структурный анализ рас-

пределения специалистов по территориям и специальностям, сравнительный анализ показателей реализации программы по годам. Временные рамки исследования охватывают период с 2012 г. (начало реализации программы) по октябрь 2025 г. Анализ проведен на основе данных, опубликованных на официальных ресурсах органов власти Республики Ингушетия, что обеспечивает достоверность исследования.

### Результаты исследования

Опыт реализации программы «Земский доктор» в разных регионах России демонстрирует как общие закономерности, так и региональную специфику. Исследование Е. А. Шарепиной показало, что программа выступает значимым фактором миграции врачей на периферию регионов Центрального федерального округа, однако эффективность ее реализации существенно варьирует в зависимости от социально-экономических условий конкретных территорий [4]. Е. А. Андреева и Л. Б. Карачурина, анализируя стратегии миграции врачей в периферийные муниципальные образования на примере Тверской области, выявили, что финансовая мотивация является необходимым, но недостаточным условием для долгосрочного закрепления специалистов в сельской местности — критическое значение имеют инфраструктурное развитие территорий, возможности профессионального роста и социальная адаптация [5]. К. А. Галкин в исследовании типов профессиональной идентичности молодых врачей, работающих в сельской местности, отмечает, что формирование устойчивой связи специалиста с территорией происходит через осознание уникальности профессионального опыта и высокой востребованности, что подтверждается и опытом Республики Ингушетия [6].

Анализ реализации программы «Земский доктор» в Республике Ингушетия демонстрирует устойчивую положительную динамику привлечения медицинских специалистов в сельские медицинские учреждения. Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Ингушетия, за период с 2012 г. по октябрь 2025 г. в медицинские организации республики трудоустроено 384 специалиста, включая врачей и средний медицинский персонал. Данный показатель свидетельствует о высокой востребованности программы среди медицинских работников и эффективности используемых механизмов стимулирования [7].

Детальный анализ годовой динамики трудоустройства выявляет определенную вариативность показателей. В 2022 г. единовременные компенсационные выплаты получили 49 врачей, что было одним из наиболее высоких показателей за весь период реализации программы. В 2023 г. программой воспользовались 43 медицинских работника, обеспечив стопроцентное выполнение годового плана региона. В 2024 г. выплаты были произведены 30 врачам, что соответствовало плановым показателям и бюджетным возможностям республики. На 2025 г.

было запланировано привлечение 20 медицинских работников, из которых к октябрю 2025 г. выплаты уже получили 11 врачей, еще 3 специалиста находились на стадии оформления необходимой документации и заключения договоров.

Территориальное распределение трудоустроенных специалистов охватывает все районы республики, где функционируют медицинские учреждения, обслуживающие сельское население. Программа позволила укомплектовать квалифицированными кадрами такие учреждения, как Джейрахская районная больница, Сунженская районная больница, Малгобекская районная больница, Карабулакская городская больница, Назранская центральная районная больница имени Б. Б. Бекботова и другие лечебные организации. Согласно данным пресс-службы Главы и Правительства Республики Ингушетия, наибольшее число специалистов за весь период реализации программы было трудоустроено в Назрановском районе, что объясняется концентрацией медицинских учреждений и численностью обслуживаемого населения в данной территории [8].

В 2024 г. по программе в сельской местности трудоустроились 13 человек в населенных пунктах Экажево, Нестеровское, Галашки, а также в Джейрахском районе. География трудоустройства также включала поселения Троицкое, Сагопши, Инарки, Пседах и город Карабулак, что обеспечило более равномерное распределение медицинских кадров по территории республики и улучшение доступности медицинской помощи для населения отдаленных территорий.

Структурный анализ трудоустроенных специалистов по профилям медицинской деятельности выявляет широкий спектр врачебных специальностей. Среди участников программы представлены терапевты, педиатры, анестезиологи-реаниматологи, эндокринологи, акушеры-гинекологи, травматологи-ортопеды, неврологи, онкологи, хирурги, стоматологи, эндоскописты и другие специалисты. Такое разнообразие обеспечивает комплексный подход к оказанию медицинской помощи сельскому населению и позволяет сократить направление пациентов в медицинские учреждения более высокого уровня для получения специализированной помощи.

Финансовое обеспечение программы осуществляется за счет средств федерального и регионального бюджетов в рамках национального проекта «Здравоохранение». Размер единовременной компенсационной выплаты для врачей составляет 1 млн руб., для среднего медицинского персонала в рамках программы «Земский фельдшер» — 500 тыс. руб. Условием получения выплаты является заключение контракта с государственным медицинским учреждением и принятие обязательства проработать в сельской местности не менее 5 лет. В случае досрочного прекращения трудовой деятельности специалист обязан вернуть полученные средства пропорционально времени, которое не было отработано [9].

Глава Ингушетии, Махмуд-Али Калиматов, неоднократно подчеркивал значимость федеральных программ как ключевого фактора в преодолении дефицита кадров в республике. Он сообщил, что благодаря этим инициативам в медицинские учреждения региона за последние годы удалось привлечь свыше 340 квалифицированных специалистов. Это, по его словам, позволило обеспечить сотни семей доступом к качественной медицинской помощи в непосредственной близости от места их проживания. Данное высказывание, опубликованное на официальном портале Правительства республики, отражает оценку руководством региона социально-экономического эффекта реализации программы.

Важным аспектом успешной реализации программы в Республике Ингушетия является комплексный подход, сочетающий финансовое стимулирование с созданием необходимых условий для профессиональной деятельности специалистов. Параллельно с привлечением медицинских работников в регионе проводится масштабная модернизация инфраструктуры медицинских учреждений, оснащение их современным диагностическим и лечебным оборудованием. Открыты новые медицинские центры, включая Центр здоровья в Малгобекской центральной районной больнице, Региональный центр ментального здоровья в Карабулаке и Центр орфанных заболеваний для детей в Назрани. Подписано соглашение с Российским университетом медицины об открытии образовательного центра-филиала для повышения квалификации врачей, что создает условия для профессионального развития привлеченных специалистов непосредственно в регионе [10].

Сравнительный анализ реализации программы «Земский доктор» в Республике Ингушетия с общероссийскими показателями демонстрирует как общие тенденции, так и региональную специфику кадрового обеспечения сельского здравоохранения. В отличие от Удмуртской Республики, где за период с 2012 г. было привлечено 578 врачей, но дефицит кадров не устранен, а также от регионов, где  $\frac{1}{4}$  получателей единовременной выплаты планировали покинуть сельскую местность по истечении 5-летнего срока работы по договору, Республика Ингушетия демонстрирует собственную динамику участия в программе [11]. Общероссийские исследования показывают, что основными причинами досрочного расторжения договора являются неудовлетворенность условиями жизни в населенных пунктах, удаленных от областного центра на 280—400 км, приобретение жилья в другом населенном пункте (44,6%), карьерный рост в другой организации (13,7%) и изменение семейного положения (9,5%), при этом 86,5% респондентов считают единовременную выплату в 1 млн руб. недостаточной. В контексте общероссийских тенденций, где большинство участников программы составляют женщины до 30 лет, выбирающие работу недалеко от областных центров, региональные особенности Ингушетии требуют учета географических, демографиче-

ских и социально-экономических факторов для повышения эффективности привлечения и закрепления медицинских кадров в сельской местности.

Реализация программы вносит значительный вклад в достижение целевых показателей Национального проекта «Здравоохранение» в части повышения продолжительности жизни и снижения смертности населения. Улучшение доступности медицинской помощи в сельской местности обеспечивает своевременную диагностику и лечение социально значимых заболеваний, профилактику осложнений и предотвращение предотвратимых смертей. Учитывая демографические особенности Республики Ингушетия с высоким уровнем рождаемости, особое значение приобретает укомплектованность сельских медицинских учреждений акушерами-гинекологами и педиатрами, что обеспечивает охрану здоровья матери и ребенка [12].

Программой предусмотрена система целевой подготовки медицинских кадров для последующего трудоустройства в сельской местности. В 2022 г. по итогам конкурсных мероприятий в медицинские вузы России по целевым направлениям Министерства здравоохранения Республики Ингушетия по программе специалитета поступили 45 абитуриентов, в 2024 г. в ординатуру было направлено 36 специалистов. Данный механизм обеспечивает долгосрочное воспроизводство медицинских кадров для регионального здравоохранения и создает предпосылки для дальнейшего развития программы [13].

Перспективы развития программы определяются федеральными решениями о продлении ее действия до 2030 г. По поручению Президента Российской Федерации В. В. Путина будет продолжена реализация программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер», что позволит Республике Ингушетия укреплять кадровый состав системы здравоохранения и выполнять поставленные задачи по улучшению медицинского обслуживания населения. Завершение основных работ по программе в регионе в рамках текущего этапа намечено на ноябрь 2025 г., после чего начнется новый цикл планирования и реализации мероприятий.

Социальный эффект программы выходит за рамки количественных показателей трудоустройства. Руководство республики отмечает, что статус «земского доктора» в России исторически характеризовался высоким уровнем доверия и особыми взаимоотношениями между врачом и пациентом. В селах и небольших городах формируются более человеческие и теплые отношения между медицинскими работниками и населением, что становится важной частью лечебного процесса и способствует повышению приверженности пациентов медицинским рекомендациям.

### Заключение

Реализация программы «Земский доктор» в Республике Ингушетия за период 2012—2025 гг. пре-

монстрировала высокую эффективность в решении проблемы кадрового обеспечения сельских медицинских учреждений региона. Привлечение 384 специалистов разных профилей обеспечило существенное повышение доступности и качества медицинской помощи для сельского населения республики, способствовало достижению целевых показателей Национального проекта «Здравоохранение».

Успех реализации программы в Республике Ингушетия обусловлен комплексным подходом, сочетающим финансовое стимулирование медицинских работников с созданием необходимых условий для их профессиональной деятельности через модернизацию медицинской инфраструктуры, оснащение учреждений современным оборудованием и развитие системы непрерывного медицинского образования. Стопроцентное выполнение годовых планов программы свидетельствует об эффективности организационных механизмов и высокой заинтересованности регионального руководства в развитии сельского здравоохранения.

Территориальное распределение трудоустроенных специалистов охватывает все районы республики, обеспечивая более равномерную доступность медицинской помощи. Широкий спектр врачебных специальностей среди участников программы позволяет оказывать населению комплексную медицинскую помощь, включая специализированную, непосредственно по месту жительства.

Продление программы до 2030 г. создает условия для закрепления достигнутых результатов и дальнейшего развития системы здравоохранения Республики Ингушетия. Интеграция программы с системой целевой подготовки медицинских кадров обеспечивает долгосрочную устойчивость кадрового обеспечения сельских медицинских учреждений региона. Опыт Республики Ингушетия может быть использован другими субъектами Российской Федерации при совершенствовании региональных механизмов реализации программы «Земский доктор».

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Депутаты заслушали отчет о деятельности Минздрава Ингушетии. Парламент.РФ. Режим доступа: <https://parlamentri.ru/deputaty-zaslushali-otchet-o-deyatelnosti-minzdrava-ingushetii/> (дата обращения 18.12.2025).
2. Латышова А. А., Ходакова О. В. Привлечение врачей в сельскую местность в рамках государственной программы: показатели результативности. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2024;68(4):261—6. doi: 10.47470/0044-197X-2024-68-4-261-266. EDN XMYAMV
3. В Ингушетии самый высокий показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении среди субъектов России. Официальный портал Республики Ингушетия. Режим доступа: [https://www.ingushetia.ru/news/v\\_ingushetii\\_samy\\_vysokiy\\_pokazatel\\_ozhidaemoy\\_prodolzhitelnosti\\_zhizni\\_pri\\_rozhdenii\\_sredi\\_subjekto/](https://www.ingushetia.ru/news/v_ingushetii_samy_vysokiy_pokazatel_ozhidaemoy_prodolzhitelnosti_zhizni_pri_rozhdenii_sredi_subjekto/) (дата обращения 18.12.2025).
4. Шарепина Е. А. Программа Земский доктор как фактор миграции врачей на периферию регионов Центрального федерального округа *Демографическое обозрение*. 2022;9(4):104—25. doi: 10.17323/demreview.v9i4.16745. EDN AASMMK

5. Андреева Е. А., Карачурина Л. Б. Стратегии миграции врачей в периферийные муниципальные образования (на примере Тверской области). *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2021;3(163):316–38. doi: 10.14515/monitoring.2021.3.1725. EDN VFLLXZ
6. Галкин К. А. Все прелести сельской жизни? Типы профессиональной идентичности молодых врачей, работающих в сельской местности. *Журнал исследований социальной политики*. 2020;18(2):175–90. doi: 10.17323/727-0634-2020-18-2-175-190. EDN QSXGDX
7. Программа «Земский доктор» продолжает успешно действовать на территории Республики, привлекая молодых врачей к работе в сельских населенных пунктах. Минздрав Республики Ингушетия. Режим доступа: <https://minzdravri.ru/programma-zemskii-doktor-prodolzhaet-uspeshno-deistvovat-na-territorii-respubliki-privlekaia-molodyh-vrachei-k-rabote-v-selskih-naselyonnyh-punktah/> (дата обращения 18.12.2025).
8. В Ингушетии более 380 медиков привлечены в сельскую местность по программе «Земский доктор». Официальный портал Республики Ингушетия. Режим доступа: [https://www.ingushetia.ru/news/v\\_ingushetii\\_bolee\\_380\\_medikov\\_privlecheny\\_v\\_selskuyu\\_mestnost\\_po\\_programme\\_zemskiy\\_doktor/](https://www.ingushetia.ru/news/v_ingushetii_bolee_380_medikov_privlecheny_v_selskuyu_mestnost_po_programme_zemskiy_doktor/) (дата обращения 18.12.2025).
9. Программы Земский доктор и Земский фельдшер продлены до 2030 г. *Российская газета*. Режим доступа: <https://rg.ru/2025/10/21/k-nam-vrach-priehal.html> (дата обращения 18.12.2025).
10. Ингушетия демонстрирует успехи в реализации национальных проектов в сфере здравоохранения. Официальный портал Республики Ингушетия. Режим доступа: [https://www.ingushetia.ru/news/ingushetiya\\_demonstriruet\\_uspekhi\\_v\\_realizatsii\\_natsionalnykh\\_proektov\\_v\\_sfere\\_zdravookhraneniya/](https://www.ingushetia.ru/news/ingushetiya_demonstriruet_uspekhi_v_realizatsii_natsionalnykh_proektov_v_sfere_zdravookhraneniya/) (дата обращения 18.12.2025).
11. Армасhevская О. В. Итоги десятилетия: программа «Земский доктор». Аналитический обзор. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2025;71(3S):10. doi: 10.21045/2071-5021-2025-71-3S-10. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1769/30/lang.ru/>
12. Паспорт национального проекта Здравоохранение (утв. Президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/?ysclid=mlfj1e5por841900741> (дата обращения 14.12.2025).
13. Министерство здравоохранения Республики Ингушетия. Информация для поступающих по целевому направлению: 2024 г. Режим доступа: <https://minzdravri.ru/grazhdanam/celevoe-obuchenie/> (дата обращения 18.12.2025).
14. Healthcare of the Russian Federation. 2024;68(4):261–6. doi: 10.47470/0044-197X-2024-68-4-261-266. EDN XMYAMV (in Russian).
15. Ingushetia has the highest rate of life expectancy at birth among the subjects of Russia. The official portal of the Republic of Ingushetia. Available at: [https://www.ingushetia.ru/news/v\\_ingushetii\\_samyy\\_vysokiy\\_pokazatel\\_ozhidaemoy\\_prodolzhitelnosti\\_zhizni\\_pri\\_rozhdenii\\_sredi\\_subekto/](https://www.ingushetia.ru/news/v_ingushetii_samyy_vysokiy_pokazatel_ozhidaemoy_prodolzhitelnosti_zhizni_pri_rozhdenii_sredi_subekto/) (accessed 18.12.2025) (in Russian).
16. Sharepina E. A. The Zemsky Doktor program as a factor of migration of doctors to the periphery of the regions of the Central Federal District. *Demographic Overview*. 2022;9(4):104–25. doi: 10.17323/demreview.v9i4.16745. EDN AASMMK (in Russian).
17. Андреева Е. А., Карачурина Л. Б. Strategies for the migration of doctors to peripheral municipalities (on the example of the Tver region). *Monitoring Public Opinion: Economic and Social Changes*. 2021;3(163):316–38. doi: 10.14515/monitoring.2021.3.1725. EDN VFLLXZ (in Russian).
18. Galkin K. A. All the delights of rural life? Types of professional identity of young doctors working in rural areas. *Journal of Social Policy Research*. 2020;18(2):175–90. doi: 10.17323/727-0634-2020-18-2-175-190. EDN QSXGDX (in Russian).
19. The Zemsky Doktor program continues to operate successfully on the territory of the Republic, attracting young doctors to work in rural settlements. Ministry of Health of the Republic of Ingushetia. Available at: <https://minzdravri.ru/programma-zemskii-doktor-prodolzhaet-uspeshno-deistvovat-na-territorii-respubliki-privlekaia-molodyh-vrachei-k-rabote-v-selskih-naselyonnyh-punktah/> (accessed 18.12.2025) (in Russian).
20. In Ingushetia, more than 380 doctors are involved in rural areas under the Zemsky Doktor program. The official portal of the Republic of Ingushetia. Available at: [https://www.ingushetia.ru/news/v\\_ingushetii\\_bolee\\_380\\_medikov\\_privlecheny\\_v\\_selskuyu\\_mestnost\\_po\\_programme\\_zemskiy\\_doktor/](https://www.ingushetia.ru/news/v_ingushetii_bolee_380_medikov_privlecheny_v_selskuyu_mestnost_po_programme_zemskiy_doktor/) (accessed 18.12.2025) (in Russian).
21. The Zemsky Doctor and Zemsky Paramedic programs have been extended until 2030. *Rossiyskaya gazeta*. Available at: <https://rg.ru/2025/10/21/k-nam-vrach-priehal.html> (accessed 18.12.2025) (in Russian).
22. Ingushetia demonstrates success in the implementation of national projects in the field of healthcare. The official portal of the Republic of Ingushetia. Available at: [https://www.ingushetia.ru/news/ingushetiya\\_demonstriruet\\_uspekhi\\_v\\_realizatsii\\_natsionalnykh\\_proektov\\_v\\_sfere\\_zdravookhraneniya/](https://www.ingushetia.ru/news/ingushetiya_demonstriruet_uspekhi_v_realizatsii_natsionalnykh_proektov_v_sfere_zdravookhraneniya/) (accessed 18.12.2025) (in Russian).
23. Armashevskaya O. V. Results of the decade: the Zemsky Doktor program. Analytical review. *Social Aspects of Public Health*. 2025;71(3S):10. doi: 10.21045/2071-5021-2025-71-3S-10. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1769/30/lang.ru/> (in Russian).
24. Passport of the national Healthcare project (approved by the Presidium of the Presidential Council for Strategic Development and National Projects, Protocol No. 16 dated December 24, 2018). Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72085920/?ysclid=mlfj1e5por841900741> (accessed 14.12.2025) (in Russian).
25. Ministry of Health of the Republic of Ingushetia. Information for applicants in the target area: 2024. Available at: <https://minzdravri.ru/grazhdanam/celevoe-obuchenie/> (accessed 18.12.2025) (in Russian).

Поступила 17.09.2025  
Принята в печать 12.01.2026

## REFERENCES

1. Deputies heard a report on the activities of the Ministry of Health of Ingushetia. Parliament.RF. Available at: <https://parlamentri.ru/deputaty-zaslushali-otchet-o-deyatelnosti-minzdrava-ingushetii/> (accessed 18.12.2025) (in Russian).
2. Latyshova A. A., Khodakova O. V. Attracting doctors to rural areas within the framework of the state program: performance indicators.

Резникова О. С.<sup>1</sup>, Цыганкова И. В.<sup>2</sup>, Цёхла С. Ю.<sup>1</sup>

## ПРОЕКТИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», 295007, г. Симферополь;

<sup>2</sup>Северо-Западный институт управления — филиал ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», 199178, г. Санкт-Петербург

*Развитие России опирается на реализацию Национальных целей, одной из которых является «сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей». Современное развитие сферы здравоохранения непосредственно связано с модернизацией и расширением сферы предоставления медицинских услуг населению, в том числе социально значимых услуг. Для этого нужны квалифицированные работники, а также необходимо улучшение показателей эффективного использования трудового потенциала работников в условиях цифровой экономики. По этой причине на качественно инновационном уровне следует проектировать новые системы эффективности использования трудового потенциала работников с учетом технологизации всех процессов в сфере здравоохранения.*

**Ключевые слова:** здравоохранение; использование; проектирование; работники; система; цифровизация; трудовой потенциал; эффективность.

**Для цитирования:** Резникова О. С., Цыганкова И. В., Цёхла С. Ю. Проектирование систем эффективности использования трудового потенциала работников в сфере здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):185–193. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-185-193>

**Для корреспонденции:** Резникова Ольга Сергеевна, д-р экон. наук, профессор кафедры менеджмента предпринимательской деятельности ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», e-mail: [os@crimea.com](mailto:os@crimea.com)

Reznikova O. S.<sup>1</sup>, Tsygankova I. V.<sup>2</sup>, Tsohla S. Yu.<sup>1</sup>

## THE DESIGN OF SYSTEMS OF EFFICIENT USAGE OF LABOR POTENTIAL OF WORKERS IN THE FIELD OF HEALTH CARE

<sup>1</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The V. I. Vernadsky Crimean Federal University”, 295007, Simferopol, Russia;

<sup>2</sup>The Northern-West Institute of Management — the Branch of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration”, 199178, St. Petersburg, Russia

*The development of Russia rests in implementation of the National goals, one of which is “preservation of population, promotion of health and increase of people’s well-being”. The modern development of health care is directly related to modernization and expansion of sphere of provision of medical services to population, including socially significant services. For that, qualified workers are needed as well the improvement of indicators of efficient usage of labor potential of workers in conditions of digital economics. This is the reason to design on qualitatively innovative level new systems of efficient usage of labor potential of workers in the field of health care, considering technologization of all processes in the sphere of health care.*

**Keywords:** health care; usage; design; workers; system; digitization; labor potential; efficiency.

**For citation:** Reznikova O. S., Tsygankova I. V., Tsohla S. Yu. The design of systems of efficient usage of labor potential of workers in the field of health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):185–193 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-185-193>

**For correspondence:** Reznikova O. S., doctor of economical sciences, professor of the Chair of Management of entrepreneurial activity of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The V. I. Vernadsky Crimean Federal University”. e-mail: [os@crimea.com](mailto:os@crimea.com)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 15.08.2025  
Accepted 12.01.2026

### Введение

Для обеспечения достижения Национальных целей развития России и перспективного развития в стране осуществляется реализация стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения [1].

В сфере здравоохранения в связи с происходящей в настоящее время активной цифровой трансформацией всего социума осуществляется создание различных методик и цифровых инструментов, внедрение проектов, которые предоставляют возмож-

ность совершенствовать сферу медицинских услуг, получая значительный социально-экономический эффект. Поставлена задача по «...созданию и запуску к 2030 году цифровой платформы, способствующей формированию, поддержанию и сохранению здоровья человека» [2]. Для выполнения таких серьезных задач требуются высокоэффективный трудовой потенциал (ТП) работников, а также проектирование систем, позволяющих эффективно использовать его в сфере здравоохранения.

Вопросы стратегического управления и эффективного использования ТП работников с учетом со-

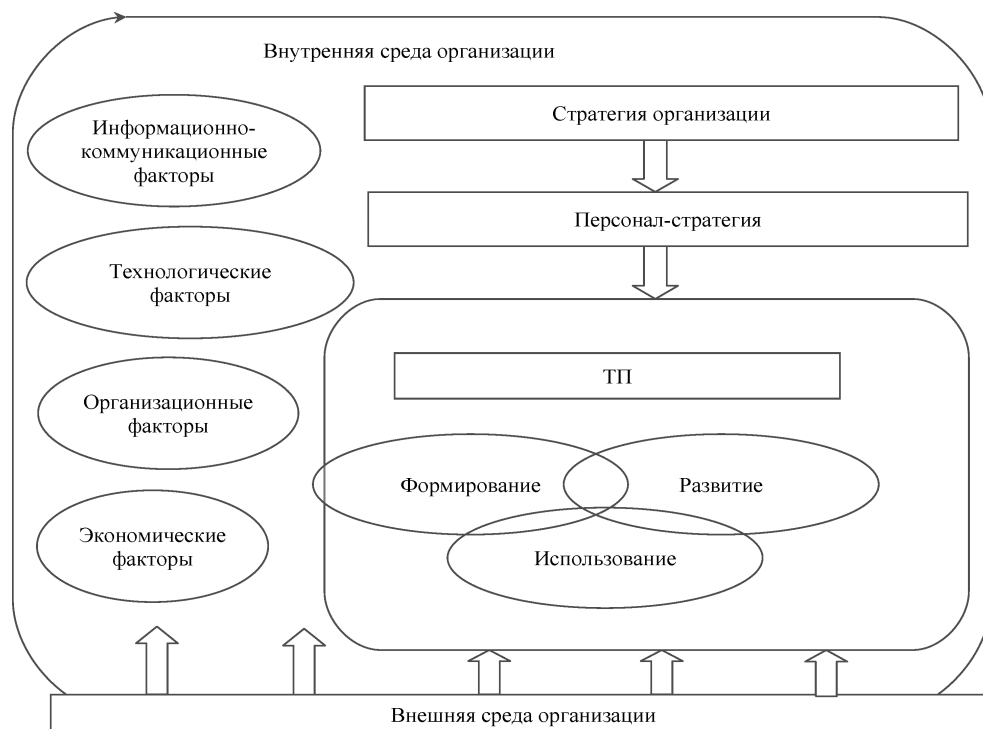


Рис. 1. Влияние условий профессиональной деятельности на ТП организации.

временного состояния социально-экономической системы страны освещались в публикациях Л. И. Миграновой (учет факторов трансформации социально-экономического роста, цифровизации и глобальной конкуренции в современных условиях) [3], К. С. Кучеренко (исследуются возможности и предлагается модель развития ТП работников старшего возраста) [4], А. С. Ускова и М. В. Симоновой (особенности формирования ТП с учетом целей стратегического планирования) [5], Т. В. Бобковой (исследуются механизмы и направления развития ТП работников стоматологических клиник) [6].

ТП работников сферы здравоохранения имеет свою специфику: совокупность знаний, умений, навыков, компетенций и способностей медицинских работников направлена на сохранение, поддержание и повышение уровня здоровья населения страны. Дефицит медицинских кадров и их неравномерное распределение по регионам страны создают высокую нагрузку на работников сферы здравоохранения, а цифровая трансформация сферы здравоохранения формирует новые требования к компетенциям работников и меняет структуру их трудовых действий. Проектирование системы эффективности использования ТП в данной сфере имеет особое значение, что и обусловило выбор темы публикации.

### Материалы и методы

Указом Президента Российской Федерации принята «Стратегия развития информационного общества в Российской Федерации на 2017—2030 годы» [7], а с 2025 г. функционирует Национальный проект «Экономика данных и цифровая трансформа-

ция государства» [8]. Реализация проекта охватывает все отрасли отечественной экономики, в том числе и здравоохранение.

Утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [9]. Постановлением Правительства РФ утверждена «Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения» [10]. Также с 2025 г. функционируют Национальные проекты «Продолжительная и активная жизнь» [11], «Новые технологии сбережения здоровья» [12].

Проведен контент-анализ нормативно-правовой базы, обзор научной литературы, применены методы сравнительного анализа и обобщения полученных результатов исследования.

### Результаты исследования

В современных реалиях и постоянно меняющихся условиях внешней среды по отношению к нашей стране, с учетом политической обстановки и огромного количества введенных санкций приходится сложно маневрировать и эффективно работать многим организациям и предприятиям различных сфер деятельности, в том числе сферы здравоохранения. Исследование в области проектирования системы эффективности использования ТП работников в сфере здравоохранения связано в первую очередь с удаленными процессами управления в условиях социодигитальной среды РФ.

Современная социодигитальная среда внедряет новые методы, методики и современные технологии в проектировании систем использования трудового потенциала работников сферы здравоохранения, что способствует оптимизации всех процессов.

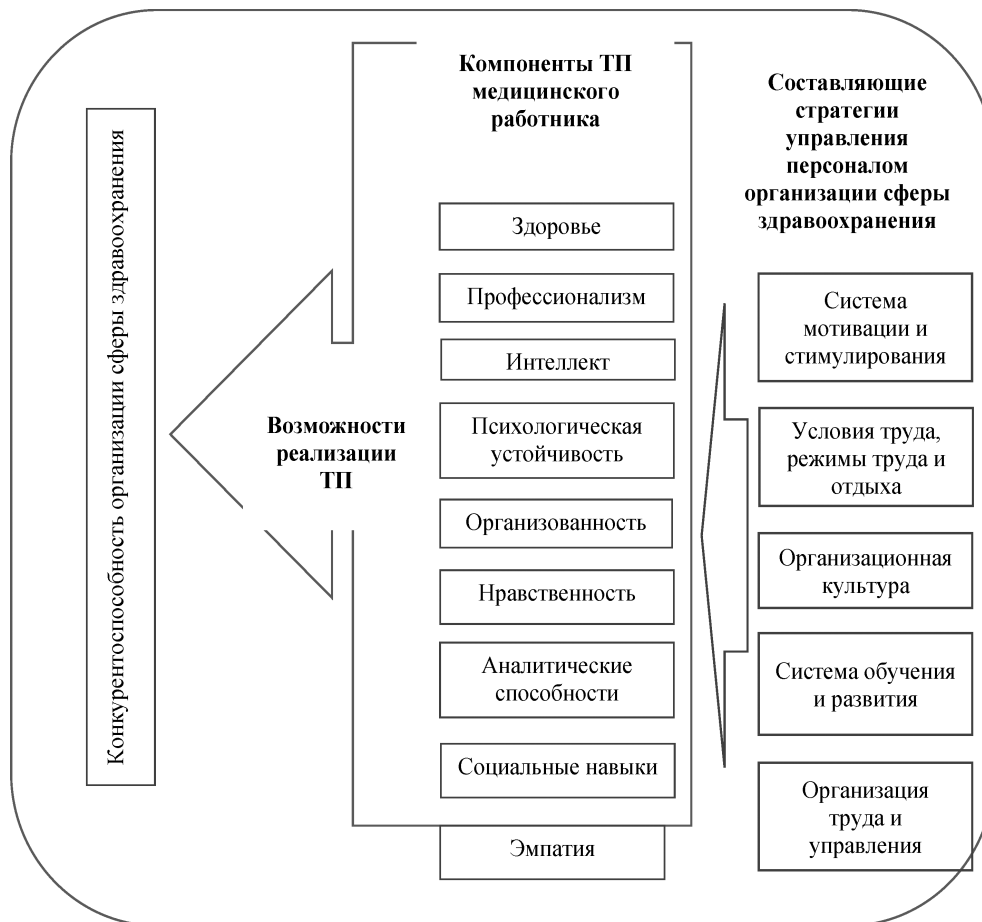


Рис. 2. Влияние персонал-стратегии и кадровых технологий на возможности использования ТП медицинского работника.

В связи с этим организационный подход к проектированию системы эффективности использования трудового потенциала работников сферы здравоохранения в условиях цифровизации предполагает исследование на новом информационно-технологическом уровне реализации всех возможностей социальной цифровой среды.

ТП работника представляет собой комплекс профессиональных компетенций и способностей человека, возможности и условия их реализации. Он трансформируется в процессе профессиональной жизни в результате обучения, развития, получения практических навыков, изменения условий профессиональной жизни. Существенно влияют на формирование, развитие и использование ТП работников и организации в целом условия трудовой деятельности и факторы внутренней среды организации (экономические, организационные, технологические, информационно-коммуникационные), а также персонал-стратегия организации и приоритетные направления ее реализации (рис. 1).

ТП сферы здравоохранения и возможности его эффективного использования играют ключевую роль в обеспечении качества жизни населения страны, влияя на состояние здоровья граждан, продолжительность их жизни, возможности их участия в трудовой деятельности. При этом ТП специалистов

сферы здравоохранения имеет свою специфику и особенности. Основные компоненты ТП медицинского работника представлены на рис. 2.

Здоровье является важной составляющей медицинского работника, поскольку работа зачастую связана со стрессами, продолжительностью рабочих смен, физическими нагрузками и внештатными ситуациями. Хорошие показатели здоровья позволяют медицинскому работнику сохранять высокую концентрацию внимания и активность даже в сложных условиях.

Профессионализм медицинского работника предполагает наличие сформированных профессиональных компетенций в области анатомии, физиологии, диагностики, лечения, ведения пациента согласно требованиям стандартов и протоколов. Возможности повышения квалификации и участия в научных исследованиях и разработках способствуют поддержанию высокого уровня профессионализма. Высокий уровень интеллекта необходим для анализа клинических случаев и принятия обоснованных решений, а также успешного освоения новых методов лечения и технологий диагностики. Психологическая устойчивость важна для способности справляться с эмоциональными нагрузками и высоким уровнем стресса, возникающими в процессе работы.

Таблица 1

**Численность занятых в сфере здравоохранения РФ в 2015—2024 гг. (в тыс.) [14]**

Год	Численность занятых в сфере здравоохранения
2015	4 516
2020	4 433
2021	4 487
2022	4 484
2023	4 524
2024	4 531

Организованность играет важную роль в управлении временем, координации действий работников трудового коллектива и эффективном использовании имеющихся ресурсов. Навыки планирования трудовой деятельности повышают результативность труда медицинского работника. Стремление помогать всем, кто нуждается в медицинской помощи, гуманность, честность и справедливость формируют основу нравственности медицинского работника, что напрямую влияет не только на качество оказываемых медицинских услуг, но и на состояние системы здравоохранения в стране в целом, ее доступность для разных слоев населения.

Аналитические способности необходимы для успешного принятия профессиональных решений в условиях ограниченности ресурсов времени и информации. В сочетании с высоким уровнем интеллекта и профессионализмом аналитические способности позволяют эффективно оказывать медицинскую помощь. Социальные навыки позволяют медицинскому работнику взаимодействовать с различными категориями пациентов, учитывать их культурные особенности и социальные факторы, влияющие на здоровье. Это помогает строить доверительные отношения и повышать удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи. Способность проявлять эмпатию и сочувствие способствуют хорошему эмоциональному контакту пациента и медицинского работника и создают условия для оказания эффективной медицинской помощи, влияя в итоге на качество медицинского обслуживания.

Важными элементами стратегии управления персоналом в организациях сферы здравоохранения являются эффективная система мотивации и стимулирования, достойные условия труда, нормальные режимы труда и отдыха, организационная культура, система обучения и развития, организация труда и управления.

Система мотивации и стимулирования в учреждении здравоохранения должна быть нацелена на привлечение и удержание медицинских работников. Дефицит кадров в сфере здравоохранения, особенно среднего медицинского персонала, является важной проблемой, осложняющей процесс эффективного использования и развития ТП работников медицинских организаций. По результатам исследования платформы «Хэдхантер», в первой половине 2025 г. hh-индекс (показатель, отражающий количество активных резюме и вакансий) в сфере здраво-

охранения и фармацевтики составил 2,2. При этом нормальные значения hh-индекса, отражающие ситуацию умеренной конкуренции и баланса между работодателями и потенциальными претендентами на рабочие места, находятся в диапазоне от 4,0 до 7,9.

Самые низкие значения hh-индекса отмечены в Центральном федеральном округе (за исключением Москвы), в Северо-Западном и Дальневосточном федеральных округах [13].

С 2023 г. численность занятых в сфере здравоохранения несколько увеличилась (табл. 1), но дефицит кадров продолжает сохраняться [14].

Эффективным инструментом привлечения и удержания работников является достойный уровень оплаты труда и справедливость ее распределения. Согласно данным, приведенным в табл. 2 [14], среднемесячная заработная плата работников, занятых в организациях здравоохранения, существенно ниже средних показателей в целом по стране. Так, в 2023 г. среднемесячная заработная плата работников организаций в РФ составила 74 854 руб., в 2024 г. — 89 069 руб. [15].

Сложившаяся ситуация существенно осложняет возможности привлечения и удержания персонала медицинских организаций, а потому требует новых подходов и решений. С 2025 г. в России реализуется пилотный проект по внедрению новой системы оплаты труда работников сферы здравоохранения. По итогам 2026 г. после анализа полученных результатов будет принято решение о целесообразности его внедрения во всех регионах страны в 2027 г.

Дефицит кадров в сфере здравоохранения создает еще одну проблему: высокую трудовую нагрузку на работников медицинских учреждений. Сочетание с постоянными эмоциональными нагрузками и высоким уровнем стресса приводит к профессиональному выгоранию работников. Решению проблемы будет способствовать нормирование трудовой нагрузки, применение рациональных режимов труда и отдыха, внедрение мероприятий, способствующих снижению уровня стресса и повышению удовлетворенности трудом. Так, целесообразно внедрение должности медицинского психолога, который не только работает с пациентами, но и успешно помогает справляться с профессиональным выгоранием работникам, которые трудятся в условиях высокой трудовой и эмоциональной нагрузки.

Организационная культура является действенным инструментом формирования лояльности и

Таблица 2

**Среднемесячная заработная плата работников, занятых в организациях здравоохранения, в производстве фармацевтических субстанций и медицинского оборудования в РФ в 2023—2024 гг. (в руб.) [14]**

Показатель	2023 г.	2024 г.
Деятельность в области здравоохранения	63 880	74 585
Деятельность больничных организаций	63 294	74 050
Медицинская и стоматологическая практика	68 299	79 201
Деятельность в области медицины прочая	61 937	71 908

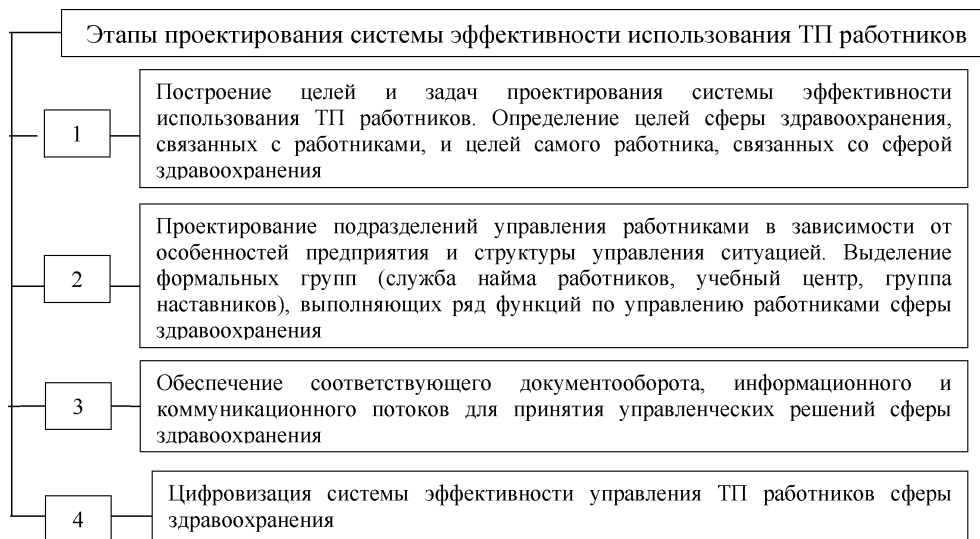


Рис. 3. Процесс проектирования системы эффективности использования ТП работников в сфере здравоохранения в условиях цифровизации [16].

снижения текучести персонала, особенно в условиях ограниченных возможностей бюджетных организаций повышать уровень оплаты труда сотрудников. Кроме того, сильная организационная культура способствует формированию благоприятного социально-психологического климата в трудовом коллективе, формирует правила и нормы поведения работников, что отражается на качестве оказываемых медицинских услуг и на восприятии организации различными группами стейкхолдеров (пациенты, государственные структуры, поставщики).

Эффективная организация труда и управления в учреждении здравоохранения предполагает учет затрат рабочего времени, устранение потерь времени и непроизводительных затрат, установление норм времени на те виды работ, которые целесообразно нормировать (прием пациентов, проведение диагностических и лечебных процедур), эффективное разделение труда и кооперацию между работниками различных категорий персонала и различных структурных подразделений, распределение функций и трудовых заданий так, чтобы избежать дублирования функций, но при этом полностью обеспечить решение всех трудовых задач.

Для эффективной реализации ТП работников необходимо создание системы эффективности его использования в учреждениях здравоохранения. Процесс проектирования системы ТП работников сферы здравоохранения представлен на рис. 3.

По нашему мнению, нужно сформировать такую систему эффективности использования ТП работников в сфере здравоохранения, которая бы охватывала все сферы деятельности и способствовала росту производительности труда, большему охвату населения медицинскими услугами высокого каче-

ства. Отметим, что система эффективности использования работников должна быть сформирована на уникальных принципах, имеющих смысл только для сферы здравоохранения. Поэтому необходимо исследовать традиционные принципы проектирования системы эффективности использования ТП работников, а также те, которые возникают под влиянием быстро изменяющейся среды в условиях цифровой экономики.

К основным направлениям управления работниками относят планирование потребности в трудовых ресурсах, профессиональный отбор работников, профессиональную и социальную адаптацию, организацию, оплату и стимулирование труда, деловую оценку (рис. 4) [17].

Реализация в нашей стране программ реформирования сферы здравоохранения в значительной мере осложняется слабой прогнозируемостью поведенческих реакций работников.

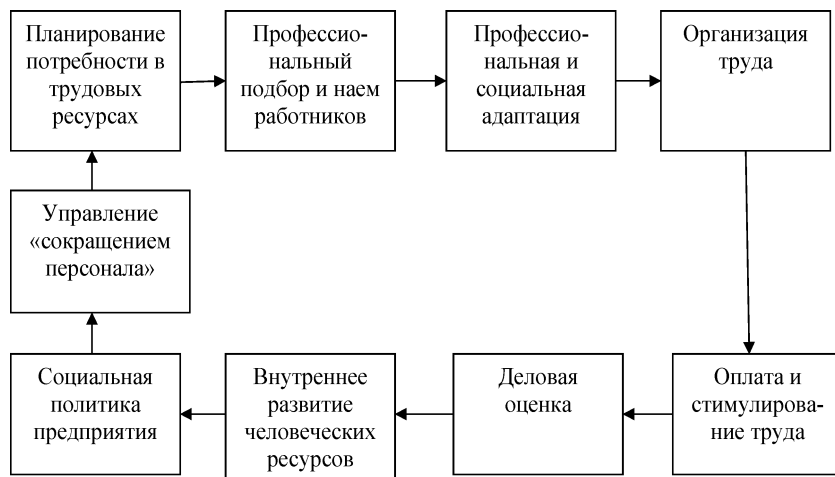


Рис. 4. Основные направления управления работниками сферы здравоохранения.

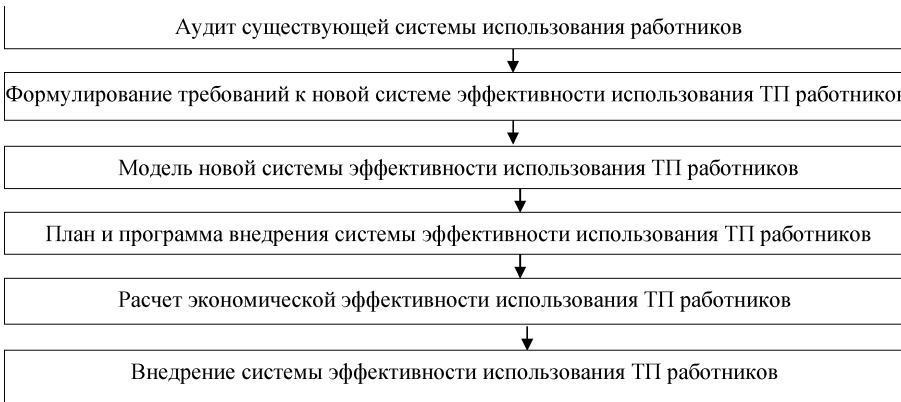


Рис. 5. Этапы организационного проектирования системы эффективности использования ТП работников сферы здравоохранения.

Не случайно для объяснения экономического поведения работников сферы здравоохранения в условиях цифровой экономики используют такие понятия, как склонность, преимущества, ожидание, намерение, подтверждая тем самым факт, что психологические факторы органически входят в модели экономического поведения в условиях цифровой экономики.

Влияние целого ряда объективных и субъективных факторов способствует развитию экономической ситуации в условиях цифровой экономики в сфере здравоохранения.

Проблемы организационного управления работниками сферы здравоохранения в условиях цифровой экономики обусловлена различными сложностями. Личность человека по своей природе уникальна и неповторима. Организационное проектирование системы эффективности использования работников опирается на системообразующие факторы, без реализации которых тяжело представить процесс эффективного воспроизводства рабочей силы в условиях цифровой экономики в сфере здравоохранения.

В этой связи требуют переосмысления ряд теоретических и методических положений в сфере организационного проектирования системы эффективности использования работников сферы здравоохранения в условиях цифровой экономики.

Основой нормального воспроизводства рабочей силы является установление гарантированного минимума оплаты труда (дохода) на базе минимального потребительского бюджета, обеспечивающего социальную защищенность в условиях рынка всех категорий работающих в условиях цифровой экономики. Ее стоимостная оценка определяется с учетом сформированного уровня и реальных расхождений в условиях воспроизводства рабочей силы. Подходы к решению этого

вопроса должны быть гибкими в условиях цифровой экономики с применением IT-технологий.

Модель организационного проектирования системы эффективности использования ТП работников сферы здравоохранения представляет собой цикл, включающий последовательные этапы (рис. 5).

При рассмотрении этапов проектирования системы эффективности использования работников сферы здравоохранения следует начинать с аудита существующей системы эффективности использования работников,

далее необходимо сформировать требования к новой модели, третий этап — модель новой системы, следующий этап — план и программа внедрения, на пятом этапе необходимо рассчитать экономическую эффективность системы эффективности использования работников сферы, на шестом этапе происходит внедрение системы эффективности использования ТП работников.

Изучение организационного проектирования системы эффективности использования ТП работников сферы здравоохранения в условиях цифровизации, а также характеристику социально-экономического развития системы эффективности ТП работников сферы здравоохранения, оптимальное проектирование системы эффективности использования работников можно определить как процесс воспроизводства трудовых ресурсов для сферы здравоохранения.

Система эффективности использования ТП работников в сфере здравоохранения представлена на рис. 6.

При организации проектирования эффективности ТП работников необходимо осуществление планирования кадровой работы, количественное и качественное планирование трудовых ресурсов, применение методов определения количественной и качественной потребности в трудовых ресурсах сферы здравоохранения.

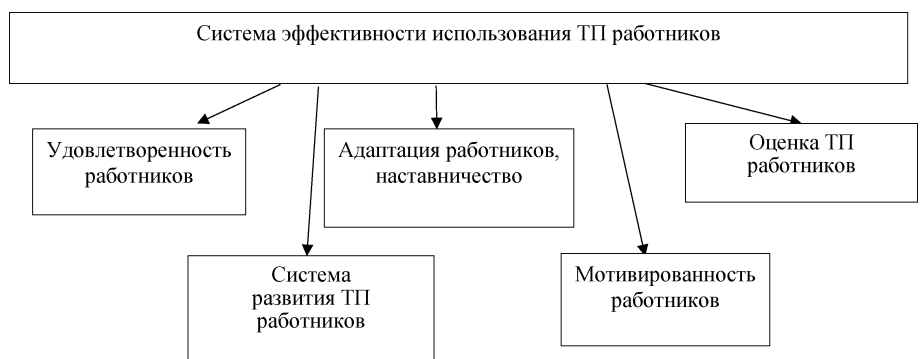


Рис. 6. Система эффективности использования ТП работников в сфере здравоохранения [18].

Здоровье и общество

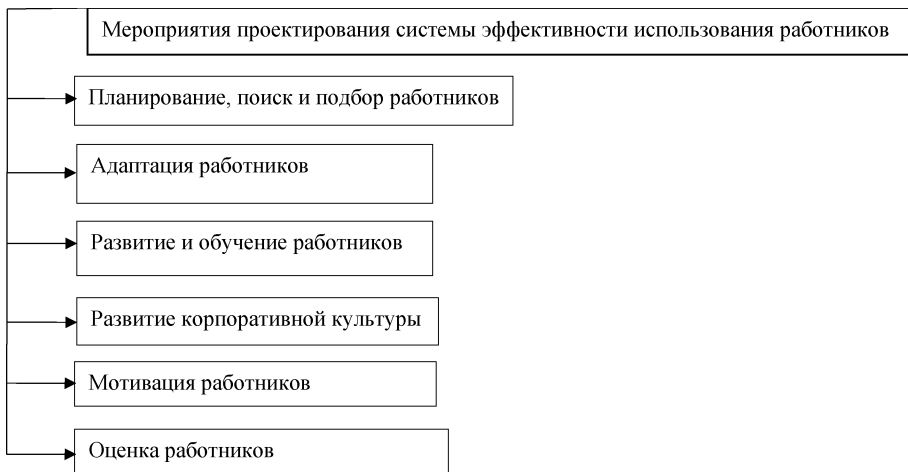


Рис. 7. Взаимосвязь мероприятий организационного проектирования системы эффективности ТП использования работников.

Стратегии организационного проектирования системы эффективности использования работников в сфере здравоохранения в условиях цифровизации разрабатываются после проведенного анализа действующей системы эффективности использования работников в сфере здравоохранения. Она будет способствовать более высокому уровню эффективности оказания помощи населению. Однако в условиях цифровой нестабильности существующая система эффективности использования работников в сфере здравоохранения требует совершенствования

с целью дальнейшего развития и оптимизации.

Взаимосвязь мероприятий организационного проектирования системы эффективности использования работников в сфере здравоохранения представлена на рис. 7.

При разработке организационного проектирования системы эффективности использования ТП работников в условиях цифровизации предложен комплекс мероприятий, направленный на:

- планирование, поиск и подбор работников;
- совершенствование адаптации работников;
- развитие и обучение работников;
- развитие корпоративной культуры;
- повышение уровня мотивации работников;
- модернизацию системы оценки работников (рис. 8).

Проектирование уровня системы эффективности использования ТП работников как отдельная категория системы развития работников в сфере здравоохранения характеризуется вышеперечисленными составляющими, а также системой материального стимулирования, возможностью участия в деятельности, применением инновационных подхо-

<b>Экономический эффект:</b> — экономия средств на выплаты заработной платы работникам с испытательным сроком до 3 мес; — экономия времени и средств при отборе персонала в организацию	<b>Социальный эффект:</b> — способность привлекать и удерживать молодежь и таланты; — создание кадрового резерва в разрезе различных должностей и профессий	<b>Экономический эффект:</b> — эффективная корпоративная стратегия; — экономия средств на транспорт для работников; — выдача мат. помощи; — уровень премиальных выплат	<b>Социальный эффект:</b> — согласование целей персонала и собственников; — трансфер для работников; — соц. поддержка персонала; — возможность поощрения сотрудников	<b>Экономический эффект:</b> — повышение квалификации за счет работодателя; — доп. оплата наставникам при обучении новичка	<b>Социальный эффект:</b> — организация тренингов, семинаров; — высокий уровень поддержки новых сотрудников
СИСТЕМА ПЛАНИРОВАНИЯ, ПОИСКА И ПОДБОРА РАБОТНИКОВ		СИСТЕМА МОТИВИРОВАННОСТИ		СИСТЕМА АДАПТАЦИИ	
СИСТЕМА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ					
СИСТЕМА РАЗВИТИЯ РАБОТНИКОВ		СИСТЕМА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТНИКОВ		СИСТЕМА ОЦЕНКИ РАБОТНИКОВ	
<b>Экономический эффект:</b> — получение доп. бонусов к окладу; — более высокая должность — повышение заработной платы; — повышение количества клиентов (компетентность персонала, предыдущий опыт покупок)	<b>Социальный эффект:</b> — развитие способностей работников; — возможности карьерного роста; — повышение уровня компетентности персонала	<b>Экономический эффект:</b> — увеличение количества покупателей; — увеличение доли продаж	<b>Социальный эффект:</b> — улучшение уровня обслуживания реальных и потенциальных клиентов; — улучшение узнаваемости организации	<b>Экономический эффект:</b> — выявление резервов повышения уровня отдачи работников; — эффективность системы стимулирования труда за счет объективной увязки реального трудового вклада работника с его материальным вознаграждением	<b>Социальный эффект:</b> — периодическая оценка результативности деятельности работников на их конкретном рабочем месте за истекший период; — позволяет оценить соответствие уровня труда, качества и потенциала работника требованиям выполняемой работы

Рис. 8. Экономическая и социальная эффективность проектирования системы использования ТП работников в сфере здравоохранения.

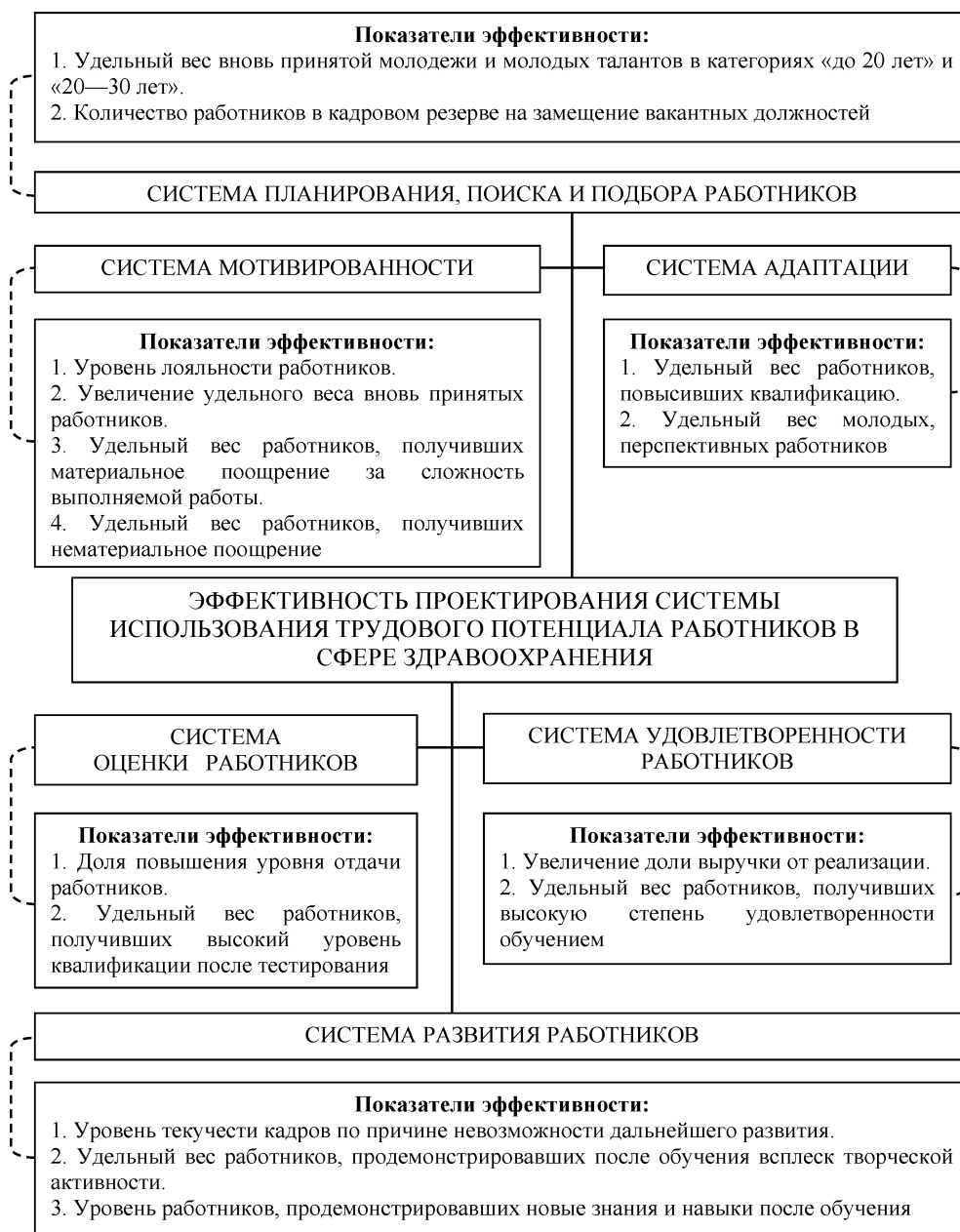


Рис. 9. Показатели эффективности системы использования ТП.

дов, системой индивидуальных коэффициентов эффективности работников.

В результате реализации организационного проектирования системы эффективности использования ТП работников сферы здравоохранения ожидается достижение экономического и социального эффекта с учетом всех ее элементов (рис. 9).

Таким образом, разработка мероприятий организационного проектирования системы эффективности использования ТП работников сферы здравоохранения в условиях цифровизации требует комплексного подхода с учетом всех ее составляющих. В связи с этим неотъемлемой частью организационного проектирования системы эффективности использования ТП работников является оценка эффективности внедрения мероприятий по ее реализации в сфере здравоохранения.

### Заключение

От проектирования систем эффективности использования ТП работников медицинских учреждений зависят качество и своевременность выполнения медицинских услуг, эффективность использования лекарственных препаратов и медицинского оборудования. Применение системы эффективности использования ТП работников способствует снижению трудоемкости медицинских услуг, оптимизации использования рабочего времени медицинских работников, совершенствованию состава и структуры персонала и его трудовой мотивации. Проектирование систем эффективности использования ТП работников в сфере здравоохранения способствует росту качества работы учреждений здравоохранения и повышению качества медицинской помощи населению.

Здоровье и общество

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года: Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2024 г. № 309. Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202405070015?ysclid=m7sql0xzz839965776> (дата обращения 06.01.2026).
2. Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации здравоохранения: распоряжение Правительства РФ от 17.04.2024 № 959-р. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408813257/?ysclid=mbdwj4ejsv370037042> (дата обращения 15.01.2026).
3. Мигранова Л. И. Стратегическое управление трудовым потенциалом как ключевым драйвером развития разнородных территориальных социально-экономических систем. *Экономика труда*. 2025;12(12):1901—14.
4. Кучеренко К. С. Модель и механизм развития профессионального потенциала трудовых ресурсов старшей возрастной группы. *Экономика труда*. 2025;12(10):1415—38. doi: 10.18334/et.12.10.124003
5. Усков А. С., Симонова М. В. Формирование трудового потенциала для целей стратегического планирования. *Экономика труда*. 2025;12(8):1111—32. doi: 10.18334/et.12.8.123625
6. Бобкова Т. В. Механизмы стимулирования роста трудового потенциала медицинских сотрудников негосударственных стоматологических клиник. *Экономика труда*. 2023;10(10):1633—49. doi: 10.18334/et.10.10.119316
7. Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на 2017—2030 годы: Указ Президента Российской Федерации от 09 мая 2017 г. № 203. Режим доступа: [https://d-russia.ru/wp-content/uploads/2017/05/inf\\_obschestvo.pdf](https://d-russia.ru/wp-content/uploads/2017/05/inf_obschestvo.pdf) (дата обращения 06.01.2026).
8. Национальный проект «Экономика данных и цифровая трансформация государства». Режим доступа: <http://government.ru/rugovclassifier/923/events/> (дата обращения 10.01.2026).
9. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Постановление Правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. № 1640. Режим доступа: <http://government.ru/docs/all/115006/> (дата обращения 16.01.2026).
10. О Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения: Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 (ред. от 30.04.2025). Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837270/> (дата обращения 14.01.2026).
11. Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь». Режим доступа: <https://xn--80aapampemcchfmo7a3c9ehj.xn--p1ai/new-projects/prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn/> (дата обращения 14.01.2026).
12. Национальный проект «Новые технологии сбережения здоровья». Режим доступа: <http://government.ru/rugovclassifier/926/about/> (дата обращения 15.01.2026).
13. Лебедева Д. Медицина и фармацевтика продолжают страдать от дефицита кадров. *Медицинский вестник*. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Medicina-i-farmaceutika-prodoljaut-stradat-ot-deficita-kadrov.html> (дата обращения 15.01.2026).
14. Здравоохранение в России. 2025: Стат.сб. М.: Росстат; 2025. 149 с.
15. Российский статистический ежегодник: Стат. сб. М.: Росстат; 2025. 621 с.
16. Суслов Г. В. Управление персоналом организации: Учебное пособие. М.: ИЦ РИОР, НИЦ ИНФРА-М; 2016. 154 с.
17. Макарова И. К., Алехина О. Е., Крайнова Л. М. Привлечение, удержание и развитие персонала компании: Учебное пособие. М.: ИД «Дело» РАНХиГС; 2015. 124 с.

18. Кибанов А. Я., Баткаева И. А. Управление персоналом организации: Учебник. 4-е изд. М.: НИЦ ИНФРА-М; 2013. 695 с.

Поступила 15.08.2025  
Принята в печать 12.01.2026

REFERENCES

1. On the national development goals of the Russian Federation for the period up to 2030 and for the period up to 2036: Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2024 No. 309. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202405070015?ysclid=m7sql0xzz839965776> (accessed 06.01.2026) (in Russian).
2. On approval of the strategic direction in the field of digital transformation of healthcare: Order of the Government of the Russian Federation of April 17, 2024 No. 959-r. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408813257/?ysclid=mbdwj4ejsv370037042> (accessed 15.01.2026) (in Russian).
3. Migranova L. I. Strategic Management of Labor Potential as a Key Driver of Development of Multi-Level Territorial Socio-Economic Systems. *Labor Economics*. 2025;12(12):1901—14 (in Russian).
4. Kucherenko K. S. Model and mechanism for developing the professional potential of the older age group's labor resources. *Labor Economics*. 2025;12(10):1415—38. doi: 10.18334/et.12.10.124003 (in Russian).
5. Uskov A. S., Simonova M. V. Formation of Labor Potential for Strategic Planning Purposes. *Labor Economics*. 2025;12(8):1111—32. doi: 10.18334/et.12.8.123625 (in Russian).
6. Bobkova T. V. Mechanisms for Stimulating the Growth of Labor Potential among Medical Staff in Non-State Dental Clinics. *Labor Economics*. 2023;10(10):1633—49. doi: 10.18334/et.10.10.119316 (in Russian).
7. Information Society Development Strategy in the Russian Federation for 2017—2030: Decree of the President of the Russian Federation No. 203 dated May 9, 2017. Available at: [https://d-russia.ru/wp-content/uploads/2017/05/inf\\_obschestvo.pdf](https://d-russia.ru/wp-content/uploads/2017/05/inf_obschestvo.pdf) (accessed 06.01.2026) (in Russian).
8. National project “Data Economy and Digital Transformation of the State”. Available at: <http://government.ru/rugovclassifier/923/events/> (accessed 10.01.2026) (in Russian).
9. Approval of the State Program of the Russian Federation “Healthcare Development”. Decree of the Government of the Russian Federation No. 1640 dated December 26, 2017. Available at: <http://government.ru/docs/all/115006/> (accessed 16.01.2026) (in Russian).
10. On the Unified State Information System in the Healthcare Sector: Decree of the Government of the Russian Federation No. 555 dated May 5, 2018 (as amended on April 30, 2025). Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71837270/> (accessed 14.01.2026) (in Russian).
11. National project “Long and Active Life”. Available at: <https://xn--80aapampemcchfmo7a3c9ehj.xn--p1ai/new-projects/prodolzhitelnaya-i-aktivnaya-zhizn/> (accessed 14.01.2026) (in Russian).
12. National project “New Technologies for Health Saving”. Available at: <http://government.ru/rugovclassifier/926/about/> (accessed 15.01.2026) (in Russian).
13. Lebedeva D. Medicine and pharmaceuticals continue to suffer from a shortage of personnel. *Medical Bulletin*. Available at: <https://medvestnik.ru/content/news/Medicina-i-farmaceutika-prodoljaut-stradat-ot-deficita-kadrov.html> (accessed 15.01.2026) (in Russian).
14. Healthcare in Russia. 2025: Statistical Bulletin. Moscow: Rosstat; 2025. 149 p. (in Russian).
15. Russian Statistical Yearbook: Statistical Bulletin. Moscow: Rosstat; 2025. 621 p. (in Russian).
16. Suslov G. V. Personnel management of an organization: A textbook. Moscow: IC RIOR, SIC INFRA-M; 2016. 154 p. (in Russian).
17. Makarova I. K., Alyokhina O. E., Krainova L. M. Recruitment, retention and development of company personnel: A textbook. Moscow: RANHiGS Publishing House “Delo”; 2015. 124 p. (in Russian).
18. Kibanov A. Ya., Batkaeva I. A. Management of the Organization's Personnel: Textbook. 4th ed., add. and revised. Moscow: NITs INFRA-M; 2013. 695 p. (in Russian).

Гайдаров Г. М., Макарова А. Е., Макаров С. В.

## СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

ФБГОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, 664003, г. Иркутск

Исследована распространенность синдрома профессионального выгорания у врачей-патологоанатомов Иркутской области с использованием опросника MBI-HSS, расширенного собственными дополнительными вопросами. Установлена распространенность синдрома, выявленного у 52,1% респондентов. Определена ведущая роль эмоционального истощения в структуре синдрома при умеренной выраженности деперсонализации. С использованием критерия согласия Пирсона  $\chi^2$  выявлено статистически значимое влияние на развитие синдрома таких факторов, как число занимаемых врачами должностей ( $p$ -value=0,002), численность коллектива ( $p$ -value=0,02) и использование неэргономичного программного обеспечения ( $p$ -value=0,04). Высокий риск развития синдрома также ассоциирован с работой в медицинских организациях, расположенных в крупных городах, преимущественным исследованием биопсийного материала, а также наличием у врачей семьи с несовершеннолетними детьми. Полученные данные свидетельствуют о том, что профессиональное выгорание у патологоанатомов детерминировано в первую очередь системными и организационными условиями труда, что диктует необходимость разработки комплексных мер профилактики, включающих оптимизацию нагрузки, модернизацию документооборота и создание системы поддержки специалистов.

**Ключевые слова:** профессиональное выгорание; врачи-патологоанатомы; социология; медицинские кадры; нагрузка.

**Для цитирования:** Гайдаров Г. М., Макарова А. Е., Макаров С. В. Социологическая оценка профессионального выгорания у врачей-патологоанатомов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):194–199. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-194-199>

**Для корреспонденции:** Макаров Сергей Викторович, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФБГОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет», e-mail: [orgnursing@gmail.com](mailto:orgnursing@gmail.com)

Gaydarov G. M., Makarova A. E., Makarov S. V.

## THE SOCIOLOGICAL ASSESSMENT OF PROFESSIONAL BURNOUT IN PATHOANATOMISTS

The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 664003, Irkutsk, Russia

The article considers issues of prevalence of professional burnout syndrome in pathoanatomists of the Irkutsk Oblast analyzed on the basis of the MBI-HSS questionnaire expanded with additional original questions. The professional burnout syndrome was identified in 52.1% of respondents. The leading role of emotional exhaustion in the structure of professional burnout syndrome was established under moderately expressed depersonalization. The application of the Pearson -test permitted to reveal statistically significant influence on development of professional burnout syndrome of such factors as the number of positions held by physicians ( $p=0.002$ ), the size of the work body ( $p=0.02$ ) and application of non-ergonomic software ( $p=0.04$ ). The high risk of development of professional burnout syndrome was also associated with work in health care institutions located in large cities, predominant analysis of biopsy material, and availability of family with minor children. The research data testifies that professional burnout in pathoanatomists is primarily determined by systemic and organizational conditions of work that dictates necessity of development of comprehensive preventive measures, including workload optimization, modernization of document flow and organization of support system for specialists.

**Key words:** professional burnout; pathoanatomist; sociology; medical personnel; workload.

**For citation:** Gaydarov G. M., Makarova A. E., Makarov S. V. The sociological assessment of professional burnout in pathoanatomists. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):194–199 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-194-199>

**For correspondence:** Makarov S. V., doctor of medical sciences, associate professor, professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: [orgnursing@gmail.com](mailto:orgnursing@gmail.com)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 21.10.2025  
Accepted 12.01.2026

## Введение

Патологоанатомы занимают особое место среди представителей врачебных специальностей. Несмотря на отсутствие прямого контакта с пациентами, их работа сопряжена с высокой степенью ответственности. Работа с трупным материалом, изолированность профессионального сообщества, дефицит признания и профессиональной поддержки, а также перегрузка рутинной работой усиливают риск

формирования у представителей данной специальности синдрома профессионального выгорания [1, 2].

Согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выгорание — синдром, концептуализированный как результат хронического стресса на рабочем месте, с которым не удалось справиться [3].

Выраженный дефицит врачебных кадров в патологоанатомической службе, зафиксированный во

многих исследованиях, способствует возрастанию профессиональной нагрузки на работающих специалистов, что усиливает риск формирования у них синдрома профессионального выгорания [4]. Наряду с общим дефицитом кадров значительное влияние на формирование синдрома профессионального выгорания оказывает неравномерное распределение нагрузки внутри коллектива [5]. Значительно большее внимание проблеме уделяется за рубежом [6, 7], однако ее выраженность в отечественной патолого-анатомической службе обуславливает актуальность исследований в данной сфере.

### Материалы и методы

Цель исследования — оценить наличие и степень выраженности синдрома профессионального выгорания у врачей-патологоанатомов на основе валидированных психодиагностических методик и определить взаимосвязь между его наличием и характеристиками респондентов, а также факторами их профессиональной деятельности.

В 2025 г. было проведено анкетирование врачей-патологоанатомов Иркутской области. Использовался опросник, предложенный С. Maslach и S. E. Jackson (1981), его модификация Maslach Burnout Inventory — Human Services Survey (MBI-HSS), наиболее часто применяемая для оценки профессионального выгорания у врачей разных специальностей [8]. Опросник MBI-HSS содержит 22 утверждения, сгруппированных в три шкалы: эмоциональное истощение (Emotional Exhaustion, EE; 9 пунктов), деперсонализация (Depersonalization, DP; 5 пунктов) и редукция личных достижений (Personal Accomplishment, PA; 8 пунктов). Респондентами оценивается частота возникновения определенных чувств и состояний, связанных с профессиональной деятельностью, по шкале R. Likert (1932), от 0 («никогда») до 6 («ежедневно»). Факт наличия выгорания устанавливали, если у респондента значения по шкалам опросника составляли: EE  $\geq 27$  баллов или DP  $\geq 13$  баллов, при этом в обоих случаях PA  $\leq 31$  балла [9, 10].

С целью изучения развития профессионального выгорания в зависимости от различных характеристик респондентов и условий их труда в опросник Maslach и Jackson было добавлено 11 разработанных нами вопросов.

В опросе приняли участие 48 врачей-патологоанатомов Иркутской области, что составило 81,4% всех представителей данной специальности в регионе на момент исследования в 2025 г.

Для выявления взаимосвязи между наличием у респондентов профессионального выгорания и их характеристиками, а также факторами профессиональной деятельности мы использовали расчет критерия согласия Пирсона  $\chi^2$ , для таблиц сопряженности 2x2 с поправкой Йейтса [11].

### Результаты исследования

Значения сумм баллов, набранных всеми респондентами в рамках каждой из шкал, соответствуют наличию у анкетированных врачей-патологоанато-

Таблица 1

Среднее число баллов, набранных врачами-патологоанатомами Иркутской области при изучении наличия и выраженности у них признаков профессионального выгорания с использованием опросника MBI-HSS

№ вопроса	Разделы опросника и вопросы	Среднее число баллов
<b>Эмоциональное истощение (Emotional Exhaustion, EE)</b>		27,4
1	Я чувствую себя эмоционально истощенным от своей работы	3,3
2	В конце рабочего дня я чувствую себя «на пределе»	3,1
3	Я чувствую себя усталым после рабочего дня	3,1
4	Утром, перед началом работы, я чувствую себя опустошенным	3,0
5	Я чувствую, что работа дается мне с трудом	3,0
6	Рабочий день для меня — сплошной стресс	2,9
7	Я чувствую, что «на пределе» своих возможностей	3,1
8	Работа эмоционально истощает меня	3,0
9	Иногда мне кажется, что я уже не способен продолжать эту работу	2,9
<b>Деперсонализация (Depersonalization, DP)</b>		11,5
10	Я стал более равнодушным к людям с тех пор, как начал эту работу	2,5
11	Я стал замечать, что обращаюсь с людьми на работе как с объектами	2,4
12	Я чувствую, что теряю сочувствие к другим	2,2
13	Мне стало труднее проявлять понимание к людям	2,0
14	Я чувствую, что стал более жестким по отношению к другим	2,4
<b>Редукция личных достижений (Personal Accomplishment, PA)</b>		25,2
15	Я чувствую, что моя работа действительно помогает другим	3,0
16	Я легко могу понять, что чувствует мой коллега или пациент/родственник пациента	3,1
17	Я чувствую, что справляюсь с эмоциональными проблемами на работе спокойно	3,2
18	Я позитивно оцениваю свое профессиональное будущее	3,0
19	Я ощущаю удовлетворение от того, что делаю на работе	3,3
20	Я ощущаю, что работаю эффективно	3,3
21	Я чувствую, что вношу значимый вклад в работу коллектива	3,1
22	Я горжусь своей работой	3,2

мов признаков синдрома профессионального выгорания (табл. 1).

Наиболее значимыми из них стали признаки, относящиеся к шкале «Эмоциональное истощение» (средний уровень признака — 3,1 балла по шкале Likert). Среди них чаще отмечали чувство эмоционального истощения от работы, ощущение себя «на пределе возможностей» и чувство усталости к концу рабочего дня.

На втором месте «Редукция личных достижений». Поскольку по данной шкале большему выгоранию соответствует меньшее число баллов, для сравнения нужно использовать инвертированный балл (вычтенный из максимального значения в 6 баллов), который в среднем составил 2,9. Наименьшее число баллов здесь набрали ответы респондентов, связанные с ощущением целесообразности работы и позитивной оценкой своего будущего.

Наименьшее влияние на процесс формирования профессионального выгорания оказала деперсонализация (в среднем 2,3 балла из 6 максимально возможных). Наибольшее среднее число баллов здесь

Таблица 2

**Структура респондентов и доля лиц, имеющих признаки профессионального выгорания, в различных группах врачей-патологоанатомов (в %), критерий согласия Пирсона  $\chi^2$  и соответствующий уровень значимости  $p$ -value**

Группы респондентов	Удельный вес в группе респондентов	Доля лиц, имеющих признаки профессионального выгорания
<b>Пол (<math>\chi^2 = 0,67</math>; <math>p</math>-value = 0,39; <math>p &gt; 0,05</math>)</b>		
Мужчины	37,5	44,4
Женщины	62,5	56,7
<b>Возраст (<math>\chi^2 = 0,31</math>; <math>p</math>-value = 0,86; <math>p &gt; 0,05</math>)</b>		
До 30 лет	14,6	57,1
30—49 лет	43,8	47,6
50 лет и старше	41,7	55,0
<b>Стаж работы по специальности «Патологическая анатомия» (<math>\chi^2 = 1,78</math>; <math>p</math>-value = 0,41; <math>p &gt; 0,05</math>)</b>		
До 10 лет	18,8	55,6
10—29 лет	52,1	44,0
30 лет и более	29,2	64,3
<b>Квалификационная категория по специальности «Патологическая анатомия» (<math>\chi^2 = 1,5</math>; <math>p</math>-value = 0,47; <math>p &gt; 0,05</math>)</b>		
Без категории	41,7	40,0
Первая, вторая	16,7	62,5
Высшая	41,7	60,0
<b>Наличие семьи (<math>\chi^2 = 6,27</math>; <math>p</math>-value = 0,04; <math>p &lt; 0,05</math>)</b>		
Одинокий	20,8	30,0
Семья без детей	25,0	41,7
Семья с детьми до 18 лет	22,9	72,7
Семья с детьми старше 18 лет	31,3	60,0
<b>Тип населенного пункта (<math>\chi^2 = 6,03</math>; <math>p</math>-value = 0,049; <math>p &lt; 0,05</math>)</b>		
Региональный центр	64,6	61,3
Городской	14,6	42,9
Сельский	20,8	30,0
<b>Число членов в коллективе (<math>\chi^2 = 7,49</math>; <math>p</math>-value = 0,02; <math>p &lt; 0,05</math>)</b>		
1	12,5	16,7
2—3	39,6	42,1
Больше 3	47,9	69,6
<b>Объем нагрузки в числе занимаемых должностей (<math>\chi^2 = 12,9</math>; <math>p</math>-value = 0,002; <math>p &lt; 0,05</math>)</b>		
1—1,5 должности	16,7	12,5
1,51—2,0 должности	31,3	33,3
Больше 2,0 должности	52,1	76,0
<b>Причина работы более чем на 1 ставку (<math>\chi^2 = 0,49</math>; <math>p</math>-value = 0,78; <math>p &gt; 0,05</math>)</b>		
Производственная необходимость	66,7	56,3
Увеличение оплаты труда	22,9	45,5
Другое	10,4	40,0
<b>Преимущественный вид профессиональной деятельности (<math>\chi^2 = 6,29</math>; <math>p</math>-value = 0,04; <math>p &lt; 0,05</math>)</b>		
Преимущественно аутопсии	14,6	28,6
Оба вида примерно поровну	47,9	47,8
Преимущественно биопсии	37,5	66,7
<b>Использование программного обеспечения для фиксации результатов патологоанатомических исследований (<math>\chi^2 = 4,12</math>; <math>p</math>-value = 0,04; <math>p &lt; 0,05</math>)</b>		
Только ЕГИСЗ	58,3	64,3
Сторонних производителей	41,7	35,0

Примечание. ЕГИСЗ — Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения.

набрали указанные респондентами признаки равнодушия к людям, обращение с людьми как с объектами и жесткость по отношению к другим.

Анализ позволил нам установить, что 52,1% респондентов имели проявления профессионального выгорания.

В табл. 2 представлены результаты сравнительного анализа структуры различных групп респондентов с признаками профессионального выгорания.

Среди респондентов преобладали женщины. Среди них доля лиц с признаками профессионального выгорания была выше (больше половины).

Наибольшая доля респондентов пришлась на возрастную группу 30—49 лет, в ней доля специалистов с признаками профессионального выгорания была наименьшей. Чуть меньше среди респондентов было врачей в возрасте 50 лет и старше, которые составляли среднюю долю лиц с профессиональным выгоранием. Специалисты в возрастной группе до 30 лет были самыми немногочисленными, однако именно среди них доля лиц с признаками профессионального выгорания была наибольшей (57%).

Структура респондентов в зависимости от стажа работы по специальности «Патологическая анатомия» продемонстрировала сходную картину: наиболее представленными в изучаемой совокупности оказались врачи, имеющие среднюю длительность стажа, при этом выгорание среди них было наименьшим (44%). Более подверженными профессиональному выгоранию оказались врачи со стажем работы до 10 лет (более половины — с признаками синдрома выгорания) и врачи, имеющие стаж работы по специальности более 30 лет, среди которых почти  $2/3$  составили специалисты с профессиональным выгоранием.

В структуре квалификационных характеристик опрошенных преобладали врачи с высшей квалификационной категорией и врачи без категории (примерно по 40%). Однако удельный вес лиц с признаками профессионального выгорания был значительно выше среди врачей с высшей квалификационной категорией, чем у специалистов без категории (60 и 40% соответственно). Врачи-патологоанатомы с первой и второй квалификационной категорией характеризовались наиболее высоким удельным весом специалистов с профессиональным выгоранием.

Подавляющее большинство (почти  $2/3$ ) опрошенных врачей-патологоанатомов работают в региональном центре. На городские населенные пункты пришлось 14,6% респондентов, в сельской местности проживал каждый пятый респондент. Доля лиц с профессиональным выгоранием была высокой в подразделениях службы, расположенных в Иркутске, средней — в медицинских организациях городских населенных пунктов и минимальной — в сельских.

Проблема профессионального выгорания наиболее выражена в крупных коллективах, на долю которых пришлось почти половина всех респондентов. На втором месте — коллективы из 2—3 человек. Почти отсутствует выгорание у одиночно работающих специалистов.

Почти половина респондентов выполняют нагрузку в объеме более двух должностей (ставок). Именно в этой группе специалистов проблема про-

## Здоровье и общество

фессионального выгорания проявляется наиболее остро, затрагивая более  $\frac{3}{4}$  респондентов. Врачи, выполняющие нагрузку в объеме от полутора до двух ставок, имели средний уровень встречаемости выгорания. Удельный вес лиц с профессиональным выгоранием среди специалистов, выполняющих нагрузку в объеме от одной до полутора ставок, оказался минимальным, не превысив 13%.

Анализ причин работы на несколько ставок показал, что для большинства (почти  $\frac{2}{3}$ ) респондентов это является производственной необходимостью. Значительно реже (примерно в каждом четвертом случае) подобная практика объясняется желанием увеличения оплаты труда. Каждый десятый опрошенный выбрал в анкете пункт «другое», основной смысл которого заключался у большинства выбравших его в стремлении закрепиться на рабочем месте, обретая большую уверенность в его сохранении. Среди перечисленных групп респондентов уровень профессионального выгорания был наиболее высок у тех, чья повышенная нагрузка связана с производственной необходимостью, и существенно ниже в двух других случаях.

Распределение врачей в зависимости от преимущественного вида их профессиональной деятельности продемонстрировало, что почти половина специалистов совмещают выполнение основных видов нагрузки (вскрытия и биопсийные исследования) примерно в равной мере. Наиболее критическая ситуация с профессиональным выгоранием сложилась среди патологоанатомов, занятых преимущественно биопсиями, — его признаки имеют  $\frac{2}{3}$  респондентов. На втором месте врачи, чья работа сбалансирована между двумя видами деятельности, здесь признаки выгорания отмечаются примерно у половины специалистов. В то же время удельный вес профессионального выгорания среди патологоанатомов, выполняющих в основном вскрытия, оказался наименьшим.

Большая часть опрошенных нами врачей-патологоанатомов используют для внесения результатов патологоанатомических исследований в ЕГИСЗ встроенные средства ЕГИСЗ, среди них доля лиц с профессиональным выгоранием выше (почти  $\frac{2}{3}$ ), в то время как среди респондентов, использующих программы от сторонних производителей (Единая цифровая платформа — ЕЦП.МИС от компании «Цифромед», 1С, БАРС.Здравоохранение, Клиника «ИВЦ Медсервис», Дока-Мед и др.), доля таких лиц составляет только  $\frac{1}{3}$ .

Статистический анализ с использованием критерия согласия Пирсона  $\chi^2$  позволил нам установить иерархию факторов, оказывающих статистически значимое влияние на развитие профессионального выгорания у врачей-патологоанатомов. Наиболее значимым из них с очень высоким уровнем статистической значимости ( $p$ -value = 0,002) является объем нагрузки. Далее — число членов в коллективе, использование программного обеспечения для фиксации результатов патологоанатомических исследований (отсутствие программ с удобным интер-

фейсом), преимущественный вид профессиональной деятельности (у врачей с преобладанием биопсийных исследований) и наличие у специалистов семьи, в особенности несовершеннолетних детей.

На предложенный респондентам вопрос «Какие у Вас есть предложения по предотвращению/снижению проявлений профессионального выгорания?» ответы можно объединить в несколько направлений. Наибольшее число предложений касалось упрощения документооборота (сокращение избыточной отчетности, уменьшение объема документов на бумажных носителях, автоматизация рутинных процессов, оптимизация программного обеспечения и внедрение удобных решений), на что указали 68,8% опрошенных врачей-патологоанатомов.

Вторым направлением стала оптимизация организационных аспектов трудовой деятельности (снижение объема нагрузки и ее более справедливое распределение, введение четких критериев нормирования труда, в том числе при совместительстве, введение гибкого графика, возможность оформления части документов удаленно), что отметили 60,4% респондентов.

В качестве третьего направления были высказаны предложения, касающиеся условий труда и вознаграждения за него (повышение заработной платы, оплата труда с учетом объема и сложности выполняемой работы, введение дополнительного оплачиваемого отпуска, оснащение современным оборудованием, особенно микроскопами и компьютерами, повышения комфорта рабочих мест), на что указали 47,9% участников опроса.

Следующие по частоте выбора респондентами предложения (41,7% опрошенных) касались профессионального развития и признания: регулярное прохождение курсов повышения квалификации, участие в профильных научных мероприятиях (конференциях, семинарах), возможность карьерного роста и профессиональной самореализации, расширение обратной связи с клиницистами, участие в управленческих решениях, касающихся организации труда.

На последнем месте (27,1% респондентов) — предложенные опрошенными врачами-патологоанатомами меры психологической и социальной поддержки: организация добровольных психологических консультаций, совместные тренинги, развитие культуры общения и взаимного уважения в коллективе, признание заслуг сотрудников руководством (поощрения, благодарности).

## Обсуждение

Хотя усредненные показатели по шкалам опросника MBI-HSS демонстрируют общую неблагоприятную картину, достигая пороговых значений для эмоционального истощения и редукции личных достижений, особый интерес представляет распределение отдельных симптомов внутри этих шкал. Доминирование эмоционального истощения как ключевого компонента синдрома проявляется в уровне

таких индикаторов, как чувство эмоциональной опустошенности от работы и постоянное ощущение нахождения на пределе возможностей. Это указывает на то, что ядром проблемы являются хроническое переутомление и невозможность восстановления, в то время как деперсонализация, традиционно значимая для врачей коммуникативных специальностей, у патологоанатомов выражена умеренно. Это обусловлено спецификой их труда, характеризующейся высокой концентрацией и интеллектуальной нагрузкой при ограниченности непосредственных межличностных контактов. Низкие показатели по шкале личных достижений, особенно в пунктах, касающихся уверенности в профессиональном будущем и ощущения значимости своего труда, свидетельствуют о кризисе профессиональной идентичности, что усугубляет общее состояние истощения.

Анализ в контексте социально-демографических характеристик респондентов показывает большую подверженность синдрому женщин, что может быть связано с комплексным влиянием их профессиональных и социальных ролей. Возрастная динамика демонстрирует U-образную кривую — наиболее уязвимыми оказываются молодые специалисты и врачи с длительным стажем работы. Если первые сталкиваются с трудностями профессиональной адаптации, то вторые испытывают сложности в освоении современных технологий, особенно в работе с электронными системами документооборота.

Статистический анализ с использованием критерия  $\chi^2$  подтвердил ведущую роль объективных критериев трудовой нагрузки. Наиболее статистически значимым фактором выгорания является объем нагрузки, причем основным мотивом работы на несколько ставок выступает вынужденная производственная необходимость, что указывает на системный, а не личный характер перегрузки врачей. Это создает порочный круг, когда кадровый дефицит покрывается за счет чрезмерной нагрузки имеющих специалистов, приводя к их профессиональному выгоранию.

Проблема усугубляется в крупных коллективах, где возможны неравномерное распределение нагрузки и коммуникационные сложности. Географический фактор также статистически значим: более высокий удельный вес специалистов с синдромом в региональном центре и в целом в городах по сравнению с сельской местностью связан с большим объемом работы, концентрацией сложных случаев и интенсивным ритмом производственной деятельности.

Статистически значимо более высокий риск выгорания ассоциирован с работой, ориентированной на биопсийный материал, что объясняется чрезвычайно высокой ответственностью за прижизненную диагностику. Технические аспекты труда также вносят значительный вклад — использование неэргономичного программного обеспечения по сравнению с более удобными программами является статистически значимым фактором риска, превращая

рутинную отчетность в источник хронического стресса для врачей, особенно старших возрастных групп.

Обнаруженная связь между выгоранием и наличием семьи, особенно с несовершеннолетними детьми, подчеркивает комплексную природу синдрома, возникающего на стыке профессионального стресса и социально-бытовой нагрузки.

### Заключение

Проведенное исследование позволило выявить и количественно оценить влияние факторов, обуславливающих развитие профессионального выгорания у врачей-патологоанатомов. Анализ данных, полученных с помощью опросника MBI-HSS, позволил глубже понять структуру синдрома в исследуемой выборке. Профессиональное выгорание у патологоанатомов в первую очередь является следствием хронического стресса, связанного с высокой ответственностью и когнитивной нагрузкой, а не с эмоциональными сложностями взаимодействия с пациентами. Применение критерия согласия Пирсона позволило ранжировать изучаемые факторы и объективно подтвердить, что данная проблема в первую очередь детерминирована системными и организационными условиями труда патологоанатомов.

Предложения самих респондентов по профилактике выгорания систематизируются в несколько ключевых направлений: кардинальное упрощение документооборота, оптимизация организационных аспектов труда, улучшение его условий и оплаты, возможности для профессионального развития и создание системы психологической поддержки. Комплекс предлагаемых врачами мер указывает на необходимость системных реформ в патологоанатомической службе, направленных на справедливое нормирование труда, снижение бюрократической нагрузки и создание условий для профессиональной самореализации специалистов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кобякова О. С., Деев И. А., Куликов Е. С., Хомяков К. В., Тюфиллин Д. С., Загимова Т. А., Балаганская М. А. Факторы, ассоциированные с формированием профессионального выгорания у врачей. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2019;27(6):967—71.
2. Алешина О. А., Никитина Т. П., Порфирьева Н. М., Выборных Д. Э., Паровичникова Е. Н., Ионова Т. И. Актуальные аспекты профессионального выгорания у врачей-гематологов и среднего медицинского персонала гематологических отделений в условиях пандемии COVID-19. *Онкогематология*. 2023;18(4):196—212.
3. World Health Organization (2019/2022). ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version: 2025-01). Режим доступа: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru> (дата обращения 25.11.2025).
4. Гайдаров Г. М., Макарова А. Е. Анализ потребности во врачах-патологоанатомах с использованием штатных нормативов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(3):445—51.
5. Боговская Е. А., Александрова О. Ю., Бородай А., Забозлаев Ф. Г. Вопросы организации работы патологоанатомических бюро (отделений), бюро судебно-медицинской экспертизы в условиях COVID-19. *Судебная медицина*. 2021;8(1):31—9.

Здоровье и общество

6. Cohen M., Martin M., Gross D., Johnson K., Robboy S., et al. Features of burnout amongst pathologists: A reassessment. *Acad. Pathol.* 2022;9(1):100052.
7. Smith S. M., Liauw D., Dupee D., Barbieri A. L., Olson K., Parkash V. Burnout and disengagement in pathology. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 2023;(147):808–16.
8. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. *J. Occupat. Behav.* 1981;2(2):99–113.
9. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach burnout inventory manual. 4th ed. Palo Alto: Mind garden, Inc., 2018. 120 p.
10. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch. Psychol.* 1932;140:1–55.
11. Лемешко Б. Ю., Лемешко С. Б., Постовалов С. Н. Сравнительный анализ мощности критериев согласия при близких конкурирующих гипотезах. I. Проверка простых гипотез. *Сибирский журнал индустриальной математики.* 2008;11(34):96–111.
3. World Health Organization (2019/2022). ICD-11 for mortality and morbidity statistics (Version: 2025-01). Available at: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru> (accessed 25.11.2025).
4. Gajdarov G. M., Makarova A. E. The analysis of demand in pathoanatomists applying staff standards. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny.* 2024;32(3):445–51 (in Russian).
5. Bogovskaya E. A., Aleksandrova O. Yu., Boroday A., Zabolzaev F. G. Problems of organizing the work of pathological and anatomical bureau (devices), forensic medical examination bureau in the conditions of COVID-19. *Sudebnaya medicina.* 2022;8(1):31–9 (in Russian).
6. Cohen M., Martin M., Gross D., Johnson K., Robboy S., et al. Features of burnout amongst pathologists: A reassessment. *Acad. Pathol.* 2022;9(1):100052.
7. Smith S. M., Liauw D., Dupee D., Barbieri A. L., Olson K., Parkash V. Burnout and disengagement in pathology. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 2023;(147):808–16.
8. Maslach C., Jackson S. E. The measurement of experienced burnout. *J. Occupat. Behav.* 1981;2(2):99–113.
9. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach burnout inventory manual. 4th ed. Palo Alto: Mind garden, Inc., 2018. 120 p.
10. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch. Psychol.* 1932;140:1–55.
11. Лемешко Б. Ю., Лемешко С. Б., Постовалов С. Н. Comparative analysis of the power of goodness-of-fit tests for closely related competing hypotheses. I. Testing simple hypotheses. *Sibirskij zhurnal industrial'noj matematiki.* 2008;11(34):96–111 (in Russian).

Поступила 21.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

REFERENCES

Гневашева В. А.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ТРУДА: ОЦЕНКИ ГЕНДЕРНОЙ СЕГРЕГАЦИИ

ФГАОУ ВО «Московский государственный институт международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации», 119454, г. Москва

Рассмотрены аспекты профессиональной гигиены труда с точки зрения гендерной сегрегации на рынке труда. На основе анализа статистических данных показано, что мужчины и женщины неравномерно распределены по отраслям и видам вредных производственных факторов. Мужчины преобладают в условиях, связанных с физическими нагрузками, шумом, вибрацией, химическими и ионизирующими воздействиями, тогда как женщины чаще подвергаются биологическим факторам и работают в условиях высокой нервно-психической напряженности. Выявленные различия обусловлены как социальными стереотипами, так и отраслевой структурой занятости. Подчеркнута необходимость учета гендерной специфики при разработке нормативов охраны труда, проектировании средств индивидуальной защиты и организации медицинского наблюдения. Результаты исследования могут быть использованы для формирования гендерной политики в области охраны труда и улучшения условий профессиональной среды для всех работников.

**Ключевые слова:** профессиональная гигиена труда; гендерная сегрегация; условия труда; вредные факторы; половая принадлежность; охрана труда; безопасность труда; биологические факторы; физические нагрузки; нервно-психическое напряжение; гендерная политика.

**Для цитирования:** Гневашева В. А. Профессиональная гигиена труда: оценки гендерной сегрегации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):200—206. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-200-206>

**Для корреспонденции:** Гневашева Вера Анатольевна, д-р экон. наук, доцент, профессор кафедры экономической теории ФГАОУ ВО «Московский государственный институт международных отношений (университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации», e-mail: vera\_cos@rambler.ru

Gnevasheva V. A.

## THE PROFESSIONAL OCCUPATIONAL HYGIENE: ASSESSMENT OF GENDER SEGREGATION

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Moscow State Institute of International Relations (University) of the Ministry of Foreign Affairs of the Russian Federation”, 119454, Moscow, Russia

The article considers aspects of professional occupational hygiene from the point of view of gender segregation on labor market. It is demonstrated, on the basis of analysis of statistical data, that males and females are unevenly distributed by industries and types of harmful production factors. The males predominate in conditions related to physical load, noise, vibration, chemical and ionizing effects. The females more often are exposed to biological factors and work in conditions of high neuro-psychic stress. These revealed differences are conditioned by both social stereotypes and sectoral structure of employment. The necessity to consider gender-specific factors under development of standards of occupational safety, design of personal protective equipment and organization of medical supervision are emphasized. The results of the study can be applied in formation of gender policy in the field of occupational safety and improvement of conditions of professional environment for all workers.

**Keywords:** occupational hygiene; gender segregation; working conditions; harmful factors; gender; occupational safety; biological factors; physical stress; neuro-psychic stress; gender policy.

**For citation:** Gnevasheva V. A. The professional occupational hygiene: assessment of gender segregation. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2026;34(2):200—206 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-200-206>

**For correspondence:** Gnevasheva V. A., doctor of economical sciences, associate professor, the Professor of the Chair of Economical Theory of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Moscow State Institute of International Relations (University) of the Ministry of Foreign Affairs of the Russian Federation”. e-mail: vera\_cos@rambler.ru

**Conflict of interests.** The author declares absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 18.09.2025

Accepted 12.01.2026

## Введение

Современная профессиональная гигиена труда все чаще выходит за рамки традиционного анализа физических, химических и биологических факторов производственной среды, включая в поле зрения социальные, демографические и гендерные аспекты условий труда. Одним из ключевых явлений, определяющих структуру воздействия вредных факторов, является гендерная сегрегация на рынке тру-

да — систематическое неравномерное распределение мужчин и женщин по отраслям, профессиям и условиям труда.

Несмотря на формальное равенство возможностей, мужчины и женщины по-прежнему заняты в различных секторах экономики и подвергаются разным типам профессиональных рисков. Мужчины доминируют в промышленности, строительстве, энергетике и транспорте, где преобладают физические нагрузки, шум, вибрация, химические и иони-

Таблица 1

**Группы факторов в области профессиональной гигиены труда, требующие управления**

Группа факторов	Пример
Физические	Шум, вибрация, освещенность, микроклимат, электромагнитные поля, ионизирующее излучение
Химические	Пары, газы, пыль, аэрозоли, растворители, тяжелые металлы
Физические	Шум, вибрация, освещенность, микроклимат, электромагнитные поля, ионизирующее излучение
Биологические	Бактерии, вирусы, грибки, клещи (в определенных условиях труда)
Психофизиологические	Умственное и физическое перенапряжение, эмоциональные нагрузки, монотонность труда

зирующие воздействия. Женщины, напротив, сосредоточены в здравоохранении, образовании, социальной сфере и легкой промышленности, где основными рисками становятся биологические факторы, эмоциональное выгорание и нервно-психическое напряжение.

Такое разделение не является нейтральным с точки зрения охраны труда. Оно ведет к дифференцированному воздействию вредных факторов, различиям в заболеваемости, потребностях в средствах индивидуальной защиты и эффективности профилактических программ. При этом нормативные акты и стандарты охраны труда зачастую разрабатываются без учета гендерной специфики, что снижает их применимость к реальным условиям труда женщин и мужчин.

Актуальность исследования обусловлена необходимостью перехода к более персонализированному и инклюзивному подходу в профессиональной гигиене. Учет гендерной сегрегации позволяет не только точнее оценивать профессиональные риски, но и разрабатывать целенаправленные меры по улучшению условий труда, повышению эффективности медицинского наблюдения и формированию справедливой социальной политики.

Цель статьи — проанализировать особенности гендерного распределения работников по вредным факторам производственной среды и обосновать необходимость интеграции гендерного подхода в систему профессиональной гигиены труда.

Профессиональная гигиена труда — это комплекс научных и практических мер, направленных на создание безопасных и здоровых условий труда для работников с целью предотвращения профессиональных заболеваний, травматизма и ухудшения здоровья, связанного с трудовой деятельностью.

Профессиональная гигиена труда (или гигиена труда, промышленная гигиена) — это раздел профилактической медицины, изучающий влияние условий труда на здоровье работников и разрабатывающий меры по обеспечению безопасной и здоровой рабочей среды.

Основные задачи профессиональной гигиены труда — выявление и оценка вредных и опасных факторов производственной среды; разработка и внедрение мер по предотвращению негативного

воздействия этих факторов; нормирование условий труда; контроль за соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил на производстве; обучение персонала безопасным методам работы и использованию средств индивидуальной защиты.

Как правило, в области профессиональной гигиены труда рассматриваются группы факторов, требующие управления (табл. 1).

Методы исследования в гигиене труда могут быть следующие: санитарно-эпидемиологический аудит рабочего места, измерение параметров микроклимата, уровня шума, освещенности; лабораторный анализ химических веществ в воздухе, воде, на поверхностях; медицинские осмотры и биомониторинг, оценка рисков и моделирование воздействия факторов на организм.

В России основные требования по гигиене труда закреплены в Трудовом кодексе РФ, Федеральном законе № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», Санитарно-эпидемиологических правилах и нормативах (СанПиН), ГОСТах и рекомендациях, в том числе в соответствии с международными стандартами международных организаций.

Результаты воздействия неблагоприятных условий труда очевидны, они приводят к снижению качества труда и производительности, качества рабочей силы, мотивации к труду, — все это негативно воздействует как на общие результаты функционирования экономики, так и на качество жизни работников, качество рабочей силы, возможности формирования человеческого капитала страны (табл. 2).

Принципы профилактики — исключение или замена вредного фактора; инженерные решения (вентиляция, звукоизоляция, экранирование), организационные меры (рациональная организация труда, сменность), средства индивидуальной защиты (СИЗ), обучение и инструктаж работников, медицинский контроль и профосмотры.

Мероприятия в области профессиональной гигиены труда направлены на снижение уровня профессиональных заболеваний и травматизма, сохранение трудового потенциала общества, повышение производительности труда, повышение качества жизни работников, соответствие международным стандартам охраны труда.

Таблица 2

**Воздействия и возможные последствия негативных условий труда**

Воздействие	Возможные последствия
Шум	Повышенная утомляемость, снижение слуха, стресс
Вибрация	
Химические вещества	Отравления, аллергии, онкологические заболевания
Перенапряжение	Профессиональный стресс, выгорание, сердечно-сосудистые заболевания
Недостаточное освещение	

## Материалы и методы

Вопросы становления гигиены труда как научной дисциплины в медицинских вузах рассмотрены в исследовании [1], правовые новации в области безопасности и гигиены труда освещаются в работе [2]. Право работника на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, в ракурсе демографического аспекта описано в исследовании [3]. Ряд исследований направлены на изучение особенностей профессиональной гигиены работников на разных отраслевых предприятиях, подчеркивая тем самым аспекты формирования риска и возможности его покрытия [4].

В исследовании [5] рассмотрены правовые основы обеспечения безопасных и здоровых условий труда в России. Анализируются положения Трудового кодекса РФ, Федерального закона «Об охране труда», международные конвенции МОТ. Акцент сделан на гарантии права на безопасный труд, роль государства, работодателей и профсоюзов.

Статья [6] посвящена новым технологическим рискам на рабочем месте: воздействие светодиодного освещения (синий свет, пульсация, утомление глаз), последствия внедрения искусственного интеллекта (автоматизация, стресс, потеря контроля, цифровое выгорание). Авторы отмечают, что светодиоды требуют гигиенического нормирования (на сегодняшний день — пробел в регулировании); Искусственный интеллект меняет структуру труда (рост умственных нагрузок, снижение физической активности, риск психоэмоционального перенапряжения).

В исследовании [7] рассмотрены практические барьеры реализации права на безопасный труд: формальный характер аттестации рабочих мест; недостаточная ответственность работодателей; слабая правовая грамотность работников; отсутствие эффективных механизмов защиты.

Анализируют специфические риски в аграрном секторе: воздействие пестицидов, гербицидов; шум сельхозтехники; вибрацию; биологические факторы (животные, растения, микроорганизмы); тяжелый физический труд, перепады температур в работе [8].

Автор исследования [9] фокусирует внимание на новых формах профессионального риска у учителей (перегрузке информационным потоком, психоэмоциональным напряжением, цифровом выгорании, нарушении режима труда и отдыха при дистанционном обучении).

Исследование условий труда в горнодобывающей промышленности [10] раскрывает аспекты с радиационным риском, рассматривает воздействие ионизирующего излучения; радона и его изотопов; горного микроклимата; пыли (аэрозолей фиброгенного действия).

Источники охватывают промышленность, медицину, сельское хозяйство, образование, что позволяет провести межотраслевой анализ. Существуют как нормативно-правовые работы [5, 7], так и эмпи-

рические исследования [9]. Есть источники по узким, но важным направлениям (радиация, сельхозтруд). Анализ источников показал, что профессиональная гигиена труда в России изучается в контексте правовых норм, отраслевых особенностей и новых технологических рисков. Актуальны вопросы цифровизации, психогигиены и правовой реализации права на безопасный труд.

## Результаты исследования

Гигиена труда, или производственная гигиена, — это предвидение, признание, оценка, контроль и подтверждение защиты от рисков (anticipation, recognition, evaluation, control and confirmation — ARECC), связанных с воздействием опасностей на рабочем месте или возникающих в связи с ними, которые могут привести к травмам, заболеваниям, ухудшению состояния здоровья или повлиять на благополучие работников и членов их семей. Эти опасности, или стресс-факторы, обычно подразделяются на категории биологических, химических, физических, эргономических и психосоциальных [11]. Риск воздействия стресс-фактора на здоровье зависит от степени опасности, умноженной на воздействие на человека или группу людей [12].

С помощью науки и техники специалисты по гигиене труда выявляют, оценивают и контролируют воздействие опасных факторов на рабочем месте, которые могут включать химические вещества, пыль, пары, шум, радиацию, вибрацию и экстремальные температуры — и это лишь некоторые из них.

Цель состоит в том, чтобы понять риски для здоровья на рабочем месте и дать рекомендации о том, что необходимо предпринять для предотвращения серьезных заболеваний (рак, астма, кожные заболевания и глухота).

Часто риски, связанные с опасностями для здоровья, присутствующими на рабочем месте, не всегда очевидны, распознаются или понимаются. Они могут вызвать серьезные проблемы со здоровьем в долгосрочной перспективе из-за повторяющихся относительно низких уровней воздействия, если не будут приняты надлежащие меры контроля в работе.

Четкое информирование, мотивирующее работников и руководителей к принятию мер, является важнейшим навыком успешного управления рисками.

Представленные в табл. 3 данные отражают структуру занятых в России на работах с вредными и/или опасными условиями труда по полу и по видам вредных факторов (физические, химические, биологические, факторы трудового процесса). Данные приведены в абсолютных значениях и в процентах от общей численности работающих.

Более трети (34,9%) всех работающих в стране заняты во вредных или опасных условиях. Из них мужчины составляют 42,3% всех работающих мужчин, женщины — 19,8%, что почти в 2,1 раза меньше, чем у мужчин.

Здоровье и общество

Таблица 3

**Состояние условий труда работников организаций отдельных видов экономической деятельности (на конец 2024 г.)**

Показатель	Всего		Женщины		Мужчины	
	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%
Занятые на работах с вредными и/или опасными условиями труда	4 827 816	34,9	900 325	19,8	3 927 491	42,3
Из них занятые под воздействием факторов производственной среды:						
химических	1 014 766	7,3	209 750	4,6	805 016	8,7
биологических	42 662	0,3	25 114	0,6	17 548	0,2
аэрозолей преимущественно фиброгенного действия	621 395	4,5	86 132	1,9	535 263	5,8
шума, ультразвука воздушного, инфразвука	2 620 569	18,9	423 904	9,3	2 196 665	23,6
вибрации (общей и локальной)	632 309	4,6	37 485	0,8	594 824	6,4
неионизирующего излучения	179 908	1,3	7 269	0,2	805 016	8,7
ионизирующего излучения	62 788	0,5	9 788	0,2	172 639	1,9
микроклимата	457 944	3,3	97 832	2,2	53 000	0,6
световой среды	173 507	1,3	33 078	0,7	360 112	3,9
Из них занятые под воздействием факторов трудового процесса:						
тяжести	2 754 823	19,9	449 671	9,9	2 305 152	24,8
напряженности	470 625	3,4	78 808	1,7	391 817	4,2

Полученные данные указывают на существенную гендерную дифференциацию рынка труда: мужчины чаще заняты в тяжелых, опасных и промышленных отраслях (табл. 4).

Анализ по факторам производственной среды позволяет отметить, что мужчины в 1,9 раза чаще подвергаются химическим воздействиям, что характерно для металлургии, химической промышленности, машиностроения.

В распределении по биологическим факторам женщин почти в 3 раза больше, чем мужчин. Это связано с их занятостью в здравоохранении, ветеринарии, лабораториях, санитарных службах, где контакт с биологическими агентами (вирусы, бактерии) более вероятен.

В распределении по аэрозолям преимущественно фиброгенного действия (пыль, вызывающая заболевания легких — силикоз, асбестоз и др.) в 3 раза больше мужчин, что типично для горнодобывающей промышленности, строительства, металлургии.

В распределении по шуму, ультразвуку и инфразвуку, можно отметить, что это один из самых массовых факторов. Тем не менее мужчины подвергаются данному фактору в 2,5 раза чаще, что характерно для машиностроения, транспорта, энергетики, строительства.

В распределении по вибрации (общей и локальной) мужчины составляют 94% всех подверженных вибрации, что связано с работой на транспорте, строительной технике, станках.

В распределении по фактору неионизирующее излучение (электромагнитные поля, лазеры, СВЧ и др.) очевидна сильная мужская доминанта — их в

9,5 раза больше, что связано с работой в энергетике, связи, радиотехнике, IT-инфраструктуре.

В распределении по ионизирующему излучению (радиация) мужчины чаще заняты в атомной энергетике, радиологии, промышленной дефектоскопии.

В распределении по фактору микроклимата (повышенная температура, влажность, перегрев воздуха) большую долю составляют мужчины.

В распределении по фактору световая среда (недостаток или избыток освещения, блики, пульсация) преобладают данные по мужской части населения. Световая среда важна в офисах, на производстве, в лабораториях.

Фактор тяжесть труда (физические нагрузки, подъем тяжестей, статическая нагрузка) — один из самых распространенных. Мужчины составляют 83,7% всех подверженных тяжести труда, что типично для строительства, логистики, сельского хозяйства, промышленности.

В распределении по фактору напряженность труда (умственное, эмоциональное, нервно-психическое напряжение) можно отметить, что мужчины подвергаются напряженности в 2,5 раза чаще. Однако стоит учитывать, что напряженность также высока у работников сферы услуг, медицины, управления, где занято много женщин, но, возможно, не учтено во вредных условиях.

Таким образом, можно отметить:

— *Гендерное неравенство в условиях труда.* Мужчины значительно чаще работают в условиях вредных и опасных факторов (42,3% против 19,8%); женщины преобладают только при

Таблица 4

**Анализ гендерной дифференциации по факторам производственной среды**

Факторы	Всего		Женщины		Мужчины,	
	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%
Химические	1 014 766	7,3	209 750	4,6	805 016	8,7
Биологические	42 662	0,3	25 114	0,6	17 548	0,2
Аэрозоли преимущественно фиброгенного действия (пыль, вызывающая заболевания легких — силикоз, асбестоз и др.)	621 395	4,5	86 132	1,9	535 263	5,8
Шум, ультразвук, инфразвук	2 620 569	18,9	423 904	9,3	2 196 665	23,6
Вибрация (общая и локальная)	632 309	4,6	37 485	0,8	594 824	6,4
Неионизирующее излучение (электромагнитные поля, лазеры, СВЧ и др.)	179 908	1,3	7 269	0,2	172 639	1,9
Ионизирующее излучение (радиация)	62 788	0,5	9 788	0,2	53 000	0,6
Микроклимат (повышенная температура, влажность, перегрев воздуха)	457 944	3,3	97 832	2,2	360 112	3,9
Световая среда (недостаток или избыток освещения, блики, пульсация)	173 507	1,3	33 078	0,7	140 429	1,5
Тяжесть труда (физические нагрузки, подъем тяжестей, статическая нагрузка)	2 754 823	19,9	449 671	9,9	2 305 152	24,8
Напряженность труда (умственное, эмоциональное, нервно-психическое напряжение)	470 625	3,4	78 808	1,7	391 817	4,2

воздействии биологических факторов (медицина, лаборатории). Наиболее распространенные факторы — шум (18,9%), тяжесть труда (19,9%), химические факторы (7,3%), аэрозоли (4,5%).

— *Профессиональные риски*. Высокая доля работников подвержена шуму, вибрации, химическим веществам, физическим нагрузкам — это факторы риска развития заболеваний (тугоухость, вибрационная болезнь, пневмокониоз, сердечно-сосудистые патологии).

— *Необходимость профилактики*. Требуется усиление контроля за условиями труда; развитие программ охраны труда, эргономики, медицинского наблюдения; особое внимание мужским профессиям в промышленности и строительстве

Проведем регрессионный анализ на основе предоставленных данных о численности работников, подвергающихся различным вредным факторам производственной среды, с разбивкой по полу.

Цель анализа — выявить, насколько пол (женщины/мужчины) связан с уровнем воздействия различных вредных факторов, а также оценить, можно ли предсказать долю женщин или мужчин в зависимости от типа вредного фактора.

Построим линейную регрессионную модель, где зависимая переменная ( $Y$ ) — доля женщин (%) по каждому фактору, независимые переменные ( $X$ ) численность всего (логарифм, чтобы уменьшить разброс), тип фактора (можно закодировать как категориальную переменную, но для упрощения — анализ по общей тенденции).

Но проще и информативнее оценить связь между типом фактора и долей женщин, используя регрессию по рангам или корреляцию.

Уравнение регрессии для доли женщин от общего числа и типа фактора:

$$\ln Y = 45,2 - 1,82 \times \ln(X),$$

где  $Y$  — доля женщин (%),  $X$  — численность всего. Коэффициент детерминации  $R^2 = 0,78$  — модель объясняет 78% дисперсии доли женщин;  $p < 0,01$  — зависимость статистически значима.

Оценивая результаты, важно отметить следующее:

1. Обратная связь: чем больше общая численность, подвергающаяся фактору, тем меньше доля женщин. Так, биологические факторы — мало людей (42 662), но 58,9% — женщины; вибрация, шум, тяжесть — много людей, менее 6% — женщины.

2. Гендерная сегрегация по типу труда: женщины преобладают в биологических факторах (медицина, лаборатории); мужчины — в физических, техногенных и тяжелых условиях (вибрация, шум, тяжесть, излучение).

3. Прогнозирование: если новый фактор затрагивает, например, 1 млн человек, модель предскажет ожидаемую долю женщин около 20%.

Таблица 5

Дополнительный анализ: факторы трудового процесса	
Фактор	Доля женщин, %
Тяжесть труда	16,3
Напряженность труда	16,8

Таким образом, фиксируется четкая нисходящая тенденция: с ростом масштаба вредного фактора происходит снижение доли женщин.

По фактору тяжесть труда предполагается физическая нагрузка, в таких работах в силу физиологических особенностей отмечается доминирование мужчин (табл. 5). По фактору напряженность труда, что предполагает умственную нагрузку, все равно мужчин больше, хотя можно было ожидать большего баланса. Это говорит о том, что даже в «нематериальных» факторах наблюдается гендерная сегрегация, возможно, из-за отраслевой структуры (например, диспетчеры, ИТ, энергетика — мужские профессии).

Регрессионный анализ позволил установить:

- Существует сильная обратная зависимость между масштабом вредного фактора и долей женщин среди подверженных работников.
- Гендерная сегрегация на рынке труда выражена четко: женщины — в биологических и медицинских сферах; мужчины — в промышленности, строительстве, энергетике.
- Пол — значимый предиктор вредности труда: чем «тяжелее» и техногеннее фактор, тем ниже доля женщин.

Модель позволяет прогнозировать гендерный состав при внедрении новых технологий или появлении новых вредных факторов.

Важно учитывать гендерные особенности при разработке программ охраны труда; внедрять гендер-аффективные меры (например, адаптация средств индивидуальной защиты для женщин), анализировать вредные факторы не только по физике, но и по социальному измерению.

### Обсуждение

Результаты проведенного анализа наглядно демонстрируют глубокую гендерную сегрегацию в распределении работников по условиям труда и вредным производственным факторам. Эта сегрегация не является случайной — она отражает устойчивые социально-экономические, культурные и институциональные установки, формирующие профессиональные траектории мужчин и женщин.

Мужчины составляют подавляющее большинство в отраслях с тяжелыми, техногенными и физически напряженными условиями труда: промышленность, строительство, энергетика, транспорт. Именно они чаще всего подвергаются воздействию шума, вибрации, химических веществ, аэрозолей и ионизирующего излучения. Эти факторы связаны с высоким риском хронических профессиональных

Здоровье и общество

заболеваний — тугоухости, вибрационной болезни, пневмокониоза, онкозаболеваний.

В то же время женщины концентрируются в сферах, где доминируют биологические факторы и психоэмоциональные нагрузки, — здравоохранение, образование, социальное обслуживание. Здесь основные риски связаны с инфекциями, эмоциональным выгоранием, нервно-психическим перенапряжением и нарушением режима труда и отдыха. При этом такие виды вредности зачастую недооцениваются в традиционных системах оценки условий труда, что делает их «невидимыми» с точки зрения официальной гигиены труда.

Важно подчеркнуть, что гендерная сегрегация — не просто статистическая закономерность, а системная проблема, имеющая последствия для:

- здоровья работников — различия в профилях заболеваемости;
- эффективности охраны труда — универсальные нормы не учитывают анатомо-физиологические и социальные различия;
- социальной справедливости — женщины и мужчины сталкиваются с разными рисками, но зачастую получают одинаковые (или неадаптированные) средства защиты и программы профилактики.

Кроме того, существующие средства индивидуальной защиты, рабочая одежда, эргономика рабочих мест зачастую проектируются с ориентацией на «среднего мужчину», что снижает их эффективность для женщин. Например, респираторы, каски или спецодежда, не учитывающие анатомические особенности, могут создавать дополнительные риски вместо защиты.

### Заключение

Гендерная сегрегация на рынке труда существенно влияет на характер и уровень воздействия вредных факторов, формируя две различные модели профессионального риска: для мужчин — физико-техногенная, для женщин — биопсихосоциальная.

Современная профессиональная гигиена труда не может игнорировать эти различия. Для повышения эффективности охраны труда необходимо:

- внедрить гендерно-чувствительный подход в оценку условий труда и разработку нормативов;
- развивать отраслевые программы профилактики, ориентированные на специфику рисков для мужчин и женщин;
- учитывать гендерные аспекты при проведении медицинских осмотров и аттестации рабочих мест;
- формировать политику равных возможностей в профессиональной среде, включая поддержку женщин в «мужских» профессиях и мужчин — в «женских».

Только переход от универсальных подходов к дифференцированным позволит обеспечить под-

линно безопасные и здоровые условия труда для всех категорий работников, независимо от пола.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Моногарова Н. Е., Бородий К. Н., Семендяева А. В., Дьячкова Л. Ю., Забазнова Ю. В. Становление гигиены труда как научной дисциплины в медицинских вузах. *Вестник гигиены и эпидемиологии*. 2022;26(2):202–4.
2. Петров А. Я. Безопасность и гигиена труда: правовые новации. *Законы России: опыт, анализ, практика*. 2022;(2):14–8.
3. Соколенко Н. Н. Право работника на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены: демографический аспект. *Кадровик*. 2023;(4):29–36.
4. Алехин Е. Д., Дроздова Е. Л. Профессиональная гигиена работников труда на урановых рудниках. *Международный электронный журнал. Устойчивое развитие: наука и практика*. 2023;35(12):42–5.
5. Чудовский В. И. Теоретические подходы современной концепции правового обеспечения труда, отвечающего условиям безопасности и гигиены в РФ. *Современная школа России. Вопросы модернизации*. 2022;(4-2):67–8.
6. Капцов В. А., Дейнего В. Н. Новые вызовы для гигиены и охраны труда: искусственный интеллект и светодиодные технологии. *Безопасность и охрана труда*. 2023;(4):48–55.
7. Федорев А. Г. Правовые проблемы реализации права на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены. *Кадровик*. 2021;(3):82–5.
8. Гаврилин М. В., Лопаева Н. Л. Гигиена труда в сельском хозяйстве. *Молодежь и наука*. 2023;(12). Режим доступа: <https://min.urgau.ru/images/2023/12-2023/14-12-2023.pdf>
9. Крылова Н. Н. Информационная гигиена и психогигиена интеллектуального труда как условие профессиональной надёжности педагога в условиях цифровизации образования. *Эрго-дизайн*. 2024;(2):180–91.
10. Алехин Е. Д., Дроздова Е. Л. Профессиональная гигиена работников труда на урановых рудниках. *Международный электронный журнал. Устойчивое развитие: наука и практика*. 2023;(1):42–5.
11. Australian Institute of Occupational Hygienists. Режим доступа: <http://www.aioh.org.au>. Archived from the original on 2005-07-17. Retrieved 2009-05-23.
12. Council, National Research (2008-12-03). Science and Decisions: Advancing Risk Assessment. doi: 10.17226/12209

Поступила 18.09.2025  
Принята в печать 12.01.2026

### REFERENCES

1. Monogarova N. E., Borodiy K. N., Semendyaeva A. V., Dyachkova L. Yu., Zabaznova Yu. V. The formation of occupational hygiene as a scientific discipline in medical universities. *Bulletin of Hygiene and Epidemiology*. 2022;26(2):202–4 (in Russian).
2. Petrov A. Ya. Occupational safety and health: legal innovations. *Laws of Russia: Experience, Analysis, Practice*. 2022;(2):14–8 (in Russian).
3. Sokolenko N. N. The employee's right to working conditions that meet safety and hygiene requirements: a demographic aspect. *Kadrovik*. 2023;(4):29–36 (in Russian).
4. Alekhin E. D., Drozdova E. L. Occupational hygiene of workers at uranium mines. *International Electronic Journal. Sustainable Development: Science and Practice*. 2023;1(35):42–5 (in Russian).

5. Chudovsky V. I. Theoretical approaches to the modern concept of legal provision of labor that meets the conditions of safety and hygiene in the Russian Federation. *Modern School of Russia. Modernization Issues*. 2022;(4-2):67–8 (in Russian).
6. Kaptsov V. A., Deinego V. N. New challenges for occupational health and safety: artificial intelligence and LED technologies. *Occupational Safety and Health*. 2023;(4):48–55 (in Russian).
7. Fedorets A. G. Legal problems of realization of the right to work in conditions meeting the requirements of safety and hygiene. *Kadrovik*. 2021;(3):82–5 (in Russian).
8. Gavrilin M. V., Lopaeva N. L. Occupational hygiene in agriculture. *Youth and Science*. 2023;(12). Available at: <https://min.urgau.ru/images/2023/12-2023/14-12-2023.pdf> (in Russian).
9. Krylova N. N. Information hygiene and mental hygiene of intellectual work as a condition for professional reliability of a teacher in the context of digitalization of education. *Ergodesign*. 2024;(2):180–91 (in Russian).
10. Alekhin E. D., Drozdova E. L. Occupational hygiene of workers at uranium mines. *International Electronic Journal. Sustainable Development: Science and Practice*. 2023;(1):42–5 (in Russian).
11. Australian Institute of Occupational Health. Available at: <http://www.aioh.org.au>. Archived from the original on 2005-07-17. Retrieved 2009-05-23.
12. Council, National Research (2008-12-03). Science and Decisions: Advancing Risk Assessment. doi: 10.17226/12209

**Тимурзиева А. Б., Зудин А. Б.**

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛОР-ОРГАНОВ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*Вопросы совершенствования организации медицинской помощи по профилю «Оториноларингология» и профилактики заболеваний ЛОР-органов (органов головы и шеи) являются важными с точки зрения снижения заболеваемости, смертности и повышения качества и ожидаемой продолжительности здоровой жизни пациентов.*

*Цель исследования — предложить некоторые алгоритмы организации оказания медицинской помощи, диагностики и профилактики при вышеупомянутой патологии на основе проанализированных данных мировой литературы и современных нормативно-правовых документов для ее ведения.*

*Применены аналитический, статистический методы исследования и рассмотрены результаты поиска источников нормативно-правовой базы и собственного опыта.*

*Разработаны алгоритмы организации диагностики и профилактики некоторых заболеваний ЛОР-органов с использованием междисциплинарного подхода, которые могут быть предложены для рассмотрения с целью совершенствования оказания медицинской помощи данным пациентам.*

*Разработанные алгоритмы диагностики и профилактики могут служить ценным источником для последующего совершенствования организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов (органов головы и шеи).*

**Ключевые слова:** оториноларингология; организация медицинской помощи; профилактика; ранняя диагностика; патология ЛОР-органов (органов головы и шеи).

**Для цитирования:** Тимурзиева А. Б., Зудин А. Б. Некоторые вопросы организации диагностики и профилактики заболеваний ЛОР-органов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):207—215. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-207-215>

**Для корреспонденции:** Тимурзиева Алина Борисовна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [alinko9977z@mail.ru](mailto:alinko9977z@mail.ru)

**Timurzieva A. B., Zudin A. B.**

## SOME ISSUES OF ORGANIZATION OF DIAGNOSTICS AND PREVENTION OF DISEASES OF THE ENT ORGANS

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

*The issues of elaboration of organization of medical care by the profile “Otorhinolaryngology” and prevention of the ENT diseases are important from the point of view of reducing morbidity, mortality and increasing of quality and healthy life expectancy of patients.*

*The purpose of the study is to propose certain algorithms of organization of provision of medical care, diagnostics and prevention under the above-mentioned pathology on the basis of analyzed data of world literature and modern normative legal documents for its management.*

*The analytical and statistical methods and the results of both search of sources of normative legal base and one’s own experience were applied.*

*The algorithms of organization of diagnostics and prevention of some ENT diseases using interdisciplinary approach were developed. They can be proposed for consideration with purpose to enhance provision of the medical care to the given patients.*

*The developed algorithms of diagnostics and prevention can serve as valuable source for further enhancement of organization of medical care of patients with ENT diseases.*

**Keywords:** otorhinolaryngology; organization; medical care; prevention; early diagnostics; pathology; ENT diseases.

**For citation:** Timurzieva A. B., Zudin A. B. Some issues of organization of diagnostics and prevention of diseases of the ENT organs. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):207–215 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-207-215>

**For correspondence:** Timurzieva A. B., candidate of medical sciences, the Senior Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: [alinko9977z@mail.ru](mailto:alinko9977z@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 18.10.2025

Accepted 12.01.2026

## Введение

Одной из важнейших задач российского здравоохранения остается изучение вопросов состояния здоровья населения, ресурсного обеспечения, качества оказания медицинской помощи, управления в здравоохранении, прогнозирования заболеваемости

населения [1, 2], изучения рисков, существующих в медицинских организациях [3]. Внедрение в клиническую практику новых методов доказательной медицины является не менее сложной задачей. Так, некоторые авторы рассматривают включение инновационных методов, применяемых при оказании медицинской помощи, в клинические рекоменда-

ции и анализ степени их внедрения в практику [4]. Помимо прочего, для повышения качества организации медицинской помощи важны вопросы эффективного взаимодействия участников лечебно-диагностического процесса [5], в том числе с учетом их возрастных особенностей [6]. Принимая во внимание проблему высокой распространенности хронических неинфекционных заболеваний, в настоящее время требуется совершенствование подходов к проведению диспансеризации и профилактических медицинских осмотров [7]. Существует несколько уровней профилактики: первичная (ориентированность на предотвращение развития патологии в результате устранения факторов риска и причин), вторичная (ранняя диагностика и лечение заболеваний), третичная (реабилитация и повышение качества жизни пациентов), соответственно, согласно Указу Президента Российской Федерации от 28 февраля 2024 г. № 145 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации», чрезвычайно важна разработка алгоритмов профилактики различных социально значимых заболеваний. Исключением не являются опухолевые и воспалительные заболевания ЛОР-органов.

Вопросы организации методов ранней диагностики и развития профилактической медицины — одни из важнейших в области здравоохранения [8]. Ведения здорового образа жизни и обращения пациента в поликлинику для прохождения диспансеризации недостаточно для сохранения продолжительности здоровой жизни человека. Помимо этого, важны задачи совершенствования организации медицинской помощи пациентам. Так, заболевания ЛОР-органов относятся к наиболее распространенным и влияющим на качество жизни пациента [9]. Особого внимания заслуживают ранняя диагностика и профилактика опухолевых заболеваний [10], а также предотвращение развития профессиональных заболеваний, в том числе у работников системы здравоохранения [11].

Цель нашего исследования — проанализировать данные мировой литературы относительно вопросов организации медицинской помощи по профилю «Оториноларингология» и предложить алгоритмы вторичной профилактики (ранней диагностики) некоторых распространенных заболеваний ЛОР-органов.

### Материалы и методы

В ходе исследования применялись методы обзора нормативно-правовых документов по профилю «Оториноларингология» и источников отечественной и зарубежной литературы, аналитический и статистический. Рассмотрены также результаты собственного опыта.

### Результаты исследования

Многие из заболеваний ЛОР-органов (органов головы и шеи) стали чаще встречаться за последние 5 лет. В частности, проблема распространенности шума в ушах приобрела социальную значимость

[12], поскольку влияет на качество жизни пациентов [13]. По данным некоторых российских авторов, распространенность шума в ушах составляет 5–15% в общей популяции населения во всем мире [14], согласно результатам, полученным зарубежными авторами, — около 14,4% [15]. Соответственно, профилактика, диагностика и лечение патологии, вызывающей шум в ушах, являются одной из важнейших задач, решение которой позволяет повысить качество и ожидаемую продолжительность здоровой жизни пациентов. Немаловажную роль в развитии данного тяжелого симптома сыграла эпидемия новой коронавирусной инфекции, вызванная SARS-CoV-2, которая, как и грипп, оказала влияние на повреждение клеток обонятельного, слухового [16, 17] и других нервов. На сегодняшний день необходима разработка алгоритмов по ведению пациента с шумом в ушах. Следует отметить, что представляется целесообразным направлять данных пациентов не только к оториноларингологу и терапевту, но и к неврологу, эндокринологу, гематологу, по показаниям — и к другим специалистам, поскольку этот симптом может наблюдаться при множестве заболеваний нервно-психической, сердечно-сосудистой сфер, а также при заболеваниях вестибулокохlearной системы.

Как известно, тиннитус регистрируется у пациентов при различных воспалительных заболеваниях уха (острый средний отит, экссудативный средний отит, лабиринтит, хронический средний отит) [18—21], при воздействии громкого звука на протяжении длительного времени с последующим развитием тугоухости [22], шум в ушах может наблюдаться с возрастом у пожилых людей [23], а также при приеме ототоксичных лекарств [24], при отосклерозе [25], адгезивном отите, инородном теле в наружном слуховом проходе, дисфункции слуховой трубы на фоне патологии носоглотки и других заболеваний полости носа и околоносовых пазух [26], болезни Меньера [27, 28] и др. [29]. Шум в ушах может возникать в случае нарушения кровотока при различной патологии и аномалии сосудов, а также при анемии, атеросклерозе или артериальной гипертензии [30—32]. Помимо этого, могут встречаться гломусная опухоль среднего уха [33], акустическая невринома слухового нерва [34], а также множество других опухолей головы, шеи и головного мозга [35—37]. При патологии височно-нижнечелюстного сустава [38], после черепно-мозговой травмы [39], при сахарном диабете [40] и нарушениях функции щитовидной железы [41, 42], аутоиммунных заболеваниях [43] также может наблюдаться тиннитус. Следует отметить, что для отосклероза, гломусной опухоли среднего уха, акустической невриномы, адгезивного отита, болезни Меньера клинические рекомендации на сегодняшний день не разработаны. Таким образом, необходима разработка алгоритмов диагностики при заболеваниях, сопровождающихся шумом в ушах, так как эта проблема является междисциплинарной.



Рис. 1. Алгоритм ведения пациента с шумом в ушах.

дим междисциплинарный подход к ведению пациентов с данным симптомом и в зависимости от причины, вызвавшей его, подбор соответствующего плана лечения.

При наличии головокружения представляется целесообразным провести пациенту вестибулометрическое исследование, затем при необходимости направить его к смежным специалистам: неврологу (отоневрологу), терапевту (кардиологу) и др.

Алгоритм диагностики и выявления этиологии головокружения представлен на рис. 3.

Таким образом, при наличии у пациента головокружения следует провести комплексное обследование для определения дальнейшей тактики его веде-

На рис. 1 представлен алгоритм ведения пациента с шумом в ушах.

Помимо шума в ушах широкое распространение приобрел аллергический ринит. Следует уделить более пристальное внимание организации диагностики и лечения данной патологии, поскольку за последние годы заболеваемость аллергическим ринитом только растет. Несмотря на высокий уровень распространенности в общей популяции, существуют определенные сложности в его диагностике [44]. В связи с этим нами предложен алгоритм междисциплинарного взаимодействия специалистов при подозрении на аллергический ринит (рис. 2).

В последние годы к врачам стало обращаться больше пациентов с наличием системного и не системного головокружения. В данном случае необхо-

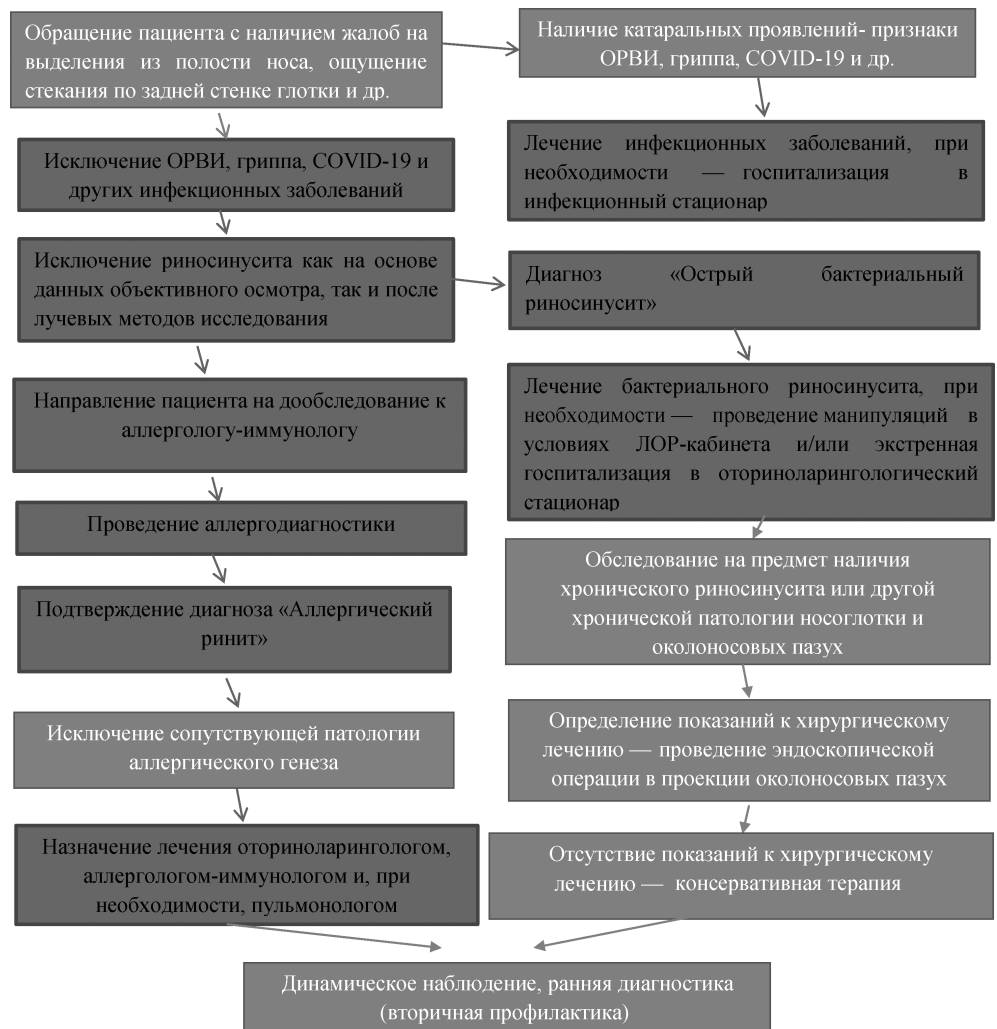


Рис. 2. Алгоритм ведения пациента с подозрением на аллергический ринит.



Рис. 3. Алгоритм диагностики при головокружении.

ния, поскольку в зависимости от диагноза терапия будет значительно различаться.

Для исключения доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения (ДППГ) невролог (отоневролог, оториноларинголог) может проводить маневры как с целью диагностики, так и для лечения пациента, однако при наличии сопутствующей патологии, в том числе после травм позвоночника, шеи и головы, при тяжелых сердечно-сосудистых и психических заболеваниях, проведение их может быть опасно, что целесообразно отметить в соответствующих стандартах и порядках оказания медицинской помощи. Оценка степени развития коморбидной патологии и отражение аспектов ведения данных пациентов во всех стандартах, порядках и клинических рекомендациях позволит значительно повысить качество их жизни, избежать полипрагмазии и повысить эффективность оказания медицинской помощи. Особого внимания в данном аспекте заслуживает рассмотрение опухолевых заболеваний ЛОР-органов, поздняя диагностика которых приводит к снижению качества жизни пациентов, снижению эффективности лечения и значительным экономическим потерям.

Учитывая вышесказанное, мы обратили внимание на разработку алгоритмов диагностики заболеваний головы и шеи (ЛОР-органов) с использованием эффекта флуоресценции и комбинационного рассеяния света [45], что позволяет идентифицировать злокачественный процесс в тканях на стадии его зарождения и усовершенствовать вторичную профилактику. На сегодняшний день разработка технологий ранней неинвазивной диагностики рака относится к важнейшим стратегическим направле-

ниям развития здравоохранения. Это позволит в будущем осуществлять скрининг и выявлять патологический очаг своевременно, позволяя врачам направить пациента на рациональное лечение до возникновения осложнений и необратимой стадии заболевания. Качество организации медицинской помощи соответствует определенным критериям [46], одним из них является своевременная маршрутизация пациента на основе ранней диагностики (вторичной профилактики). Соответственно, одной из важнейших задач здравоохранения является обоснование необходимости разработки методов ранней неинвазивной диагностики опухолевых заболеваний ЛОР-органов для повышения эффективности в системе здравоохранения. Проведение фиброларингоскопии, НВИ-эндоскопии (узкоспектральной эндоскопии), раман-флуоресцентной спектроскопии, оптической когерентной томографии в корреляции с патоморфологической диагностикой и биохимическим анализом индивидуальных маркеров специ-

фических изменений в тканях ЛОР-органов позволяет идентифицировать различия между молекулярным составом и особенностями кровотока в интактной ткани и тканях ЛОР-органов при опухолевом процессе. Спектральные характеристики имеют не только графическое, но и числовое значение, что позволяет использовать машинное обучение для проведения высокочувствительной диагностики. Полосы комбинационного рассеяния света являются строго индивидуальными при различных заболеваниях ЛОР-органов, что было выявлено в ходе ранее проведенных исследований [45]. Проведение подобного анализа в отношении каждого из заболеваний ЛОР-органов (органов головы и шеи) в сочетании с машинным обучением и искусственным интеллектом позволяет создать «Базы данных спектров при заболеваниях ЛОР-органов (органов головы и шеи)», что ценно для своевременного направления пациента на лечение, повышения качества и продолжительности здоровой жизни пациента.

Оснащение современного ЛОР-кабинета подразумевает наличие оборудования для проведения фиброларингоскопии, видеоларингостробоскопии, эндоскопического исследования носоглотки с использованием жесткого и гибкого эндоскопа, акустического анализа голоса, передней активной риноманометрии, акустической ринометрии, тимпанометрии; аудиометрии и других методов диагностики, однако предложенные алгоритмы раннего выявления опухолевых заболеваний позволяют видеть спектральные особенности ткани еще до формирования опухоли.

Раман-флуоресцентная спектроскопия может выполняться с использованием как конфокального

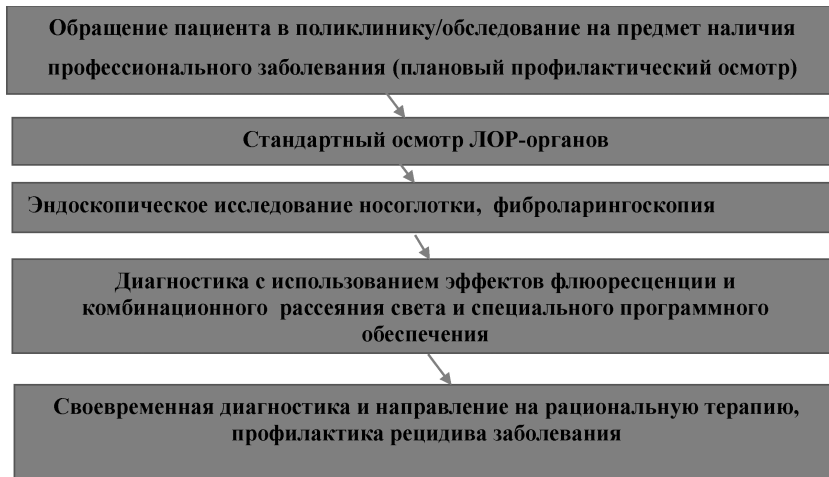


Рис. 4. Алгоритм диагностики опухолевых заболеваний ЛОР-органов (общая схема).

микроскопа, так и оптоволоконного световода, что позволяет провести «оптическую биопсию» и обеспечить скрининг еще на стадии амбулаторного обращения пациента (вторичную профилактику). Разработка алгоритмов ранней диагностики заболеваний ЛОР-органов позволит в будущем избежать

сложных операций, повысить качество жизни пациента, обеспечить своевременную его маршрутизацию. На рис. 4 и 5 представлены примеры алгоритмов ранней диагностики опухолевых заболеваний, их использование в клинической практике позволит направить пациента на рациональное лечение на стадии инициации патологического процесса и избежать рисков, связанных со снижением качества жизни, применением сложных хирургических вмешательств, низкой эффективности терапии и финансово-экономических потерь в здравоохранении, обеспечив при этом вторичную профилактику социально значимых заболеваний.

Использование комбинированных оптических технологий, таких как комбинационное рассеяние света и флюоресценция, позволяет дифференцировать ткани ЛОР-органов, пораженные опухолевым и воспалительным процессом, от интактной ткани, обеспечивая раннюю неинвазивную диагностику данной патологии, своевременную маршрутизацию пациента для проведения лечения, повышение качества орга-

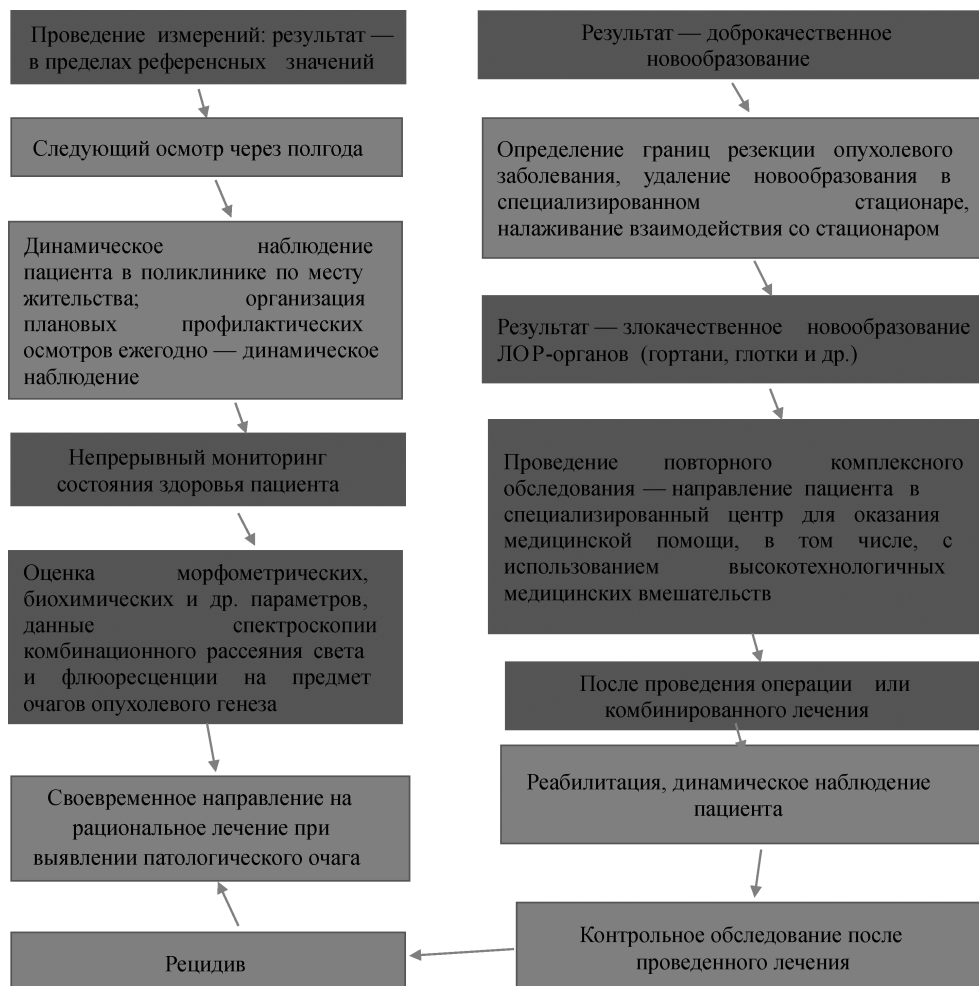


Рис. 5. Алгоритм ранней диагностики опухолевых заболеваний.



**Рис. 6.** Алгоритм профилактики опухолевых заболеваний и непрерывного мониторинга состояния здоровья пациента.

низации медицинской помощи при разработке специальных алгоритмов, повышение качества жизни пациента, снижение экономического бремени от несвоевременной диагностики и использования дорогих технологий лечения.

Таким образом, профилактике заболеваний ЛОР-органов на всех уровнях следует уделить особое внимание [47], это касается не только работников медицинской организации, но и специалистов других направлений. Помимо организации алгоритмов диагностики и своевременной маршрутизации пациента, для предотвращения развития профессионального заболевания у сотрудников важно предоставлять им отдых, когда это необходимо, учитывать ненормированный рабочий график, создавать комфортные условия труда и безопасность в ходе трудовой деятельности. Не менее важно санитарное просвещение граждан, регулирование медицинского контента через средства массовой информации, непрерывное совершенствование кадровой политики в субъектах Российской Федерации с учетом получения обратной связи от работников медицинских организаций и статистических данных учета информации о заболеваемости, смертности и продолжительности жизни (здоровой жизни) граждан.

Пример взаимодействия с целью проведения профилактических мер представлен на рис. 6.

### Заключение

В связи высокой распространенностью патологии ЛОР-органов (органов головы и шеи) в общей популяции населения и ее социальной значимостью важнейшую роль в здравоохранении и сохранении здоровой жизни человека играет изучение вопросов ранней диагностики, которую можно отнести к компоненту вторичной профилактики, с учетом методов инновационной медицины, междисциплинарного подхода и эффективного взаимодействия

специалистов разного профиля, а также разработки специальных алгоритмов раннего выявления этих заболеваний и деятельности всех участников лечебно-диагностического процесса, что позволяет своевременно провести идентификацию патологического процесса и направить пациента на рациональное лечение, значительно повысив качество его жизни и эффективность проводимой терапии. В результате проведенного исследования разработаны алгоритмы диагностики некоторых заболеваний ЛОР-органов (органов головы и шеи), предложены механизмы совершенствования качества организации медицинской помощи по профилю «Оториноларингология», рассмотрены некоторые сложные аспекты профилактики и ранней диагностики социально значимых заболеваний, предложен междисциплинарный подход при обеспечении профилактики на всех уровнях.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Линденбрaten А. Л. Актуальные проблемы российского здравоохранения. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2020;(3):60—71.
2. Щепин В. О., Загоруйченко А. А., Карпова О. Б. Методологические основы прогнозирования распространения заболеваний в мире (обзор). *Менеджер здравоохранения*. 2022;(9):51.
3. Мириева И. Д., Сазанова Г. Ю., Еругина М. В., Князев Е. Б., Гадяцкий А. Ю., Пономарев А. Д., Варганов Э. А. Иерархия рисков медицинской организации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(2):259—62. doi: 10.32687/0869-866X-2025-33-2-259-262
4. Габриелян А. Р., Александрова О. Ю., Михайлов И. А. Результаты анализа включения инновационных технологий в рамках клинической апробации в клинические рекомендации. *Ремедиум*. 2025;29(1):10—3.
5. Тимурзиева А. Б. К вопросу о необходимости повышения эффективности взаимодействия сторон лечебно-диагностического процесса для улучшения качества оказания медицинской помощи. *Профилактическая медицина*. 2022;25(12):144—9.

Здоровье и общество

6. Ананченкова П. И. Эйджизм в отношениях «врач—пациент». *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;(S2):1056.
7. Загоруйченко А. А., Блинкова Л. Н., Нечаев В. С. О правовом обеспечении долгосрочной стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний в России. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(8):74—5.
8. Setyawati R., Astuti A., Utami P. T., Adiwijaya S., Hasyim M. D. The Importance of Early Detection in Disease Management. *J. Neosantara Hybrid Learning*. 2024;2(1):51—63. doi: 10.55849/health.v2i1.692
9. Ali M. A., Taishan W. S., Almaymoni A. A., Al Sulaiman I. N., Althunayyan T. S., Abdullah Z. A., Alharbi M., Alalwani H. H., Alzahrani T. M., Felemban G. Prevalence of Ear, Nose, and Throat Problems in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2025;17(1):e76927. doi: 10.7759/cureus.76927
10. Dillner J. Early detection and prevention. *Mol. Oncol*. 2019;13(3):591—8. doi: 10.1002/1878-0261.12459
11. Валеева Э. Т., Карамова Л. М., Шайхлисламова Э. Р., Красовский В. О., Власова Н. В. О профилактике профессионально обусловленных заболеваний у медицинских работников. *Гигиена и санитария*. 2019;98(9):936—42. doi: 10.47470/0016-9900-2019-98-9-936-942
12. Морозова С. В., Шибина Л. М., Полякова Е. П. Шум в ушах как актуальная проблема практической медицины. *Вестник оториноларингологии*. 2015;80(5):67—70.
13. Aldè M., Iannella G., Lechien J. R., Simon F., Maniaci A. Comment on Manchiaiah et al. Social Representations of “Tinnitus” and “Health” among Individuals with Tinnitus Seeking Online Psychological Interventions. *Audiol. Res*. 2023;13:207—20. doi: 10.3390/audiolres13040056
14. Якимец А. В., Морозова С. В., Стаканов П. А., Садкова О. А., Полякова Е. П. Тиннитус и психические расстройства (клинико-психопатологическое исследование больных без оториноларингологической патологии). *Психиатрия*. 2023;21(6):50—7. doi: 10.30629/2618-6667-2023-21-6-50-57
15. Jarach C. M., Lugo A., Scala M., van den Brandt P. A., Cederroth C. R., Odone A., Garavello W., Schlee W., Langguth B., Galus S. Global Prevalence and Incidence of Tinnitus: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2022;79(9):888—900. doi: 10.1001/jamaneurol.2022.2189. Erratum in: *JAMA Neurol*. 2023 Feb 1;80(2):216. doi: 10.1001/jamaneurol.2022.4248
16. Shamsundara M., Jayalakshmi L. Anosmia-An Effect of COVID-19 Infection-Review. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2023;75(Suppl 1):815—21. doi: 10.1007/s12070-022-03401-w
17. Degen C., Lenarz T., Willenborg K. Acute Profound Sensorineural Hearing Loss After COVID-19 Pneumonia. *Mayo Clin. Proc*. 2020;95(8):1801—3. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.05.034
18. Park J. H., Park S. J., Kim Y. H., Park M. H. Sensorineural hearing loss: a complication of acute otitis media in adults. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol*. 2014;271(7):1879—84. doi: 10.1007/s00405-013-2675-x
19. Barkwill D., Arora R. Labyrinthitis. 2023 Aug 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
20. Gao Y., Zhang Q., Luo H., Wang B. Clinical Evaluation of Hearing Loss and Tinnitus in Secretory Otitis Media. *J. Biosci. Med*. 2018;6:50—7. doi: 10.4236/jbm.2018.611006
21. Tailor B. V., Phillips J. S., Nunney I., Yung M. W., Doruk C., Kara H., Kong T., Quaranta N., Peñaranda A., Bernardeschi D., Dai C., Kania R., Denoyelle F., Tono T. Analysis of tinnitus severity and associated risk factors in patients with chronic otitis media: data from the multinational collaborative Chronic Otitis Media Questionnaire-12 study. *J. Laryngol. Otol*. 2022;136(12):1203—10. doi: 10.1017/S0022215121004266
22. Wang T. C., Chang T. Y., Tyler R., Lin Y. J., Liang W. M., Shau Y. W., Lin W. Y., Chen Y. W., Lin C. D., Tsai M. H. Noise Induced Hearing Loss and Tinnitus-New Research Developments and Remaining Gaps in Disease Assessment, Treatment, and Prevention. *Brain Sci*. 2020;10(10):732. doi: 10.3390/brainsci10100732
23. Oosterloo B. C., Croll P. H., Baatenburg de Jong R. J., Ikram M. K., Goedegeure A. Prevalence of Tinnitus in an Aging Population and Its Relation to Age and Hearing Loss. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2021;164(4):859—68. doi: 10.1177/0194599820957296
24. Altissimi G., Colizza A., Cianfrone G., de Vincentiis M., Greco A., Taurone S., Musacchio A., Ciofalo A., Turchetta R., Angeletti D., Ralli M. Drugs inducing hearing loss, tinnitus, dizziness and vertigo: an updated guide. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci*. 2020;24(15):7946—52. doi: 10.26355/eurrev\_202008\_22477
25. Lima A. F., Moreira F. C., Costa I. E., Azevedo C., Mar F., Dias L. Tinnitus and Otosclerosis: An Exploratory Study about the Prevalence, Features and Impact in Daily Life. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*. 2021;26(3):e390—5. doi: 10.1055/s-0041-1739967
26. Mizuta K., Endo S., Arai M. A Study of Muscular Objective Tinnitus Caused by the Eustachian Tube. *Int. J. Pract. Otolaryngol*. 2022;5:e13—e20.
27. Havia M., Kentala E., Pyykkö I. Hearing loss and tinnitus in Meniere’s disease. *Auris Nasus Larynx*. 2002;29(2):115—9. doi: 10.1016/s0385-8146(01)00142-0
28. Yeo C. D., Yeom S. W., Lee E. J., Kim J. S. Association between nasal septal deviation and tinnitus: Insights from a 9-year nationwide cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Oct 18;103(42):e40208. doi: 10.1097/MD.00000000000040208
29. Makar S. K. Etiology and Pathophysiology of Tinnitus — A Systematic Review. *Int. Tinnitus J*. 2021;25(1):76—86. doi: 10.5935/0946-5448.20210015
30. Hofmann E., Behr R., Neumann-Haefelin T., Schwager K. Pulsatile tinnitus: imaging and differential diagnosis. *Dtsch Arztebl. Int*. 2013;110(26):451—8. doi: 10.3238/arztebl.2013.0451
31. Sunwoo W., Lee D. Y., Lee J. Y., Lee M., Kang Y., Park M. H., Kim Y. H. Characteristics of tinnitus found in anemia patients and analysis of population-based survey. *Auris Nasus Larynx*. 2018;45(6):1152—8. doi: 10.1016/j.anl.2018.04.001
32. Figueiredo R. R., Azevedo A. A., Penido N. O. Positive Association between Tinnitus and Arterial Hypertension. *Front. Neurol*. 2016;7:171. doi: 10.3389/fneur.2016.00171
33. Kim J. M., Kim C. D., Kim S. W. A case of pulsatile tinnitus from the atherosclerosis and atheroma in superior labial artery and facial artery. *Korean J. Audiol*. 2012;16(3):156—8. doi: 10.7874/kja.2012.16.3.156
34. Chang H., Silva M. A., Torres A. A., Weng J., de Lima Guido L. P., Velez-Torres J., Gultekin S. H., Brown C. S., Diwanji T., Angeli S. I., Benjamin C. A. Carcinoid tumor of the middle ear masquerading as a glomus tympanicum presenting with temporal lobe hemorrhage in a 70-year-old woman: Case report and review of the literature. *Neurochirurgie*. 2022;68(6):654—60. doi: 10.1016/j.neuchi.2022.07.008
35. Smith C. D. L., McMahon A. D., Purkayastha M., et al. Head and neck cancer incidence is rising but the sociodemographic profile is changing: a population epidemiological study (2001–2020). *BJC Rep*. 2024;2:71. doi: 10.1038/s44276-024-00089-z
36. Wierzbicka M., Pietruszewska W., Maciejczyk A., Markowski J. Trends in Incidence and Mortality of Head and Neck Cancer Subsites Among Elderly Patients: A Population-Based Analysis. *Cancers*. 2025;17:548. doi: 10.3390/cancers17030548
37. Salari N., Ghasemi H., Fatahian R., Mansouri K., Dokaneheifard S., Shiri M. H., Hemmati M., Mohammadi M. The global prevalence of primary central nervous system tumors: a systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Med. Res*. 2023;28(1):39. doi: 10.1186/s40001-023-01011-y
38. Inchingolo A. M., Inchingolo A. D., Settanni V., De Leonardi N., Campanelli M., Garofoli G., Benagiano S., Malcangi G., Minetti E., Palermo A. Correlation between Temporomandibular Disorders and Tinnitus and Possible Treatment Strategies: Comprehensive Review. *Appl. Sci*. 2023;13:8997. doi: 10.3390/app13158997
39. Horton G. A., Ibrahim O., Jansen M., Trier J., Milev R., Beyea J. A. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation For The Treatment of Chronic Tinnitus: A Preliminary Study of The Influence of Traumatic Brain Injury on Treatment Response. *Int. Tinnitus J*. 2021;25(1):51—8. doi: 10.5935/0946-5448.20210011
40. Mousavi S. H. G., Sajadinejad B., Khorsandi S., Farhadi A. Diabetes Mellitus and Tinnitus: an Epidemiology Study. *Maedica (Bucur)*. 2021;16(4):580—4. doi: 10.26574/maedica.2021.16.4.580
41. Hsu A., Tsou Ya., Wang T. C. Hypothyroidism and related comorbidities on the risks of developing tinnitus. *Sci. Rep*. 2022;12:3401. doi: 10.1038/s41598-022-07457-0
42. Goshtasbi K., Abouzari M., Risbud A., Mostaghni N., Muhonen E. G., Martin E., Djalilian H. R. Tinnitus and Subjective Hearing Loss are More Common in Migraine: A Cross-Sectional NHANES Analysis. *Otol. Neurotol*. 2021;42(9):1329—33. doi: 10.1097/MAO.0000000000003247
43. Athanasopoulos M., Samara P., Athanasopoulos I. Decoding the impact of autoinflammatory/autoimmune diseases on inner ear harmony and hearing loss. *Explor. Immunol*. 2024;4:73—89. doi: 10.37349/ei.2024.00129
44. Ревякина В. А. Аллергический ринит и ассоциированные с ним заболевания в реальной клинической практике. *Фарматека*. 2024;31(6):180—6. doi: 10.18565/pharmateca.2024.6.180-6

45. Тимурзиева А. Б., Попадюк В. И., Дуванский В. А. Обоснование использования раман-флуоресцентной спектроскопии в экспресс-диагностике рака гортани. *Head and neck. Голова и шея. Российский журнал*. 2024;12(4):34–40
46. Линденбратен А. Л. Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2013;(2):21–2.
47. Панкова В. Б. Система профилактики в оториноларингологии. *Вестник оториноларингологии*. 2015;80(1):4–8.

Поступила 18.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

1. Lindenbraten A. L. Current issues of Russian Healthcare. *Byulleten' Nacional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko = Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko*. 2020;(3):60–71 (in Russian).
2. Shchepin V. O., Zagoruychenko A. A., Karpova O. B. Methodological foundations for forecasting the spread of diseases in the world (review). *Menedzher zdavoohraneniya = Healthcare Manager*. 2022;(9):51 (in Russian).
3. Mirieva I. D., Sazanova G. Yu., Erugina M. V., Knyazev E. B., Gadyatsky A. Yu., Ponomarev A. D., Vartanov E. A. Risk hierarchy of a medical organization. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny = Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine*. 2025;33(2):259–62. doi: 10.32687/0869-866X-2025-33-2-259-262 (in Russian).
4. Gabrielyan A. R., Aleksandrova O. Yu., Mikhailov I. A. Results of the analysis of the inclusion of innovative technologies in the framework of clinical testing in clinical guidelines. *Remedium*. 2025;29(1):10–3 (in Russian).
5. Timurzieva A. B. The need to improve the efficiency of interaction between the parties to the diagnostic and treatment process to improve the quality of medical care. *Profilakticheskaya medicina = Russian Journal of Preventive Medicine*. 2022;25(12):144–9. doi: 10.17116/profmed202225121144 (in Russian).
6. Ananchenkova P. I. Ageism in doctor-patient relationships. *Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny = Problems of social hygiene, healthcare and history of medicine*. 2024;(S2):1056 (in Russian).
7. Zagoruychenko A. A., Blinkova L. N., Nechaev V. S. On the legal support of the long-term strategy for the prevention of chronic non-communicable diseases in Russia. *Menedzher zdavoohraneniya = Healthcare Manager*. 2024;(8):74–5 (in Russian).
8. Setyawati R., Astuti A., Utami P. T., Adiwijaya S., Hasyim M. D. The Importance of Early Detection in Disease Management. *J. Neosantara Hybrid Learning*. 2024;2(1):51–63. doi: 10.55849/health.v2i1.692
9. Ali M. A., Taishan W. S., Almaymoni A. A., Al Sulaiman I. N., Althunayyan T. S., Abdullah Z. A., Alharbi M., Alalwani H. H., Alzahrani T. M., Felemban G. Prevalence of Ear, Nose, and Throat Problems in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2025;17(1):e76927. doi: 10.7759/cureus.76927
10. Dillner J. Early detection and prevention. *Mol. Oncol*. 2019;13(3):591–8. doi: 10.1002/1878-0261.12459
11. Valeeva E. T., Karamova L. M., Shaykhlislamova E. R., Krasovskiy V. O., Vlasova N. V. On the prevention of occupationally conditioned diseases in healthcare workers. *Gigiena i sanitariya = Hygiene and Sanitation*. 2019;98(9):936–42. doi: 10.47470/0016-9900-2019-98-9-936-942 (in Russian).
12. Morozova S. V., Shibina L. M., Poliakova E. P. Tympanophonia as a topical problem of practical medicine. *Vestnik otorinolaringologii = Russian Bulletin of Otorhinolaryngology*. 2015;80(5):67–70. doi: 10.17116/otorino201580567-70 (in Russian).
13. Aldè M., Iannella G., Lechien J. R., Simon F., Maniaci A. Comment on Manchiaiah et al. Social Representations of “Tinnitus” and “Health” among Individuals with Tinnitus Seeking Online Psychological Interventions. *Audiol. Res*. 2023;13:207–20. doi: 10.3390/audiolres13040056
14. Yakimets A. V., Morozova S. V., Stakanov P. A., Sadkova O. A., Polyakova E. P. Tinnitus and mental disorders (clinical and psychopathological study of patients without otolaryngological pathology). *Psichiatriya = Psychiatry*. 2023;21(6):50–7. doi: 10.30629/2618-6667-2023-21-6-50-57 (in Russian).
15. Jarach C. M., Lugo A., Scala M., van den Brandt P. A., Cederroth C. R., Odone A., Garavello W., Schlee W., Langguth B., Galus S. Global Prevalence and Incidence of Tinnitus: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Neurol*. 2022;79(9):888–900. doi: 10.1001/jamaneurol.2022.2189. Erratum in: *JAMA Neurol*. 2023 Feb 1;80(2):216. doi: 10.1001/jamaneurol.2022.4248
16. Shamsundara M., Jayalakshmi L. Anosmia-An Effect of COVID-19 Infection-Review. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2023;75(Suppl 1):815–21. doi: 10.1007/s12070-022-03401-w
17. Degen C., Lenarz T., Willenborg K. Acute Profound Sensorineural Hearing Loss After COVID-19 Pneumonia. *Mayo Clin. Proc*. 2020;95(8):1801–3. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.05.034
18. Park J. H., Park S. J., Kim Y. H., Park M. H. Sensorineural hearing loss: a complication of acute otitis media in adults. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol*. 2014;271(7):1879–84. doi: 10.1007/s00405-013-2675-x
19. Barkwill D., Arora R. Labyrinthitis. 2023 Aug 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
20. Gao Y., Zhang Q., Luo H., Wang B. Clinical Evaluation of Hearing Loss and Tinnitus in Secretory Otitis Media. *J. Biosci. Med*. 2018;6:50–7. doi: 10.4236/jbm.2018.611006
21. Tailor B. V., Phillips J. S., Nunney I., Yung M. W., Doruk C., Kara H., Kong T., Quaranta N., Peñaranda A., Bernardeschi D., Dai C., Kania R., Denoyelle F., Tono T. Analysis of tinnitus severity and associated risk factors in patients with chronic otitis media: data from the multinational collaborative Chronic Otitis Media Questionnaire-12 study. *J. Laryngol. Otol*. 2022;136(12):1203–10. doi: 10.1017/S0022215121004266
22. Wang T. C., Chang T. Y., Tyler R., Lin Y. J., Liang W. M., Shau Y. W., Lin W. Y., Chen Y. W., Lin C. D., Tsai M. H. Noise Induced Hearing Loss and Tinnitus-New Research Developments and Remaining Gaps in Disease Assessment, Treatment, and Prevention. *Brain Sci*. 2020;10(10):732. doi: 10.3390/brainsci10100732
23. Oosterloo B. C., Croll P. H., Baatenburg de Jong R. J., Ikram M. K., Goedegebure A. Prevalence of Tinnitus in an Aging Population and Its Relation to Age and Hearing Loss. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2021;164(4):859–68. doi: 10.1177/0194599820957296
24. Altissimi G., Colizza A., Cianfrone G., de Vincentiis M., Greco A., Taurone S., Musacchio A., Ciofalo A., Turchetta R., Angeletti D., Ralli M. Drugs inducing hearing loss, tinnitus, dizziness and vertigo: an updated guide. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci*. 2020;24(15):7946–52. doi: 10.26355/eurrev\_202008\_22477
25. Lima A. F., Moreira F. C., Costa I. E., Azevedo C., Mar F., Dias L. Tinnitus and Otosclerosis: An Exploratory Study about the Prevalence, Features and Impact in Daily Life. *Int. Arch. Otorhinolaryngol*. 2021;26(3):e390–5. doi: 10.1055/s-0041-1739967
26. Mizuta K., Endo S., Arai M. A Study of Muscular Objective Tinnitus Caused by the Eustachian Tube. *Int. J. Pract. Otolaryngol*. 2022;5:e13–e20.
27. Havia M., Kentala E., Pyykkö I. Hearing loss and tinnitus in Meniere's disease. *Auris Nasus Larynx*. 2002;29(2):115–9. doi: 10.1016/s0385-8146(01)00142-0
28. Yeo C. D., Yeom S. W., Lee E. J., Kim J. S. Association between nasal septal deviation and tinnitus: Insights from a 9-year nationwide cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Oct 18;103(42):e40208. doi: 10.1097/MD.00000000000040208
29. Makar S. K. Etiology and Pathophysiology of Tinnitus — A Systematic Review. *Int. Tinnitus J*. 2021;25(1):76–86. doi: 10.5935/0946-5448.20210015
30. Hofmann E., Behr R., Neumann-Haefelin T., Schwager K. Pulsatile tinnitus: imaging and differential diagnosis. *Dtsch Arztebl. Int*. 2013;110(26):451–8. doi: 10.3238/arztebl.2013.0451
31. Sunwoo W., Lee D. Y., Lee J. Y., Lee M., Kang Y., Park M. H., Kim Y. H. Characteristics of tinnitus found in anemia patients and analysis of population-based survey. *Auris Nasus Larynx*. 2018;45(6):1152–8. doi: 10.1016/j.anl.2018.04.001
32. Figueiredo R. R., Azevedo A. A., Penido N. O. Positive Association between Tinnitus and Arterial Hypertension. *Front. Neurol*. 2016;7:171. doi: 10.3389/fneur.2016.00171
33. Kim J. M., Kim C. D., Kim S. W. A case of pulsatile tinnitus from the atherosclerosis and atheroma in superior labial artery and facial artery. *Korean J. Audiol*. 2012;16(3):156–8. doi: 10.7874/kja.2012.16.3.156
34. Chang H., Silva M. A., Torres A. A., Weng J., de Lima Guido L. P., Velez-Torres J., Gultekin S. H., Brown C. S., Diwanji T., Angeli S. I., Benjamin C. A. Carcinoid tumor of the middle ear masquerading as a glomus tympanicum presenting with temporal lobe hemorrhage in a 70-year-old woman: Case report and review of the literature. *Neurochirurgie*. 2022;68(6):654–60. doi: 10.1016/j.neuchi.2022.07.008

Здоровье и общество

35. Smith C. D. L., McMahon A. D., Purkayastha M., et al. Head and neck cancer incidence is rising but the sociodemographic profile is unchanging: a population epidemiological study (2001–2020). *BJC Rep.* 2024;2:71. doi: 10.1038/s44276-024-00089-z
36. Wierzbicka M., Pietruszewska W., Maciejczyk A., Markowski J. Trends in Incidence and Mortality of Head and Neck Cancer Subsites Among Elderly Patients: A Population-Based Analysis. *Cancers.* 2025;17:548. doi: 10.3390/cancers17030548
37. Salari N., Ghasemi H., Fatahian R., Mansouri K., Dokaneheifard S., Shiri M. H., Hemmati M., Mohammadi M. The global prevalence of primary central nervous system tumors: a systematic review and meta-analysis. *Eur. J. Med. Res.* 2023;28(1):39. doi: 10.1186/s40001-023-01011-y
38. Inchingolo A. M., Inchingolo A. D., Settanni V., De Leonardi N., Campanelli M., Garofoli G., Benagiano S., Malcangi G., Minetti E., Palermo A. Correlation between Temporomandibular Disorders and Tinnitus and Possible Treatment Strategies: Comprehensive Review. *Appl. Sci.* 2023;13:8997. doi: 10.3390/app13158997
39. Horton G. A., Ibrahim O., Jansen M., Trier J., Milev R., Beyea J. A. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation For The Treatment of Chronic Tinnitus: A Preliminary Study of The Influence of Traumatic Brain Injury on Treatment Response. *Int. Tinnitus J.* 2021;25(1):51–8. doi: 10.5935/0946-5448.20210011
40. Mousavi S. H. G., Sajadinejad B., Khorsandi S., Farhadi A. Diabetes Mellitus and Tinnitus: an Epidemiology Study. *Maedica (Bucur).* 2021;16(4):580–4. doi: 10.26574/maedica.2021.16.4.580
41. Hsu A., Tsou Ya., Wang T. C. Hypothyroidism and related comorbidities on the risks of developing tinnitus. *Sci. Rep.* 2022;12:3401. doi: 10.1038/s41598-022-07457-0
42. Goshtasbi K., Abouzari M., Risbud A., Mostaghni N., Muhoenen E. G., Martin E., Djalilian H. R. Tinnitus and Subjective Hearing Loss are More Common in Migraine: A Cross-Sectional NHANES Analysis. *Otol. Neurotol.* 2021;42(9):1329–33. doi: 10.1097/MAO.0000000000003247
43. Athanasopoulos M., Samara P., Athanasopoulos I. Decoding the impact of autoinflammatory/autoimmune diseases on inner ear harmony and hearing loss. *Explor. Immunol.* 2024;4:73–89. doi: 10.37349/ei.2024.00129
44. Revyakina V. A. Allergic rhinitis and associated diseases in real clinical practice. *Farmateka = Pharmateka.* 2024;31(6):180–6. doi: 10.18565/pharmateca.2024.6.180-186 (in Russian).
45. Timurzieva A. B., Popadyuk V. I., Duvansky V. A. Rationale for the use of Raman fluorescence spectroscopy in the rapid diagnosis of laryngeal cancer. *Golova i sheya. Rossijskij zhurnal = Head and neck. Russian journal.* 2024;12(4):34–40 (in Russian).
46. Lindenbraten A. L. Quality of medical care organization and criteria for its assessment. *Byulleten' Nacional'nogo NII obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko = Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N. A. Semashko.* 2013;(2):21–2 (in Russian).
47. Pankova V. B. The system of prophylaxis in otorhinolaryngology. *Vestnik otorinolaringologii = Russian Bulletin of Otorhinolaryngology.* 2015;80(1):4–8. doi:10.17116/otorino20158014-8 (in Russian).

Амлаев К. Р., Атоева М. А., Юлдашова Ш. Т., Намозова Н. С.

**ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ И КОНТРОЛЯ НОЗОКОМИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ: МИРОВОЙ ОПЫТ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ**

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино Министерства здравоохранения Узбекистана, 200118, г. Бухара, Узбекистан

*Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, остаются одной из ключевых проблем системы здравоохранения, обусловленной высокой заболеваемостью, смертностью и экономическими потерями. По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность таких инфекций колеблется от 7 до 15% среди госпитализированных пациентов, а в странах с низким уровнем дохода этот показатель может достигать 20%. В данной статье представлен обзор современных данных о распространенности, клинических особенностях и факторах риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Рассмотрены типы инфекций, их экономические последствия, а также вопросы, связанные с резистентностью к противомикробным препаратам.*

**Ключевые слова:** инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи; эпидемиология; факторы риска; резистентность к противомикробным препаратам; профилактика инфекций.

**Для цитирования:** Амлаев К. Р., Атоева М. А., Юлдашова Ш. Т., Намозова Н. С. Программа профилактики и контроля нозокомиальных инфекций: мировой опыт и рекомендации по внедрению. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):216–218. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-216-218>

**Для корреспонденции:** Амлаев Карэн Робертович, д-р мед. наук, профессор кафедры превентивной медицины, общественного здоровья и управления здравоохранением Бухарского государственного медицинского института имени Абу Али ибн Сино Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, e-mail: karen.amlaev@bsmi.uz

Amlaev K. R., Atoyeva M. A., Yuldashova Sh. T., Namozova N. S.

**THE PROGRAM OF PREVENTION AND CONTROL OF NOSOCOMIAL INFECTIONS: WORLD EXPERIENCE AND RECOMMENDATIONS FOR IMPLEMENTATION**

The Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 200118 Bukhara, Uzbekistan

*The nosocomial infections that are related to provision of medical care continue to be one of the key problems of health care system conditioned by high morbidity, mortality and economic losses. According to the WHO, prevalence of such infections ranges from 7% to 15% among hospitalized patients. In countries with low-income this indicator can reach 20%. The article presents a review of modern data on prevalence, clinical characteristics and risk factors of nosocomial infections. The types of these infections, their economic consequences and issues related to resistance to of antimicrobial preparations are considered.*

**Keywords:** nosocomial infections; epidemiology; risk factors; antimicrobial preparations; resistance; infection; prevention.

**For citation:** Amlaev K. R., Atoyeva M. A., Yuldashova Sh. T., Namozova N. S. The program of prevention and control of nosocomial infections: world experience and recommendations for implementation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):216–218 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-216-218>

**For correspondence:** Amlaev K. R., doctor of medical sciences, professor of the Chair of the Preventive Medicine, Public Health and Health Care Management of the Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan. e-mail: karen.amlaev@bsmi.uz

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 08.10.2025  
Accepted 12.01.2026**Relevance**

Nosocomial infections (NI) remain one of the leading problems in modern epidemiology and healthcare. They affect millions of patients annually, increasing morbidity, mortality, length of hospital stay, and treatment costs [1–3]. According to the World Health Organization (WHO), the prevalence of HAIs ranges from 7% to 15% among hospitalized patients, and in low-income countries, this figure can reach 20% [4].

This problem has become particularly relevant in the context of the COVID-19 pandemic, when the burden on the healthcare system has increased significantly and it has become critically important to reduce the risk of HAI [5–7]. In addition, the growth of antimicrobial re-

sistance (AMR) has made treatment even more difficult and costly [8–10].

In this regard, analysis of current data on the prevalence, characteristics, and risk factors of HAIs, based on recent studies, is an important prerequisite for the development of effective methods of HAI prevention and infection control.

**Materials and methods**

To prepare this review, a systematic analysis of the results of scientific studies published between 2020 and 2024 in the PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar databases was conducted. The keywords for the scientific search included the following options: “hospital infections”, “healthcare-associated infections”,

“nosocomial infections”, “risk factors”, “epidemiology”, “prevalence”, “mortality”, and others.

Inclusion criteria:

- Original studies and systematic reviews.
- Publications in English or Russian.
- Studies covering all age groups.
- Articles containing data on the prevalence, risk factors, and outcomes of HAIs.

Exclusion criteria:

- Unpublished works.
- Works without an available abstract.
- Articles not related to the topic of HAI.

After removing duplicates, 3,210 articles were analyzed by title and abstract, after which 968 studies were reviewed in full. A total of 185 studies with a total of more than 15 million participants were included in the final analysis [11]. A random effects model was used for the analysis, as well as a heterogeneity criterion and a publication bias test.

## Results and discussion

### *Prevalence of nosocomial infections*

According to meta-analysis data from recent years, the overall prevalence of HAIs is about 7–10% among all hospitalized patients, with significant differences between different studies and types of healthcare facilities [12]. In high-income countries, the rate of HAIs is lower than in other countries, where it can reach 15–20% [13].

The most common types of HAIs are:

- Surgical site infections (SSI) — 20–30%
- Pneumonia — 15–25%
- Urinary tract infections — 20–30%
- Bacteremia — 10–15%

Nosocomial pneumonia (NPC) is one of the most severe forms of HAIs and is associated with high mortality (up to 30–50%) [14].

For example, a study conducted in 2022 in the intensive care unit of a large hospital in South Korea showed that the incidence of HAP was 12.3% and the mortality rate was 34.5% [15]. Another study conducted in India in 2021 also showed a high rate of HAIs (16.8%), with a significant proportion of cases caused by antibiotic-resistant strains [16].

### *Risk factors*

Analysis of the study results reveals the main risk factors for the development of HAIs, including [17–19]:

- Prolonged hospital stay.
- Use of invasive devices (catheters, drains, mechanical ventilation).
- Chronic diseases (diabetes, immunosuppression).
- Previous antibiotic therapy in medical history.
- Age over 65.
- Skin disorders
- Multiple surgical procedures
- Transfer of patients between departments.

For example, the use of a central venous catheter increases the risk of HAI by 3–5 times, and the use of artificial ventilation by 6–9 times [20, 21]. It has also been established that elderly patients have an increased risk of

developing HAI due to impaired immunity and multiple comorbidities [22].

### *Economic burden*

HAIs place a heavy burden on the healthcare economic system. The cost of additional treatment for one case of catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) is \$700–\$1000, surgical site infection (SSI) is \$10,000–\$30,000, and a ventilator-associated pneumonia (VAP) infection in hospitals is more than \$40,000 [23–25]. These figures vary depending on the country and type of infection, but the overall trend is clear: HAIs require significant financial resources and efforts for prevention and treatment.

A study conducted in the United States (2021) showed that the average additional cost per patient with HAI was \$19,800, and the total loss to the national healthcare system is \$10 billion per year [26].

### *The problem of antibiotic resistance*

HAIs caused by antibiotic-resistant strains (e.g., MRSA, VRE, CRE) pose a particular danger. According to a number of studies, the frequency of such cases ranges from 10 to 50%, depending on the region and type of infection [27–29]. This leads to increased mortality, prolonged hospital stays, and the need for more effective drugs [30].

A study in Ghana (2020) showed that 42% of HAI cases were caused by strains resistant to third-generation cephalosporins, which requires strengthening control measures and restricting the unjustified use of antibiotics [31].

## Conclusions and recommendations

Nosocomial infections are one of the most acute problems in modern healthcare. This is due to high morbidity, mortality, and economic losses. Based on the systematic review, the following conclusions can be drawn:

1. The prevalence of HAIs is 7–10% among all hospitalized patients, with this figure being significantly higher in low-income countries.
2. The most common types of HAIs are surgical site infections, pneumonia, urinary tract infections, and bacteremia.
3. Risk factors include being over 65 years of age, having comorbidities, using invasive devices, and being hospitalized.
4. Antibiotic resistance significantly complicates the treatment of HAIs and predicts a worsening of the situation.
5. The economic losses from HAIs amount to billions of dollars annually.

Based on these data, the list of recommendations should include:

- Implementation of comprehensive HAI prevention programs, including staff training, monitoring, and strict control of antibiotic use.
- Improvement of hygiene, sanitation, and anti-epidemic conditions in hospitals, especially in intensive care units.

- Developing national programs to control antibiotic resistance.
- Conducting further scientific research into new methods of diagnosis and treatment of HAIs.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
Исследование не имело спонсорской поддержки.

## REFERENCES

- Chant C., Smith O. M., Marshall J. C., Friedrich J. O. Association of catheter-associated urinary tract infection with mortality and length of hospital stay in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit. Care Med.* 2020;48(7):967–73.
- Mathey A. S., Philips A., Isaac R. Ventilator-associated pneumonia: a persistent healthcare problem in Indian intensive care units. *Lung India.* 2020;37(4):312–6.
- Kazaure H. S., Martin M., Yoon J. K., Wren S. M. Long-term results of the postoperative pneumonia prevention program for the inpatient surgical department. *JAMA Surg.* 2021;156(5):414–8.
- WHO. Global burden of endemic healthcare-associated infections: Report from the World Health Organization. Geneva: WHO Press; 2020.
- Cosgrove S. E. Antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay and healthcare costs. *Clin. Infect. Dis.* 2021;72(Suppl 1):S52–S59.
- Hidron A. I., Edwards J. R., Patel J., et al. Annual NHSN report on antimicrobial-resistant pathogens associated with healthcare-associated infections: 2020 data summary. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.* 2021;42(11):1356–67.
- Sax H., Allegranzi B., Uçkay I., et al. “My five moments for hand hygiene”: a user-centered approach to understanding, training, monitoring and reporting hand hygiene compliance. *J. Hosp. Infect.* 2020;105(3):433–42.
- Santana S. L., Furtado G. H., Coutinho A. P., et al. Evaluation of healthcare workers' adherence to hand hygiene after implementation of alcohol-based hand rub in an intensive care unit in São Paulo, Brazil. *Infect. Control. Hosp. Epidemiol.* 2020;41(9):1023–5.
- Yan T., Li Y., Sun Y., et al. Healthcare-associated lower respiratory tract infections among high-risk hospitalized patients in a tertiary teaching hospital in China: economic burden analysis. *J. Infect. Public Health.* 2021;14(4):407–13.
- Mitchell B. G., Ferguson J. K., Anderson M., et al. Length of stay and mortality associated with healthcare-associated urinary tract infections: a multistate model. *J. Hosp. Infect.* 2021;113(1):92–9.
- Rosenthal V. D., Alghamdi S. A., Fernández Ortega C., et al. Six-year multicenter surveillance of central line-associated bloodstream infection rates in 246 intensive care units from 83 hospitals in 52 cities across 14 Middle Eastern countries — Results of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC). *J. Infect. Public Health.* 2020;13(8):1134–41.
- Ketata N., Ben Mustapha S. F., El Helali N. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and their risk factors in tertiary care hospitals in Southern Tunisia. *Infect. Dis. Health.* 2021;26(4):284–91.
- Hu Y., Zhang Y., Zhao Y., et al. Epidemiology and outcomes of bloodstream infections in severely burned patients: a six-year retrospective study. *Antimicrob. Resist. Infect. Control.* 2021;10(1):1–8.
- Magill S. S., O’Leary E., Janelle S. J., et al. Changes in prevalence of healthcare-associated infections in US hospitals. *N. Engl. J. Med.* 2020;382(12):1101–11.
- Park J. S., Kim Y. K., Lee K. H., et al. Ventilator-associated pneumonia in South Korean ICUs: incidence, risk factors, and clinical outcomes. *J. Crit. Care.* 2022;67:152–7.
- Gupta A., Agarwal R., Singh R., et al. Prevalence and antimicrobial resistance patterns of healthcare-associated infections in Indian hospitals: a multicenter study. *Indian J. Med. Res.* 2021;153(5-6):564–71.
- Noakes T. D., Borresen J., Hew-Butler T., et al. Semmelweis and the etiology of puerperal sepsis 160 years later: a historical review. *Epidemiol. Infect.* 2020;148:e213.
- Sidner E. R., Perl T. M. Hospital epidemiology and infection control in critical care units. *Clin. Microbiol. Rev.* 2021;34(1):e00027–20.
- Ling M. L., Apisarnthanarak A., Madriaga G. Burden of healthcare-associated infections in Southeast Asia: a systematic literature review and meta-analysis. *Clin. Infect. Dis.* 2021;72(11):1935–43.
- Askarian M., Yadollahi M., Assadian O. Point prevalence and risk factors of nosocomial infections in a university hospital cluster in Shiraz, Iran. *J. Infect. Public Health.* 2021;14(2):169–76.
- Tagoe D. N., Desbordes K. K. Study of potential sources of healthcare-associated infection transmission in a regional hospital, Ghana. *Int. J. Appl. Basic Med. Res.* 2021;11(1):20–4.
- Santajit S., Indrawattana N. Mechanisms of antimicrobial resistance in ESKAPE pathogens. *Biomed. Res. Int.* 2021;2021:2475067.
- Rice L. B. Federal funding for antimicrobial resistance research in nosocomial pathogens: no ESKAPE. *J. Infect. Dis.* 2020;221(suppl\_1):S1–S3.
- Mermel L. A., Allon M., Bouza E., et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infections: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin. Infect. Dis.* 2021;73(5):e101–e143.
- Gould D. J., Moralejo D., Drey N., et al. Interventions to improve compliance with hand hygiene practices in patient care. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2021;9:CD005186.
- Weber D. J., Anderson D. J., Sexton D. J., et al. Role of the environment in *Clostridium difficile* transmission in healthcare facilities. *Am. J. Infect. Control.* 2021;49(5):S105–S110.
- Leas B. F., Sullivan N., Han J. H., et al. Cleaning the healthcare environment for prevention of healthcare-associated infections. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021. Report No.: 15-EHC020-EF. Comparative Effectiveness Reviews.
- Lemmen S., Scheithauer S., Häfner H., et al. Assessment of hydrogen peroxide vapor for inactivation of nosocomial pathogens on porous and nonporous surfaces. *Am. J. Infect. Control.* 2021;49(1):82–5.
- Lane H. J., Blum N., Fee E. Oliver Wendell Holmes (1809–1894) and Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865): preventing the transmission of puerperal fever. *Am. J. Public Health.* 2021;110(6):1008–9.
- Cristea O. M., Zlatian O. M., Dinescu S. N., et al. Comparative study of antibiotic resistance of *Klebsiella* strains from surgical and ICU settings. *Curr. Heal. Sci. J.* 2021;47(2):169–79.
- Irek E. O., Adeyemi A. O., Ogunleye O. O., et al. Systematic review of healthcare-associated infections in Africa: antimicrobial resistance perspective. *Afr. J. Lab. Med.* 2021;10(2):a796.
- Bagheri Nedjad S., Allegranzi B., Sayed S. B., et al. Healthcare-associated infections in Africa: a systematic review. *Bull. World Health Organ.* 2021;99(10):757–65.
- Han H. A., Baig F. K., Mehbub R. Hospital-acquired infections: epidemiology, prevention, control and surveillance. *Asian Pac. J. Trop. Biomed.* 2021;11(5):478–82.
- Duerden B., Fry C., Johnson A. P., et al. Control of bloodstream infections due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in England. *Open Forum Infect. Dis.* 2021;8(2):ofv035.
- Jevons M. P. “Celbenin”-resistant staphylococci. *BMJ.* 2021;369:m1520.

Якушин М. А.

## ЦИФРОВОЕ ФЕНОТИПИРОВАНИЕ СТАРЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Представлены материалы оригинального исследования по цифровому фенотипированию старения с использованием развернутого спектра системной гемодинамики путем установления корреляций с трендами биологического возраста. Повышение биологического возраста по отношению к фактическому возрасту рассматривалось как признак ускоренного старения, обратное соотношение — как проявление замедленного старения. Подтверждена связь ускоренного старения с повышением ключевых гемодинамических показателей — систолического, пульсового и среднего артериального давления. Получены данные относительно высокой диагностической ценности бокового артериального давления в качестве маркера ускоренного старения. Полученные данные позволяют предположить, что риск ускоренного старения ассоциирован не только с высокими, но и с низкими значениями сердечного индекса, формируя U-образную зависимость. Обнаружена прямая связь между ускоренным старением и снижением эффективности работы сердца, а также обратная зависимость между темпами биологического старения и функциональным резервом миокарда. Установлено, что ускоренное старение ассоциировано со значимым снижением расхода энергии сердца. Зафиксирована абсолютная корреляция ускоренного старения с повышенным общим периферическим сопротивлением сосудов. Пониженное значение этого показателя, напротив, наблюдалось при замедленном старении. Выявленные закономерности могут быть использованы для мониторинга и коррекции оптимального режима функционирования.

**Ключевые слова:** цифровое фенотипирование; артериальное давление; системная гемодинамика; ускоренное старение; замедленное старение; биологический возраст.

**Для цитирования:** Якушин М. А. Цифровое фенотипирование старения с использованием гемодинамических параметров. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):219—226. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-219-226>

**Для корреспонденции:** Якушин Михаил Александрович, д-р мед. наук, доцент, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: yakushinma@mail.ru

Yakushin M. A.

## THE DIGITAL PHENOTYPING OF AGING WITH APPLICATION OF HEMODYNAMIC PARAMETERS

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article presents materials of the original study on digital phenotyping of aging using expanded range of systemic hemodynamic parameters by establishing correlation with trends of biological age. The increasing of biological age with respect to actual age was considered as sign of accelerated aging. The opposite ratio was considered as manifestation of slowed aging.

The relationship of accelerated aging with increasing of such key hemodynamic indicators as systolic, pulse and mean arterial pressure is confirmed. The data regarding relatively high diagnostic value of lateral arterial pressure as marker of accelerated aging were obtained.

The obtained data permit to suppose that risk of accelerated aging is associated not only with high values of cardiac index but also with low ones, forming U-shaped dependence. The direct relationship between accelerated aging and decreasing of efficiency of heart functioning was established. Also inverse relationship between rate of biological aging and functional reserve of myocardium were detected.

It is established that accelerated aging is associated with significant decreasing of heart energy capacity. The absolute correlation between accelerated aging and increased total peripheral vascular resistance was fixed. on the contrary, decreased value of this indicator was observed during slowed aging.

The established regularities can be applied to monitor and to adjust optimal regimen of functioning.

**Keywords:** digital phenotyping; arterial pressure; systemic hemodynamic; accelerated aging; slowed aging; biological age.

**For citation:** Yakushin M. A. The digital phenotyping of aging with application of hemodynamic parameters. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):219–226 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-219-226>

**For correspondence:** Yakushin M. A., doctor of medical sciences, associate professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: yakushinma@mail.ru

The study had no sponsorship.

**Conflict of interests.** The author declares absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 11.10.2025  
Accepted 12.01.2026

### Введение

Население планеты стремительно стареет: к 2030 г. доля людей от 60 лет и старше достигнет  $\frac{1}{6}$  части населения, увеличившись до 1,4 млрд. Про-

гнозы на 2050 г. еще более внушительны: число пожилых людей удвоится (2,1 млрд), а самая старшая возрастная группа (80+) утроит свою численность, достигнув 426 млн<sup>1</sup>. В ответ на этот вызов Органи-

зация Объединенных Наций инициировала глобальную инициативу «Десятилетие здорового старения», создав платформу для консолидации усилий международного сообщества. Среди предлагаемых инновационных подходов — метод цифрового фенотипирования старения (ЦФС).

ЦФС представляет собой методологию определения темпов старения человека, группы людей или популяции путем мониторинга ключевых биологических маркеров, отражающих процессы возрастной дегенерации. К таким маркерам относятся оцифрованные предикторы возрастзависимых заболеваний, коррелирующие с ускоренным или замедленным старением, например повышенное артериальное давление (АД) или низкий уровень оксигенации тканей [1].

Всплеск интереса к ЦФС вызван развитием искусственного интеллекта (ИИ) и так называемых носимых технологий, основанных на анализе показателей датчиков, встроенных в одежду, аксессуары и предметы обихода. Подобный порядок тестирования позволяет отслеживать множество показателей здоровья в режиме перманентного мониторинга, даже во сне. Наряду с данными со смартфонов о перемещениях и активности человека они формируют его цифровой портрет, отражающий физическое состояние и стереотипы поведения. Специфика и динамика этих показателей позволяют оценить темпы возрастных изменений. Так, нарушение режима сна провоцирует ускоренное старение, а сужение круга интересов и социальной активности указывает на возможный когнитивный дефицит — едва ли не самый частый атрибут старения. ИИ позволяет обработать обширный поток информации, уточнить индивидуальные нормы ключевых параметров организма и разработать персональные рекомендации для их поддержания [1, 2].

Общепринятым критерием темпов старения является динамика биологического возраста (БВ) — интегрального показателя, отражающего степень амортизации тканей и органов. Стабильное превышение БВ над хронологическим (фактическим, паспортным) возрастом указывает на ускоренное (преждевременное) старение, соответствие БВ паспортному возрасту или отставание от него отражает благоприятную динамику старения [3, 4].

Не менее важную роль в оценке темпов старения играют физиологические показатели работы мозга, сердца и эндокринной системы, которые наиболее подвержены возрастной дегенерации. Стойкое повышение АД — доказанный фактор риска сокращения продолжительности жизни [5]. Не менее чувствительными индикаторами являются высокое пульсовое и среднее АД, которые ассоциируются с артериальной гипертензией (АГ) [6, 7].

Многочисленные исследования подтверждают влияние на темпы старения эластичности сосудистой стенки [8, 9]. При ее снижении сосуды теряют

способность эффективно амортизировать ударную волну от сердечного выброса [10]. Это приводит к резким перепадам системного АД, что способствует формированию гипертрофии левого желудочка, снижению насосной функции сердца и формированию сердечной недостаточности — ведущей причины смертности в пожилом возрасте [11].

Целью настоящего исследования стало определение корреляций между показателями системной гемодинамики (СГД) и темпами старения организма.

### Материалы и методы

В observational поперечном (cross-sectional) исследовании приняли участие 905 пациентов (395 мужчин, 510 женщин) в возрасте 1—89 лет, наблюдавшихся у терапевта (педиатра) в 2024—2025 гг. с неинфекционными и неонкологическими заболеваниями. Когорта была сформирована на базе двух клиник: ГБУЗ МО «Московский областной госпиталь для ветеранов войн» (Московская область) и клиники New time medical в Москве.

У всех пациентов определяли расширенный спектр показателей СГД: систолическое (АД<sub>сис</sub>) и диастолическое (АД<sub>диаст</sub>) артериальное давление, сердечный индекс (СИ), частота сердечных сокращений (ЧСС) и общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), которые в совокупности формируют системное АД. Эти маркеры более чувствительны к патологическим изменениям СГД, их сдвиги наблюдаются задолго до стойкого повышения АД [12]. Дополнительно исследовали пульсовое артериальное давление (АД<sub>п</sub>), боковое артериальное давление (АД<sub>б</sub>), среднее артериальное давление (СрАД), ударное артериальное давление (АД<sub>у</sub>), ударный объем сердца (УО), сердечный выброс (СВ), расход энергии сердца (РЭ), скорость пульсовой волны (СПВ), податливость сосудистой системы (ПСС), скорость пульсового артериального давления (СкПАД), а также ЧСС, СИ и ОПСС. Замеры производили неинвазивным методом компрессионной осциллометрии на отечественном приборе КАП ЦГ-осм «ГЛОБУС» (ООО «Глобус», РУ№ РЗН2017/6582 от 15.12.2017; далее — Прибор).

Критерием темпов старения служили БВ пациента и его динамика. Расчет БВ осуществляли автоматически с помощью Прибора по методике А. А. Горелкина с применением формулы:

$$БВ = 0,4 \times \frac{ИК + 0,78 \times ИПСС}{1000} - 79,4,$$

где ИК (л/мин/м<sup>2</sup>) — индекс кровообращения (минутный объем крови, отнесенный к площади поверхности тела), ИПСС (дин×с/см<sup>-5</sup>/м<sup>2</sup>) — индекс периферического сопротивления сосудов; характеризует тонус и эластичность артериол, рассчитывается по формуле:

$$ИПСС = \frac{СрАД \times 79\,980}{ИК},$$

где СрАД в мм рт. ст. [13].

<sup>1</sup>Документальный центр ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

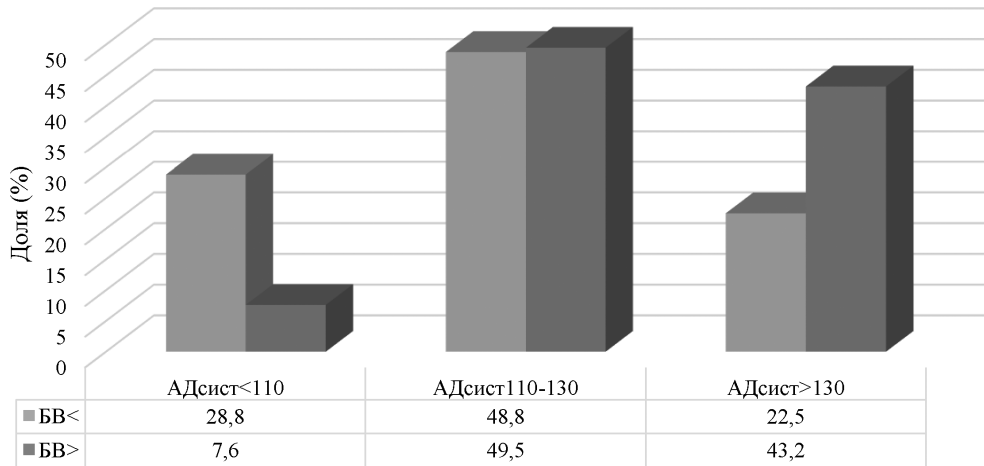


Рис. 1. Соотношение БВ и АДсист.

Ускоренное старение констатировалось при опережении БВ его фактического значения (ФВ) — БВ > ФВ. Обратная ситуация (БВ < ФВ) расценивалась как позитивный тренд старения.

### Результаты исследования

Полученные результаты подтвердили связь ускоренного старения с повышением ключевых гемодинамических показателей — АДсист, АДп и СрАД. Так, среди лиц с опережающим биологическим возрастом (БВ > ФВ) чаще наблюдалась АГ, тогда как в группе с отстающим трендом БВ (БВ < ФВ) превалировало нормальное или низкое АД ( $p < 0,001$ ; рис. 1).

Связь между негативным трендом биологического возраста (БВ > ФВ) и повышенным АДсист носила возрастзависимый характер: корреляция с систолической гипертензией наблюдалась у лиц старше 45 лет. В то же время в более молодой возрастной группе опережение БВ относительно ФВ регистрировалось даже при нормальных значениях АДсист (рис. 2). Таким образом, по нашим данным, ассоциация ускоренного старения с АГ характерна для среднего, пожилого и старческого возраста.

Аналогичная закономерность зафиксирована и в отношении АДп: между группами с противоположными трендами БВ существовали статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) в распределении значений АДп (рис. 3).

Распределение уровней АДп в группах было полярно противоположным. В группе с позитивным трендом БВ (БВ < ФВ) преобладало пониженное АДп (45,9%), в то время как повышенное значение определялось лишь у 12,4% участников исследования. Напротив, в группе с негативным трендом (БВ > ФВ) наиболее часто регистрировалось повышенное АДп (41,3%), а доля пониженного давления была минимальной (14,5%).

В старших возрастных группах (60+) выявлена стопроцентная ассоциация с повышенным АДп, что дает основание рассматривать данный показатель в качестве достоверного маркера ускоренного старения (рис. 4).

У пациентов с БВ, превышающим фактический (БВ > ФВ), преобладало повышенное СрАД (рис. 5). Напротив, в группе с позитивным трендом (БВ < ФВ) значения СрАД находились преимуще-

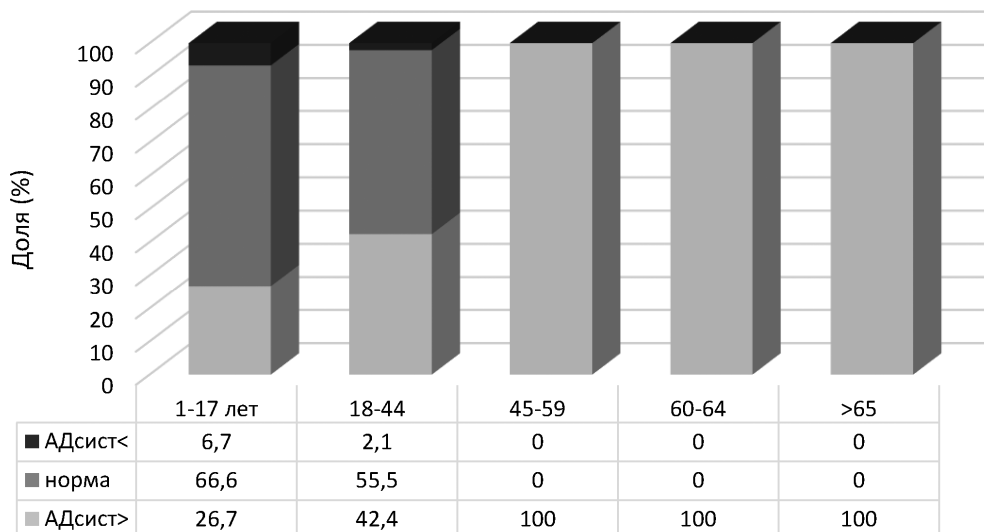


Рис. 2. Возрастная динамика АДсист у пациентов с повышенным БВ.

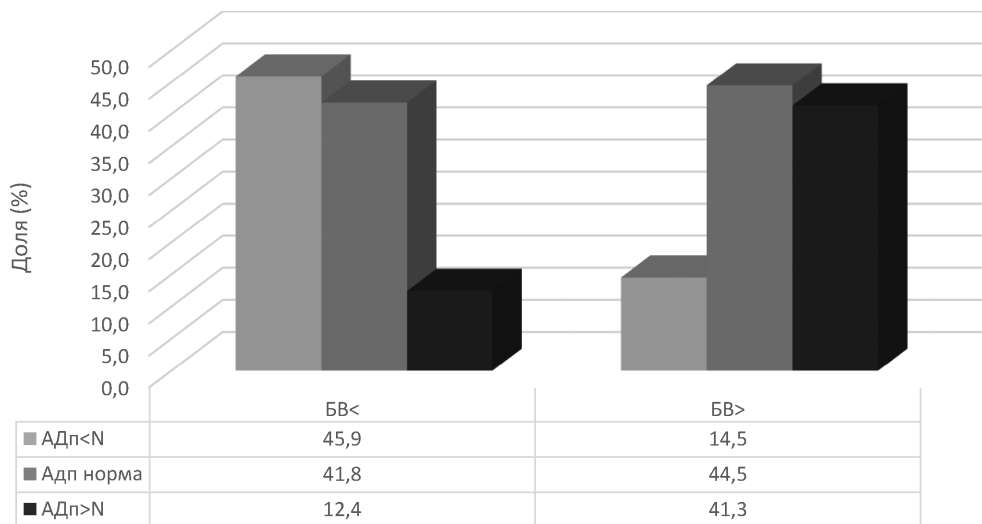


Рис. 3. Корреляция БВ и АДп.

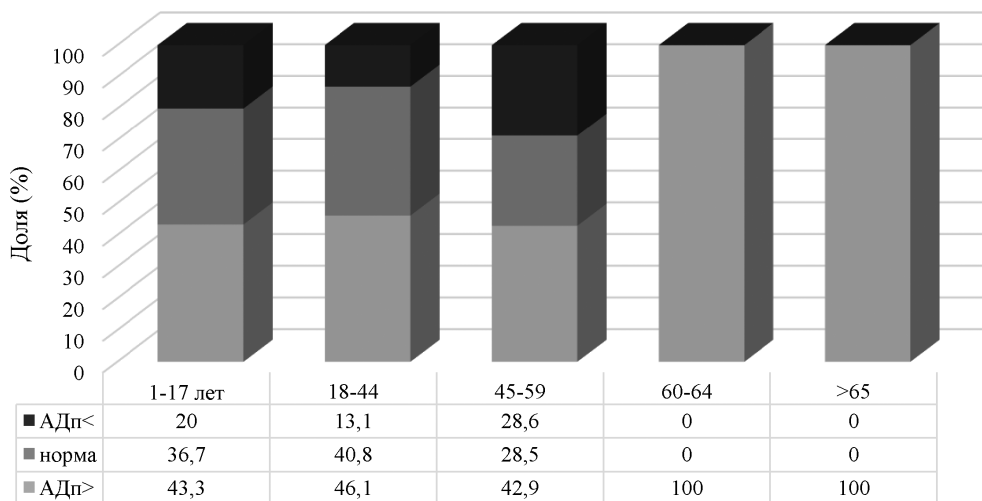


Рис. 4. Возрастная динамика АДп у пациентов с повышенным БВ.

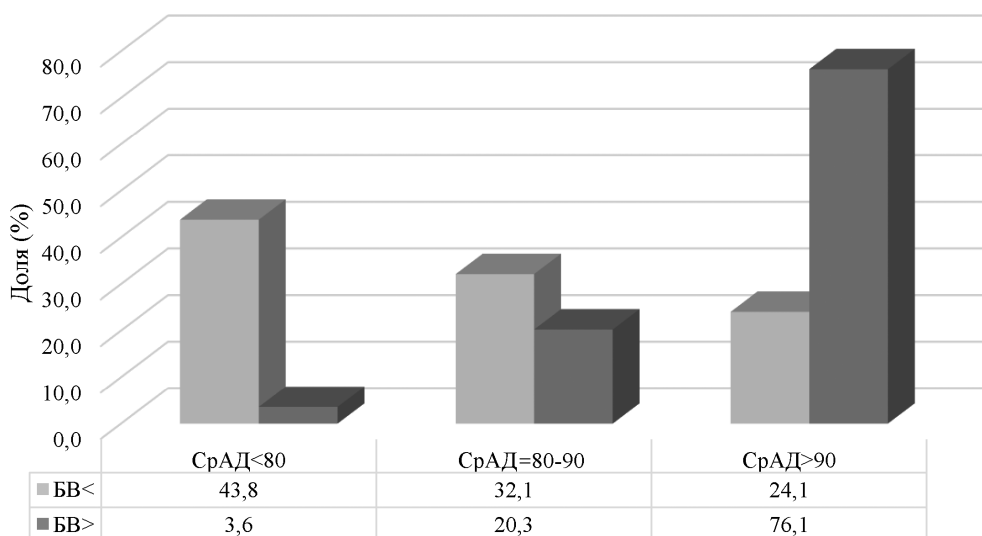


Рис. 5. Соотношение БВ и СрАД.

Здоровье и общество

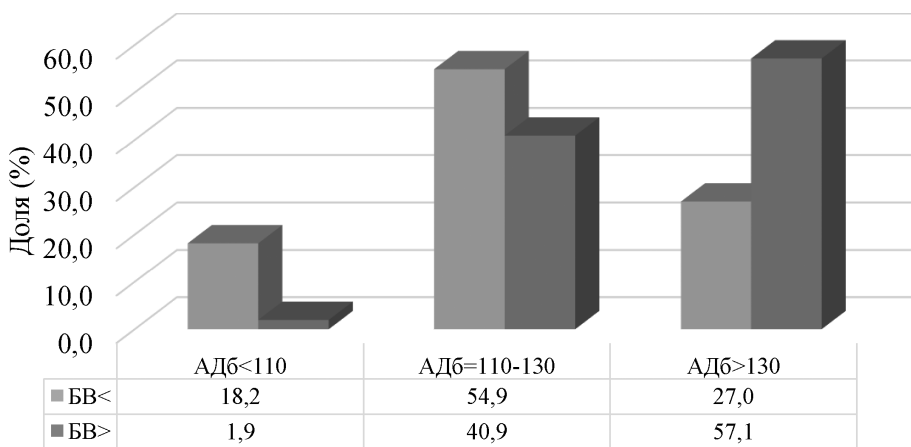


Рис. 6. Соотношение БВ и АДб.

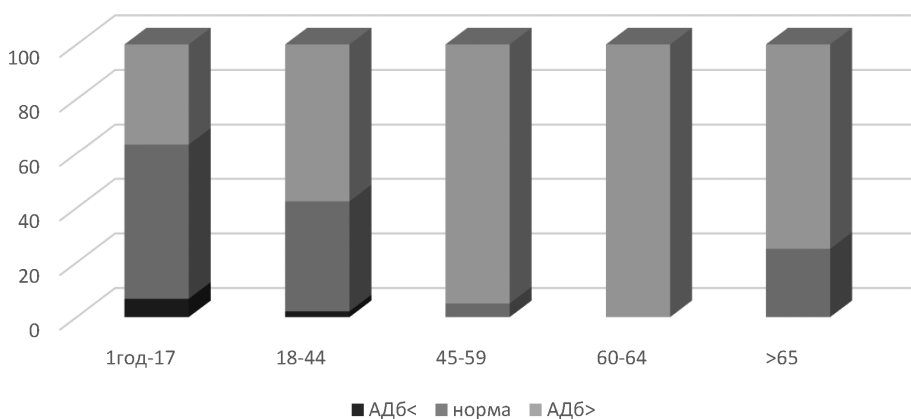


Рис. 7. Возрастная динамика АДб у пациентов с повышенным БВ.

ственно в пределах оптимального диапазона. При этом связь повышенного БВ со СрАД оказалась статистически более сильной, чем с АДдиаст, что свидетельствует о большей чувствительности СрАД как маркера ускоренного старения и связанного с ним риска развития возрастзависимой патологии.

Анализ альтернативных показателей СГД выявил статистически значимую ( $p < 0,00001$ ) связь между уровнем АДб и направлением сдвига биологического возраста (рис. 6). У пациентов с БВ ниже паспортного достоверно чаще наблюдалось пониженное и нормальное АДб (<90 и 90—110 мм рт. ст.). В группе с превышением БВ над фактическим возрастом повышенное АДб (>110 мм рт. ст.) встречалось в 3 раза чаще.

Анализ данных показал, что повышенное АДб достоверно чаще регистрировалось именно в старших возрастных группах исследуемой выборки (рис. 7).

Полученные результаты дают основание считать повышенное АДб достоверным маркером ускоренного старения.

Определенные закономерности были выявлены при анализе сердечной деятельности в контексте СГД. Установлена статистически значимая ( $p < 0,00001$ ) связь между величиной СИ и трендом БВ (рис. 8).

Повышенный СИ оказался избыточно связан с негативным трендом БВ у пациентов пожилого и старческого возраста, что позволяет отнести его к возраст-специфичным маркерам ускоренного старения. В то же время у 25% лиц с негативным трендом БВ был зафиксирован низкий СИ. Это дает основание полагать, что не только высокие, но и низкие значения СИ ассоциированы с риском ускоренного старения (см. рис. 8).

В ходе исследования была обнаружена сильная и высоко достоверная ( $p < 0,001$ ) связь БВ с РЭ — интегральным параметром эффективности сердечной деятельности. Поскольку РЭ напрямую зависит от потребления сердцем кислорода, он является важным индикатором оценки функционального состояния миокарда (рис. 9).

Как и ожидалось, в группе пациентов с БВ ниже фактического

(БВ < ФВ) у большинства наблюдаемых регистрировался условно нормальный уровень расхода энергии сердца (в диапазоне 9—12,7 Вт). Доли пациентов с низким РЭ (<9 Вт) и высоким РЭ (>12,7 Вт) были существенно меньше и составляли 9 и 15% соответственно.

Распределение показателей в группе с БВ > ФВ оказалось обратным: 52,4% пациентов имели высокий РЭ, а низкие значения практически отсутствовали (рис. 9). Данный результат служит дополнительным подтверждением взаимосвязи ускоренного

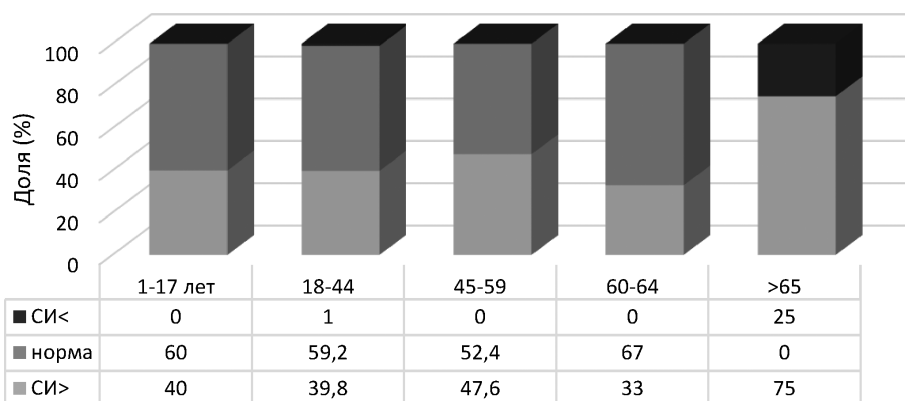


Рис. 8. Возрастная динамика АДб у пациентов с повышенным БВ.

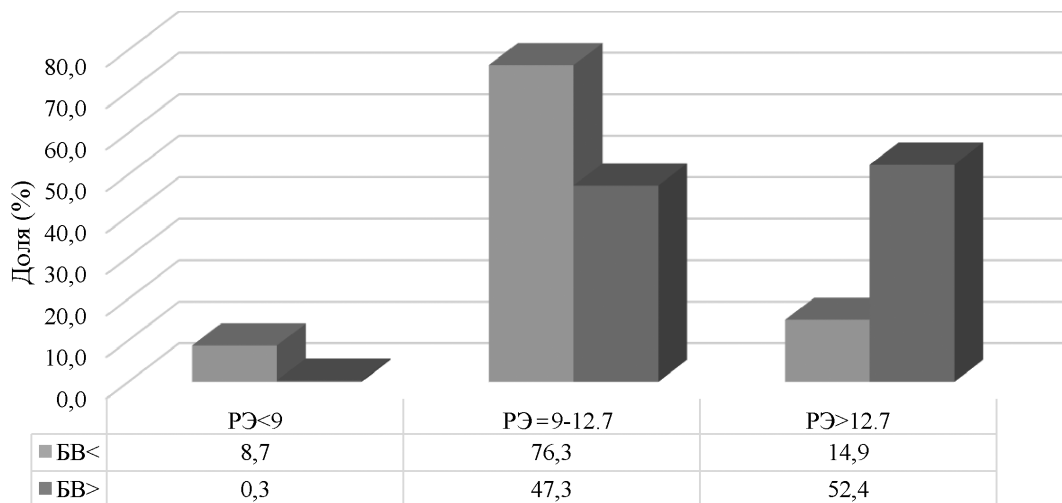


Рис. 9. Соотношение БВ и РЭ.

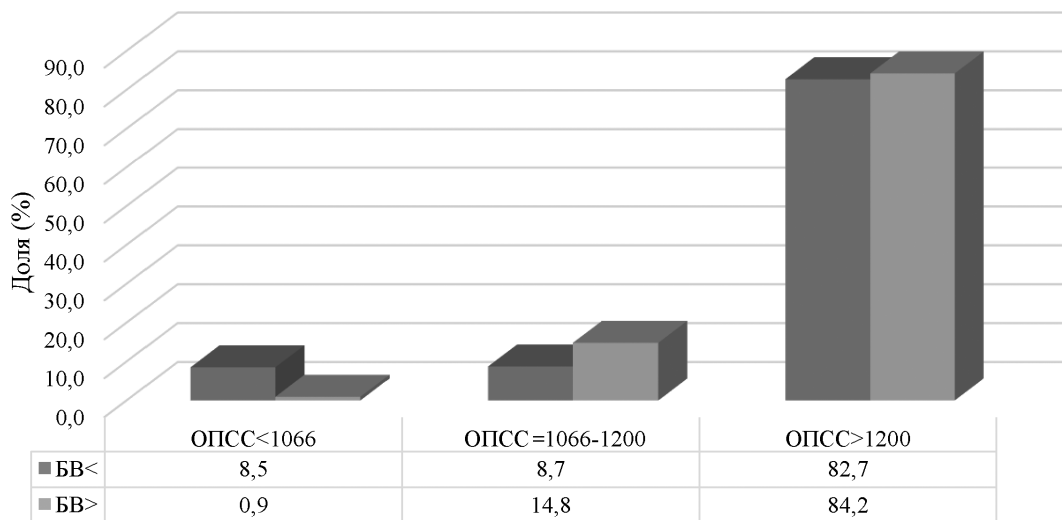


Рис. 10. Соотношение БВ и ОПСС.

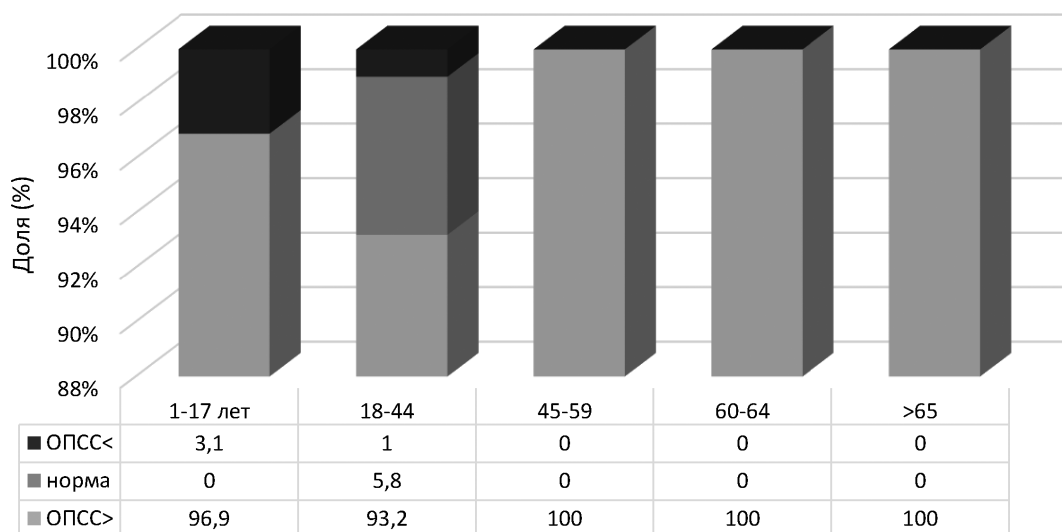


Рис. 11. ОПСС у пациентов с повышенным БВ.

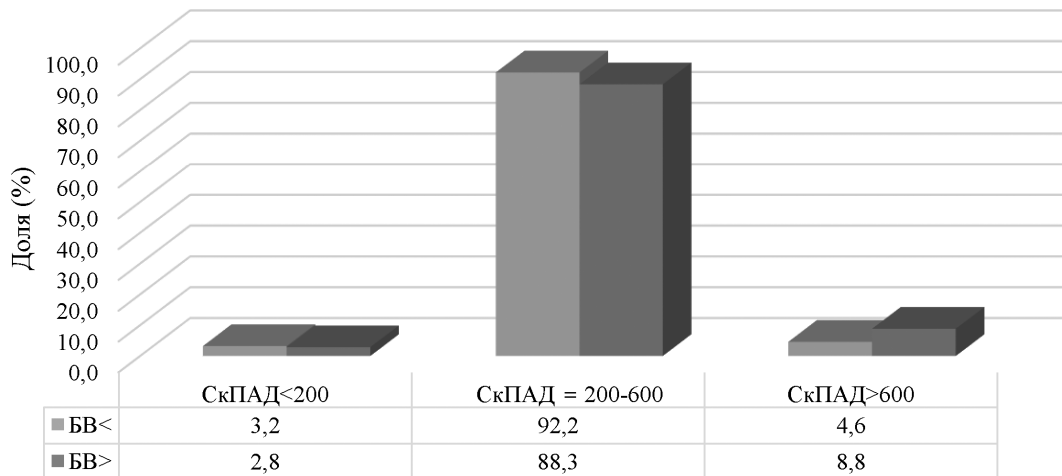


Рис. 12. Соотношение БВ и СкПАД.

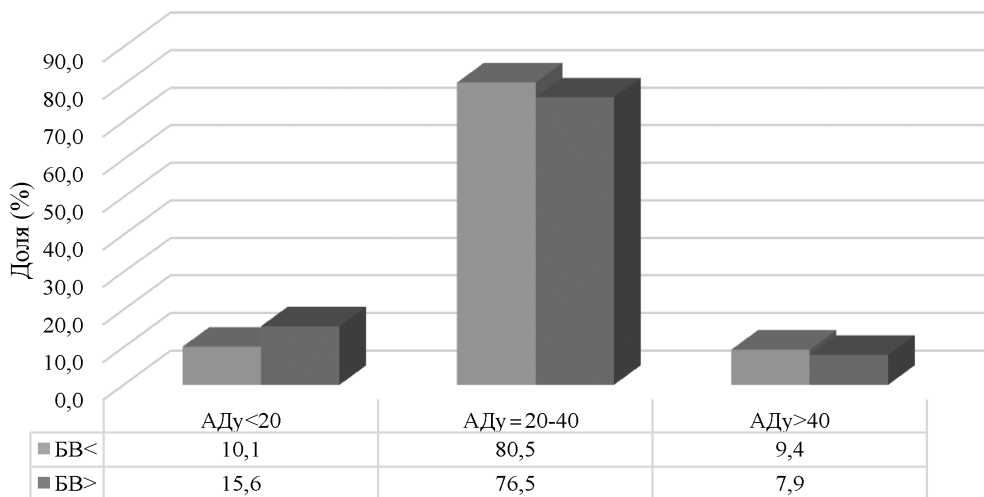


Рис. 13. Соотношение БВ и АДу.

старения со снижением эффективности работы сердца.

Полученные результаты выявили высоко достоверную ( $p < 0,001$ ) связь БВ с уровнем ОПСС (рис. 10), причем наиболее заметная связь проявлялась при низком ОПСС ( $< 1066 \text{ дин} \times \text{см}^{-5}/\text{с}$ ): в группе с БВ  $<$  ФВ таких пациентов было в 9 раз больше (8,5% против 0,9%). Таким образом, низкое ОПСС можно отнести к благоприятным прогностическим признакам замедленного старения.

В возрастной категории 45 лет и старше у пациентов с БВ выше фактического была зафиксирована абсолютная корреляция с повышенным ОПСС. Данный факт позволяет включить повышенный уровень ОПСС в перечень маркеров ускоренного старения (рис. 11).

Проведенный статистический анализ не подтвердил наличие достоверной ( $p > 0,05$ ) связи между БВ и показателями, характеризующими жесткость артериальной стенки (СПВ, ПСС). Эти параметры входят в золотой стандарт оценки состояния артерий и в рекомендации по оценке сердечно-сосудистого риска, но в нашей выборке их вклад в интегральный показатель БВ оказался статистически незначимым.

Анализ соотношения СкПАД и АДу в зависимости от тренда БВ также оказался статистически недостоверным (рис. 12). Подавляющее большинство пациентов в обеих группах (с повышенным и со сниженным уровнем БВ) имели значения данных параметров в пределах нормального диапазона, без существенных межгрупповых различий (рис. 13).

### Заключение

Проведенный анализ подтвердил наличие ранее выявленной ассоциации между ускоренными темпами старения и ростом значений АДсист, СрАД и АДп [14]. Аналогичная закономерность выявлена по отношению к АДб. В результате исследования обнаружена прямая корреляция СИ с ускоренным старением; данная связь носила нелинейный характер: негативная тенденция сопровождалась отклонением показателя в сторону как увеличения, так и снижения от оптимального диапазона. У большинства обследованных выявлена устойчивая ассоциация ускоренного старения с повышенным ОПСС. Интересно, что обратная картина — снижение ОПСС — чаще наблюдалась при замедленном старении (БВ  $<$  ФВ), что указывает на потенциально дву-

направленную связь данного гемодинамического параметра с полярностью дегенеративных процессов. Обнаруженные зависимости позволяют контролировать и при необходимости корректировать оптимальный режим жизнедеятельности отдельных пациентов и различных конгломератов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Zhang Y., Wang J., Zong H., et al. Comprehensive clinical benefits of digital phenotyping: from wide implementation to full effect. *npj Digit. Med.* 2025;8:196.
- Hackett K., Xu S., McNiff M., Paglia L., Barnett I., Giovannetti, T. Smartphone mobility-based digital phenotypes for unobtrusive capturing of daily cognition, mood, and community life-space in older adults: a feasibility, acceptability, and preliminary validity study. *JMIR Hum. Factors.* 2024;11:e59974.
- Алхутова Н. А., Дрыгина Л. Б., Калинина Н. М., Зыбина Н. Н., Давыдова Н. И. Анализ биологического возраста и причин ускорения темпов старения участников ликвидации последствий аварии на черномобильской АЭС. *Медицинская радиология и радиационная безопасность.* 2007;52(5):26–35.
- Ильницкий А. Н., Ивко О. М., Трофимова С. В., Трофимов А. В., Гаврилова А. А., Бушуева А. О., Химченко Ю. В. Реверсия биологического возраста путем коррекции циркадных ритмов. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики.* 2024;(3):377–88.
- Чернышева Е. Н., Панова Т. Н., Абдрашитова А. Т. Особенности суточного профиля артериального давления у пациентов с преждевременным старением в рамках метаболического синдрома. *Бюллетень сибирской медицины.* 2013;12(6):82–7.
- Asmar R., Rudnichi A., Blacher I., et al. Pulse pressure and aortic pulse wave are markers of cardiovascular risk in hypertensive populations. *Am. J. Hypertens.* 2001;14 (2):91–7.
- Staessen J. A. Пульсовое давление: определение нового фактора риска при проведении клинических исследований. *Международные направления в исследовании артериальной гипертензии.* 2001;(2):1–2.
- Терегулов Ю. Э., Терегулов А. Э. Жесткость артериальной системы, как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений: методы оценки. *Практическая медицина.* 2011;(4):133–7.
- Yu S., McEniery C. M. Central versus peripheral artery stiffening and cardiovascular risk. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2020;40(5):1028–33.
- London G. M. Cardiovascular disease in chronic renal failure: pathophysiologic aspects. *Semin. Dial.* 2003;16(2):85–94.
- Watanabe H., Obtsuka S., Kakibana M., et al. Coronary circulation in dogs with an experimental decrease in aortic compliance. *J. Am. Col. Cardiol.* 1993;21(6):1497–506.
- Близнюк Е. Г., Котова А. А., Куликов Д. А., Пивоварова О. А., Якушин М. А. Выявление предрасположенности к развитию артериальной гипертензии у студентов при исследовании показателей системной гемодинамики. *Ремедиум.* 2025;29(2):124–8.
- Дегтярев В. А., Дорошев В. Г. Использование ЭВМ для автоматического измерения некоторых физиологических параме-

тров. *Космическая биология и авиакосмическая медицина.* 1981;(4):70.

- Брин В. Б., Зонис Б. Я. Физиология системного кровообращения. Формулы и расчеты. Ростов-на Дону: Изд-во Ростовского университета; 1984. 88 с.

Поступила 11.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

- Zhang Y., Wang J., Zong H., et al. Comprehensive clinical benefits of digital phenotyping: from wide implementation to full effect. *npj Digit. Med.* 2025;8:196.
- Hackett K., Xu S., McNiff M., Paglia L., Barnett I., Giovannetti, T. Smartphone mobility-based digital phenotypes for unobtrusive capturing of daily cognition, mood, and community life-space in older adults: a feasibility, acceptability, and preliminary validity study. *JMIR Hum. Factors.* 2024;11:e59974.
- Alkhotova N. A., Drygina L. B., Kalinina N. M., Zybina N. N., Davydova N. I. Analysis of biological age and causes of accelerated aging rates in participants of the Chernobyl nuclear power plant accident liquidation. *Meditsinskaya Radiologiya i Radiatsionnaya Bezopasnost'.* 2007;52(5):26–35 (in Russian).
- Il'nitskii A. N., Ivko O. M., Trofimova S. V., Trofimov A. V., Gavrilo A. A., Bushueva A. O., Khimchenko Yu. V. Reversal of biological age by correction of circadian rhythms. *Sovremennye problemy zdoravookhraneniya i meditsinskoj statistiki.* 2024;(3):377–88 (in Russian).
- Chernysheva E. N., Panova T. N., Abdrashtova A. T. Features of the 24-hour blood pressure profile in patients with premature aging in the context of metabolic syndrome. *Byulleten' Sibirskoi meditsiny.* 2023;12(6):82–7 (in Russian).
- Asmar R., Rudnichi A., Blacher I., et al. Pulse pressure and aortic pulse wave are markers of cardiovascular risk in hypertensive populations. *Am. J. Hypertens.* 2001;14 (2):91–7.
- Staessen J. A. Pulse pressure: defining a new risk factor in clinical trials. *International Directions in Arterial Hypertension Research.* 2001;(2):1–2 (in Russian).
- Teregulov Yu. E., Teregulov A. E. Arterial system stiffness as a risk factor for cardiovascular complications: assessment methods. *Prakticheskaya meditsina.* 2011;4(52):133–7 (in Russian).
- Yu S., McEniery C. M. Central versus peripheral artery stiffening and cardiovascular risk. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2020;40(5):1028–33.
- London G. M. Cardiovascular disease in chronic renal failure: pathophysiologic aspects. *Semin. Dial.* 2003;16(2):85–94.
- Watanabe H., Obtsuka S., Kakibana M., et al. Coronary circulation in dogs with an experimental decrease in aortic compliance. *J. Am. Col. Cardiol.* 1993;21(6):1497–506.
- Bliznyuk E. G., Kotova A. A., Kulikov D. A., Pivovarova O. A., Yakushin M. A. Identifying predisposition to the development of arterial hypertension in students by studying systemic hemodynamics parameters. *Remedium.* 2025;29(2):124–8 (in Russian).
- Degtyarev V. A., Doroshev V. G. The use of computers for automatic measurement of some physiological parameters. *Kosmicheskaya biologiya i aviakosmicheskaya meditsina.* 1981;(4):70 (in Russian).
- Brin V. B., Zonis B. Ya. Physiology of systemic circulation. Formulas and calculations. Rostov-on-Don: Rostov University Publishing House; 1984. 88 p. (in Russian).

Тархов К. Ю.<sup>1</sup>, Бамматова Д. С.<sup>2</sup>

## ПРИОРИТЕТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И РАЗРАБОТОК В ИНТЕРЕСАХ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВИТРИНА ПРИОРИТЕТОВ)

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, 101990, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 367000, г. Махачкала

Минздравом России на системной основе создаются механизмы, призванные повысить результативность научных исследований в интересах медицины и здравоохранения посредством определения приоритетов, востребованных практической медициной.

Перечень приоритетов, сформированный на основании анализа экспертных мнений, размещен в свободном доступе в отраслевом сегменте медицинской науки Единой государственной информационной системы учета результатов научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ (ЕГИСУ НИОКТР) для использования при планировании прикладных научных исследований в интересах медицины и здравоохранения.

Анализ Витрины приоритетов показывает, что она включает 24 приоритетные области и 351 приоритетное направление научных исследований и разработок. В топ-5 приоритетных областей входят кардиология и сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, неврология и нейрореабилитация, психиатрия, хирургия (в том числе челюстно-лицевая и стоматология), травматология и ортопедия, инфекционные заболевания и онкология.

Ключевыми типами приоритетов исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения являются: снижение смертности, инвалидизации, сроков временной нетрудоспособности, повышение качества жизни, связанного с состоянием здоровья, орфанные заболевания, технологические тренды, импортозамещение и рыночное превосходство (коммерческая перспективность).

С целью трансформации приоритетов для прикладных научных исследований из отраслевого сегмента ЕГИСУ НИОКТР в приоритетные тематики для фундаментальных и поисковых исследований Минздравом России был разработан специальный классификатор-переходник.

Создаваемая Минздравом России система приоритетов предназначена для формирования тематических направлений, результаты исследований и разработок по которым будут востребованы медициной и здравоохранением, обеспечивая технологический суверенитет и стратегическое лидерство нашей страны в этих отраслях.

**Ключевые слова:** приоритизация; проект; информационно-аналитическая система; ранжирование; критерий; оценка; потенциал; новизна; значимость; партнерство.

**Для цитирования:** Тархов К. Ю., Бамматова Д. С. Приоритеты исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения (Витрина приоритетов). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):227–232. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-227-232>

**Для корреспонденции:** Тархов Кирилл Юрьевич, канд. техн. наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, e-mail: [KTarkhov@gnicpm.ru](mailto:KTarkhov@gnicpm.ru)

Tarkhov K. Yu.<sup>1</sup>, Bammatova D. S.<sup>2</sup>

## THE PRIORITIES OF STUDIES AND ELABORATIONS IN THE INTERESTS OF MEDICINE AND HEALTH CARE: THE SHOWCASE OF PRIORITIES

<sup>1</sup>The Federal State Budget Institution “The National Medical Research Center of Therapy and Preventive Medicine” of the Minzdrav of Russia, 101990, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Dagestan State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 367000, Makhachkala, the Republic of Dagestan, Russia

The Ministry of Health Care of the Russian Federation develops on systemic basis the mechanisms designed to increase effectiveness of scientific research in interests of medicine and health care by means of identifying priorities called-for in practical medicine. The list of priorities, formed on the basis of analysis of opinion of experts, is freely available in branch segment of medical science at EGISU R&D for use in planning applied scientific studies in interests of medicine and health care.

The analysis of showcase of priorities demonstrates that it includes 24 priority areas and 351 priority directions of research and development. The TOP-5 priority areas include cardiology and cardiovascular surgery, neurosurgery, neurology and neuro-rehabilitation, psychiatry, surgery (including maxillofacial and dentistry), traumatology and orthopedics, infectious diseases and oncology.

The key types of priorities in research and development in interests of medicine and health care are decreasing of mortality, incapacity and terms of temporary disability, increasing of life quality related to health, orphan diseases, technological trends, import substitution and market superiority (commercial availability).

To transform priorities for applied scientific research from the industry segment of EGISU R&D into priority topics for fundamental and exploratory research, the Ministry of Health Care of the Russian Federation has developed special classifier adapter.

The system of priorities developed by the Ministry of Health Care of the Russian Federation is designed to form thematic directions which results of research and development will be in demand by medicine and health care, ensuring National technological sovereignty and strategic leadership in these industries.

**Keywords:** prioritization; project; information and analytical system; ranking; criterion; evaluation; potential; novelty; significance; partnership.

**For citation:** Tarkhov K. Yu., Bammatova D. S. The priorities of studies and elaborations in the interests of medicine and health care: the showcase of priorities. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):227–232 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-227-232>

**For correspondence:** Tarkhov K. Yu., candidate of technological sciences, the Senior Researcher of the Federal State Budget Institution "The National Medical Research Center of Therapy and Preventive Medicine" of the Minzdrav of Russia. e-mail: [KTarkhov@gnicpm.ru](mailto:KTarkhov@gnicpm.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 18.10.2025  
Accepted 12.01.2026

## Введение

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 6 октября 2021 г. № 2816-р утвержден перечень инициатив социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 г., которые распределены по шести направлениям (блокам): социальная сфера, строительство, экология, цифровая трансформация, технологический рывок и государство для граждан.

В отношении медицины и здравоохранения в блок «Социальная сфера» были включены три пункта: п. 2 «Первичное звено для каждого», п. 3 «Оптимальная для восстановления здоровья медицинская реабилитация», п. 4 «Медицинская наука для человека», а в блоке «Технологический рывок» — п. 36 «Персональные медицинские помощники».

Уполномоченным органом, ответственным за реализацию инициатив и входящих в нее пунктов, является Министерство здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России).

С 2022 г. в целях обеспечения реализации инициативы социально-экономического развития Российской Федерации до 2030 г., предусмотренной п. 4 перечня инициатив, реализуется федеральный проект «Медицинская наука для человека» (далее — проект).

Реализация проекта призвана обеспечить проведение научных исследований и разработок с более пристальным учетом потребности практического здравоохранения в их результатах, осуществить более качественный отбор научных проектов для реализации, в том числе с учетом особенностей разработки медицинской продукции, сформировать у разработчиков знания и умения по коммерциализации и внедрению результатов разработок и повысить инвестиционную привлекательность созданных продуктов для бизнеса.

Одной из миссий медицинской науки является удовлетворение потребностей медицинской отрасли и здравоохранения в новых современных методах и способах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, лекарственных препаратах, медицинских изделиях, результатах популяционных и эпидемиологических исследований.

В области медицинской науки важную роль играют аспекты, связанные со следующими ключевыми задачами: определение приоритетных направлений прикладных научных исследований в интересах медицины и здравоохранения, приоритизация и ранжирование тематик научных исследований и соответствие проекта приоритетам прикладных науч-

ных исследований в интересах медицины и здравоохранения.

В отечественной научной периодике можно встретить небольшое количество работ, в которых рассматриваются приоритеты развития фундаментальных научных исследований [1, 2], механизмы их формирования [3, 4], процедуры и методология их выбора [5—7], возникающие при этом некоторые проблемные аспекты [8], а также сделан акцент на вопросах их долгосрочного прогнозирования [9—11]. Отдельные аспекты функционирования Единой государственной информационной системы учета результатов научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ (ЕГИСУ НИОКТР) гражданского назначения рассмотрены в работах [12—17].

В то же время анализ отечественных источников показал отсутствие работ, где была бы исследована сама Витрина приоритетов, ее структура, составляющие категории, проведен ее сводный статистический анализ, выявлены лидирующие области приоритетов. Все это и составляет основные цели данного исследования.

## Материалы и методы

Основной базой для проведения исследования является отраслевой сегмент медицинской науки в ЕГИСУ НИОКТР, который позволяет осуществлять мероприятия по консолидации исследовательских компетенций и приоритизации научных исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения, проводить мониторинг и анализ единого ландшафта разработок и компетенций, а также представляет собой площадку для взаимодействия — поиска индустриального партнера или разработок.

В состав модуля на данный момент входят пять крупных разделов:

- Приоритеты исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения.
- Для разработчиков технологий.
- Статистика исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения.
- Для индустриальных партнеров.
- Экспертные мнения и опросы.

Раздел «Приоритеты исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения» в свою очередь включает два подраздела: «Типы приоритетов исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения» и «Приоритеты исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения (Витрина приоритетов)».

Здоровье и общество

В ходе исследования использованы методы научного исследования: классификация и систематизация объектов, контент-анализ, расчетные методы для статистического анализа данных.

**Результаты исследования**

Представлена обобщенная (сводная) количественная характеристика приоритетных направлений для научных исследований и разработок, входящих в ту или иную область приоритетов (табл. 1).

Всего в состав Витрины приоритетов входят 24 приоритетные области и 351 приоритетное направление для научных исследований и разработок. В топ-5 (по количеству приоритетных направлений) приоритетных областей входят:

- п. 2 «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия»;
- п. 9 «Нейрохирургия, неврология и нейрореабилитация, психиатрия»;
- п. 3 «Хирургия (в том числе челюстно-лицевая и стоматология), травматология и ортопедия»;
- п. 6 «Инфекционные заболевания»;
- п. 1 «Онкология».

Рассмотрим области, которые имеют одинаковое количество приоритетных направлений:

- п. 7 «Эндокринология» и п. 17 «Педиатрия»;
- п. 16 «Урология и нефрология» и п. 23 «Перспективные технологии»;
- п. 14 «Пульмонология» и п. 15 «Репродуктивное здоровье»;

Таблица 1

**Общая характеристика Витрины приоритетов**

Область приоритета	Количество приоритетных направлений для научных исследований и разработок, абс. ед.
1. Онкология	23
2. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия	58
3. Хирургия (в том числе челюстно-лицевая и стоматология), травматология и ортопедия	31
4. Реконструктивная и регенеративная медицина	5
5. Трансплантология и искусственные органы	8
6. Инфекционные заболевания	25
7. Эндокринология	16
8. Офтальмология	11
9. Нейрохирургия, неврология и нейрореабилитация, психиатрия	43
10. Превентивная и профилактическая медицина, фармакогеномика	9
11. Орфанные (наследственные) заболевания	6
12. Телемедицина и IT-технологии	4
13. Фтизиатрия	6
14. Пульмонология	12
15. Репродуктивное здоровье	12
16. Урология и нефрология	15
17. Педиатрия	16
18. Оториноларингология	5
19. Ревматология	6
20. Гематология	13
21. Технологии полноэкзомного/полногеномного анализа	4
22. Иная медицинская техника	6
23. Перспективные технологии	15
24. Аутоиммунные заболевания	2
Всего...	351

Таблица 2

**Общая характеристика приоритетов для поисковых и фундаментальных исследований**

Область приоритета	Количество приоритетных направлений для научных исследований и разработок, абс. ед.		Количество приоритетов для научных исследований, абс. ед.		
	ЕГИСУ НИОКТР	Письмо Минздрава	поисковые	фундаментальные	всего
1. Онкология	23	22	57	40	97
2. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия	58	56	96	73	169
3. Хирургия	31	31	51	39	90
4. Реконструктивная и регенеративная медицина	5	5	12	11	23
5. Трансплантология и искусственные органы	8	7	17	15	32
6. Инфекционные заболевания	25	22	40	38	78
7. Эндокринология	16	14	14	14	28
8. Офтальмология	11	12	14	15	29
9. Нейрохирургия, неврология и нейрореабилитация, психиатрия	43	26	40	31	71
10. Превентивная и профилактическая медицина, фармакогеномика	9	8	7	15	22
11. Орфанные (наследственные) заболевания	6	5	14	3	17
12. Телемедицина и IT-технологии	4	5	11	4	15
13. Фтизиатрия	6	5	8	11	19
14. Пульмонология	12	12	12	17	29
15. Репродуктивное здоровье	12	12	18	10	28
16. Урология и нефрология	15	13	20	16	36
17. Педиатрия	16	15	16	18	34
18. Оториноларингология	5	4	3	6	9
19. Ревматология	6	7	7	7	14
20. Гематология	13	13	18	16	34
21. Технологии полноэкзомного/полногеномного анализа	4	4	4	3	7
22. Иная медицинская техника	6	6	0	0	0
23. Перспективные технологии	15	12	55	46	101
24. Аутоиммунные заболевания	2	2	0	0	0
Всего...	351	318	534	448	982

- п. 11 «Орфанные (наследственные) заболевания», п. 13 «Фтизиатрия», п. 19 «Ревматология» и п. 22 «Иная медицинская техника»;
- п. 4 «Реконструктивная и регенеративная медицина» и п. 18 «Оториноларингология»;
- п. 12 «Телемедицина и IT-технологии» и п. 21 «Технологии полноэкзомного/полногеномного анализа».

В Письме Минздрава России № 27-4/И/2-25208 от 18.12.2024 приводится перечень приоритетов для фундаментальных и поисковых исследований, сформированный на основании экспертных мнений и трансформации приоритетов, предназначенных для формирования тематических направлений прикладных исследований и приведенных в специальном отраслевом сегменте ЕГИСУ НИОКТР (табл. 2).

Если в отраслевом сегменте ЕГИСУ НИОКТР были охвачены 24 приоритетные области и 351 направление для научных исследований и разработок, то в Письме Минздрава России сформулированы предложения для 22 областей (кроме п. 22 «Иная медицинская техника» и п. 24 «Аутоиммунные заболевания») и 318 направлений (данное число получилось за счет включения 11 новых направлений и элиминирования 44 направлений, например ввиду отсутствия предложений по трансформации приоритетов для прикладных научных исследований в поисковые и фундаментальные).

Всего в Письме Минздрава России сформулированы предложения для 982 приоритетов, из которых 534 приходится на поисковые и 448 на фундаментальные научные исследования. В тройку лидеров по количеству поисковых и фундаментальных исследований, а также по их суммарному количеству входят: п. 2 «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия», п. 1 «Онкология» и п. 23 «Перспективные технологии». Минимальное количество поисковых исследований наблюдается для п. 18 «Отоларингология», а наименьшее количество фундаментальных исследований — для п. 21. «Технологии полноэкзомного/полногеномного анализа».

Рассмотрим области, которые имеют *одинаковое количество поисковых* приоритетных направлений:

- п. 6 «Инфекционные заболевания» и п. 9 «Нейрохирургия, неврология и нейрореабилитация, психиатрия»;
- п. 20 «Гематология» и п. 15 «Репродуктивное здоровье»;
- п. 8 «Офтальмология», п. 7 «Эндокринология» и п. 11 «Орфанные (наследственные) заболевания»;
- п. 14 «Пульмонология» и п. 4. «Реконструктивная и регенеративная медицина»;
- п. 10 «Превентивная и профилактическая медицина, фармакогеномика» и п. 19 «Ревматология».

Рассмотрим области, которые имеют *одинаковое количество фундаментальных* приоритетных направлений:

- п. 16 «Урология и нефрология» и п. 20 «Гематология»;
- п. 5 «Трансплантология и искусственные органы», п. 8. «Офтальмология», п. 10 «Превентивная и профилактическая медицина, фармакогеномика»;
- п. 4 «Реконструктивная и регенеративная медицина» и п. 13 «Фтизиатрия»;
- п. 11 «Орфанные (наследственные) заболевания» и п. 21 «Технологии полноэкзомного/полногеномного анализа».

Также наблюдается три пары областей с *одинаковым общим количеством* приоритетов для научных исследований:

- п. 17 «Педиатрия» и п. 20 «Гематология»;
- п. 14 «Пульмонология» и п. 8 «Офтальмология»;

- п. 7 «Эндокринология» и п. 15 «Репродуктивное здоровье».

### Обсуждение

Как отмечено выше, в соответствии с Письмом Минздрава России было добавлено 11 новых приоритетов для прикладных научных исследований, 4 из которых относятся к п. 2 «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия», а 7 остальных — к областям п. 5 «Трансплантология и искусственные органы», п. 8 «Офтальмология», п. 9 «Нейрохирургия, неврология и нейрореабилитация, психиатрия», п. 10 «Превентивная и профилактическая медицина, фармакогеномика», п. 12 «Телемедицина и IT-технологии», п. 14 «Пульмонология» и п. 19 «Ревматология». Этим 11 приоритетам соответствуют 7 поисковых и 4 фундаментальные тематики исследований, при этом последние наблюдаются для таких областей п. 8—10 и 14.

Из 44 элиминированных направлений 18 относятся к п. 9 «Нейрохирургия, неврология и нейрореабилитация, психиатрия», 6 направлений — к п. 2 «Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия», по три направления — к п. 6 «Инфекционные заболевания» и п. 23 «Перспективные технологии», по два направления — к 4 областям: п. 5 «Трансплантология и искусственные органы», п. 7 «Эндокринология», п. 10 «Превентивная и профилактическая медицина, фармакогеномика» и п. 16 «Урология и нефрология», по одному направлению — к 6 областям: п. 1 «Онкология», п. 11 «Орфанные (наследственные) заболевания», п. 17 «Педиатрия», п. 13 «Фтизиатрия», п. 14 «Пульмонология» и п. 18 «Отоларингология». Никаких элиминирующих изменений не наблюдается для 7 областей: п. 3 «Хирургия», п. 4 «Реконструктивная и регенеративная медицина», п. 8 «Офтальмология», п. 12 «Телемедицина и IT-технологии», п. 15 «Репродуктивное здоровье», п. 19 «Ревматология» и п. 20 «Гематология».

Ключевыми типами приоритетов исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения являются: снижение смертности, снижение инвалидизации, снижение сроков временной нетрудоспособности, повышение качества жизни, связанного с состоянием здоровья, орфанные заболевания, технологические тренды, импортозамещение и рыночное превосходство (коммерческая перспективность).

Приоритетные направления для научных исследований и разработок в интересах медицины и здравоохранения в общем условно можно разделить на следующие 9 категорий:

- 1) разработка лекарственных препаратов;
- 2) разработка медицинских изделий;
- 3) разработка новых материалов для использования в медицине;
- 4) разработка новых методов и способов прогнозирования, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
- 5) разработка новых моделей заболеваний человека;

- 6) выявление новых терапевтических мишеней;
- 7) научные разработки в целях обеспечения экспертной деятельности;
- 8) эпидемиологические и популяционные исследования в целях принятия управленческих решений;
- 9) научные разработки в сфере организации здравоохранения.

Для категорий 1—4 в качестве *принципов приоритизации* можно использовать адаптированные шкалы уровня готовности технологий, клинко-экономическую эффективность, сроки и стоимость исследований и разработок. Для категорий 5—6 принципы приоритизации могут основываться на экспертной оценке и представлять потенциал для решения проблем. Принципы приоритизации для категорий 7—9 определяются потребностями экспертизы и управления в сфере медицины и здравоохранения.

### Заключение

Минздравом России в рамках реализации мероприятий федерального проекта «Медицинская наука для человека» создаются на системной основе механизмы, призванные повысить результативность прикладных научных исследований в интересах медицины и здравоохранения и позволяющие реализовать функционал Минздрава России как квалифицированного заказчика в этой области посредством определения приоритетов, востребованных практической медициной.

Перечень приоритетов, сформированный на основании анализа экспертных мнений, размещен в свободном доступе в отраслевом сегменте медицинской науки ЕГИСУ НИОКТР гражданского назначения для использования при планировании прикладных научных исследований в интересах медицины и здравоохранения.

Вместе с тем возможность проведения эффективных и результативных прикладных научных исследований критически зависит от знаний, приобретенных в ходе проведения фундаментальных и поисковых научных исследований. С целью трансформации приоритетов для прикладных научных исследований из отраслевого сегмента ЕГИСУ НИОКТР в приоритетные тематики для фундаментальных и поисковых исследований Минздравом России был разработан специальный классификатор-переходник.

Витрину приоритетов можно использовать в качестве референсной базы, а перспективным направлением дальнейших исследований является ее сопоставление, например, с соответствующими разделами (медицина и здравоохранение) программы фундаментальных исследований научных исследований (ПФНИ) Российской Федерации на долгосрочный период (2021—2030) и уже более детальный сопоставительный анализ приоритетных направлений фундаментальных, прикладных и поисковых научных исследований и разработок, обозначенных в

этих двух тематических классификаторах/рубрикаторах.

Создаваемая Минздравом России система приоритетов предназначена для формирования тематических направлений, результаты исследований и разработок по которым будут востребованы медициной и здравоохранением, обеспечивая технологический суверенитет и стратегическое лидерство нашей страны в этих отраслях.

Исследование не имело спонсорской поддержки/  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф., Фетисов В. П. Глобальные тенденции и вызовы, определяющие научно-технологическое развитие России. *Микроэкономика*. 2018;(5):7—13.
2. Мазов Н. А., Гуреев В. Н., Глинских В. Н. Методологические основы определения научных тенденций и фронтов. *Научно-техническая информация. Серия 1: Организация и методика информационной работы*. 2020;(10):1—12. doi: 10.36535/0548-0019-2020-10-1
3. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф., Кошкарева О. А. О механизме формирования приоритетов развития фундаментальных научных исследований. *Микроэкономика*. 2017;(2):7—15.
4. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф., Кошкарева О. А. Механизм формирования приоритетов развития фундаментальных научных исследований. *Экономические стратегии*. 2017;19(4):96—109.
5. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф. О выборе приоритетов развития российской науки. *Общество и экономика*. 2016;(3):19—40.
6. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф. Приоритеты науки: Процедура выбора. *Журнал экономической теории*. 2016;(2):7—20.
7. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф. Методология выбора приоритетов фундаментальной науки. *ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика*. 2018;(1):127—43. doi: 10.24411/2071-6435-2018-10010
8. Мазов Н. А., Гуреев В. Н. Проблемные аспекты при выявлении приоритетных направлений научных исследований. *Управленческие науки: теория и практика*. 2020;2(3):37—51. doi: 10.19181/smtp.2020.2.3.2
9. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф., Фетисов В. П. Об организации долгосрочного прогнозирования фундаментальных и поисковых научных исследований. *Экономика и математические методы*. 2019;55(1):56—67. doi: 10.31857/S042473880004047-0
10. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф., Фетисов В. П. Тематический прогноз фундаментальных научных исследований в России до 2035 года и области его возможного применения. *Общество и экономика*. 2020;(3):5—44. doi: 10.31857/S020736760008634-6
11. Миндели Л. Э., Остапюк С. Ф., Черных С. И. Долгосрочное прогнозирование развития фундаментальной науки в России: методологические аспекты. *Общество и экономика*. 2017;(10):5—21.
12. Майданник О. В., Гапоненко М. А., Салиева Р. Н. Вопросы нормативно-правового регулирования порядка учета НИОКТР гражданского назначения. *Управление наукой и наукометрия*. 2021;16(2):178—222. doi: 10.33873/2686-6706.2021.16-2.178-222
13. Ушакова С. Е. Совершенствование информационной базы формирования и мониторинга реализации государственного задания в сфере науки. *Наука. Инновации. Образование*. 2017;12(3):76—94.
14. Пошатаев О. Н., Съедин Д. Ю. Информационная система ЕГИСУ НИОКТР, как инструмент мониторинга и анализа работ в научно-технической сфере. *Информатизация и связь*. 2016;(4):46—52.
15. Пошатаев О. Н., Съедин Д. Ю. Модель оценки эффективности научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ в государственной информационной системе ЕГИСУ НИОКТР. *Информатизация и связь*. 2017;(1):88—95.
16. Солдатов С. Э., Масленникова Е. В., Грачев А. И. Бюджетные механизмы реализации приоритетов научно-технологического развития Российской Федерации. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Государственное и муниципальное управление*. 2021;25(1):10—18. doi: 10.26907/2542-0402.2021.1.10-18

пальное управление. 2023;10(2):157–70. doi: 10.22363/2312-8313-2023-10-2-157-170

17. Шумилин Д. А. Единая государственная информационная система учета научно-исследовательских, опытно-конструкторских и технологических работ гражданского назначения: реалии и перспективы. *Временник Zubovskogo instituta*. 2023;(1):9–17. doi: 10.52527/22218130\_2023\_1\_9

Поступила 18.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F., Fetisov V. P. Global trends and challenges determining scientific and technological development of Russia. *Microeconomics*. 2018;(5):7–13 (in Russian).
- Mazov N. A., Gureev V. N., Glinskikh V. N. The methodological basis of defining research trends and fronts. *Scientific and Technical Information Processing*. 2020;(10):1–12. doi: 10.36535/0548-0019-2020-10-1 (in Russian).
- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F., Koshkareva O. A. On the mechanism for priorities-setting of development, of fundamental scientific researches. *Microeconomics*. 2017;(2):7–15 (in Russian).
- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F., Koshkareva O. A. The mechanism of formation of the development priorities of fundamental scientific researches. *Economic Strategies*. 2017;19(4):96–109 (in Russian).
- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F. On priorities of development of Russian science. *Society and Economics*. 2016;(3):19–40 (in Russian).
- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F. Priorities of science: selection procedure. *AlterEconomics*. 2016;(2):7–20 (in Russian).
- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F. Methods of priority-setting in basic research. *ETAP: Economic Theory, Analysis, and Practice*. 2018;(1):127–43. doi: 10.24411/2071-6435-2018-10010 (in Russian).
- Mazov N. A., Gureyev V. N. Areas of concern when setting research priority. *Science Management: Theory and Practice*. 2020;2(3):37–51. doi: 10.19181/smtp.2020.2.3.2 (in Russian).
- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F., Fetisov V. P. On long-term prediction of fundamental and exploratory research. *Economics and Mathematical Methods*. 2019;55(1):56–67. doi: 10.31857/S042473880004047-0 (in Russian).
- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F., Fetisov V. P. Thematic forecast of fundamental scientific researches in Russia until 2035 and the areas of its possible application. *Society and Economics*. 2020;(3):5–44. doi: 10.31857/S020736760008634-6 (in Russian).
- Mindeli L. E., Ostapyuk S. F., Chernykh S. I. Long-term forecasting of the Russian basic science: methodological aspects. *Society and Economics*. 2017;(10):5–21 (in Russian).
- Maydannik O. V., Gaponenko M. A., Salieva R. N. Regulatory Issues of the Accounting Procedure for Civil R&D. *Science Governance and Scientometrics*. 2021;16(2):178–222. doi: 10.33873/2686-6706.2021.16-2.178-222 (in Russian).
- Ushakova S. E. The development of an information base for setting and monitoring the implementation of science-related government assignments. *Science. Innovations. Education*. 2017;12(3):76–94 (in Russian).
- Poshataev O. N., Syedin D. Yu. Information system for accounting scientific researches as a tool for monitoring and analysis of scientific works in scientific-technical sphere. *Informatization and Communication*. 2016;(4):46–52 (in Russian).
- Poshataev O. N., Syedin D. Yu. Evaluation model of research performance in scientific research and development accounting system. *Informatization and Communication*. 2017;(1):88–95 (in Russian).
- Soldatova S. E., Maslennikova E. V., Grachev A. I. Budgetary mechanisms for implementing the priorities of scientific and technological development of the Russian Federation. *RUDN Journal of Public Administration*. 2023;10(2):157–70. doi: 10.22363/2312-8313-2023-10-2-157-170 (in Russian).
- Shumilin D. A. The unified state information system for accounting research, development and technological works for civil use: realities and prospects. *Annals of the Zubov Institute*. 2023;(1):9–17. doi: 10.52527/22218130\_2023\_1\_9 (in Russian).

Шипова В. М.<sup>1</sup>, Железова П. В.<sup>1</sup>, Мингазова Э. Н.<sup>1,2,3</sup>

## К ВОПРОСУ О ШТАТНО-НОРМАТИВНОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ И ОСНОВНЫХ ФУНКЦИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993, г. Москва;

<sup>3</sup>ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань

*Представлен анализ штатно-нормативного обеспечения региональных Центров общественного здоровья и медицинской профилактики и характеристик их основных функций. Рассмотрена эволюция подходов к организации профилактической деятельности в системе здравоохранения от первоначальных центров здоровья до современных центров как самостоятельных медицинских организаций с расширенными полномочиями в области популяционной профилактики. Особое внимание уделено нормативам численности ключевых категорий персонала, в первую очередь врачей по медицинской профилактике. Выявлены значительные расхождения между установленными нормативами и фактическим кадровым обеспечением, а также противоречия в нормах труда, закрепленных в различных нормативных документах. Выявлено, что текущие требования к штатной численности не обеспечиваются имеющимся кадровым ресурсом, что создает риски для устойчивой реализации профилактических программ. На основе проведенного анализа сформулированы рекомендации по унификации и уточнению штатных нормативов с целью повышения реалистичности кадрового планирования и усиления роли центров общественного здоровья и медицинской профилактики в системе общественного здоровья.*

**Ключевые слова:** медицинские кадры; дефицит врачей; кадровое обеспечение; штатное обеспечение; центры общественного здоровья и медицинской профилактики.

**Для цитирования:** Шипова В. М., Железова П. В., Мингазова Э. Н. К вопросу о штатно-нормативном обеспечении и основных функциях регионального центра общественного здоровья и медицинской профилактики. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):233–237. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-233-237>

**Для корреспонденции:** Мингазова Эльмира Нурисламовна, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

Shipova V. M.<sup>1</sup>, Zhelezova P. V.<sup>1</sup>, Mingazova E. N.<sup>1,2,3</sup>

## ON THE ISSUE OF STAFF AND REGULATORY SUPPORT AND MAIN FUNCTIONS OF THE REGIONAL CENTER OF PUBLIC HEALTH AND MEDICAL PREVENTION

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Federal State Budget Educational Institution of Additional Professional Education “The Russian Medical Academy of Continuous Professional Education” of the Minzdrav of Russia, 125445, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budget Institution “The Kazan State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 420012 Kazan, Russia

*The article considers issues of staff and regulatory support of Regional Centers of Public Health and Medical Prevention including their basic functions. The evolution of approaches to organization of preventive activity in health care system is considered from initial health centers to modern Regional Centers of Public Health and Medical Prevention as independent medical organizations with expanded powers in field of population prevention. The particular attention is given to norms of staffing for key personnel categories, especially for physicians specializing in medical prevention. The significant discrepancies are identified between established norms of staffing and actual peopleware. Also, contradictions in norms of labor fixed in various normative documents are revealed. The analysis demonstrates that current staff requirements are not supported by available personnel resource that creates risks for sustainable implementation of prevention programs. The recommendations are formulated concerning unification and specification of norms of staff norms in order to enhance realism of staff planning and to enhance role of Regional Centers of Public Health and Medical Prevention within the public health system.*

**Key words:** medical personnel; deficiency of physicians; peopleware; staff support; center; public health; medical prevention.

**For citation:** Shipova V. M., Zhelezova P. V., Mingazova E. N. On the issue of staff and regulatory support and main functions of the regional center of public health and medical prevention. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):233–237 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-233-237>

**For correspondence:** Mingazova E. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: [elmira\\_mingazova@mail.ru](mailto:elmira_mingazova@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 06.10.2025

Accepted 12.01.2026

### Введение

Формирование специализированных структур в системе здравоохранения Российской Федерации,

ориентированных на реализацию профилактических стратегий, обусловлено необходимостью комплексного решения задач предупреждения заболе-

ваний, уменьшения тяжести их клинического течения, а также разработки и внедрения управленческих механизмов, направленных на нейтрализацию факторов, угрожающих здоровью и жизни населения.

Эмпирический анализ функционирования центров общественного здоровья и медицинской профилактики (ЦОЗМП) за 2008—2015 гг. выявил совокупность объективных ограничений, существенно снижавших эффективность их деятельности. Ключевым отнесены недостаточное бюджетное финансирование, дефицит квалифицированных кадров, устаревшая нормативно-правовая база, несоответствие форм отчетности (в частности, формы № 70) современным требованиям мониторинга профилактической деятельности, организационный дисбаланс подразделений и ограниченность их функционального профиля.

Обнаруженные системные недостатки стали причиной пересмотра позиции Министерства здравоохранения Российской Федерации в отношении ЦОЗМП и запуска трансформации их структурно-функциональной модели с акцентом на интеграцию принципов общественного здоровья, что предполагает расширение компетенций, модернизацию нормативного регулирования и усиление роли данных центров в обеспечении здоровья населения [1—5].

Цель исследования — дать характеристику современного состояния штатно-нормативного обеспечения и основных функций регионального ЦОЗМП.

### Материалы и методы

Проведен анализ нормативно-правовых актов Министерства здравоохранения Российской Федерации, документальный анализ внутренних регламентов и отчетных материалов региональных ЦОЗМП, а также сравнительный и контент-анализ штатных нормативов и функциональных обязанностей медицинского персонала.

### Результаты исследования

Создание региональных ЦОЗМП было основано на опыте работы центров здоровья, ранее развивавшихся на базе медицинских организаций. В 2009 г. специальным приказом<sup>2</sup> были установлены ключевые задачи центров здоровья и рекомендованные штатные нормативы, включающие следующие параметры: заведующий центром здоровья назначается из расчета 1 должность на 8 врачей, врачебный состав для приема населения формируется из расчета 0,4 должности врача на 10 тыс. населения, медицинские сестры — не менее 0,5 должности на 1 врача, младший медицинский персонал — не менее 1 должности на 6 врачей. Отдельным приказом был

<sup>2</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12169847/>

также утвержден перечень специальностей для подготовки медицинских кадров центра здоровья<sup>3</sup>.

Далее был издан приказ<sup>4</sup>, определяющий штатные нормативы отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослого населения, а также центра медицинской профилактики, предусматривавший введение должностей врача-методиста и врача по медицинской реабилитации — по одной должности каждого специалиста на 200 тыс. населения (не менее трех) [6].

Однако в 2020 г. был утвержден приказ<sup>5</sup>, вносящий изменения в приказ № 683н. Изменения связаны с переименованиями центров медицинской профилактики в центры общественного здоровья и медицинской профилактики, введением новых должностей и изменениями величины норм труда для ряда должностей. В частности, в штатные нормативы ЦОЗМП введена должность заместителя руководителя (главного врача), специалиста в сфере социологии, инструктора по гигиеническому воспитанию, специалиста в сфере демографии, изменена величина норм труда для врачей-методистов и врачей по медицинской профилактике.

В документе четко обозначено, что «региональный (республиканский, краевой, областной, окружной) Центр является самостоятельной медицинской организацией, осуществляющей координацию и методическое сопровождение мероприятий по разработке, реализации и оценке эффективности мер, направленных на снижение заболеваемости и предотвращаемой смертности от неинфекционных заболеваний, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, в субъекте Российской Федерации».

Региональные ЦОЗМП в качестве самостоятельных медицинских организаций включены в номенклатуру медицинских организаций<sup>6</sup> в 2020 г.<sup>7</sup>

<sup>3</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 10.06.2009 № 302н «О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований Федерального бюджета мероприятий, направленных на формирования здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12167794/>

<sup>4</sup> Приказ Минздрава России от 30.09.2015 № 683н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71160468/>

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 28.07.2020 № 748н «О внесении изменений в порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях, утвержденный приказом Министерства Российской Федерации от 30 сентября № 683н». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74441107/>

<sup>6</sup> Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций». Режим доступа: <https://ivo.garant.ru/#/document/70453400/>

<sup>7</sup> Приказ Минздрава России от 19.02.2020 № 106н «О внесении изменений в номенклатуру медицинских организаций, утвержденную приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 августа 2013 г. № 529н». Режим доступа: <https://base.garant.ru/73790891/>

Здоровье и общество

Действующий приказ<sup>8</sup> содержит основные функции регионального Центра, охватывающие как непосредственную работу с населением, так и организационно-методическое сопровождение, включая подготовку и анализ отчетных данных по соответствующему субъекту Российской Федерации.

Примеры мероприятий с населением включают участие в первичной медико-санитарной помощи взрослым, обследование граждан для оценки функциональных резервов здоровья и выявления факторов риска неинфекционных заболеваний, консультирование по здоровому образу жизни и питанию, коррекцию факторов риска, направление к специализированным врачам, участие в диспансеризации и профилактических осмотрах, диспансерное наблюдение с назначением лекарственных препаратов при высоком риске сердечно-сосудистых заболеваний, информационно-мотивационные кампании, а также обучение первой помощи при жизнеугрожающих состояниях.

Организационно-методическая деятельность включает анализ распространенности факторов риска, показателей заболеваемости и смертности, проведение пропагандистских мероприятий, представление отчетности в установленные сроки и в установленных формах, сбор и анализ первичных данных для информационных систем здравоохранения, разработку и оценку эффективности профилактических мер, мониторинг смертности и факторов риска на региональном и муниципальном уровнях, участие в создании муниципальных и корпоративных программ укрепления общественного здоровья, организацию межведомственного взаимодействия и тиражирование лучших практик. Кроме того, Центр разрабатывает предложения по совершенствованию нормативных актов региона с целью снижения воздействия табачного дыма и потребления алкогольной продукции, а также ежегодно подготавливает публичный доклад о состоянии общественного здоровья с размещением в интернете.

Штатные нормативы Центра представлены в таблице, составленной путем извлечения данных из приложения № 8 к приказу № 1177н.

Данные таблицы полностью совпадают с указанными изменениями приказа № 683н, внесенными в 2020 г.

В штатных нормативных документах заместителям главного врача, как правило, сопутствует описание курируемых ими направлений работы, однако в приказе № 1177н эти сведения отсутствуют.

В приказе целесообразно привести указания на наименования отделов и на штатные нормативы персонала в этих отделах, определить порядок введения должностей заведующих отделами (сверх

Штатные нормативы Центра общественного здоровья и медицинской профилактики

№ п/п	Наименование должности	Количество должностей, ед.
1	Руководитель (главный врач)	1
2	Заместитель руководителя (главного врача)	1
3	Заведующий отделом (заведующий отделом — врач-специалист)	1 на отдел
4	Врач-методист	1 на 100 тыс. населения
5	Врач по медицинской профилактике	1 на 100 тыс. населения
6	Медицинский статистик	1
7	Медицинская сестра	1
8	Специалист в сфере социологии	1
9	Инструктор по гигиеническому воспитанию	1 на 100 тыс. населения
10	Специалист в сфере демографии	1

должностей специалистов либо вместо целой должности или части должности специалиста).

Как видно из таблицы, конкретные показатели по труду представлены лишь по трем должностям: врачам-методистам, врачам по медицинской профилактике и инструкторам по гигиеническому воспитанию. Каждая из указанных должностей устанавливается на 100 тыс. населения, что в абсолютных цифрах составляет примерно по 1,5 тыс. должностей врачей-методистов, врачей по медицинской профилактике, инструкторов по гигиеническому воспитанию.

Анализ нормативной численности должностей любого документа предполагает экономическую оценку показателя по труду. При этом превышение нормативной численности персонала на 20—30% их фактического числа рассматривается нами как определенный запас прочности норм труда, позволяющий в период их действия реализовывать новые направления деятельности, внедрять новые технологии лечебно-диагностического процесса.

Рассмотрим соотношения нормативной численности должностей и фактической их обеспеченности на примере врачей по медицинской профилактике.

Статистические данные по фактической численности указанных должностей показывают, что численность физических врачей по медицинской профилактике в 2023 г. составляла 1390 [7]. Приведенные данные — это число физических лиц в целом во всех организациях страны.

При сравнениях нормативного числа должностей с фактическим числом врачей — физических лиц следует учитывать сложившийся коэффициент совместительства, который свидетельствует о том, что одно физическое лицо может занимать 1,2—1,3 должности [8]. Следовательно, 1390 физических лиц врачей по медицинской профилактике могут занять 1670—1800 должностей, т. е. обеспечить с небольшим превышением выполнение только одного норматива, изложенного в пункте 5 таблицы.

Однако кроме представленных в таблице норм труда в ЦОЗМП, нормативное число врачей по медицинской профилактике по приказу № 1177н предусматривается и в отделении (кабинете) медицин-

<sup>8</sup> Приказ Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». Режим доступа: <https://base.garant.ru/74998637/>

ской профилактики для взрослых, которое является структурным подразделением медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в виде одной должности на 20 тыс. взрослого населения (приложение № 2 к приказу № 1177н). Для обеспечения такого норматива требуется 5,8 тыс. должностей.

В медицинской организации с численностью прикрепленного взрослого населения 20 тыс. и более рекомендуется создание отделения медицинской профилактики для взрослых, а с численностью прикрепленного взрослого населения менее 20 тыс. рекомендуется создание кабинета медицинской профилактики для взрослых.

Норматив по труду врачей по медицинской профилактике предусмотрен и в центре здоровья, который является структурным подразделением медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность. При этом Центр рекомендуется создавать из расчета не менее чем на 200 тыс. населения. Нормативное число должностей врачей по медицинской профилактике в центре здоровья устанавливается в виде одной должности на 40 тыс. населения (приложение № 5 к приказу № 1177н), на обеспечение этого норматива необходимо 2,9 тыс. должностей.

Нормативное число врачей по медицинской профилактике, наряду с приказом № 1177н, приводится в штатных нормативах поликлиники<sup>9</sup> в виде одной должности на 20 тыс. взрослого населения и 2,5 должности на 25 тыс. взрослого населения (п. 27 приложения № 2 к приказу № 202н).

Если ориентироваться на первый вариант нормативной записи, то для обеспечения этого норматива необходимо 5,8 тыс. должностей, а если на второй ее вариант — то 11,6 тыс. должностей. Такие противоречивые величины, имеющие двукратный размах колебания показателя, требуют безотлагательного уточнения и отмены одного из нормативов.

### Заключение

Анализ нормативно-правовой базы, регулирующей формирование и развитие здорового образа жизни в Российской Федерации, демонстрирует устойчивое и последовательное внимание государственных органов к данной стратегической задаче здравоохранения. В течение нескольких лет наблюдается постепенная эволюция подходов к организации профилактической деятельности, отраженная в изменениях штатных и трудовых нормативов, закрепленных в ведомственных актах. Эти изменения свидетельствуют о попытках адаптации институциональной и кадровой инфраструктуры системы к растущим требованиям популяционной профилак-

тики неинфекционных заболеваний и повышению приверженности населения здоровому образу жизни.

Особое значение имеет приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1177н, устанавливающий нормативы численности медицинских работников, включая врачей по медицинской профилактике. Анализ нормативов выявляет существенное несоответствие между установленными требованиями и фактическим кадровым обеспечением: расчетные показатели значительно превышают доступное количество специалистов. Это расхождение указывает не только на системный дефицит кадров, но и на необходимость трансформации подходов к кадровому планированию, пересмотра структуры и содержания профессиональной подготовки, а также развития новых специализаций в рамках непрерывного медицинского образования.

В связи с этим необходимы целенаправленные корректировки действующих нормативных документов с учетом выявленных диспропорций и методологических замечаний. В первую очередь следует уточнить и унифицировать нормативы труда для врачей по медицинской профилактике в поликлиническом звене. Наличие противоречивых норм в различных приказах (в частности, № 1177н и № 202н) создает правовую и организационную неопределенность, осложняет планирование кадровых ресурсов на региональном и институциональном уровнях и снижает эффективность реализации профилактических программ.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Железова П. В., Мингазова Э. Н. Центры общественного здоровья и медицинской профилактики в современных условиях неинфекционных и инфекционных рисков. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S1):582—7. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-s1-582-587
2. Fadeeva S. A., Sitdikova I. D., Mingazova E. N., Lopushov D. V., Berezin K. A., Ivanova M. K. Risk assessment as a criterion of environmental stress. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018;5(9):9323—7. doi: 10.5281/zenodo.1439332
3. Муслимов М. И., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Дефицит медицинских кадров как глобальная проблема современности. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(9):103—11. doi: 10.21045/1811-0185-2024-9-103-111
4. Безымянный А. С., Мингазова Э. Н. Профессиональное выгорание медицинских работников и факторы, его определяющие. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(2):180—6. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-180-186
5. Мингазова Э. Н., Щепин В. О., Железова П. В. Особенности медико-демографического процесса в Костромской области как региона Центральной России. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(9):52—61.
6. Шипова В. М. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правовых актов с комментариями. Под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021.
7. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть 1: Медицинские кадры: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 68 с.
8. Шипова В. М. Штатное расписание медицинской организации. Под ред. Р. У. Хабриева. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2024. 92 с.

<sup>9</sup> Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/412007058/>

REFERENCES

1. Zhelezova P. V., Mingazova E. N. Public health and medical prevention centers in modern conditions of non-infectious and infectious risks. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2021;29(S1):582–7. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-s1-582-587 (in Russian).
2. Fadeeva S. A., Sitdikova I. D., Mingazova E. N., Lopushov D. V., Berezin K. A., Ivanova M. K. Risk assessment as a criterion of environmental stress. *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2018;5(9):9323–7. doi: 10.5281/zenodo.1439332
3. Muslimov M. I., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Shortage of medical personnel as a global challenge of modern times. *Menedzher zdavookhraneniya*. 2024;(9):103–11. doi: 10.21045/1811-0185-2024-9-103-111 (in Russian).
4. Bezmyanny A. S., Mingazova E. N. Professional burnout among healthcare workers and its determining factors. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(2):180–6. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-180-186 (in Russian).
5. Mingazova E. N., Schepin V. O., Zhelezova P. V. Features of the medical and demographic process in the Kostroma region as a region of Central Russia. *Menedzher zdavookhraneniya*. 2019;(9):52–61 (in Russian).
6. Shipova V. M. Regulation of labor relations in healthcare. Collection of normative legal acts with commentary. Ed. by R. U. Khabriev. 4th ed., rev. and enl. Moscow: GEOTAR-Media; 2021. P. 96–9, 291–2 (in Russian).
7. Resources and activities of healthcare organizations. Part 1: Medical personnel: statistical materials. Moscow: FSBI “CNIIOIZ” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; 2024. 68 p. (in Russian).
8. Shipova V. M. Staffing schedule of a medical organization. Ed. by R. U. Khabriev. 3rd ed., rev. and enl. Moscow: GEOTAR-Media; 2024. 92 p. (in Russian).

**Коростышевская Е. М.<sup>1</sup>, Афанасьева О. Н.<sup>2</sup>, Уразгалиев В. Ш.<sup>1</sup>, Агашин А. В.<sup>1</sup>, Новиков А. В.<sup>1</sup>****СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург;<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Всероссийская академия внешней торговли Минэкономразвития России», 119285, г. Москва

Статья посвящена системному рассмотрению особенностей реализации социальной политики Санкт-Петербурга в области здравоохранения как важного института экономической политики. Ключевым направлением развития Санкт-Петербурга являются отрасли, ориентированные на нужды человека, в том числе здравоохранение, требующее масштабных инвестиций в человека. Проведен комплексный анализ работ российских и зарубежных ученых. Методологический аппарат представлен системным и ситуационным подходом, применены структурный и функциональный методы исследования, метод научной абстракции, методы индукции и дедукции и экономико-статистические методы сбора информации. Приведен обзор исследований в области социальной политики и здравоохранения, на основании чего выявлены особенности социальной политики Санкт-Петербурга в области здравоохранения и определены ее перспективные направления. Так, для российского общества одной из ключевых задач является продвижение позитивной повестки развития личности, общества и государства с опорой прежде всего на человеческий потенциал. Санкт-Петербург приобретает имидж региона социального благополучия, а на повестку дня встает задача его сохранения и усиления. Одной из важнейших функций государства является предоставление общественных услуг (благ), в первую очередь качественного и доступного здравоохранения.

**Ключевые слова:** социальная политика; здравоохранение; социальная сфера; Санкт-Петербург; человеческий потенциал.

**Для цитирования:** Коростышевская Е. М., Афанасьева О. Н., Уразгалиев В. Ш., Агашин А. В., Новиков А. В. Социальная политика Санкт-Петербурга в области здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):238–242. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-238-242>

**Для корреспонденции:** Коростышевская Елена Михайловна, д-р экон. наук, профессор кафедры экономической теории и экономической политики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», e-mail: korostyshevskaya@spbu.ru

**Korostyshevskaya E. M.<sup>1</sup>, Afanasyeva O. N.<sup>2</sup>, Urazgaliev V. Sh.<sup>1</sup>, Agashin A. V.<sup>1</sup>, Novikov A. V.<sup>1</sup>****THE SOCIAL POLICY OF ST. PETERSBURG IN THE FIELD OF HEALTH CARE**<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State University”, 199034, St. Petersburg, Russia;<sup>2</sup>The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Russian Foreign Trade Academy of the Ministry of Economic Development”, 119285, Moscow, Russia

The article presents results of systematic consideration of characteristics of implementation of St. Petersburg social policy in the field of health care as an important institution of economic policy. The key direction of development of St. Petersburg are sectors oriented on human needs, including health care, which requires large-scale investments in human resources. The comprehensive analysis of publications of Russian and foreign scientists was implemented. The methodological framework is represented by systemic and situational approach. The methods of structural and functional research, of scientific abstraction, of induction and deduction, of economical statistical information gathering were applied. The results of overview of studies in the field of social policy and health care permitted to establish characteristics of social policy of St. Petersburg policy in the field of health care and to determine its prospective directions. Thus, for Russian society one of the key tasks is promotion of positive agenda of development of the individual, the society and the state, based primarily on human potential. St. Petersburg acquires image of a region of social well-being. So, the task to preserve and to enhance it is on the agenda. One of the most important functions of the state is to provide public services (goods), first of all qualitative and accessible health care.

**Keywords:** social policy; health care; social sphere; St. Petersburg; human potential.

**For citation:** Korostyshevskaya E. M., Afanasyeva O. N., Urazgaliev V. Sh., Agashin A. V., Novikov A. V. The social policy of St. Petersburg in the field of health care. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):238–242 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-238-242>

**For correspondence:** Korostyshevskaya E. M., doctor of economical sciences, professor of the Chair of Economical Theory and Economical Policy of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State University”. e-mail: korostyshevskaya@spbu.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 08.10.2025

Accepted 12.01.2026

**Введение**

В составе национальной экономики страны выделяется комплекс отраслей, нацеленных на удовлетворение потребностей населения в отдыхе, восстановлении здоровья, израсходованного в процессе труда. Одной из ключевых функций государства,

значение которой усиливается, выступает предоставление важнейших общественных благ (услуг) в сфере здравоохранения, образования и др. Усиливается роль социальной сферы в развитии экономики и общества, а человеческий фактор является показателем социально-экономического развития страны. При стимулировании экономического роста следует

## Здоровье и общество

заботиться в том числе и о социальных показателях, так как главная цель экономического роста — это повышение благосостояния населения.

Практическим инструментом реализации этой государственной функции в регионе является государственная программа Санкт-Петербурга «Развитие здравоохранения в Санкт-Петербурге»<sup>10</sup>. Ключевая цель данной программы — обеспечение доступности и повышение эффективности медицинских услуг в соответствии с потребностями населения и уровнем заболеваемости. Данная программа ставит семь ключевых задач, среди которых можно выделить приоритет профилактики и развитие первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой и паллиативной помощи; внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения; кадровое обеспечение системы здравоохранения.

Целью настоящего исследования является системный анализ реализации социальной политики Санкт-Петербурга в области здравоохранения как важнейшего механизма для развития человеческого потенциала с целью определения ее перспективных направлений.

### Материалы и методы

Вопросы экономической политики и социально-экономического развития имеют особую актуальность в настоящее время и рассматривались авторами данной статьи в ранних работах, например в рамках институциональной монетарной теории политики роста, а также при исследовании социально-экономического развития города Кисловодска [1, 2].

О. А. Дроздов отмечает, что долгая, здоровая и творческая жизнь, жизнь в согласии с другими людьми и их сообществами, социальная инклюзия и социальная справедливость, расширение прав и возможностей, участие в сохранении окружающей среды для будущих поколений — вот что имеет непреходящую ценность для большинства людей [3].

Г. Мюрдаль считал, что центральным предназначением социальной политики выступает социальная защита населения как главная функция государства [4]. О. С. Сухарев в работе «Макроэкономическая политика: Неравенство, бедность и рост» определяет, что социальная политика имеет целевое назначение — обеспечивать занятость, развивать труд, защищать население, остро нуждающееся в компенсации потерянных доходов, тем самым поддерживая уровень и качество жизни, обеспечивая снижение бедности и обоснованное распределение дохода [5]. Также ученый утверждает, что экзистенциальная цель развития — это увеличение продолжительности здоровой жизни населения, причем рост дохода, распределение, иные социальные принимае-

мые меры действуют в направлении движения к этой цели.

С. М. Дарькин пишет, что развитие социальной сферы, решение социальных проблем становятся не просто средствами повышения качества и уровня жизни населения, а важнейшим фактором экономического роста. Важнейшим фактором и неотъемлемой частью стратегии социально-экономического развития, экономической безопасности страны в целом и каждого региона является социальная сфера. Во-первых, достижение определенных социальных индикаторов — главная конечная цель экономического развития и критерий правильности выбранной экономической политики, успешности и эффективности ее реализации. Во-вторых, решение социальных проблем, а также развитие социальной сферы — ЖКХ, образования, здравоохранения — являются необходимым условием обеспечения экономического роста. В-третьих, обеспечение достойного уровня и условий жизни населения служит гарантией внутривнутриполитической безопасности, общественной стабильности и социального мира, недопущения протестных настроений и социальных конфликтов [6]. Также ученый отмечает, что социальная ситуация в значительной мере определяет уровень общественно-политической стабильности и безопасности регионов. Поэтому анализ социальной ситуации должен проводиться и с позиции обеспечения общественно-политической безопасности [6].

Отдельное направление исследований составляют труды, раскрывающие значение повышения качества жизни населения в рамках государственной экономической политики с учетом индикативности крупных городов в области распространения достигнутых результатов [7].

Ускорение экономического роста невозможно без качественных изменений в социальной сфере. В этой связи следует уделять повышенное внимание социальной составляющей государственной региональной политики. Это способствует не только повышению устойчивости социально-экономического развития, но и обеспечению национальной экономической безопасности [8].

Здравоохранение как составляющая социальной политики государства имеет приоритетное значение, что отмечено разными учеными. Ключевой целью социальной политики государства является обеспечение высокого качества жизни населения. Здравоохранение — ключевой сектор новой экономики. Здоровье нации — это не просто часть национального богатства, а ключевой ресурс, от которого зависят жизнестойкость общества, эффективность государственных механизмов и перспективы технологического развития в эпоху новой индустриализации.

Концепция здравоохранения базируется на теории человеческого капитала — запаса обусловленных состоянием здоровья, семейным воспитанием и обучением способностей, знаний и умений, приносящих денежный и неденежный доход самому ра-

<sup>10</sup> Государственная программа Санкт-Петербурга «Развитие здравоохранения в Санкт-Петербурге». Режим доступа: [http://zdrav.spb.ru/programms/progr\\_razv/](http://zdrav.spb.ru/programms/progr_razv/) (дата обращения 25.12.2025).

ботнику, работодателю и обществу, способствуя при этом их устойчивому развитию.

### Результаты исследования

Ключевым направлением развития Санкт-Петербурга являются отрасли, ориентированные на нужды человека: здравоохранение, образование, социальная поддержка, культура, спорт, требующие масштабных инвестиций в человека. Они самым непосредственным образом влияют на каждого человека. Интегральный показатель здоровья человека — ожидаемая продолжительность жизни. В Санкт-Петербурге губернатором А. Бегловым поставлен целевой показатель продолжительности жизни 80 лет. На реализацию этой цели работает федеральная программа «Модернизация первичного звена здравоохранения», благодаря которой планируется обновить всю медицинскую инфраструктуру поликлиник до 2030 г.<sup>11</sup>

За последние 5 лет расходы на развитие здравоохранения в городе выросли в 2,5 раза, более чем вдвое увеличено финансирование на льготные лекарства. Набирает темп модернизация медицинских учреждений<sup>12</sup>.

Результативность социальной политики Санкт-Петербурга за 5 лет (2019—2023), из отчета губернатора А. Беглова перед Законодательным собранием:

- Модернизация здравоохранения:
  - поликлиники — отремонтировано более 150, закуплено более 5 тыс. единиц оборудования;
  - стационары — отремонтировано 53, закуплено более 17,5 тыс. единиц оборудования;
  - закуплено 494 новых автомобиля скорой помощи.
- Лекарственное обеспечение: в 2,2 раза увеличилось общее финансирование, в 3,5 раза — для онкологических больных, в 2 раза — для пациентов с сахарным диабетом.
- Бережливая поликлиника: 232 учреждения первичного звена, 85% взрослых, 100% детских.
- Диспансеризация: 1,3 млн петербуржцев в 2019 г., 2,7 млн петербуржцев — в 2023 г.
- Профилактика заболеваний: 196 тыс. новых выявленных заболеваний.

По итогам 2024 г. Петербург вошел в число регионов, где ожидаемая<sup>13</sup> продолжительность жизни

как интегральный показатель здоровья достигла целевых значений, составив 76,2 года<sup>14</sup>.

Главное — самые острые проблемы решены, и город переходит к следующему этапу своего развития — формированию мегаполиса XXI в., комфортного для всех жителей.

Председатель Законодательного собрания Александр Бельский отметил социальную направленность бюджета Санкт-Петербурга на 2025 г. Ключевой акцент в расходах — выполнение социальных обязательств перед петербуржцами (многодетные, семьи с детьми, ветераны и блокадники, пенсионеры)<sup>15</sup>.

Петербург формирует новую программу модернизации первичного звена здравоохранения. 2025 г. — последний в выполнении ранее принятой программы модернизации первичного звена. В соответствии с национальным проектом «Продолжительная активная жизнь» в Петербурге формируется новая программа сроком на 5 лет (до 2030 г.), чтобы продолжить системное совершенствование городского здравоохранения. В рамках указанной программы реализуется комплексный подход к модернизации поликлиник: не только капитальный ремонт зданий и помещений, но и переоснащение кабинетов современным оборудованием. Городская программа «Модернизация первичного звена здравоохранения» финансируется из федерального и городского бюджетов. Общий объем средств на 5 лет составляет более 20 млрд руб. Из них на городской бюджет приходится 10,644 млрд руб.<sup>16</sup>

В бюджете Санкт-Петербурга на 2025 г. и плановый период 2026—2027 гг. заложены следующие средства на социальные расходы:

- расходы — 1 трлн 467 млрд руб.;
- социальная политика (11%) — 160 млрд руб.;
- образование (21%) — 311 млрд руб.;
- здравоохранение (15%) — 222 млрд руб.

Социальные проекты:

- программа «Серебряный возраст» (поможет повысить ожидаемую продолжительность жизни в городе) — 2,2 млрд руб.;
- «наборы для новорожденных» — 573 млн руб.<sup>17</sup>

Таким образом, бюджет остается социальным. В 2025 г. планировалось завершить строительство 8 школ, 14 детских садов<sup>18</sup>.

<sup>11</sup> Приоритеты развития Санкт-Петербурга. Из программы кандидата на должность Губернатора Санкт-Петербурга Александра Беглова. Вечерний Санкт-Петербург. № 30 от 05.09.2024. С. 8. Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/archiveNews/2024-9-5> (дата обращения 24.12.2025).

<sup>12</sup> Клушина Л. Здоровье — в приоритете. Вечерний Санкт-Петербург. № 38 от 05.11.2024. С. 3 (9). Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/2024/11/05/zdorove--v-prioritete-kak-v-peterburge-prokhodit-reforma-zdravookhraneniya> (дата обращения 25.12.2025).

<sup>13</sup> Сборова К. Акцент на профилактику. Вечерний Санкт-Петербург. № 38 от 31.10.2024. С. 2 (8). Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/2024/11/05/aktsent-na-profilaktiku-na-finansirovanie-gosprogrammi-razvitie-zdravookhraneniya-v-sanktpeterburge-videleno-19-trilliona-rublei> (дата обращения 25.12.2025).

<sup>14</sup> Соин С., Фуфаев Д. Стационар-трансформер. ДНЕВНИК. 11 июня 2025. С. 3. Режим доступа: <https://cdn.spbdnevnik.ru/uploads/archive/attach/2446/412f9d00ec.pdf> (дата обращения 25.12.2025).

<sup>15</sup> Председатель Законодательного собрания Александр Бельский отметил социальную направленность бюджета Санкт-Петербурга на 2025-й год. Вечерний Санкт-Петербург. № 38 от 31.10.2024. С. 2. Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/archiveNews/2024-10-31> (дата обращения 10.08.2025).

<sup>16</sup> РЕШЕНИЕ. Важен комплексный подход. Вечерний Санкт-Петербург. № 04 от 13.02.2025. С. 4. Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/archiveNews/2025-2-13> (дата обращения 25.12.2025).

<sup>17</sup> Пресс-служба Правительства Санкт-Петербурга и аппарата вице-губернатора А. Корабельникова. Режим доступа: <https://www.gov.spb.ru/gov/admin/korabelnikov/> (дата обращения 25.12.2025).

Здоровье и общество

Помимо сказанного выше, в целях укрепления здоровья петербуржцев планируется до 2030 г.:

- построить 74 новых медицинских учреждения;
- провести ремонт 75 объектов здравоохранения, включая городские больницы, родильные дома и детские больницы;
- увеличить количество сложных операций до 170 тыс. в год;
- продолжить обновление парка машин скорой помощи, закупить 356 автомобилей;
- повысить зарплаты медицинского персонала;
- обеспечить инфраструктурой для занятий спортом не менее 75% горожан;
- построить 20 спортивных комплексов, отремонтировать более 400 спортивных площадок во дворах.

Ключевым приоритетом социальной политики Санкт-Петербурга является забота о людях «серебряного возраста». Цель — запустить новую программу активного долголетия для петербуржцев 50+, включающую медицину, образование, спорт и досуг. Программа для пожилых петербуржцев — проект «Серебряный возраст» — включает четыре направления: «Здоровье», «Спорт», «Образование», «Досуг».

В городе активное внимание уделяется трудоустройству людей «серебряного возраста». В 2024 г. с помощью службы занятости новую работу нашли 8,5 тыс. петербуржцев старшего возраста. В сентябре 2024 г. по поручению губернатора стартовал проект «Серебряный возраст. Трудоустройство». В его рамках каждый петербуржец старше 55 лет может получить новую специальность, план профессионального развития и желаемую работу. В кадровых центрах можно подобрать бесплатные программы обучения и получить психологическую поддержку. Дополнительно в рамках проекта в онлайн- и офлайн-форматах карьерные консультанты и психологи помогают сориентироваться на современном рынке труда, повысить конкурентоспособность и профессиональную мобильность, найти психологические ресурсы для успешного поиска работы и планирования карьеры, правильно оценить свои сильные стороны и опыт. Они поддерживают в смене профессии или выборе образовательной программы, уделяют внимание имиджевой составляющей и формированию персонального бренда через определение зоны своей экспертной деятельности. Помимо этого проводятся специальные карьерные мероприятия: гарантированные собеседования, ярмарки вакансий, где можно получить поддержку карьерного консультанта<sup>19</sup>.

Петербург — один из лидеров по количеству работающих пенсионеров (350 тыс.). Это довольно серьезный ресурс в условиях острого кадрового дефи-

цита практически во всех сферах экономической деятельности в Санкт-Петербурге<sup>20</sup>.

Санкт-Петербург имеет высокие социальные стандарты по поддержке детства: предоставление ежемесячных выплат семьям, имеющим малышей до 3 лет, содействие занятости родителей, воспитывающих несовершеннолетних детей, организация профессионального обучения и дополнительного профобразования женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, реализация программы «Молодежи — доступное жилье». Законодательное Собрание уже приняло ряд законов, направленных на развитие счастливого детства: расширены возможности использования материнского капитала, установлены правовые основы создания центров раннего развития детей<sup>21</sup>.

С 1 января 2025 г. вместо национального проекта «Демография» заработал новый проект «Семья». В него вошли 5 федеральных проектов, а Петербург разработал аналогичные региональные решения. 213 234,43 руб. — размер сертификата для семьи при рождении третьего ребенка или последующих детей, 72 004 руб. — единовременная компенсационная выплата для молодых мам, родивших первого ребенка в возрасте от 19 до 24 лет включительно. С 1 сентября 2024 г. петербургские государственные детские сады первыми в России стали бесплатными для всех категорий семей. В сентябре принят закон, наделяющий всех детей из многодетных семей до 18 лет (а если они продолжают очное обучение, то до 23 лет) правом на бесплатный проезд в городском общественном транспорте. Еще для многодетных семей действуют оплата питания в школе, компенсация за оплату услуг ЖКХ, бесплатное посещение парков отдыха и объектов культуры Петербурга, преимущественное право приема в дошкольное учреждение<sup>22</sup>.

Особый акцент Петербург делает на поддержку многодетных семей. Помимо общероссийских льгот и выплат, в городе есть свои меры поддержки: единовременная выплата при рождении ребенка (более 57 тыс. руб. в 2025 г.) и региональный материнский капитал в 213 тыс. руб.

В Петербурге растет доля компаний, которые открывают рабочие места для соискателей с инвалидностью. Осенью у бизнеса появились новые ресурсы в решении инклюзивных задач. Новый городской закон «О квотировании рабочих мест для трудоустройства инвалидов» обязывает компании со штатной численностью от 35 человек выделять часть рабочих мест для людей с инвалидностью. Минимальный размер квоты зависит от величины штата: если сотрудников более 100, квота может

<sup>18</sup> Беглов А. Социальные расходы — в приоритет. ДНЕВНИК. 9 октября 2024. С. 2—3. Режим доступа: <https://spbndevnik.ru/> (дата обращения 25.12.2025).

<sup>19</sup> Гибова А., Фещенко М. Комфортные условия труда. Вечерний Санкт-Петербург. № 10 от 03.04.2025. С. 4. Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/archiveNews/2025-4-3> (дата обращения 25.12.2025).

<sup>20</sup> Иванова А. Трудю все возрасты покорны. Вечерний Санкт-Петербург. № 04 от 13.02.2025. С. 9 (13). Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/archiveNews/2025-2-13> (дата обращения 25.12.2025).

<sup>21</sup> Депутаты ЗакСа — о мерах поддержки петербургских семей. Приоритетная задача. Вечерний Санкт-Петербург. № 18 от 05.06.2025. С. 4. Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/archiveNews/2025-6-5> (дата обращения 25.12.2025).

<sup>22</sup> Демченко Е. Большой город — маленьким жителям. Вечерний Санкт-Петербург. № 18 от 05.06.2025. С. 21. Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/archiveNews/2025-6-5> (дата обращения 25.12.2025).

быть установлена в пределах 2,5% от среднего числа работников, если штат от 35 до 100 человек — 2%. При этом рабочие места в других субъектах РФ не засчитываются. Нововведения касаются компаний всех форм собственности. Зачастую бизнес считает для себя обузой выделение мест для работников с инвалидностью, но не все знают, что это может принести выгоду не только соискателям, но и работодателям. Так, сегодня лишь 27% предприятий не выполняют требования по квоте — это около 890 предприятий на весь мегаполис. Председатель комитета по труду и занятости населения В. Пониделко: сегодня в городе проживают более 117 тыс. людей трудоспособного возраста с инвалидностью. Из них уже 43 тыс. человек работают, отметил он<sup>23</sup>.

Центр учета и социального обслуживания граждан РФ без определенного места жительства работает в Санкт-Петербурге с 1997 г. В 2025 г. Центр учета и социального обслуживания граждан без определенного места жительства и «Петербургский дневник» запустили социальный проект «Греем словом и добром»<sup>24</sup>.

### Заключение

Для российского общества одной из ключевых задач является продвижение позитивной повестки развития личности, общества и государства с опорой прежде всего на человеческий потенциал. От решения этой проблемы зависят психологическое и физиологическое состояние человека и его продуктивность. Санкт-Петербург приобретает имидж региона социального благополучия, а на повестку дня встает задача его сохранения и усиления. Одной из важнейших функций государства является предоставление общественных услуг (благ) — образования, здравоохранения, обороны, общественного порядка<sup>25</sup>.

Перспективными направлениями социальной политики Санкт-Петербурга в сфере здравоохранения можно назвать дальнейшую реализацию комплексных мер по активному долголетию для лиц «серебряного возраста» и усиление адресной поддержки многодетных семей, включая развитие профилактической педиатрии и обеспечение доступности детского здравоохранения.

Таким образом, социально-экономические изменения должны обеспечивать расширение возмож-

ностей каждого человека реализовать свой потенциал и устремления прожить долгую и здоровую, полноценную, творческую жизнь, приобрести и приумножить знания, иметь доступ к ресурсам, необходимым для достойного уровня жизни, реализовать свои права и свободы, — в этом суть развития человека, повышения качества его жизни [3].

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева О. Н., Коростышевская Е. М. Институциональная монетарная теория политики роста: о структурном распределении влияния денежных инструментов на экономический рост. *Банковское дело*. 2025;(4):4—12.
2. Коростышевская Е. М., Афанасьева О. Н. Социально-экономическое развитие города Кисловодска как курорта государственного значения. *Проблемы современной экономики*. 2024;(3):178—82.
3. Дроздов О. А. Социальная политика в России. Социально-экономическое развитие России и Китая глазами российских и китайских экономистов. Коллективная научная монография российских и китайских ученых. Под ред. В. Т. Рязанова и Чен Энфу. СПб.: Скифия-принт; 2019. 368 с.
4. Мюрдаль Г. Мировая экономика. Проблемы и перспективы. М.: Государственное издательство иностранной литературы; 1958.
5. Сухарев О. С. Макроэкономическая политика: Неравенство, бедность и рост. М.: ЛЕНАНД; 2023. 240 с.
6. Дарькин С. М. Тихоокеанская Россия: стратегия, экономика, безопасность. М.: Дело; 2007. 440 с.
7. Горин Е. А., Красиков А. А., Романовская Е. В., Расковалов В. Л. Социальные ориентиры инновационного процесса: человеческий фактор. *Инновации*. 2013;(3):39—45.
8. Коростышевская Е. М., Плотников В. А., Пролубников А. В., Рукинов М. В. Социальная компонента государственной региональной политики и ее роль в обеспечении устойчивого развития и экономической безопасности. *Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета*. 2018;(6):120—6.

Поступила 08.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

### REFERENCES

1. Afanasyeva O. N., Korostyshevskaya E. M. Institutional monetary theory of growth policy: on the structural distribution of the influence of monetary instruments on economic growth. *Banking*. 2025;(4):4—12 (in Russian).
2. Korostyshevskaya E. M., Afanasyeva O. N. Socio-economic development of the city of Kislovodsk as a resort of national importance. *Problems of the Modern Economy*. 2024;3(91):178—82 (in Russian).
3. Drozdov O. A. Social policy in Russia. Socio-economic development of Russia and China through the eyes of Russian and Chinese economists. A collective scientific monograph by Russian and Chinese scientists. Ed. by V. T. Ryazanov and Chen Enfu. St. Petersburg: Scythia-print; 2019. 368 p. (in Russian).
4. Myrdal G. World economy. Problems and prospects. Moscow: State Publishing House of Foreign Literature; 1958 (in Russian).
5. Sukharev O. S. Macroeconomic policy: Inequality, poverty and growth. Moscow: LENAND; 2023. 240 p. (in Russian).
6. Darkin S. M. Pacific Russia: Strategy, economics, security. Moscow: Delo; 2007. 440 p. (in Russian).
7. Gorin E. A., Krasikov A. A., Romanovskaya E. V., Raskovalov V. L. Social guidelines of the innovation process: the human factor. *Innovation*. 2013;(3):39—45 (in Russian).
8. Korostyshevskaya E. M., Plotnikov V. A., Prolubnikov A. V., Rukinov M. V. The social component of state regional policy and its role in ensuring sustainable development and economic security. *Proceedings of the St. Petersburg State University of Economics*. 2018;6(114):120—6 (in Russian).

<sup>23</sup> Дубкова Д. Взаимовыгодный обмен. Деловой Петербург. № 128 от 25.11.2024. С. 9. Режим доступа: <https://www.dp.ru/a/2024/11/25/vzaimovigodnij-obmen-kak> (дата обращения 11.10.2025).

<sup>24</sup> Королев Р., Гальперин А. Личный архив Антонины Ковалевой. Сюда со своей бедой может прийти любой. ДНЕВНИК. 28 марта 2025. С. 10—11. Режим доступа: <https://vecherka-spb.ru/archiveNews/2025-6-5> (дата обращения 26.12.2025).

<sup>25</sup> Кудрявцева М. Работа с заботой. Вечерний Санкт-Петербург. № 18 от 05.06.2025. С. 3. Режим доступа: <https://spbndevnik.ru/uploads/archive/attach/2690/1b20b73f39.pdf> (дата обращения 25.12.2025).

Юрьев В. К.<sup>1</sup>, Ипполитова М. Ф.<sup>2</sup>, Моисеева К. Е.<sup>1</sup>, Соколова В. В.<sup>1</sup>, Кузьмин А. Н.<sup>1</sup>, Юрьева В. В.<sup>1</sup>, Симченко А. Е.<sup>1</sup>

## ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург;  
<sup>2</sup>СПб ГБУЗ «Городской центр охраны репродуктивного здоровья подростков «Ювента», 190020, г. Санкт-Петербург

Проведен комплексный анализ гинекологической заболеваемости девушек-подростков 15–17 лет в Санкт-Петербурге за 2019–2024 гг. На основе данных профилактических осмотров установлено, что средний уровень патологической пораженности составил 105,04% и имеет выраженную тенденцию к снижению ( $\beta=-4,07$ ;  $p=0,048$ ). Сравнительный исторический анализ показал улучшение показателей репродуктивного здоровья в 1,9 раза по сравнению с исходными данными 1996–1997 гг. Особенностью структуры гинекологической заболеваемости современных подростков мегаполиса является доминирование расстройств менструаций (90,7% впервые выявленных случаев), при этом сохраняется их низкая медицинская активность, о чем свидетельствует высокий удельный вес впервые выявленных заболеваний, установленный только на профилактических осмотрах (29,0%), а также значительное преобладание общей заболеваемости над первичной. Установлено, что показатели заболеваемости в Санкт-Петербурге в 2,3–2,6 раза превышают среднероссийские значения, что связано с лучшей доступностью медицинской помощи и более эффективной системой профилактических осмотров в мегаполисе. Анализ влияния пандемии COVID-19 на гинекологическую заболеваемость девушек выявил значительное снижение обращаемости в 2020 г. и последующее неполное восстановление показателей, что свидетельствует о структурных изменениях в модели медицинской активности подростков. Проведенное исследование подтверждает эффективность созданной в Санкт-Петербурге системы охраны репродуктивного здоровья подростков, но одновременно указывает на необходимость дальнейшего повышения медицинской активности девушек и развития целевых профилактических программ.

**Ключевые слова:** гинекологическая заболеваемость; болезни репродуктивной системы; расстройства менструаций; воспалительные болезни женских тазовых органов; доброкачественная дисплазия молочной железы; девушки 15–17 лет; центр охраны репродуктивного здоровья подростков; Санкт-Петербург.

**Для цитирования:** Юрьев В. К., Ипполитова М. Ф., Моисеева К. Е., Соколова В. В., Кузьмин А. Н., Юрьева В. В., Симченко А. Е. Тенденции развития системы охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков Санкт-Петербурга. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):243-250. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-243-250>

**Для корреспонденции:** Симченко Анастасия Евгеньевна, студентка ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, e-mail: [natalysimchenko@yandex.ru](mailto:natalysimchenko@yandex.ru)

Yuryev V. K.<sup>1</sup>, Ippolitova M. F.<sup>2</sup>, Moiseeva K. E.<sup>1</sup>, Sokolova V. V.<sup>1</sup>, Kuzmin A. N.<sup>1</sup>, Yuryeva V. V.<sup>1</sup>,  
Simchenko A. Ye.<sup>1</sup>

## THE TRENDS OF DEVELOPMENT OF SYSTEM OF PROTECTION OF REPRODUCTIVE HEALTH OF GIRLS-ADOLESCENTS OF ST. PETERSBURG

<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Minzdrav of Russia, 194100, St. Petersburg, Russia;

<sup>2</sup>The State Budgetary Institution of St. Petersburg “The Municipal Center of Reproductive Health Care of Adolescents ‘Yuventa’”, 190020, St. Petersburg, Russia

The article presents results of comprehensive analysis of gynecological morbidity of girls-adolescents 15–17 years old in St. Petersburg in 2019–2024. It is established, on the basis of preventive examinations data, that average level of pathological affect made up to 105.04% and had pronounced trend to decreasing ( $\beta=-4.07$ ;  $p=0.048$ ). The comparative historical analysis demonstrated improvement of reproductive health indicators by 1.9 times as compared to basic data for 1996–1997. The characteristic of structure of gynecological morbidity of modern girls-adolescents in megalopolis is predominance of menstrual disorders (90.7% of newly diagnosed cases). At that, low medical activity of girls-adolescents continues that is proved by high percentage of newly diagnosed diseases detected only during preventive examinations (29.0%) and as well as significant prevalence of general morbidity over primary one. It is established that in St. Petersburg indicators of morbidity are 2.3–2.6 times higher than the National average indicators that is related to better accessibility of medical care and more efficient system of preventive examinations in the megalopolis. The analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on gynecological morbidity of girls-adolescents revealed significant decreasing of appealability in 2020 and subsequent incomplete reestablishment of indicators that testifies structural changes in pattern of medical activity of girls-adolescents. The study confirms efficiency of the system of protection of reproductive health of girls-adolescents in St. Petersburg but at the same time indicates at necessity to further enhance medical activity of girls-adolescents and to develop target preventive programs.

**Key words:** gynecological morbidity; disease; reproductive system; menstrual disorders; inflammatory diseases of female pelvic organs; benign breast dysplasia; girls-adolescents; St. Petersburg.

**For citation:** Yuryev V. K., Ippolitova M. F., Moiseeva K. E., Sokolova V. V., Kuzmin A. N., Yuryeva V. V., Simchenko A. Ye. The trends of development of system of protection of reproductive health of girls-adolescents of St. Petersburg. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):243–250 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-243-250>

**For correspondence:** Simchenko A. Ye., the student of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: [natalysimchenko@yandex.ru](mailto:natalysimchenko@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

## Введение

Одной из целей Национального проекта «Демография» является увеличение суммарной рождаемости. Важную роль в реализации этой цели играет состояние репродуктивного здоровья женщин, от которого во многом зависят возможность зачатия, течение беременности и родов, здоровье новорожденного [1]. В то же время здоровье женщин фертильного возраста формируется еще в детстве. Именно в детстве берут начало многие органические, а тем более функциональные заболевания женских половых органов [2]. При этом подростковый период детства является одним из наиболее критических периодов в связи с высокой функциональной уязвимостью репродуктивной системы в фазу становления, быстрым переходом острых форм заболеваний в рецидивирующие и хронические на фоне не в полной мере сформированных установок на сознательное отношение к своему здоровью, низкой медицинской активности [3, 4].

Первые научные исследования, посвященные заболеваниям репродуктивной системы девочек, были выполнены в России в конце XIX — начале XX в. на кафедре педиатрии Императорской военно-медицинской академии (Д. Д. Попов, 1893; К. Ф. Славянский, 1897; К. К. Скробанский, 1901) [5]. Первая половина XX в. явилась периодом накопления знаний в области детской гинекологии, и к началу 50-х годов стало ясно, что организация помощи детям и подросткам при гинекологических заболеваниях требует создания специальной службы. Организация специализированной гинекологической помощи детям и подросткам в СССР началась с организации детских гинекологических кабинетов. Первый такой кабинет был создан в СССР в 1954 г. по инициативе заведующего кафедрой акушерства и гинекологии Киевского медицинского института О. Ю. Лурье в женской консультации акушерско-гинекологической клиники под названием «Диспансер гигиены и патологии физического развития девочек». Работу этого кабинета возглавила Ю. А. Крупко-Большова [5]. В процессе деятельности детских гинекологических кабинетов накапливался опыт в этой области. По мере развития детской гинекологии как науки в сфере практической деятельности формировался понятийный аппарат дисциплины, развивалась специализированная первичная и стационарная помощь, подготовка специалистов детских гинекологов, создавалась система охраны репродуктивного здоровья детей и подростков. Важную роль в этом сыграли ученые и врачи Ленинграда.

В 1956 г. в Ленинградском педиатрическом медицинском институте под руководством профессора А. И. Петченко начались исследования в области гинекологии детского возраста, в 1960 г. профессо-

ром Н. В. Кобозевой был организован поликлинический прием девочек с гинекологическими заболеваниями, а в гинекологическом отделении клиники были выделены койки для девочек. В дальнейшем под ее руководством кафедра акушерства и гинекологии Ленинградского педиатрического медицинского института стала важнейшим центром развития детской гинекологии [6]. Важную роль в организации детской гинекологической службы сыграло создание в 1989 г. на базе института кафедры детской и подростковой гинекологии, которую возглавил профессор Ю. А. Гуркин. Помимо научной и практической деятельности кафедра занималась подготовкой кадров врачей — детских гинекологов. По инициативе и при непосредственном участии профессора Ю. А. Гуркина в 1989 г. на базе детской городской больницы № 21 было открыто первое в Ленинграде детское гинекологическое отделение, а в 1993 г. первый в стране Городской консультативно-диагностический центр «Ювента», предназначенный для охраны репродуктивного здоровья подростков. В 1999 г. в ходе реализации российско-шведского проекта в ряде районов города стали открываться первые подростковые центры, в штат которых вошли психологи, гинекологи, урологи, проводившие консультации и групповые занятия для подростков, направленные на профилактику инфекций, передающихся половым путем, и аборт у несовершеннолетних [6].

Важную роль в организации детской гинекологической службы в период ее становления и развития сыграли научные исследования в этой области. Так, В. К. Юрьевым в 1989 г. в докторской диссертации [7] была предложена трехзвенная система оказания гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам, разработаны положения о детском гинекологическом кабинете, о врачах — детском гинекологе детской поликлиники, дано определение репродуктивного потенциала [8, 9]. Позднее в докторской диссертации П. Н. Кротина [10], который в течение 23 лет (1993—2016) возглавлял Центр «Ювента», было дано научное обоснование системы охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков.

В настоящее время в Санкт-Петербурге создана и эффективно функционирует стройная система охраны репродуктивного здоровья подростков. Под методическим руководством Центра «Ювента» успешно работают 14 молодежных консультаций. В то же время для дальнейшего совершенствования действующей системы необходима объективная информация о состоянии репродуктивного здоровья девушек-подростков, что и стало основанием для данного исследования.

Цель исследования — оценить состояние гинекологической заболеваемости девушек-подростков 15—17 лет Санкт-Петербурга за период 2019—2024 гг., включая анализ динамики, структуры пато-

логической пораженности, особенностей обращаемости за медицинской помощью и влияния пандемии COVID-19 на показатели репродуктивного здоровья.

### Материалы и методы

С целью изучения патологической пораженности были проанализированы результаты проведенных в Санкт-Петербурге профилактических медицинских осмотров врачами-гинекологами 385 296 девушек в возрасте 15—17 лет за 2019—2024 гг., в том числе 63 004 в 2019 г., 57 867 в 2020 г., 64 256 в 2021 г., 64 867 в 2022 г., 68 715 в 2023 г. и 66 587 в 2024 г. При этом план профилактических осмотров был выполнен на 99,5—99,9%.

Анализ заболеваемости болезнями репродуктивной системы девушек проводили на основании сведений, содержащихся в сборниках Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации «Заболеваемость детского населения России (15—17 лет) в ... году с диагнозом, установленным впервые в жизни» и «Общая заболеваемость детского населения России (15—17 лет) в ... году» за 2019—2024 гг. [11—16].

Формирование баз данных и визуализация полученных результатов были проведены при помощи пакета прикладных программ MS Office-2016 (Word, Excel). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0. Для статистического анализа использованы:

- дескриптивная статистика — средние арифметические ( $M$ ), их стандартные отклонения ( $\sigma$ ) и доверительные интервалы (ДИ); экстенсивные (%) и интенсивные (на 1 тыс. обследованных, ‰) показатели;
- линейный регрессионный анализ для оценки динамики показателей за период 2019—2024 гг. и выявления трендов; статистическая значимость тренда оценивалась с помощью  $t$ -критерия Стьюдента для коэффициента регрессии;
- критерий  $\chi^2$  Пирсона для анализа структуры заболеваемости с поправкой Бонферрони (скорректированный уровень значимости  $p=0,00333$ );
- коэффициент корреляции Спирмена для оценки силы и направления связи между уровнем патологической пораженности и долей впервые выявленных заболеваний;
- дисперсионный анализ с повторными измерениями (repeated measures ANOVA) для сравнения показателей между годами; для попарного сравнения применяли пост-хок тест с поправкой Бонферрони;

— критерий Стьюдента для независимых выборок для сравнения показателей заболеваемости в Санкт-Петербурге со среднероссийскими значениями.

Перед проведением сравнительного анализа было проверено соответствие распределений количественных показателей нормальному закону с помощью критерия Шапиро—Уилка. Во всех видах анализа статистически значимыми считались различия при уровне  $p<0,05$ .

### Результаты исследования

Проведенные в Санкт-Петербурге в 2019—2024 гг. профилактические медицинские осмотры врачами-акушерами-гинекологами девушек в возрасте 15—17 лет с целью сохранения их репродуктивного здоровья показали, что средний уровень патологической пораженности заболеваниями репродуктивной системы за этот период составил 105,04‰ (95% ДИ 92,78—117,30‰). Анализ динамики патологической пораженности (рис. 1) позволил установить, что за 6 лет показатель сократился на 21,7‰ (с 111,89 до 90,17‰). Выявлена статистически значимая тенденция к снижению показателей ( $\beta=-4,07$ ;  $p=0,048$ ), а также наличие статистически значимых различий между годами ( $p=0,039$ ). При этом в 2020 г., в период наиболее активной фазы пандемии COVID-19, отмечено снижение показателя с последующим ростом. Наиболее высокий уровень патологической пораженности (122,25‰) отмечен в 2022 г., после чего показатель вновь стал снижаться.

Представляется важным оценить динамику показателя за более длительный период времени. Так, П. Н. Кротин [8] приводил результаты осмотра гинекологами, проведенного в 1996—1997 гг., 2934 девушек 14—17 лет в четырех районах Санкт-Петербурга. По результатам осмотров было установлено, что уровень патологической пораженности заболеваниями репродуктивной системы осмотренных девушек составлял 168,7‰, что в 1,9 раза выше показателя 2024 г., который равнялся 90,17‰ ( $p=0,022$ ).

Профилактические медицинские осмотры позволяют установить наличие и стадию развития ранее зарегистрированных хронических заболеваний, а также, что наиболее важно, диагностировать новые

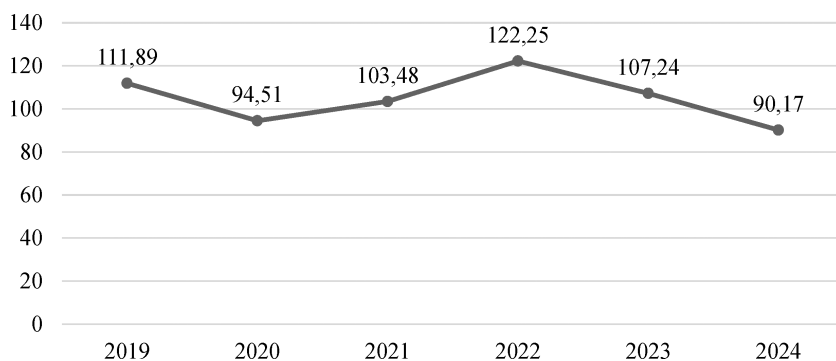
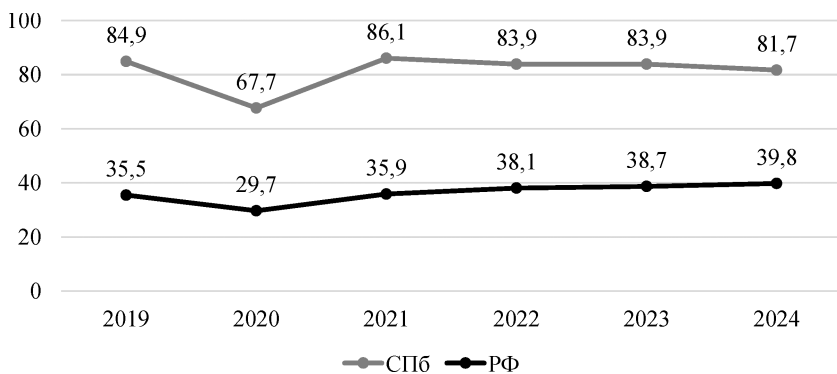


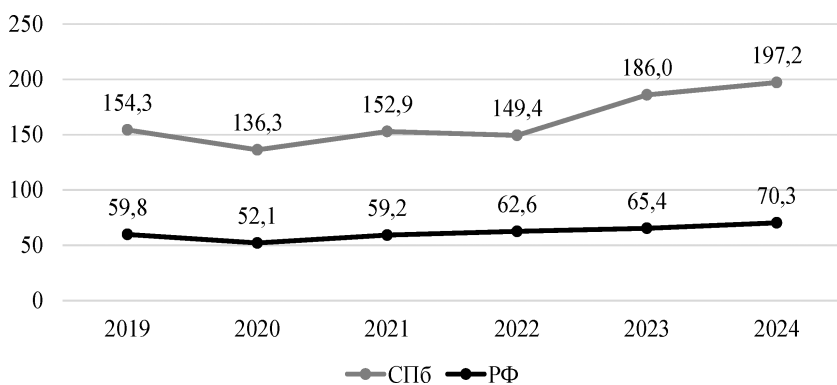
Рис. 1. Динамика патологической пораженности заболеваниями репродуктивной системы девушек 15—17 лет в Санкт-Петербурге (на 1 тыс. осмотренных).



Здоровье и общество



**Рис. 3.** Динамика первичной заболеваемости расстройствами менструаций девушек-подростков Санкт-Петербурга и Российской Федерации в среднем (на 1 тыс. девушек 15–17 лет).



**Рис. 4.** Динамика общей заболеваемости расстройствами менструаций девушек-подростков Санкт-Петербурга и Российской Федерации в среднем (на 1 тыс. девушек 15–17 лет).

Сравнение первичной заболеваемости расстройствами менструаций девушек Санкт-Петербурга со средними показателями по стране показало, что, несмотря на в основном схожую динамику, уровень заболеваемости в Санкт-Петербурге значительно превышает средний уровень по стране (в среднем в 2,3 раза;  $p < 0,001$ ).

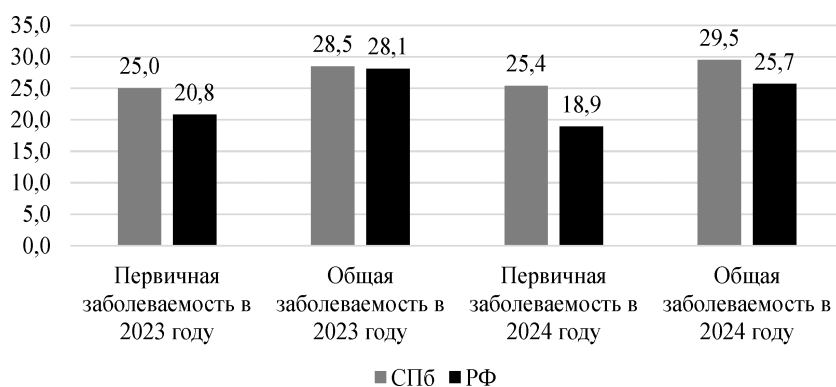
Уровень общей заболеваемости расстройствами менструаций в среднем за 6 лет превышал уровень первичной заболеваемости в 2 раза (95% ДИ 1,8–2,2;  $p < 0,001$ ; рис. 4). В отличие от первичной заболеваемости показатель общей заболеваемости имел четко выраженную тенденцию к росту ( $\beta = 4,2\%$  в год;  $R^2 = 0,87$ ;  $F(1,4) = 26,8$ ,  $p = 0,007$ ). За период с 2019 по 2024 г. темп прироста составил 28%. Особенно ярко эта тенденция была выражена в последние 3 года — темп прироста с 2022 по 2024 г. составил 32% ( $\beta = 6,8\%$  в год;  $p = 0,045$ ). Сравнение средних показателей между периодами 2019–2021 и 2022–2024 гг. выявило статистически значимое различие ( $p = 0,018$ ).

При этом динамика общей заболеваемости в Санкт-Петербурге в целом соответствовала таковой в среднем по стране, где также был отмечен рост по-

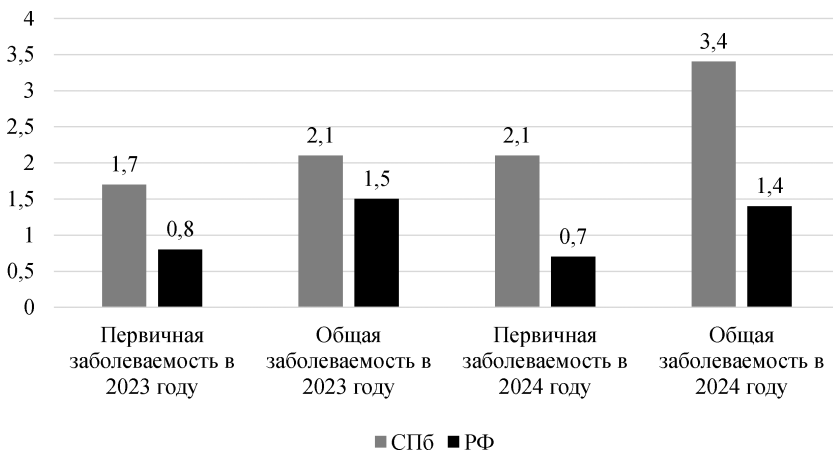
казателя. Установлено наличие значимого временного тренда в обоих регионах ( $F(5,20) = 8,9$ ;  $p < 0,001$ ). Однако темп прироста в Российской Федерации был статистически значимо меньше — 17,6% против 27,8% в Санкт-Петербурге ( $\beta = 2,48\%$  в год против  $\beta = 8,12\%$  в год;  $F(1,8) = 6,84$ ;  $p = 0,031$ ). Среднее отношение показателей Санкт-Петербург / Российская Федерация за весь период наблюдения составило 2,59 (95% ДИ 2,38–2,80;  $p < 0,001$ ), т. е. уровень заболеваемости в Санкт-Петербурге был в среднем в 2,6 раза выше. При этом выявлены статистически значимые различия между показателями мегаполиса и России для каждого года наблюдения ( $p < 0,001$  для всех сравнений).

Оценить динамику заболеваемости воспалительными болезнями женских тазовых органов, занимающими второе место в структуре патологической пораженности впервые выявленными заболеваниями, в целом не представлялось возможным, так как в анализируемых статистических материалах [11, 12] до 2023 г. заболеваемость этой группой заболеваний была представлена лишь сальпингитом и оофоритом. То же касается и занимающей третье место доброкачественной дисплазии молочной железы.

Однако данные 2023–2024 гг. (рис. 5) свидетельствуют о том, что общая и первичная заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов девушек Санкт-Петербурга в разы ниже заболеваемости расстройствами менструаций: первичная — в 3,3 раза ( $p = 0,003$ ), общая — в 6,6 раза ( $p < 0,001$ ). При этом заболеваемость в Санкт-Петербурге превышает средний уровень по стране, однако эти различия не достигают статистической значимости для большинства показателей первичной за-



**Рис. 5.** Первичная и общая заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов девушек-подростков Санкт-Петербурга и Российской Федерации в среднем (на 1 тыс. девушек 15–17 лет).



**Рис. 6.** Первичная и общая заболеваемость доброкачественной дисплазией молочной железы девушек-подростков Санкт-Петербурга и Российской Федерации в среднем (на 1 тыс. девушек 15—17 лет).

болеваемости ( $p=0,206$ ) и общей заболеваемости ( $p=0,381$ ).

Доброкачественная дисплазия молочной железы занимает третье место в структуре патологической пораженности впервые выявленными заболеваниями, однако как первичная, так и общая заболеваемость этой болезнью значительно ниже заболеваемости воспалительными болезнями женских тазовых органов, а тем более расстройствами менструаций. Уровень первичной заболеваемости доброкачественной дисплазией молочной железы в 2023 г. составил всего 1,7‰, в 2024 г. — 2,1‰, общей заболеваемости — 2,1 и 3,4‰ соответственно (рис. 6). Выявлено статистически значимое увеличение показателей первичной ( $p=0,045$ ) и общей ( $p=0,038$ ) заболеваемости за двухлетний период наблюдения. В то же время первичная и общая заболеваемость доброкачественной дисплазией молочной железы девушек Санкт-Петербурга 15—17 лет была значительно выше средних показателей по Российской Федерации ( $p=0,041$  и  $p=0,027$  соответственно).

Высокий удельный вес впервые выявленных в результате профилактических медицинских осмотров заболеваний и существенное превышение общей заболеваемости над первичной свидетельствуют о низкой обращаемости девушек по поводу заболеваний репродуктивной системы, что не позволяет провести своевременное эффективное лечение и ведет к росту общей заболеваемости. Это суждение в большей степени касается расстройств менструаций, которые являются преобладающей патологией среди всех впервые выявленных заболеваний и общая заболеваемость которыми в 1,9 раза превышает первичную. В то же время общая заболеваемость воспалительными болезнями женских тазовых органов, которые имеют более яркую клиническую картину и вызывают большее беспокойство у девушек и их родителей, не столь существенно отличается от первичной заболеваемости. Очевидно, наблюдавшееся снижение патологической пораженности было связано именно с этой группой заболеваний.

Установлено, что прослеживается умеренная отрицательная корреляция между уровнем патологической пораженности и долей впервые выявленных заболеваний ( $r_s = -0,657$ ; 95% ДИ от  $-0,924$  до  $-0,038$ ;  $p=0,078$ ). С увеличением доли впервые выявленных заболеваний отмечается тенденция к снижению общего уровня патологической пораженности. Несмотря на то что не достигается стандартный уровень статистической значимости ( $p=0,078$ ), выявленная тенденция имеет важное клиническое значение, так как подтверждает, что повышение эффективности и охвата профилактическими осмотрами является ключевым рычагом управления репродуктивным здоровьем подростков.

Значительное превышение первичной и общей заболеваемости расстройствами менструаций и доброкачественной дисплазией молочной железы по сравнению со средними показателями по стране свидетельствует о большей доступности первичной медико-санитарной помощи для девушек в условиях мегаполиса и эффективности проводимых профилактических медицинских осмотров.

Оценка влияния пандемии COVID-19 на показатели обращаемости девушек в медицинские организации выявила, что если в 2019 г. до пандемии базовый уровень составлял 84,9‰, то в 2020 г. произошло снижение ( $-17,2\%$ ; 95% ДИ от  $-25,6\%$  до  $-8,8\%$ ;  $p=0,006$ ), что можно рассматривать в качестве непосредственного ее эффекта. Анализ постпандемического тренда 2021—2024 гг. показал, что  $\beta = -1,12\%$  в год (95% ДИ от  $-3,24\%$  до  $+1,00\%$ ), т. е. показатель не вернулся к доковидному тренду. Соответственно, пандемия COVID-19 вызвала не просто временное снижение показателей, а структурные изменения в модели обращения за медицинской помощью, требующие целенаправленных усилий по повышению медицинской активности подростков.

## Заключение

В Санкт-Петербурге создана и эффективно функционирует стройная система охраны репродуктивного здоровья девушек, которая позволила за прошедшие три десятилетия сократить патологическую пораженность девушек заболеваниями репродуктивной системы 1,9 раза. В то же время распространенность гинекологических заболеваний среди девушек Санкт-Петербурга все еще высока и в 2024 г. составила 90,17%. При этом среди выявленных в результате профилактических медицинских осмотров заболеваний 29,0% выявляются впервые. Среди впервые выявленных заболеваний преобладали (90,7%) расстройства менструаций, первичная заболеваемость которыми в течение последних лет существенно не менялась, а общая заболеваемость в 2 раза превышала первичную и имела четко выра-

Здоровье и общество

женную тенденцию к росту. Несмотря на высокую распространенность заболеваний репродуктивной системы, девушки с гинекологическими заболеваниями, преимущественно с расстройствами менструаций, проявляют низкую медицинскую активность и не всегда самостоятельно обращаются за медицинской помощью, о чем свидетельствует высокий удельный вес впервые выявленных в результате профилактических медицинских осмотров заболеваний и значимое превышение общей заболеваемости над первичной. Заболеваемость девушек Санкт-Петербурга расстройствами менструаций и доброкачественной дисплазией молочной железы существенно превышает средние показатели по стране, что, очевидно, связано с большей доступностью первичной медико-санитарной помощи, большей эффективностью проводимых профилактических медицинских осмотров и более высокой медицинской активностью девушек мегаполиса.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Харбедия Ш. Д., Моисеева К. Е., Шевцова К. Г., Резник В. А., Тайц А. Н., Болотских В. М., Симченко А. Е. Оценка факторов медико-социального риска в группе пациенток перинатального центра позднего репродуктивного возраста. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(4):604—11. doi: 10.32687/0869-866X-2025-33-4-604-611
2. Гуркин Ю. А. Гинекология подростков. Руководство для врачей. СПб.; 2000. 574 с.
3. Ахмедова Н. М., Саттаралиева Х. Б. Особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков. *Re-health journal*. 2021;2(10). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-reproduktivnogo-zdorovya-devochek-podrostkov> (дата обращения 07.11.2025).
4. Орел В. И., Уерги У. Н., Ипполитова М. Ф., Гурьева Н. А., Кириченко И. Я. Особенности социальной помощи подросткам и их семьям в центре охраны репродуктивного здоровья подростков. *Медицина и организация здравоохранения*. 2022;7(2):13—21. doi: 10.56871/2742.2022.72.99.002
5. Уварова Е. В. История развития специализированной гинекологической помощи детям и подросткам в России. *Репродуктивное здоровье детей и подростков*. 2019;15(1):20—3.
6. Ипполитова М. Ф., Куликов А. М., Городкова Н. А., Уерги У. Н. Детская гинекология в России: вклад профессора Юрия Александровича Гуркина. В сб.: Материалы VI научно-практической конференции «Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи». СПб.; 2022. С. 5—17.
7. Юрьев В. К. Социально-гигиенические проблемы формирования здоровья женщины-матери: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1990. 33 с.
8. Кротин П. Н., Юрьев В. К., Куликов А. М., Юрьев В. В. Репродуктивный потенциал современных девушек-подростков и пути его сохранения. *Гедон Рихтер в СНГ*. 2001;(3):5—8.
9. Сурмач М. Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки. *Медицинские новости*. 2007;(3):40—5.
10. Кротин П. Н. Научное обоснование организации службы охраны репродуктивного здоровья девушек-подростков: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб.; 1998. 37 с.
11. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И. и др. Заболеваемость детского населения России (15—17 лет) в 2020 году с диагнозом,

- установленным впервые в жизни: статистические материалы. Часть IX. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2021. 151 с.
12. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И. Заболеваемость детского населения России (15—17 лет) в 2022 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. Часть IX. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2023. 152 с.
13. Деев И. А., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И. Заболеваемость детского населения России (15—17 лет) в 2024 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. Часть IX. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2025. 234 с.
14. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И. Общая заболеваемость детского населения России (15—17 лет) в 2020 году: статистические материалы. Часть X. М.: ЦНИИОИЗ Минздрава России; 2021. 151 с.
15. Котова Е. Г., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И. Общая заболеваемость детского населения России (15—17 лет) в 2022 году: статистические материалы. Часть X. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2023. 152 с.
16. Деев И. А., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И. Общая заболеваемость детского населения России (15—17 лет) в 2024 году: статистические материалы. Часть X. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2025. 234 с.

Поступила 25.09.2025  
Принята в печать 12.01.2026

REFERENCES

1. Kharbediya Sh. D., Moiseeva K. E., Shevtsova K. G., Reznik V. A., Tayts A. N., Bolotских V. M., Simchenko A. E. Assessment of medical and social risk factors in the group of patients of the late reproductive age perinatal center. *Problems of social hygiene, public health and the history of medicine*. 2025;33(4):604—11. doi: 10.32687/0869-866X-2025-33-4-604-611 (in Russian).
2. Gurkin Yu. A. Adolescent Gynecology. A Guide for Physicians. St. Petersburg; 2000. 574 p. (in Russian).
3. Akhmedova N. M., Sattaralievа Kh. B. Features of reproductive health of adolescent girls. *Re-health journal*. 2021;2(10). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-reproduktivnogo-zdorovya-devochek-podrostkov> (accessed 07.11.2025) (in Russian).
4. Orel V. I., Uergi U. N., Ippolitova M. F., Gur'eva N. A., Kirichenko I. Ya. Features of social assistance to adolescents and their families in the center for the protection of adolescent reproductive health. *Meditsina i organizatsiya zdavoookhraneniya*. 2022;7(2):13—21. doi: 10.56871/2742.2022.72.99.002 (in Russian).
5. Uvarova E. V. The history of the development of specialized gynecological care for children and adolescents in Russia. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov*. 2019;15(1):20—3 (in Russian).
6. Ippolitova M. F., Kulikov A. M., Gorodkova N. A., Uergi U. N. Pediatric Gynecology in Russia: The Contribution of Professor Yuri Alexandrovich Gurkin. VI scientific and practical conference “Modern problems of adolescent medicine and reproductive health of adolescents and young people”. St. Petersburg; 2022. P. 5—17 (in Russian).
7. Yur'ev V. K. Social and hygienic problems of the formation of health of women-mothers: Avtoref. diss. ... Dr. Sci. (Med.). Moscow; 1990. 33 p. (in Russian).
8. Krotin P. N., Yur'ev V. K., Kulikov A. M., Yur'ev V. V. Reproductive potential of modern adolescent girls and ways to preserve it. *Gedon Rikhter v SNG*. 2001;(3):5—8 (in Russian).
9. Surmach M. Yu. Reproductive health and reproductive potential: research and evaluation methodology. *Meditsinskie novosti*. 2007;(3):40—5 (in Russian).

10. Krotin P. N. Scientific justification of the organization of the reproductive health service for adolescent girls: Avtoref. diss. ... Dr. Sci. (Med.). St. Petersburg; 1998. 37 p. (in Russian).
11. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Os'kov Yu. I., et al. Morbidity of the Russian child population (15–17 years old) in 2020 with a diagnosis established for the first time in their lives: statistical materials. Part IX. Moscow: TsNIIOIZ; Ministry of Health of Russia; 2021. 151 p. (in Russian).
12. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Os'kov Yu. I., et al. Morbidity of the Russian child population (15–17 years old) in 2022 with a diagnosis established for the first time in their lives: statistical materials. Part IX. Moscow: TsNIIOIZ; Ministry of Health of Russia; 2023. 152 p. (in Russian).
13. Deev I. A., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Os'kov Yu. I., et al. Morbidity of the Russian child population (15–17 years old) in 2024 with a diagnosis established for the first time in their lives: statistical materials. Part IX. Moscow: TsNIIOIZ; Ministry of Health of Russia; 2025. 234 p. (in Russian).
14. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Os'kov Yu. I., et al. The general morbidity of the Russian child population (15–17 years old) in 2020: statistical materials. Part X. Moscow: TsNIIOIZ; Ministry of Health of Russia; 2021. 151 p. (in Russian).
15. Kotova E. G., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Os'kov Yu. I., et al. The general morbidity of the Russian child population (15–17 years old) in 2022: statistical materials. Part X. Moscow: TsNIIOIZ; Ministry of Health of Russia; 2023. 152 p. (in Russian).
16. Deev I. A., Kobyakova O. S., Starodubov V. I., Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Os'kov Yu. I., et al. The general morbidity of the Russian child population (15–17 years old) in 2024: statistical materials. Part X. Moscow: TsNIIOIZ; Ministry of Health of Russia; 2025. 234 p. (in Russian).

Сафонов А. Л., Некипелова Д. В.

## НЕФОРМАЛЬНЫЕ ТРУДОВЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРАКТИКИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва

Статья посвящена комплексному анализу неформальных трудовых и экономических практик в системе здравоохранения Российской Федерации. Доказывается, что неформальность является не случайным отклонением, а устойчивым системным элементом, воспроизводимым вследствие фундаментального разрыва между формальными нормами и реальными условиями профессиональной деятельности. Методологическую основу исследования составляют контент-анализ научных публикаций, анализ официальной статистики Росстата и применение балансового метода для оценки масштабов неформальной занятости.

Результаты исследования выявили значительную и растущую долю неформально занятых в отрасли, которая балансовым методом оценена в 29,6% от общей численности работников в 2023 г. В работе систематизировано многообразие форм неформальности, включая теневую занятость, неформальные платежи в отношениях врач—пациент, приписки в отчетности, а также деятельность в частном и альтернативном секторах, не регулируемая правовым полем. Основными причинами их существования выступают разрыв в финансировании государственных гарантий, различия между ожидаемым и фактическим уровнем оплаты труда, чрезмерная регламентация и институциональные противоречия.

Сделан вывод о том, что неформальные практики выполняют компенсаторную функцию, обеспечивая жизнеспособность системы в условиях институциональных дисфункций, но одновременно порождают серьезные риски для качества медицинской помощи, принципов социальной справедливости и правовой защищенности граждан. Предлагается направлять усилия не на силовое подавление неформальных практик, а на устранение их системных причин через гармонизацию нормативного регулирования.

**Ключевые слова:** неформальная занятость; система здравоохранения; формальные нормы; неформальная экономика; медицинская помощь; коррупция.

**Для цитирования:** Сафонов А. Л., Некипелова Д. В. Неформальные трудовые и экономические практики в системе здравоохранения Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):251—256. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-251-256>

**Для корреспонденции:** Некипелова Дарья Валерьевна, канд. экон. наук, старший научный сотрудник Института региональной экономики и межбюджетных отношений, ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», e-mail: [dvnekipelova@fa.ru](mailto:dvnekipelova@fa.ru)

Safonov A. L., Nekipelova D. V.

## THE INFORMAL LABOR AND ECONOMIC PRACTICES IN THE HEALTH CARE SYSTEM OF THE RUSSIAN FEDERATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 125993, Moscow, Russia

This article presents the results of comprehensive analysis of informal labor and economic practices in the health care system of the Russian Federation. It is proved that informality is not a random deviation but a persistent systemic element, that is reproduced as the result of fundamental break between formal norms and real conditions of professional activity. The methodological basis of the study included content analysis of scientific publications, analysis of official Rosstat data and application of the balance method to estimate the scale of informal employment.

The significant and growing percentage of informal employed in the sector, estimated by the balance method as 29.6% of the total number of workers in 2023 is established. The diversity of forms of informality, including shadow employment, informal payments between patient and physician, doctor records in official reports, activities in private and alternative sectors not regulated by legal field are systematized. The main causes of their existence are break in financing of state guarantees, disparities between expected and factual level of wage, excessive regulation and institutional contradictions. The conclusion is made that informal practices perform compensatory function, ensuring viability of the system in conditions of institutional dysfunctions but at the same time simultaneously generate serious risks for quality of medical care, principles of social justice, and legal protection of citizens. It is proposed to direct the efforts not to forceful suppression of informal practices, but to elimination of their systemic causes through harmonization of normative regulation.

**Key words:** informal employment; health care system; formal norms; informal economy; medical care; corruption.

**For citation:** Safonov A. L., Nekipelova D. V. The informal labor and economic practices in the health care system of the Russian Federation. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):251–256 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-251-256>

**For correspondence:** Nekipelova D. V., candidate of economical sciences, the Senior Researcher of the Institute of Regional Economics and Interbudgetary Relations of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: [dvnekipelova@fa.ru](mailto:dvnekipelova@fa.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The article was prepared on the basis of the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University.

The study had no sponsor support.

## Введение

Сфера здравоохранения представляет собой одну из наиболее интенсивно регулируемых областей социальной практики. В соответствии с формальной логикой подобный уровень регламентации должен минимизировать возможность возникновения отклонений от установленных норм в процессах трудоустройства и трудовой деятельности. Тем не менее ретроспективный анализ демонстрирует, что данная сфера представляет собой область системного воспроизводства неформальных практик, которые становятся неотъемлемым элементом кадровых и организационных процессов [1]. Данное противоречие обуславливает актуальность настоящего исследования. При этом проблема неформальности проявляется и непосредственно в отношении врач—пациент, находя выражение в таких широко распространенных практиках, как неформальные платежи («благодарности»), приобретение медицинских документов и обращение к услугам нетрадиционной медицины.

Особую остроту и системный характер данная проблема приобрела в постсоветский период, в ходе трансформации модели финансирования здравоохранения и перехода к системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Ключевым противоречием этого этапа выступил системный разрыв между законодательно закрепленными гарантиями бесплатного оказания медицинской помощи и их хроническим недофинансированием со стороны государства [2]. На фоне резкого сокращения бюджетных ассигнований неформальные платежи в отношениях между медицинскими работниками и пациентами трансформировались из отдельных случаев в устойчивый институт, выполняющий компенсаторную функцию. Данные практики были обусловлены моделью взаимной выгоды: для медицинских работников они выступали механизмом оплаты труда в условиях нивелирования его стоимости, а для пациентов — стратегией обеспечения доступа к качественным или своевременным услугам в системе формально бесплатного здравоохранения. При этом, как показывают исследования, большинство медицинских работников того периода воспринимали подобные отношения как вынужденную меру, порождающую внутренний ценностный диссонанс, но необходимую в контексте экономического выживания. Уже на этом этапе прогнозировался риск институционализации и нормативного закрепления этих практик, что в долгосрочной перспективе могло привести не только к их укоренению в профессиональной культуре медицинских работников и в ожиданиях пациентов, но и к системной деформации принципов справедливости и доступности медицинской помощи [2].

В настоящее время, безусловно, можно констатировать существенное развитие механизмов финансирования здравоохранения, а также повышенное внимание государства к своим социальным обязательствам. Рост заработных плат медицинского пер-

сонала остается одним из приоритетов государственной политики, что находит отражение в статистике: если в 2010 г. уровень зарплаты устраивал 13% опрошенных медработников, то в 2016 г. — 22%, а в 2024 г. — 29%<sup>26</sup>. Однако означает ли эта положительная динамика, что неформальный компонент в отношениях врач—пациент и в трудовых отношениях полностью исчез? Анализ показывает, что это не так, поскольку неформальность имеет весьма высокую степень адаптивности и находит новые проявления.

Разрыв между ожидаемой и фактической оплатой труда — важная, но не единственная причина устойчивости неформальных практик. Более глубокой и системной причиной выступает фундаментальный разрыв между формальными нормами и реальными условиями профессиональной деятельности. Чрезмерная регламентация операционных процессов зачастую приводит к парадоксальной ситуации, когда буквальное соблюдение всех инструкций («работа по инструкции») блокирует своевременное и эффективное оказание медицинской помощи. Это вынуждает сотрудников вырабатывать адаптационные механизмы, которые по своей сути являются неформальными практиками, компенсирующими дисфункции системы [3].

Таким образом, можно сказать, что многообразие форм неформальной занятости в здравоохранении включает в себя неофициальное трудоустройство, схемы частичной оплаты труда, совместительство без надлежащего оформления, а также выполнение обязанностей, не соответствующих формально заявленной должности. Каждая из этих форм представляет собой специфический адаптационный механизм, позволяющий институциональной системе сохранять функциональность в условиях несовершенства формальных правил.

Следовательно, анализ неформальных практик занятости в системе здравоохранения Российской Федерации не только представляет академический интерес, но и имеет существенное практическое значение для разработки эффективной кадровой политики. Целью данного исследования стало выявление системных причин, структуризация основных форм и оценка социально-экономических последствий неформальной занятости в медицинской отрасли. Комплексное изучение данного феномена позволит перейти от констатации его существования к разработке научно обоснованных мер, направленных на гармонизацию формальных норм и реальных условий труда в здравоохранении.

## Материалы и методы

В качестве информационной базы исследования выступили официальные статистические данные Росстата за 2013—2023 гг., включая публикации

<sup>26</sup> Медработники вошли в ТОП-5 довольных зарплатой специалистов. Медвестник. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Medrabotniki-voshli-v-TOP5-dovolnyh-zarplatoi-specialistov.html> (дата обращения 20.10.2025).

Здоровье и общество

«Рабочая сила, занятость и безработица в России» и «Труд и занятость в России», а также научные публикации и монографии, посвященные проблемам неформальной экономики, коррупции и теневых отношений в здравоохранении.

В работе были применены следующие методы исследования: контент-анализ научной литературы и нормативных документов для выявления и систематизации форм неформальных практик, их причин и моделей взаимодействия, балансовый метод для оценки реальных масштабов неформальной занятости в сфере здравоохранения и социальных услуг, статистический анализ данных Росстата для выявления динамики абсолютных и относительных показателей неформальной занятости, сравнительный и структурный анализ для типологизации неформальных практик по сферам возникновения, типам и последствиям.

**Результаты исследования**

Согласно официальным данным Росстата, общая численность занятых в неформальном секторе экономики по итогам 2023 г. (последние актуальные данные в открытом доступе) составила 13 444 тыс. человек, из них в сфере здравоохранения и социальных услуг — 256 тыс. человек. При этом анализ динамики занятости в неформальном секторе экономики (НСЭ) за 2013—2023 гг. позволяет выявить разнонаправленные тенденции. В то время как общая численность занятых в НСЭ продемонстрировала неустойчивую динамику с общим спадом к концу периода, сегмент здравоохранения и социальных услуг показал устойчивый рост в абсолютном выражении и в своей доле в структуре неформальной занятости (табл. 1).

За наблюдаемый период общая численность занятых в НСЭ демонстрировала неустойчивую динамику. Начальная фаза (2013—2016) характеризовалась устойчивым ростом с 14 114 тыс. человек до пикового значения в 15 426 тыс. человек в 2016 г. Однако в 2017 г. произошел резкий спад, после чего показатели стагнировали, колеблясь в диапазоне 14 217—14 885 тыс. человек. К окончанию периода, в 2022—2023 гг., зафиксирован спад до минимальных за десятилетие значений, что указывает на возможные структурные изменения или внешние шоки, повлиявшие на сектор.

В отличие от общей тенденции занятости в НСЭ, занятость в НСЭ в сфере здравоохранения и соци-

альных услуг показала выраженную положительную динамику. Начиная с 111 тыс. человек в 2013 г., к 2023 г. она увеличилась более чем в 2 раза, достигнув 256 тыс. человек. Рост не был поступательным: периоды увеличения (например, скачок со 155 тыс. до 198 тыс. человек в 2017 г.) сменялись временными сокращениями (с 232 тыс. до 209 тыс. человек в 2020 г.), что, вероятно, отражает влияние конъюнктурных факторов, включая эпидемиологическую обстановку.

Удельный вес занятых в сфере здравоохранения и социальных услуг в общем объеме НСЭ на протяжении всего периода оставался относительно невысоким, но продемонстрировал устойчивую тенденцию к росту: если в 2013 г. доля составляла 0,8%, то к 2023 г. она увеличилась до 1,9%, т. е. более чем вдвое. Это свидетельствует о том, что данный сегмент НСЭ развивался опережающими темпами по сравнению с сектором в целом, постепенно наращивая свою значимость в структуре НСЭ.

Однако следует учитывать, что методология Росстата в оценке неформальной занятости базируется на производственном подходе, где ключевым критерием выступают институциональные характеристики работодателей. В рамках данного подхода статистическое наблюдение фактически охватывает занятых на малых предприятиях, а также индивидуальных предпринимателей в сфере здравоохранения.

Получаемые оценки демонстрируют высокую степень согласованности с иной статистической отчетностью. Так, согласно данным Росстата за 2022 г., численность занятых в сфере предпринимательской деятельности без образования юридического лица в данной отрасли составила 162 тыс. человек. Эта величина коррелирует с приведенной в табл. 1 оценкой занятости в НСЭ для здравоохранения и социальных услуг (202 тыс. человек), составляя более 80% последней. Таким образом, оставшиеся приблизительно 20% могут быть отнесены к занятости на малых предприятиях. Указанное распределение подтверждает, что основная масса работников, учитываемых в контексте неформальной занятости в здравоохранении по производственному подходу, сосредоточена в секторе индивидуального предпринимательства.

Учитывая указанные методологические ограничения производственного подхода, для получения более полной оценки масштабов неформального труда в здравоохранении авторами предлагается

Таблица 1

**Динамика занятости в НСЭ в сфере здравоохранения и социальных услуг за 2013–2023 гг.**

Показатель	Год										
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Занятые в НСЭ всего, тыс. человек	14 114	14 420	14 874	15 426	14 389	14 660	14 885	14 217	14 681	13 481	13 444
Занятые в НСЭ в области здравоохранения и социальных услуг, тыс. человек	111	128	123	155	198	194	232	209	216	202	256
Доля занятых в НСЭ в области здравоохранения и социальных услуг, %	0,8	0,9	0,8	1,0	1,4	1,3	1,6	1,5	1,5	1,5	1,9

Примечание. Составлено и рассчитано авторами по данным [4].

Динамика неформальной занятости в сфере здравоохранения и социального обеспечения, оцениваемая балансовым методом, 2017—2023 гг.

Показатель	Год						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Всего занятых в сфере здравоохранения и социального обеспечения, тыс. человек	5739,0	5832,0	5740,0	5549,0	5656,0	5675,0	5798,0
Среднесписочная численность занятых в сфере здравоохранения и социального обеспечения, тыс. человек	4094,0	4404,0	4181,0	4155,0	4186,0	4136,0	4079,0
Сальдо (неформальная занятость, оцениваемая балансовым методом)	1645,0	1428,0	1559,0	1394,0	1470,0	1539,0	1719,0
Доля неформальной занятости в общей численности занятых в отрасли, %	28,7	24,5	27,2	25,1	26,0	27,1	29,6

П р и м е ч а н и е. Составлено и рассчитано авторами по данным [5].

применение балансового метода. Данный метод, основанный на сопоставлении данных об общей численности, занятых в отрасли (по данным выборочных обследований рабочей силы) и среднесписочной численности работников формального сектора (по данным организаций), позволяет оценить сальдо — ту часть работников, которая не учтена в формальной отчетности и может быть отнесена к неформальной занятости. Результаты расчетов представлены в табл. 2.

Анализ данных табл. 2 выявляет устойчивое присутствие и значительную долю неформальной занятости в сфере здравоохранения и социального обеспечения на протяжении всего рассматриваемого периода. Расчет сальдо, полученного балансовым методом как разность между общей численностью занятых и среднесписочной численностью работников, позволяет оценить масштабы данного явления.

В абсолютном выражении численность неформально занятых в данной отрасли стабильно превышала 1,3 млн человек, демонстрируя колебания в диапазоне от 1394,0 тыс. человек в 2020 г. до 1719,0 тыс. в 2023 г. При этом к 2023 г. был зафиксирован максимальный за семилетний период абсолютный показатель.

Удельный вес неформально занятых в общей численности работников сферы здравоохранения и социального обеспечения остается высоким, варьируя от 24,5 до 29,6%. Начав с 28,7% в 2017 г., доля снизилась до минимального значения в 2020 г., однако к 2023 г. наблюдается выраженный рост до 29,6%, что является максимальным значением за весь анализируемый период. Эта тенденция указывает на усиление роли неформального сектора в обеспечении трудовыми ресурсами данной отрасли в последние годы.

Помимо непосредственно неформальной занятости, т. е. трудовых отношений без оформления трудового договора, здравоохранение может включать в себя и другие неформальные практики. Так, в рамках государственного сектора неформальность проявляется прежде всего в системе теневых взаимоотношений врач—пациент и в искажении официальной отчетности. Распространенной практикой остаются неформальные выплаты (благодарности) медицинскому персоналу за обеспечение более комфортных условий, ускорение доступа к обследованию или операции, а также за получение квалифи-

цированной помощи в принципе, что особенно характерно для ресурсно-ограниченных учреждений [6]. При этом значительная часть неофициальных платежей пациентам медицинским работникам соответствует определению взятки, поскольку представляет собой оплату услуг, формально предоставляемых на безвозмездной основе. В соответствии с классификацией Всемирного банка, коррупционные практики в системе здравоохранения подразделяются на три основные категории: взятки, воровство и бюрократическую коррупцию<sup>27</sup>. Среди основных причин существования данных практик выделяют:

финансовый разрыв между гарантиями и ресурсами — существенное несоответствие между законодательно закрепленными объемами бесплатной медицинской помощи и их реальным финансовым обеспечением, особенно усугубляющееся в периоды экономических кризисов [7];

- низкий уровень оплаты труда медицинских работников — заработная плата медицинского персонала в странах Центральной и Юго-Восточной Европы, а также постсоветского пространства традиционно остается ниже среднего уровня по экономике, что вынуждает их прибегать к неформальным выплатам как источнику дополнительного дохода [6, 7];
- ограниченное развитие легального рынка платных услуг — в регионах с ограниченными возможностями для оказания официальных платных медицинских услуг наблюдается рост теневых платежей и оказания неформальной медицинской помощи [8];
- институциональная и правовая неопределенность — отсутствие четких механизмов регулирования и заинтересованности директивных органов в решении проблемы неформальных платежей, что позволяет сохранять существующую систему финансирования без проведения структурных реформ [9].

Есть эмпирические исследования, которые подтверждают устойчивую связь между экономическими факторами и распространенностью неформальных платежей. Так, анализ данных Российского мо-

<sup>27</sup> Corruption in the Russian Federation. World Bank. 2011. Режим доступа: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/823301468326968959/pdf/399850PUB0RUSS0f0Corruption0Russian.pdf> (дата обращения 28.10.2025).

нитинга экономического положения и здоровья населения показывает, что на протяжении 2000-х годов более бедные пациенты, а также население экономически неблагополучных регионов значимо чаще прибегали к неформальным платежам, в то время как более платежеспособные группы населения и жители развитых регионов имели возможность пользоваться официальными платными услугами или добровольным страхованием [10].

Помимо экономических и институциональных факторов, определенную роль играют социокультурные традиции, выражающиеся в практике «благодарности» медицинским работникам, которая в современных условиях все чаще трансформируется из добровольного выражения признательности в обязательный неформальный платеж.

В целом, С. В. Шишкин и соавт. выделяют пять основных моделей неформальных платежей в медицине: плата по тарифу (фиксированная теневая цена за услугу), плата по возможности (цена зависит от платежеспособности пациента), поборы или вымогательство (требование оплаты за то, что должно быть бесплатным), плата по просьбе (медик намекает или прямо просит об оплате после оказания услуги), плата-благодарность (инициатива исходит от пациента, размер вознаграждения произвольный). Последняя при этом является самой распространенной моделью [2].

Однако данные другого исследования свидетельствуют о широком спектре мотивов и моделей поведения врачей в процессе назначения дополнительных платных услуг и получения неформальных платежей, и далеко не всегда корысть или желание обогатиться стоит на первом месте [11].

Параллельно существуют приписки в отчетности, когда медицинские организации завышают объемы оказанных услуг или выполняемых нормативов для улучшения формальных показателей эффективности и получения финансирования<sup>28</sup>. Эти практики, с одной стороны, компенсируют недостатки формальной системы, а с другой — воспроизводят ее системные дисфункции, подрывая принципы равнодоступности и искажая реальную картину затрат и результатов.

В частном здравоохранении неформальность приобретает иные формы, часто связанные с уходом от регуляторного и налогового контроля. Сюда относится деятельность врачей, оказывающих услуги частным образом без надлежащего юридического оформления (например, без регистрации в качестве самозанятого, индивидуального предпринимателя или получения лицензии), что позволяет минимизировать издержки, но ставит под сомнение качество и правовую защищенность таких услуг. Кроме того, к этой сфере относится реализация биологиче-

ски активных добавок, медицинских изделий и аппаратов через сети прямых продаж или интернет-платформы с использованием неподтвержденных медицинских жалоб (заявлений о лечебном эффекте). Данный сегмент тесно переплетается с альтернативной медициной, но отличается именно коммерческой, а не мировоззренческой ориентацией, занимающая нишу между официальной медициной и откровенным шарлатанством.

Наконец, существует автономный пласт неформальной медицины, представленный целителями, знахарями, духовными практиками и прочими поставщиками услуг, чья деятельность изначально лежит вне правового поля официального здравоохранения [12]. Как показывают исследования, данный сегмент крайне неоднороден территориально: его развитие в большей степени зависит от платежеспособного спроса и развитой инфраструктуры в городах, нежели от дефицита медицинской помощи на селе. Его агенты, как правило, не стремятся к институционализации и действуют в рамках локальных сообществ или закрытых групп в интернете, удовлетворяя запросы, не закрываемые ни государственной, ни легальной частной медициной, будь то поиск «духовных» причин болезни или надежда на чудо [8].

Таким образом, неформальная медицина представляет собой не единое явление, а многоуровневую систему, которая выполняет компенсаторные функции, замещает институциональные пробелы, но одновременно порождает серьезные риски, связанные с отсутствием контроля качества, правовой незащищенностью граждан и де-факто легитимацией теневых экономических отношений в критически важной социальной сфере.

### Заключение

Проведенное исследование демонстрирует, что неформальные практики в российском здравоохранении носят не фрагментарный, а системный характер, глубоко укорененный в институциональной структуре отрасли. Устойчивый рост как абсолютной численности неформально занятых, так и их доли в общем числе работников сферы здравоохранения (до 29,6% в 2023 г.) свидетельствует о долгосрочной структурной тенденции, а не о временном явлении.

Многообразие форм неформальности — от теневой занятости и неформальных платежей до приписок и сомнительных частных практик — образует сложную компенсаторную систему, которая обеспечивает функционирование отрасли в условиях хронического разрыва между формальными гарантиями и реальными ресурсами. При этом ключевым фактором является не только экономическая целесообразность, но и институциональная среда, вынуждающая медицинских работников и пациентов искать обходные пути для получения и оказания помощи.

Система неформальных отношений, с одной стороны, поддерживает жизнеспособность здравоохра-

<sup>28</sup> Без меня меня лечили: россияне жалуются на массовые приписки услуг в системе ОМС. Всероссийский союз страховщиков. 25 января 2024 г. Режим доступа: <https://vspru.ru/association/rukovodstvo-vsp/vlasov/2024/01/bez-menia-menia-lechili-rossiane-zhaluiutsia-namassovye-pripiski-uslug-v-sisteme-oms/> (дата обращения 28.10.2025).

нения, а с другой — воспроизводит серьезные риски, включая социальное неравенство, эрозию доверия и правовую незащищенность граждан. Неформальность выступает не просто следствием недостаточного финансирования, а индикатором глубоких системных дисфункций, требующих комплексного решения. Дальнейшая эффективная политика в области здравоохранения должна быть направлена не на силовое подавление неформальных практик, а на устранение их глубинных причин, прежде всего через гармонизацию нормативного регулирования с реальными условиями работы и повышение уровня институционального доверия.

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Фининиверситета.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Шишкин С. В. Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи. *Мир России*. 2010;12(3):104—29. Режим доступа: <https://mirros.hse.ru/article/view/5280> (дата обращения 20.10.2025).
2. Шишкин С. И., Богатова Т. В., Потапчик Е. Г. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. М.: МОНФ; 2003. Режим доступа: <https://www.isras.ru/publ.html?id=663> (дата обращения 20.10.2025).
3. Дудина В. И., Коробенкова М. А. Формальные нормы и неформальные практики в работе персонала выездных бригад скорой медицинской помощи. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2011;(2):2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/formalnye-normy-i-neformalnye-praktiki-v-rabote-personala-vyezdnyh-brigad-skoroy-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения 20.10.2025).
4. Рабочая сила, занятость и безработица в России (по результатам выборочных обследований рабочей силы). 2024: Стат. сб. М.: Росстат; 2024. 152 с.
5. Труд и занятость в России. 2023: Стат. сб. М.: Росстат; 2023. 180 с.
6. Чирикова А. Е., Шишкин С. В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений. *Мир России. Социология. Этнология*. 2014;(2). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimodeystvie-vrachey-i-patsientov-v-sovremennoy-rossii-vektory-izmeneniy> (дата обращения 24.10.2025).
7. Кравченко Н. А., Рагозин А. В. Медицинская помощь: государственная «бесплатность» или социальная солидарность? ОР-ГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. *Вестник ВШОУЗ*. 2020;(1). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-pomosch-gosudarstvennaya-besplatnost-ili-sotsialnaya-solidarnost> (дата обращения 24.10.2025).
8. Крашенинникова Ю. А. «Неформальное здравоохранение» в современной России и факторы его развития (по материалам пилотного исследования). *Мир России*. 2015;24(4):99—122. Режим доступа: <https://mirros.hse.ru/article/view/4920> (дата обращения 20.10.2025).
9. Ковалев В. В., Дятлов А. В. Идеология менеджизма в российских социальных институтах: образование, наука, здравоохранение. *Вестник ГУУ*. 2023;(7). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ideologiya-menedzherizma-v-rossijskih-sotsialnyh-institutah-obrazovanie-nauka-zdravoohranenie> (дата обращения 24.10.2025).
10. Селезнева Е. В. Динамика участия различных групп населения России в оплате медицинской помощи. *Менеджер здравоохранения*. 2012;(11). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-uchastiya-razlichnyh-grupp-naseleniya-rossii-v-oplate-meditsinskoj-pomoschi> (дата обращения 28.10.2025).
11. Андреева Е. А. Модели поведения врачей в ситуации назначения платных услуг. *INTER*. 2021;(1). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-povedeniya-vrachey-v-situatsii-naznacheniya-platnyh-uslug> (дата обращения 28.10.2025).
12. Башкуев В. Ю., Содномпилова М. М. Советская медицина и альтернативные медицинские практики в Бурят-Монгольской АССР и Монгольской Народной Республике в 1920—1930-х гг. *Власть*. 2021;(6). Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovetskaya-meditsina-i-alternativnye-meditsinskie-praktiki-v-buryat-mongolskoj-ssr-i-mongolskoj-narodnoy-respublike-v-1920-1930-h> (дата обращения 24.10.2025).

Поступила 10.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

1. Shishkin S. V. Formal and informal rules of payment for medical care. *Mir Rossii*. 2010;12(3):104—29. Available at: <https://mirros.hse.ru/article/view/5280> (accessed 20.10.2025) (in Russian).
2. Shishkin S. V., Bogatova T. V., Potapchik E. G., et al. Informal payments for medical care in Russia. Moscow: MONF; 2003. Available at: <https://www.isras.ru/publ.html?id=663> (accessed 20.10.2025) (in Russian).
3. Dudina V. I., Korobenkova M. A. Formal norms and informal practices in the work of mobile emergency medical team personnel. *Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2011;(2). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/formalnye-normy-i-neformalnye-praktiki-v-rabote-personala-vyezdnyh-brigad-skoroy-meditsinskoj-pomoschi> (accessed 20.10.2025) (in Russian).
4. Labor force, employment, and unemployment in Russia (based on the results of sample labor force surveys). 2024 Statistical Collection. Moscow: Rosstat; 2024. 152 p. (in Russian).
5. Labor and employment in Russia. 2023: Statistical Collection. Moscow: Rosstat; 2023. 180 p. (in Russian).
6. Chirikova A. E., Shishkin S. V. Interaction between doctors and patients in modern Russia: vectors of change. *Mir Rossii. Sotsiologiya. Etnologiya*. 2014;(2). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/vzaimodeystvie-vrachey-i-patsientov-v-sovremennoy-rossii-vektory-izmeneniy> (accessed 24.10.2025) (in Russian).
7. Kravchenko N. A., Ragozin A. V. Medical care: state “free-of-charge” or social solidarity? *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of VShOUZ*. 2020;(1). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/meditsinskaya-pomosch-gosudarstvennaya-besplatnost-ili-sotsialnaya-solidarnost> (accessed 24.10.2025) (in Russian).
8. Krashennikova, Yu. A. “Informal healthcare” in modern Russia and factors of its development (based on a pilot study). *Mir Rossii*. 2015;24(4):99—122. Available at: <https://mirros.hse.ru/article/view/4920> (accessed 20.10.2025) (in Russian).
9. Kovalev V. V., Dyatlov A. V. The ideology of managerialism in Russian social institutions: education, science, healthcare. *Vestnik GUU*. 2023;(7). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/ideologiya-menedzherizma-v-rossijskih-sotsialnyh-institutah-obrazovanie-nauka-zdravoohranenie> (accessed 24.10.2025) (in Russian).
10. Selezneva E. V. Dynamics of participation of different population groups in paying for medical care in Russia. *Menedzher zdravoohraneniya*. 2012;(11). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamika-uchastiya-razlichnyh-grupp-naseleniya-rossii-v-oplate-meditsinskoj-pomoschi> (accessed 28.10.2025) (in Russian).
11. Andreeva E. A. Models of physician behavior in situations involving the prescription of paid services. *INTER*. 2021;(1). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/modeli-povedeniya-vrachey-v-situatsii-naznacheniya-platnyh-uslug> (accessed 28.10.2025) (in Russian).
12. Bashkuev V. Yu., Sodnompilova M. M. Soviet medicine and alternative medical practices in the Buryat-Mongol ASSR and the Mongolian People's Republic in the 1920s–1930s. *Vlast'*. 2021;(6). Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovetskaya-meditsina-i-alternativnye-meditsinskie-praktiki-v-buryat-mongolskoj-ssr-i-mongolskoj-narodnoy-respublike-v-1920-1930-h> (accessed 24.10.2025) (in Russian).

**Бантьева М. Н., Васильева Т. П.**

## РЕПРОДУКТИВНЫЙ РЕСУРС ОБЩЕСТВА И ПРИЧИНЫ, ДЕТЕРМИНИРУЮЩИЕ ЕГО ПОТЕРИ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

Сохранение населения Российской Федерации в свете сокращения его естественного воспроизводства в последние годы становится приоритетной стратегической целью национальной безопасности. Общественное здоровье как медико-социальный ресурс общества включает такие стратегически важные компоненты, как «трудовой», «военный», «репродуктивный» и восполняющий их резервный компонент (дети и пожилые). Потенциальным объемом репродуктивного компонента медико-социального ресурса общества является весь женский и мужской людской его запас, который находится в границах репродуктивного возраста (15—49 лет). Реальный же объем этого компонента меньше и складывается из мужчин и женщин репродуктивного возраста без учета лиц, «негодных» к выполнению репродуктивной функции из-за наличия у них медицинских и социальных причин. Так, из репродуктивного ресурса выбывают женщины репродуктивного возраста, подвергшиеся оперативному вмешательству с удалением обоих яичников, и/или маточных труб, и/или матки, с заболеваниями, относящимися к медицинским показаниям к прерыванию беременности, мужчины и женщины с диагнозом «бесплодие», заболеваниями, снижающими вероятность наступления самопроизвольной беременности, анатомическими пороками развития половых органов, препятствующими реализации репродуктивной функции, а также подвергшиеся медицинской стерилизации. Оба пола должны рассматриваться на предмет выбывания из репродуктивного ресурса по причине так называемого социального бесплодия, в том числе нахождения в местах лишения свободы, стойкого отказа от репродукции с зарегистрированным применением эффективных мер контрацепции. Поиск факторов, обуславливающих данные потери репродуктивного ресурса, а также методологических и методических подходов его сбережения, является существенной основой сохранения репродуктивного потенциала страны.

**Ключевые слова:** общественное здоровье; медико-социальный ресурс; репродуктивный ресурс; объем репродуктивного ресурса; потери репродуктивного ресурса.

**Для цитирования:** Бантьева М. Н., Васильева Т. П. Репродуктивный ресурс общества и причины, детерминирующие его потери. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):257—263. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-257-263>

**Для корреспонденции:** Бантьева Марина Николаевна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела исследований здоровья ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [ba.mani@yandex.ru](mailto:ba.mani@yandex.ru)

**Banteva M. N., Vasilyeva T. P.**

## THE SOCIETY REPRODUCTIVE RESOURCE AND CAUSES DETERMINING ITS LOSSES

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The preservation of the population of the Russian Federation in light of the reduction of its natural reproduction in recent years becomes a priority strategic goal of national security. The public health as medical social resource of society includes such strategically important components as “labor”, “military”, “reproductive” and the reserve component that replenishes them (children and the elderly). The potential volume of the reproductive component of the medical and social resource of society is entire female and male human reserve, positioned within the limits of reproductive age (15–49 years). The actual volume of this component is smaller and consists of men and women of reproductive age, excluding persons who “unfit” to perform reproductive function because of medical and social reasons. Thus, out of reproductive resource are excluded women of reproductive age who underwent surgery of removing both ovaries and/or Fallopian tubes and/or uterus; having diseases related to medical indications for termination of pregnancy, men and women with diagnosis “infertility”, diseases that reduce possibility of occurrence of spontaneous pregnancy, having anatomical malformations of genitals that prevent the implementation of reproductive function and those who underwent medical sterilization. Both genders are to be considered for exclusion from reproductive resource because of so-called “social infertility”, including imprisonment, persistent refusal of reproduction with registered application of effective contraceptive measures. The search for factors that determine these losses of reproductive resources, as well as methodological and methodological approaches to their conservation, is the essential basis for preserving the reproductive potential of the country. The search for factors that determine the given losses of reproductive resource and methodological approaches to its preservation is the essential basis of preservation of the National reproductive potential.

**Key words:** public health; medical and social resource; reproductive resource; volume of reproductive resource; reproductive resource losses.

**For citation:** Banteva M. N., Vasilyeva T. P. The society reproductive resource and causes determining its losses. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):257–263 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-257-263>

**For correspondence:** Banteva M. N., candidate of medical sciences, the Senior Researcher of the Federal State Budgetary Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: [ba.mani@yandex.ru](mailto:ba.mani@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

## Введение

Сокращение естественного воспроизводства населения в Российской Федерации в последние годы обуславливает высокую социально-демографическую значимость вопросов развития человеческого потенциала и укрепления общественного здоровья [1, 2] и делает сохранение населения приоритетной стратегической целью национальной безопасности [3].

Общественное здоровье рядом авторов определяется как медико-социальный ресурс, обеспечивающий национальную безопасность и потенциал социально-экономического развития страны [4–7], что согласуется с мнением экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Так, исходя из определения, предложенного экспертами ВОЗ, здоровье, с одной стороны, может рассматриваться как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [8], а с другой, согласно концепции, изложенной в Оттавской хартии укрепления здоровья ВОЗ, здоровье рассматривается как «ресурс для повседневной жизни», а не как цель существования [9]. Рассматривая общественное здоровье как четвертый уровень изучения здоровья, характеризующий здоровье общества в целом, можно применять это определение и рассматривать общественное здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия общества, а не только отсутствие болезней и физических дефектов у членов общества, тогда как общепринятое на мировом и отечественном уровнях определение детерминант общественного здоровья отсутствует.

В то же время для принятия адекватных управленческих решений в отношении противодействия глобальным вызовам обществу, ведущим к потерям общественного здоровья, целесообразно рассматривать эту характеристику общества как медико-социальный ресурс [4]. Данный медико-социальный ресурс общества необходим для обеспечения национальной безопасности страны и включает, соответственно приоритетным стратегическим целям национальной безопасности, такие стратегически важные компоненты, как «трудовой», «военный», «репродуктивный» и восполняющий их резервный (дети и пожилые) компоненты. Для поиска методологических и методических подходов сбережения общественного здоровья, в том числе стратегически важных его компонентов — военного, трудового, репродуктивного, детского резервного, взрослого резервного, — необходимо понимание сути основы, знание структуры и состояния причин потерь данного ресурса в целом и отдельных его компонентов в частности.

В проведенных ранее исследованиях группой авторов дано научное обоснование и предложено рассмотрение общественного здоровья как стратегически важного медико-социального ресурса, обеспечивающего достижение современных стратегических приоритетных целей национальной безопасно-

сти страны [7], обозначенных в Указе Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» [3]. Поэтому поиск методологических и методических подходов оценки состояния и качества данного медико-социального ресурса общества, его стратегически важных компонентов и детерминант их потерь определен как стратегически важное направление научных исследований [4–7, 10].

В вопросе дифференциации детерминант общественного здоровья ряд авторов, опираясь на предложения экспертов ВОЗ [11], выделяют следующие их виды: биологическая, социальная, экологическая, поведенческая, медицинская [6]. Детерминанты, согласно определению ВОЗ, являются условиями, в которых существуют люди [8]. При этом часть условий могут перейти в категорию факторов здоровья, а часть — в категорию факторов риска развития нежелательных событий (болезней, травм, дефектов органов и систем, перехода болезней в хроническую форму, формирования патогенетически связанных заболеваний, развития осложнений, инвалидизации, смерти).

Сформированное рабочее понятие риск-ориентированных детерминант общественного здоровья представлено как совокупность факторов, противодействующих развитию или способствующих развитию причин потерь данного ресурса в целом и отдельных его компонентов в частности. Для составления актуального перечня детерминант, влияющих на состояние общественного здоровья, представляется целесообразным с использованием научного подхода установить связь между детерминантами и достигнутым уровнем общественного здоровья [5]. Идентификация факторов может осуществляться посредством применения экспертных оценок, проведения дополнительных исследований, а также подтверждения их статистической значимости как факторов риска возникновения причин потерь общественного здоровья.

Исследование репродуктивного компонента общественного здоровья предполагает учет всех методологических подходов, предложенных для исследования общественного здоровья как медико-социального ресурса [5], т. е. потенциальной, реальной размерности, объема потерь, их причин и факторов риска развития каждой причины. Учитывая, что потенциальный объем репродуктивного компонента определяется человеческим запасом, включающим лиц, находящихся в границах репродуктивного возраста, а фактический объем включает только ту часть потенциального объема, которая осталась после вычета лиц, «негодных» к выполнению репродуктивной функции из-за наличия у них медицинских и социальных причин, то поиск путей его сбережения должен быть направлен на превенцию этих причин.

Цель исследования — определить причины, детерминирующие потери репродуктивного компонента общественного здоровья как медико-социального ресурса общества.

### Материалы и методы

Методологической основой настоящего исследования является поиск причин потерь репродуктивного компонента общественного здоровья как части медико-социального ресурса общества. Поиск подобных причин проведен путем анализа нормативно-правовых актов, регламентирующих репродуктивное поведение и устанавливающих заболевания и состояния, препятствующие реализации репродуктивной функции, а также анализа источников литературы и данных ранее проведенных исследований, указывающих на снижение возможностей реализации репродуктивной функции по медицинским (при некоторых заболеваниях и состояниях) и социальным основаниям. Методы исследования — аналитический, дескриптивный. Дальнейшее исследование позволит разработать порядок идентификации факторов риска развития нежелательных событий по отношению к репродуктивному ресурсу как части общественного здоровья с целью определения приоритетных путей его сбережения.

### Результаты исследования

Реальный объем репродуктивного ресурса общества как стратегически важного компонента общественного здоровья, представляющего медико-социальный ресурс общества, обеспечивающего национальную безопасность, отличается от потенциального его объема. Это определяется появлением медико-социальных причин потерь данного ресурса и связано с действием факторов риска развития каждой причины.

Одной из составляющих потерь репродуктивного компонента медико-социального ресурса общества являются потери, связанные с уменьшением числа мужчин и женщин, способных к физиологическому зачатию и рождению потомства. Исходя из этого, потенциальный объем репродуктивного компонента общественного здоровья как стратегически важного медико-социального ресурса общества ограничен биологическими рамками репродуктивного возраста, в пределах которых мужчины и женщины способны к размножению (деторождению) [12]. ВОЗ репродуктивным возрастом для женского населения определяет период с 15 до 49 лет включительно [13]. «Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья» утверждены одинаковые рамки репродуктивного возраста для взрослого мужского и женского населения: с 18 до 49 лет [14]. Границы репродуктивного возраста в указанных рекомендациях обозначены, исходя из возрастного периода наиболее активной реализации репродуктивной функции, в том числе взрослым мужским населением, с учетом возрастной структуры отцовства в Российской Федерации [15] и особенностей организации оказания медицинской помощи отдельно детскому и взрослому населению для проведения диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста

в медицинских организациях, оказывающих помощь только взрослому населению.

Потенциальным объемом репродуктивного компонента общественного здоровья как медико-социального ресурса общества является весь человеческий женский и мужской запас общества, который находится в границах репродуктивного возраста. Для целей данного фундаментального исследования при определении границ биологических рамок репродуктивного возраста нами взяты рамки репродуктивного возраста общества в целом, 15—49 лет, как у мужского, так и у женского населения. Фактический объем репродуктивного компонента определяется как часть потенциального объема, свободная от медико-социальных причин негодности к выполнению репродуктивной функции.

При этом можно отметить, что медицинскими и социальными причинами потерь репродуктивного ресурса являются дефекты органов репродуктивной системы, асоциальные состояния. Прежде всего рассмотрим медицинские причины, приводящие к потере женского репродуктивного компонента общественного здоровья как медико-социального ресурса общества. Физиологически не могут реализовать репродуктивную функцию и выбывают из репродуктивного ресурса, женщины репродуктивного возраста (15—49 лет), имеющие следующие медицинские причины негодности к выполнению репродуктивной функции и входящие в перечисленные группы:

1. Подвергшиеся оперативному вмешательству с удалением обоих яичников, и/или маточных труб, и/или матки. Показания к проведению подобных операций приводятся в клинических рекомендациях по лечению различных гинекологических заболеваний и акушерских осложнений. В официальной статистике (в том числе в форме федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях») и доступных базах данных информация о количестве экстирпаций и надвлагалищных ампутаций матки приводится в разбивке по следующим параметрам: во время беременности, родов и в послеродовом периоде в сроке до 22 нед беременности; во время беременности, родов и в послеродовом периоде в сроке 22 нед беременности и более, у гинекологических пациенток.

2. Подвергшиеся стерилизации. Согласно ст. 57 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» возможна стерилизация в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а по медицинским показаниям — независимо от возраста [16]. Медицинские показания к проведению стерилизации определены приказом Минздрава России от 18.03.2009 № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации» [17].

3. С установленным диагнозом «бесплодие». Критерии установления диагноза приведены в клинических рекомендациях (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)», указанных в письме Минздравом России от 05.03.2019 № 15-4/И/2-1913 18].

4. С анатомическими пороками развития половых органов, препятствующими реализации репродуктивной функции (аплазия матки, аплазия влагалища и др.).

5. С заболеваниями, относимыми к медицинским показаниям к прерыванию беременности. Женщины с данными заболеваниями в подавляющем большинстве либо предохраняются от беременности, либо прерывают ее на ранних сроках ввиду того, что вынашивание беременности и роды при наличии данных заболеваний представляют существенную угрозу здоровью и жизни женщины. Согласно п.4 ст. 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» прерывание беременности по медицинским показаниям проводится на любом сроке беременности [16]. Показания к проведению прерывания беременности по медицинским показаниям определены Приложением к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (с изменениями и дополнениями от 27.12.2011) [19]. К данным заболеваниям относятся туберкулез, злокачественные новообразования, сахарный диабет 1-го и 2-го типа, психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ, шизофрения, ревматические и некоторые другие болезни сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нефритический синдром и др.

6. С заболеваниями, вызывающими бесплодие или снижающими вероятность наступления самопроизвольной беременности. По данным разных источников, к таким заболеваниям с разной степенью распространенности и влияния могут быть отнесены синдром раннего истощения яичников, миома матки, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия, неопределенность пола и псевдогермафродитизм, гормональные нарушения (например, гиперпролактинемия) и др. [20—25]. Так, считается, что каждая пятая женщина с миомой матки страдает бесплодием [26].

Разберем причины, приводящие к потере мужского репродуктивного компонента медико-социального ресурса общества, необходимого для обеспечения национальной безопасности. Физиологически не могут реализовать репродуктивную функцию и выбывают из этой стратегически важной части медико-социального ресурса общества мужчины, находящиеся в репродуктивном возрасте (15—49 лет), но входящие в следующие группы:

1. Подвергшиеся стерилизации. Согласно ст. 57 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред.

от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» возможна стерилизация в возрасте старше 35 лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а по медицинским показаниям — независимо от возраста [16]. Медицинские показания к проведению стерилизации определены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 18.03.2009 № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации» [17].

2. С установленным диагнозом «бесплодие». Критерии установления диагноза приведены в клинических рекомендациях «Мужское бесплодие», утвержденных Минздравом России 21.05.2021 [27].

3. С анатомическими дефектами половых органов, препятствующими реализации репродуктивной функции вследствие неопределенности пола и псевдогермафродитизма, наследственных заболеваний, врожденных аномалий развития, травм, операций по смене пола и др. [23—25, 27].

4. С заболеваниями, приводящими к бесплодию или снижающими вероятность зачатия. По данным различных источников, к таким заболеваниям с разной степенью распространенности и влияния могут быть отнесены варикоцеле, крипторхизм, злокачественные новообразования с проведением химиотерапевтического или лучевого лечения, сахарный диабет, почечная недостаточность и др. [27—29].

Кроме медицинских причин необходимо учитывать социальные причины, связанные с формированием у лиц репродуктивного возраста социальных характеристик, которые являются ограничителями деторождения. Следует отметить, что лица, находящиеся в местах лишения свободы, выбывают из репродуктивного ресурса. Мужчины и женщины, подвергшиеся данному виду социальной изоляции, практически лишены возможности и желания рожать детей, в данном случае можно говорить о так называемом социальном бесплодии. Тем не менее данный вопрос требует дальнейшего изучения по данным источников литературы, специальных исследований и статистических данных. По данным на 2020 г. в Российской Федерации насчитывалось порядка 35 женских исправительных колоний, в которых содержалось около 30 тыс. женщин, из которых 72 беременные, как правило, попавшие в заключение уже беременными, что составило 0,23% всех женщин, отбывающих наказание [30]. Кроме того, можно отметить, что 29% осужденных женщин имеют различного рода зависимости: 67% — наркотическую, 29% — алкогольную, 5% — никотиновую. При этом 8% беременных осужденных женщин являются ВИЧ-инфицированными, а 12,5% страдают различными видами гепатита [30].

Целесообразно проведение рейтингования вышеуказанных причин потерь по величине их доли в общей совокупности причин. Это определит приоритетность действий по предупреждению появления данных причин, а именно: превенции появления бесплодия, анатомических дефектов репродуктивной системы, жизнеугрожающих соматических состояний, асоциального поведения, а также прове-

Здоровье и общество

дения исследований по установлению факторов риска развития каждой причины, определения их приоритетности по силе на уровне общества. Осуществление превенции развития приоритетных медико-социальных причин потерь репродуктивного ресурса возможно при риск-ориентированном подходе, что требует выявления факторов риска развития каждой причины, определения силы факторов (относительный риск на индивидуальном уровне, групповой риск на уровне социальных групп, популяционный риск на уровне популяции, общественный риск на уровне общества), места их возникновения (на индивидуальном, групповом, популяционном, общественном уровне), определения частоты их регистрации в обществе, разработки технологий коррекции и устранения, что будет предметом дальнейшего изучения.

Количественное определение объема потерь репродуктивного компонента общественного здоровья, который является стратегически важным медико-социальным ресурсом общества, будет способствовать сбережению этого ресурса. Исследования, обосновывающие приоритетность причин потерь репродуктивного компонента и приоритетность факторов риска развития каждой причины на уровне общества, могут составить объективную основу планирования стратегий сбережения общественно-го здоровья и его репродуктивного компонента.

### Заключение

Потенциальным объемом репродуктивного компонента медико-социального ресурса общества является весь женский и мужской людской запас общества, который находится в границах репродуктивного возраста (15—49 лет). Реальный же объем этого компонента меньше. Он складывается из мужчин и женщин репродуктивного возраста без учета женщин, подвергшихся оперативному вмешательству с удалением обоих яичников, и/или маточных труб, и/или матки, с анатомическими пороками развития репродуктивной функции (аплазия матки, аплазия влагалища и др.), с заболеваниями, относящимися к медицинским показаниям к прерыванию беременности, с заболеваниями, снижающими вероятность наступления самопроизвольной беременности (синдром истощения яичников, миома матки и др.), мужчин с анатомическими дефектами половых органов вследствие врожденных пороков развития, травм, операций по смене пола и др., мужчин и женщин, подвергшихся стерилизации, с установленным диагнозом «бесплодие». Оба пола должны рассматриваться на предмет выбывания из репродуктивного ресурса по причине так называемого социального бесплодия, в том числе нахождения в местах лишения свободы, стойкого отказа от репродукции с зарегистрированным применением эффективных мер контрацепции.

Осуществление превенции развития приоритетных медико-социальных причин потерь репродук-

тивной части медико-социального ресурса общества возможно при риск-ориентированном подходе, что требует, с одной стороны, выявления ключевых факторов риска развития каждой причины потерь потенциального объема данного компонента с учетом силы (относительные, добавочные, общественные риски), места возникновения (индивидуальный, групповой, популяционный, общественный уровни) и частоты их регистрации в обществе, а с другой — разработки эффективных технологий превенции факторов, что станет предметом дальнейшего изучения проблем сбережения общественного здоровья как важного ресурса общества для обеспечения национальной безопасности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Каткова И. П., Андрюшина Е. И., Катков В. И. Рождаемость и репродуктивный потенциал населения России. *Здоровье и здравоохранение. Народонаселение*. 2012;(3):5—12.
2. Гареева И. А. Социальная обусловленность репродуктивного поведения населения. *Власть и управление на Востоке России*. 2023;1(102):101—10.
3. Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/401425792/?ysclid=md76ks6q2i419567148> (дата обращения 20.06.2025).
4. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Тарасенко Е. А., Васильев М. Д. Концептуальные основы определения детерминант общественного здоровья. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]*. 2024;70(4):10. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-4-10. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1632/30/lang.ru/2> (дата обращения 20.06.2025).
5. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Горенков Р. В., Васильев М. Д., Костров А. А., Хапалов А. А. Методический подход к организации мониторинга общественного здоровья Российской Федерации. *Здоровье населения и среда обитания*. 2022;30(7):7—17. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-7-7-17
6. Тарасенко Е. А., Русских С. В., Васильева Т. П., Макарова Е. В., Горбачева Н. А., Ротов В. М. Социальные детерминанты здоровья как методологическая основа для разработки стратегий по улучшению общественного здоровья: зарубежный опыт и уроки для России. *Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание]* 2024;70(2):3. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-3. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1583/27/lang.ru/3> (дата обращения 20.06.2025).
7. Васильева Т. П., Ларионов А. В., Русских С. В., Зудин А. Б., Васюнина А. Е., Васильев М. Д. Методические подходы к измерению общественного здоровья как медико-социального ресурса и потенциала общества. *Здоровье населения и среда обитания*. 2022;30(11):7—15. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-11-7-15
8. Health Promotion Glossary of Terms 2021, WHO. Режим доступа: <https://ruralindiaonline.org/en/library/resource/health-promotion-glossary-of-terms-2021/> (дата обращения 20.06.2025).
9. Оттавская хартия укрепления здоровья. ВОЗ/НПР/НЕР/95.1. ВОЗ, Женева, 1986 г. Режим доступа: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349655/WHO-EURO-1986-4044-43803-61673-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата обращения 20.06.2025).
10. Авдеева Д. А. Вклад человеческого капитала в рост российской экономики. *Экономический журнал ВШЭ*. 2024;28(1):9—43.
11. Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Режим доступа: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_110](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_110) (дата обращения 10.06.2025).
12. Архангельский В. Н. Репродуктивный возраст. *Большая российская энциклопедия*. Режим доступа: <https://bigenc.ru/c/reproduktivnyi-vozrast-1e0460> (дата обращения 20.06.2025).
13. ВОЗ. Женщины и здоровье. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health> (дата обращения 20.06.2025).

## REFERENCES

14. Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья. Утверждены письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.04.2024 № 17-6/И/2-6434. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408788357/?ysclid=md76to8op6729734838> (дата обращения 20.06.2025).
15. Архангельский В. Н., Савина А. А., Зайко Е. С. Соотношение возрастов родителей при рождении детей и тенденции заболеваемости бесплодием в Москве. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»; 2022. 19 с. ISBN 978-5-907547-33-9. Режим доступа: [https://niioz.ru/upload/pdf\\_editions\\_nii/a40/a40db711722bd2355045ec24f3d46e64.pdf](https://niioz.ru/upload/pdf_editions_nii/a40/a40db711722bd2355045ec24f3d46e64.pdf) (дата обращения 20.03.2025).
16. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12191967/?ysclid=md773flzbp618212456> (дата обращения 20.06.2025).
17. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 18.03.2009 № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/12166678/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=md774pux1p811832231> (дата обращения 20.06.2025).
18. Клинические рекомендации (протокол лечения) «Женское бесплодие (современные подходы к диагностике и лечению)». Утверждены письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2019 № 15-4/И/2-1913. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72094308/?ysclid=md788pen92440284160> (дата обращения 20.06.2025).
19. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» (с изменениями и дополнениями от 27.12.2011). Режим доступа: <https://base.garant.ru/12158174/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=md789ovkx556092380> (дата обращения 20.06.2025).
20. Краснопольская К. В., Коган И. Ю. Миома матки и бесплодие: стратегии преодоления. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 144 с.
21. Краснопольская К. В. Лечение бесплодия при эндометриозе: взгляд репродуктолога. М.: МЕДпресс-информ; 2019. 112 с.
22. Литвинова Е. В., Носкова О. В. Бесплодие — глобальная медико-социальная проблема мирового сообщества. *Мать и Дитя в Кубассе*. 2024;3(98):26—32.
23. Иванов Д. О., Мавропуло Т. К. Клинические рекомендации по ведению и терапии новорожденных с нарушением полового развития. Проект. 55 с. Режим доступа: <https://studfile.net/preview/13468964/> (дата обращения 20.06.2025).
24. Болотова Н. В., Морозов Д. А., Райгородская Н. Ю., Жарков Д. А., Григорьева М. М., Цмокалюк Е. Н. Критерии клинической диагностики и выбор лечебной тактики у пациентов с неопределенностью пола. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2010;6(1):178—82.
25. Warne G. L. Evaluation of a child with ambiguous genitalia — Diagnosis and Management. Desai Meena P, Menon P.S.N., Bhatia V editors. *Pediatric Endocrine Disorders*. Chennai: Orient Longman Private Ltd; 2008. P. 401—24.
26. Михалевич С. И., Капуста А. В. Беременность, роды и послеродовый период у женщин с миомой матки. *Медицинские новости*. 2011;(2):18—25.
27. Клинические рекомендации «Мужское бесплодие». Утверждены письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.05.21. Режим доступа: [http://disuria.ru/\\_ld/10/1013\\_kr21N46mz.pdf](http://disuria.ru/_ld/10/1013_kr21N46mz.pdf) (дата обращения 20.06.2025).
28. Nieschlag E., Behre H. M., Nieschlag S. (eds). *Andrology*. 3rd ed. Berlin; 2010.
29. Barratt C. L. R., Björndahl L., De Jonge C. J., Lamb D. J., Osorio Martini F, McLachlan R., et al. The diagnosis of male infertility: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance-challenges and future research opportunities. *Hum. Reprod. Update*. 2017;23(6):660—80. doi: 10.1093/humupd/dmx021
30. Москвитина М. М. Уголовно-правовая характеристика осужденных беременных женщин. *Закон и право*. 2020;(11):130—1. doi 10.24411/2073-3313-2020-10539
1. Katkova I. P., Andryushina E. I., Katkov V. I. Fertility and reproductive potential of the Russian population. *Zdorov'e i zdorovoohraneniye. Narodonaseleniye*. 2012;(3):5—12 (in Russian).
2. Gareeva I. A. Social conditioning of reproductive behavior of the population. *Vlast' i upravlenie na Vostoke Rossii*. 2023;1(102):101—10 (in Russian).
3. Decree of the President of the Russian Federation of 02.07.2021 № 400 “On the National Security Strategy of the Russian Federation”. Available at: <https://base.garant.ru/401425792/?ysclid=md76ks6q2i419567148> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
4. Vasil'eva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Tarasenko E. A., Vasil'ev M. D. Conceptual framework for identifying determinants of public health. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [setevoe izdanie]*. 2024;70(4):10. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-4-10. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1632/30/lang.ru/2>. (accessed 20.06.2025) (in Russian).
5. Vasil'eva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Gorenkov R. V., Vasil'ev M. D., Kostrov A. A., Hapalov A. A. Methodological Approaches to Measuring Public Health as the Sociomedical Resource and Potential of the Society. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya*. 2022;30(7):7—17. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-7-7-17 (in Russian).
6. Tarasenko E. A., Russkikh S. V., Vasilieva T. P., Makarova E. V., Gorbacheva N. A., Rotov V. M. Social determinants of health as a methodological basis to develop strategies on public health improvement: foreign experience and lessons for Russia. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [setevoe izdanie]*. 2024;70(2):3. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-3. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1583/27/lang.ru/3> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
7. Vasil'eva T. P., Larionov A. V., Russkikh S. V., Zudin A. B., Vasyunina A. E., Vasil'ev M. D. Methodological Approaches to Measuring Public Health as the Sociomedical Resource and Potential of the Society. *Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya*. 2022;30(11):7—15. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-11-7-15 (in Russian).
8. Health Promotion Glossary of Terms 2021, WHO. Available at: <https://ruralindiaonline.org/en/library/resource/health-promotion-glossary-of-terms-2021/> (accessed 20.06.2025).
9. The Ottawa Charter for Health Promotion. VOZ/HPR/HEP/95.1. VOZ, Geneva; 1986. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349655/WHO-EURO-1986-4044-43803-61673-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
10. Avdeeva D. A. The Contribution of Human Capital to Economic Growth in Russia. *Ekonomicheskij zhurnal VShE*. 2024;28(1):9—43 (in Russian).
11. Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization. Available at: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_110](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_110) (accessed 10.06.2025).
12. Arhangel'skij V. N. Reproductive age. The Great Russian Encyclopedia. Available at: <https://bigenc.ru/c/reproduktivnyi-vozrast-1e0460> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
13. Women and Health. WHO. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
14. Methodological recommendations for the medical examination of men and women of reproductive age in order to assess reproductive health. Approved by the letter of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 08.04.2024 No. 17-6/И/2-6434. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408788357/?ysclid=md76to8op6729734838> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
15. Arhangel'skij V. N., Savina A. A., Zajko E. S. Ratio of parents' ages at birth and infertility incidence trends in Moscow. Moscow: GBU “НИИОЗММ ДЗМ”; 2022. 19 p. ISBN 978-5-907547-33-9 Available at: [https://niioz.ru/upload/pdf\\_editions\\_nii/a40/a40db711722bd2355045ec24f3d46e64.pdf](https://niioz.ru/upload/pdf_editions_nii/a40/a40db711722bd2355045ec24f3d46e64.pdf) (accessed 20.03.2025) (in Russian).
16. Federal Law of 21.11.2011 № 323-FZ (as amended on 28.12.2024) “On the Fundamentals of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation”. Available at: <https://base.garant.ru/12191967/?ysclid=md773flzbp618212456> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
17. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 18.03.2009 № 121н “On approval of the list of medical indications for medical sterilization”. Available at: <https://base.garant.ru/12166678/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=md774pux1p811832231> (accessed 20.06.2025) (in Russian).

Здоровье и общество

18. Clinical guidelines (treatment protocol) "Female infertility (modern approaches to diagnosis and treatment)". Approved by the letter of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 03/05/2019 № 15-4 / I / 2-1913. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72094308/?ysclid=md788pen92440284160> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
19. Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 03.12.2007 № 736 "On approval of the list of medical indications for artificial termination of pregnancy" (with amendments and additions of 27.12.2011). Available at: <https://base.garant.ru/12158174/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=md789ovkx556092380> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
20. Krasnopol'skaya K. V., Kogan I. Yu. Uterine fibroids and infertility: coping strategies. Guide for practitioners. Moscow: GEOTAR-Media; 2021. 144 p. (in Russian).
21. Krasnopol'skaya K. V. Treatment of infertility in endometriosis: a reproductologist's view. Moscow: MEDpress-inform; 2019. 112 p. (in Russian).
22. Litvinova E. V., Noskova O. V. Infertility is a global medical and social problem in the world community. *Mat' i Ditya v Kuzbasse*. 2024;3(98):26–32 (in Russian).
23. Ivanov D. O., Mavropulo T. K. Clinical guidelines for the management and therapy of newborns with disorders of sexual development. Project. 55 p. Available at: <https://studfile.net/preview/13468964/> (accessed 20.06.2025) (in Russian).
24. Bolotova N. V., Morozov D. A., Rajgorodskaya N. Yu., Zharkov D. A., Grigorjeva M. M., Tsmokalyuk E. N. Criteria of clinical diagnostics and choice of treatment strategy in children with disorders of sexual development. *Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal*. 2010;6(1):178–82 (in Russian).
25. Warne G. L. Evaluation of a child with ambiguous genitalia — Diagnosis and Management. Desai Meena P., Menon P. S. N., Bhatia V., eds. *Pediatric Endocrine Disorders*. Chennai: Orient Longman Private Ltd; 2008. P. 401–24.
26. Mihalevich S. I., Kapusta A. V. Pregnancy, childbirth, and the postpartum period in women with uterine fibroids. *Medicinskie novosti*. 2011;(2):18–25 (in Russian).
27. Clinical guidelines "Male infertility". Approved by the letter of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 21.05.21. Available at: [http://disuria.ru/\\_ld/10/1013\\_kr21N46mz.pdf](http://disuria.ru/_ld/10/1013_kr21N46mz.pdf) (accessed 20.06.2025) (in Russian).
28. Nieschlag E., Behre H. M., Nieschlag S. (eds). *Andrology*. 3rd ed. Berlin; 2010.
29. Barratt C. L. R., Björndahl L., De Jonge C. J., Lamb D. J., Osorio Martini F., McLachlan R., et al. The diagnosis of male infertility: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance-challenges and future research opportunities. *Hum. Reprod. Update*. 2017;23(6):660–80. doi: 10.1093/humupd/dmx021
30. Moskvitina M. M. Criminal-legal characteristics of convicted pregnant women. *Zakon i pravo*. 2020;(11):130–1. doi 10.24411/2073-3313-2020-10539 (in Russian).

Агаларова Л. С., Рамазанов А. А., Газиева Э. М., Айвазова З. Н., Камилова С. М., Гасанова А. А.

**ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 367003, г. Махачкала

*Исследование определяет здоровьесбережение как приоритет профилактической медицины. Высокая рождаемость в Дагестане поддерживается традиционными ценностями, влиянием родовых и общинных структур, низким уровнем урбанизации, религиозными и этнокультурными особенностями народов. Цель исследования — анализ детерминант, влияющих на состояние здоровья индивидуума, а также формирование практических рекомендаций, способствующих ведению здорового образа жизни. Методы исследования — анонимное анкетирование 478 пациентов поликлиник г. Махачкалы (2023—2024) с последующей статистической обработкой в пакете программ Statistica 6.0.*

*Установлена высокая распространенность вредных привычек (курение, употребление алкоголя) среди мужчин трудоспособного возраста. Выявлена низкая медицинская активность населения, обусловленная организационными проблемами здравоохранения и низкой личной ответственностью. Определены несбалансированное питание и пассивный досуг как основные поведенческие риски. Разработаны комплекс программ гигиенического воспитания, направленных на разные социально-демографические группы, и пути оптимизации работы первичного звена здравоохранения по повышению доступности медицинской помощи.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** здоровый образ жизни; факторы риска; социологический анализ.

**Для цитирования:** Агаларова Л. С., Рамазанов А. А., Газиева Э. М., Айвазова З. Н., Камилова С. М., Гасанова А. А. Здоровьесбережение населения: социологический анализ детерминант здорового образа жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):264—268. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-264-268>

**Для корреспонденции:** Агаларова Луиза Саидахмедовна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: [luiza\\_agalarova@mail.ru](mailto:luiza_agalarova@mail.ru)

*Agalarova L. S., Ramazanov A. A., Gazieva E. M., Aivazova Z. N., Kamilova S. M., Gasanova A. A.*

**THE HEALTH PRESERVATION OF POPULATION: THE SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF DETERMINANTS OF HEALTHY LIFE-STYLE**

The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Dagestan State Medical University” of the Minzdrav of Russia, 367003, Makhachkala, Russia

*The article defines health care as priority of preventive medicine. The high natality in Dagestan is supported by traditional values, influence of tribal and community structures, low level of urbanization and religious and ethno-cultural characteristics of nations. The purpose of the study is to analyze determinants affecting individual health and to formulate practical recommendations promoting healthy life-style. The research methods included anonymous survey of 478 patients of polyclinics of Makhachkala in 2023–2024 and subsequent statistical processing using the Statistica 6.0 software. The high prevalence of unhealthy habits (smoking, alcohol) was found among working-age men. The low medical activity of population conditioned by to organizational problems of health care and low personal responsibility was established. The unbalanced diet and passive leisure were identified as main behavioral risks.*

*The set of programs of hygiene education targeting various social demographic groups and optimization of primary health care services to increase accessibility of medical care are developed.*

**К e y w o r d s :** healthy life-style, risk factors; sociological analysis.

**For citation:** Agalarova L. S., Ramazanov A. A., Gazieva E. M., Aivazova Z. N., Kamilova S. M., Gasanova A. A. The health preservation of population: the sociological analysis of determinants of healthy life-style. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):264–268 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-264-268>

**For correspondence:** Agalarova L. S., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Dagestan State Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: [luiza\\_agalarova@mail.ru](mailto:luiza_agalarova@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 17.09.2025

Accepted 12.01.2026

**Введение**

В условиях значительных финансовых затрат на систему здравоохранения приоритетной задачей современной политики системы здравоохранения является стимулирование населения к формированию осознанной потребности в здоровье, личной ответственности за собственное здоровье и здоровье будущих поколений, а также к ведению здорового образа жизни (ЗОЖ) [1]. Формирование здоро-

вья — это динамичный, последовательный и многофакторный процесс. Реализация генетического потенциала здоровья в значительной степени зависит от образа жизни индивида. При этом вклад образа жизни в детском возрасте имеет критическое значение для сохранения здоровья и повышения выживаемости [2]. В контексте наблюдаемой эскалации проблем, связанных со здоровьем населения, императив укрепления и поддержания здоровья юного

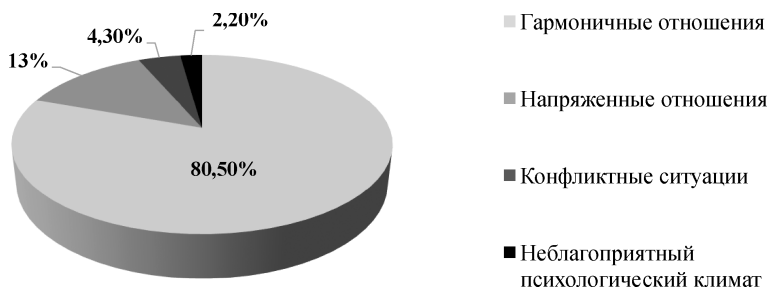


Рис. 1. Анализ психологической обстановки в семье.

поколения выходит за границы компетенций отдельных медицинских, образовательных и других ведомств, проникая во все аспекты человеческой жизнедеятельности. Образовательные институты и семейные ценности выступают фундаментальными элементами в формировании индивидуальности и устойчивых поведенческих моделей, определяющих культуру здоровья [3]. Гигиеническое просвещение и воспитание представляют собой действенный и экономически целесообразный инструмент в превентивной медицине и укреплении здоровья населения. Данный подход подразумевает систематическое и целенаправленное влияние на каждого, целью которого является формирование мотивации к ведению здорового образа жизни [4]. Формирование адекватного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих должно стать непрерывным процессом, охватывающим все этапы жизни человека. Эффективность гигиенического обучения напрямую связана с использованием научно обоснованных методик и активным вовлечением индивида в процесс формирования здорового поведения [5]. Высокая рождаемость в Дагестане отвечает традиционным ценностям, влиянию родовых и общинных структур, поддерживающих большую семью. Такие факторы, как низкий уровень урбанизации, религиозные и этнокультурные особенности народов республики, играют важную роль в поддержании высокого уровня рождаемости, формируя особое отношение к семье и детям [6].

Цель исследования — анализ детерминант, влияющих на состояние здоровья индивидуума, а также формирование практических рекомендаций, способствующих ведению ЗОЖ.

### Материалы и методы

Исследование проведено в 2023—2024 гг. на базе трех городских поликлиник (№ 2, 4 и 6) г. Махачкалы Республики Дагестан. Объектом исследования стали 478 пациентов. Было проведено анонимное анкетирование. Инструментарием послужили анкеты: «Изучение условий и характеристик образа жизни взрослого городского населения» и «Изучение анализа факторов, оказывающих влияние на формирование ЗОЖ». В исследовании применяли социологические и статистические методы. Статистическая обработ-

ка полученных данных осуществлялась с использованием специализированного программного обеспечения Statistica 6.0. В работе использованы параметрические и непараметрические критерии (*t*-критерий Стьюдента, *U*-критерий Манна—Уитни, критерий  $\chi^2$ ) для сравнения групп. Доверительные интервалы рассчитаны для 95% уровня значимости. Статистическая значимость устанавливалась при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования

Анализ собранных данных продемонстрировал гендерное распределение выборки: 63,2% респондентов составили женщины, а 36,8% — мужчины. Предполагается, что доминирование женщин в выборке обусловлено их более активным участием в социологических исследованиях. Возрастная структура опрошенных характеризуется преобладанием группы 41—50 лет (41%). Доли респондентов в возрастных категориях 31—40, 51—60 и 21—30 лет составили 21,2; 14,1 и 12,2% соответственно. Группы 18—20 и 61—70 лет имели сопоставимо меньшие доли — 3,1 и 6,4% соответственно. Распределение респондентов по уровню образования отражает следующее: начальное образование имели 5%, среднее образование — 67%, высшее образование — 28%. В отношении социального статуса наибольшую долю занимают служащие (34,2%). Близкие значения наблюдаются для рабочих (23,1%) и пенсионеров (22,1%). Доли бизнесменов, безработных, студентов и лиц, отнесенных к категории «прочие», составили 9,1; 5,1; 3,6 и 2,7% соответственно. Данные показатели отражают социально-демографический состав исследуемой группы.

Психологическая обстановка внутри семьи оказывает существенное воздействие на общее состояние здоровья индивидуума. В рамках данной работы была проведена оценка психологических характеристик семейных взаимоотношений (рис. 1).

Факторы, провоцирующие деструктивное взаимодействие в семье, представлены на рис. 2.

Полученные результаты согласуются с данными о влиянии социально-экономических факторов на психологическое благополучие семьи [6].

Установлено, что оптимальная организация распорядка дня, достаточный отдых (рис. 3) и эффективное распределение вне рабочего времени оказывают существенное воздействие на здоровье населения.

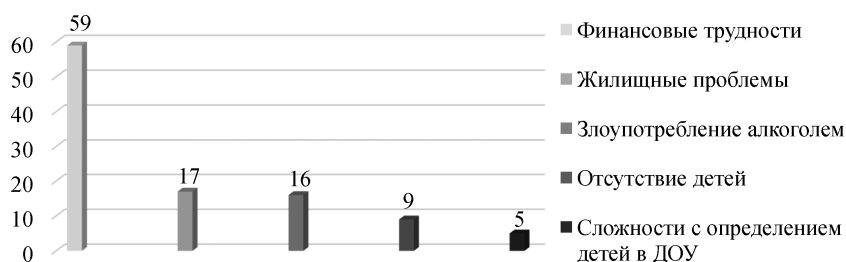


Рис. 2. Факторы, провоцирующие деструктивное взаимодействие в семье, в %.

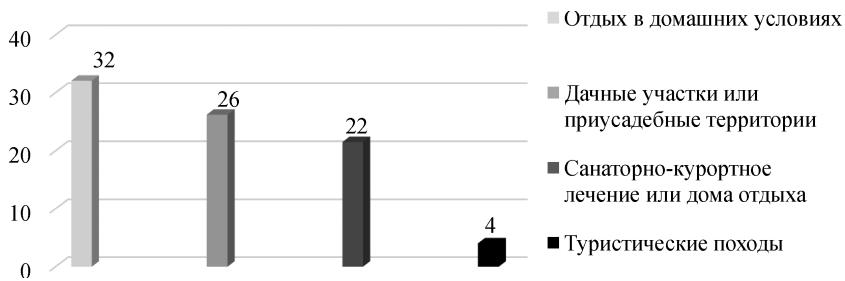


Рис. 3. Изучение мнения населения о проведении отпускного периода.



Рис. 4. Изучение мнения населения о проведении свободного времени.

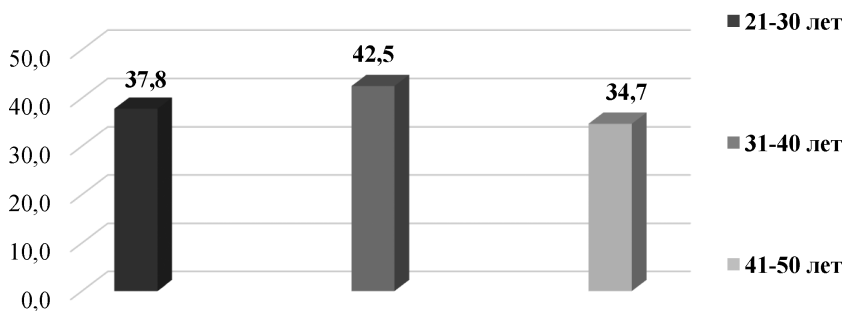


Рис. 5. Употребление алкоголя в разных возрастных группах.

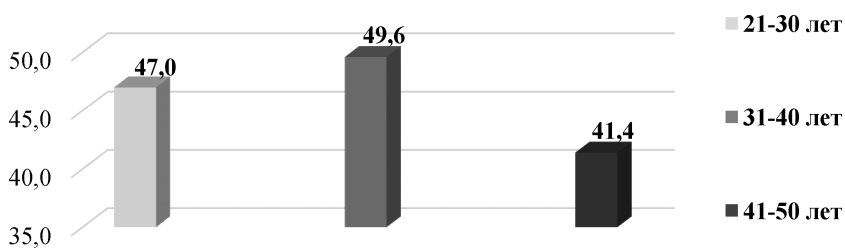


Рис. 6. Распространенность табакурения среди взрослого контингента.

Предпочтения населения в отношении проведения свободного времени представлены на рис. 4. Преобладание пассивных форм отдыха (просмотр ТВ — 43,4%) и несбалансированное питание как ключевые поведенческие риски также отмечены в работах А. Г. Фурманова и В. А. Горового [7], что характеризует урбанизированное население в целом.

Данные результаты подчеркивают необходимость разработки

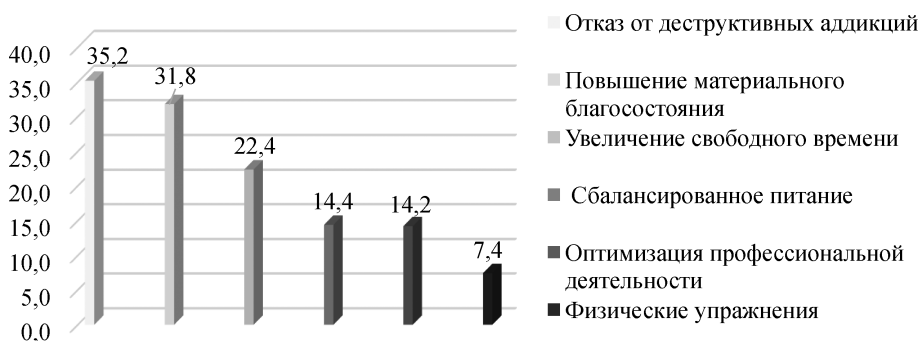


Рис. 7. Факторы, позитивно влияющие на состояние здоровья.

и внедрения программ, направленных на формирование ЗОЖ и рациональное использование свободного времени населением [8].

Отрицательное влияние на формирование ЗОЖ оказывает потребление алкогольной продукции. Исследованием установлено, что распространенность употребления алкоголя среди респондентов-мужчин составляет 47,4%, среди женщин — 12,4%. Наиболее высокие показатели употребления алкоголя зафиксированы в возрастных группах 21—30, 31—40 и 41—50 лет (рис. 5).

Другим значимым фактором, деструктивно влияющим на здоровье населения, является табакокурение (рис. 6). Более половины (55,5%) мужчин и 11,6% женщин подвержены этой пагубной привычке, это соответствует исследованиям Всемирной организации здравоохранения и НИИ пульмонологии ФМБА России. Курение в России является преимущественно мужской привычкой с соотношением примерно 5:1. Наиболее значительная доля опрошенных, подверженных табачной зависимости, наблюдается в возрастных группах 21—30, 31—40 и 41—50 лет.

Наблюдается тенденция к снижению распространенности курения с увеличением возраста: в группах 51—60, 61—70 лет и старше 71 года показатели составляют 18,9; 18 и 4,9% соответственно. Данная динамика, вероятно, обусловлена развитием заболеваний, ассоциированных с курением, что стимулирует пересмотр отношения к данной вредной привычке.

Среди факторов, позитивно влияющих на состояние здоровья населения (рис. 7), респонденты выделили следующие: отказ от деструктивных аддикций, повышение уровня материального благосостояния, увеличение объема свободного времени, сбалансированное



поликлиник и о низкой личной ответственности за здоровье. Низкая медицинская активность населения, проявляющаяся в несвоевременном обращении за помощью (28,6%) и низким охвате диспансерным наблюдением (33,5%), обусловлена комплексом причин, включая организационные недостатки первичного звена здравоохранения и недостаточный уровень личной ответственности граждан.

4. Значительная доля (38,1%) населения придерживается несбалансированного рациона питания. Среди респондентов преобладает пассивный вид отдыха: 43,4% предпочитают смотреть телевизор. Активный отдых (спорт, туризм) минимально популярен. Это формирует комплекс поведенческих рисков.
5. Влияние социально-экономических факторов на психологический климат обусловлен тем, что главными факторами семейных конфликтов являются финансовые (59,4%) и жилищные (16,7%) проблемы. Это прямо связывает социальное благополучие с психологическим здоровьем и со здоровьем в целом. Социально-экономические проблемы являются ведущими факторами, дестабилизирующими психологический климат в семье, что опосредованно негативно сказывается на здоровье ее членов.

Проведенный социологический анализ позволил выявить комплекс детерминант, формирующих модель здоровьесберегающего поведения населения г. Махачкалы. Установлено, что, несмотря на благоприятное влияние традиционных ценностей на демографические показатели, такие как рождаемость, к сожалению, это не становится автоматическим барьером для распространения вредных привычек среди мужского населения и не компенсируют негативное влияние современных урбанистических тенденций (гиподинамия, нерациональное питание). Эффективная политика здоровьесбережения в регионе должна носить комплексный характер, сочетая:

- просветительские кампании, адресованные конкретным целевым группам (мужчины, молодежь, рабочие);
- устранение организационных барьеров в поликлиниках для повышения доступности медицинской помощи;
- популяризацию физически активного и культурного досуга как альтернативы пассивному времяпрепровождению;
- интеграцию усилий системы здравоохранения, образования и общественных институтов

(включая религиозные) для формирования единой среды, способствующей ведению ЗОЖ. Реализация предложенных мер будет способствовать не только сохранению здоровья нынешних поколений, но и укреплению человеческого капитала Республики Дагестан в долгосрочной перспективе.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ильясова А. Р. Основы экономики здравоохранения: учебное пособие. Казань: Изд-во Казан. ун-та; 2019. 86 с.
2. Игнатъева Л. П., Чирцова М. В., Потапова М. О. Факторы, влияющие на здоровье: учебное пособие. Иркутск: ИГМУ; 2014. 33 с.
3. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. М.: ГЭОТАР-М; 2010. 512 с.
4. Афонин А. Н., Раводева Н. Б. Гигиеническое обучение и воспитание населения: учебное пособие. М.: Издательские решения; 2018. 99 с.
5. Сорокина И. Р., Дубровина Л. А. Профилактика семейного неблагополучия: учебное пособие. Владимир: Изд-во ВЛГУ; 2020. 100 с.
6. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Официальный сайт. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru>
7. Фурманов А. Г., Горовой В. А. Формирование здорового образа жизни: пособие. Мозырь: УО МГПУ; 2012. 201 с.
8. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Республике Дагестан (Дагестанстат). Официальный сайт. Режим доступа: <https://dagstat.gks.ru>
9. Тутельян В. А. Нутрициология и клиническая диетология: национальное руководство. Под ред. В. А. Тутельяна, Д. Б. Никитюка. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021. 1008 с.
10. Тутельян В. А., Онищенко Г. Г., Гуревич К. Г., Погожева А. В. Здоровое питание. Роль БАД. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 480 с.

Поступила 17.09.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

1. Ilyasova A. R. Fundamentals of Health Economics: a textbook. Kazan: Kazan University Publishing House; 2019. 86 p. (in Russian).
2. Ignatyeva L. P., Chirtsova M. V., Potapova M. O. Factors Affecting Health: a textbook. Irkutsk: Irkutsk State Medical University; 2014. 33 p. (in Russian).
3. Lisitsyn Yu. P. Public Health and Healthcare: a textbook. Moscow: GEOTAR-M; 2010. 512 p. (in Russian).
4. Afonin A. N., Ravodeeva N. B. Hygienic Training and Education of the Population: a textbook. Moscow: Izdatelskie Resheniya; 2018. 99 p. (in Russian).
5. Sorokina I. R., Dubrovina L. A. Prevention of Family Weakness: a textbook. Vladimir: VISU Publishing House; 2020. 100 p. (in Russian).
6. Federal State Statistics Service (Rosstat). Official website. Available at: <https://rosstat.gov.ru> (in Russian).
7. Furmanov A. G., Gorovoy V. A. Formation of a healthy lifestyle: manual. Mozyr: Uo MGPU; 2012. 201 p. (in Russian).
8. Territorial office of the Federal State Statistics Service for the Republic of Dagestan (Dagestanstat). Official website. Available at: <https://dagstat.gks.ru> (in Russian).
9. Tutelyan V. A. Nutrition and Clinical Dietetics: National Guidelines. Ed. by V. A. Tutelyan, D. B. Nikityuk. Moscow: GEOTAR-Media; 2021. 1008 p. (in Russian).
10. Tutelyan V. A., Onishchenko G. G., Gurevich K. G., Pogozheva A. V. Healthy nutrition. The role of dietary supplements. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 480 p. (in Russian).

Старцев В. Ю.<sup>1,2</sup>, Васильев А. Г.<sup>1,2</sup>, Болотская Е. С.<sup>2</sup>, Кондратьев Г. В.<sup>1</sup>, Корепин С. А.<sup>1</sup>

## ОРГАНИЗАЦИЯ СТАНДАРТНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ ПО ПОДПИСАНИЮ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТОМ ДЛЯ УЧАСТИЯ В КЛИНИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург;

<sup>2</sup>Клиническая больница «РЖД-Медицина», 195271, г. Санкт-Петербург

*Информированное согласие — свободное и добровольное волеизъявление субъектом своего желания участвовать в клиническом исследовании после получения сведений обо всех аспектах, значимых для принятия решения. Оно документируется путем подписания и датирования формы согласия субъектом или его законным представителем, а также лицом, проводящим разъяснительную беседу. Несмотря на стандартизированные определения, процедура исполнения всех этапов информированного согласия соблюдается не всегда, а информация в медицинской литературе малочисленна.*

*Цель исследования — разработка, внедрение и оценка эффективности стандартной операционной процедуры по подписанию информированного согласия пациента для участия в клиническом исследовании с целью повышения качества документирования и соблюдения требований надлежащей клинической практики. Изучены материалы публикаций отечественной и иностранной медицинской литературы (PubMed, Scopus) за 2002—2024 гг. по вопросам соблюдения системы менеджмента качества и документирования информированного согласия в медицинских учреждениях при проведении клинических исследований.*

*На основании принципов системы менеджмента качества и собственного опыта организации клинических исследований разработана и внедрена стандартная операционная процедура по подписанию информированного согласия. Для оценки результатов внедрения данной процедуры сформулированы следующие критерии: заполнение всех необходимых полей информированного согласия; внесение информации о дате, времени (если применимо), наличии помарок при заполнении и их исправление по правилам надлежащей клинической практики; описание процесса подписания в карте пациента; правильное заполнение уникального идентификационного номера пациента; использование актуальной версии информированного согласия.*

*Внедрение стандартной операционной процедуры по подписанию информированного согласия привело к значительному уменьшению числа нарушений при заполнении документации. Благодаря стандартизации документооборота полностью исключены нарушения заполнения уникального идентификационного номера, ошибки при фиксации даты и времени, а также при использовании актуальной версии информированного согласия. Эти изменения обеспечили стандартизацию работы исследовательской команды и сократили время на исправление ошибок документации и подготовку к аудиту результатов клинических исследований.*

**Ключевые слова:** клиническое исследование; контрактная исследовательская организация; локальный этический комитет; система менеджмента качества; стандартная операционная процедура; надлежащая клиническая практика; нежелательное явление.

**Для цитирования:** Старцев В. Ю., Васильев А. Г., Болотская Е. С., Кондратьев Г. В., Корепин С. А. Организация стандартной операционной процедуры по подписанию информированного согласия пациентом для участия в клиническом исследовании. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):269—272. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-269-272>

**Для корреспонденции:** Корепин Сергей Андреевич, врач-ординатор, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», e-mail: [sergeykorepin2121@gmail.com](mailto:sergeykorepin2121@gmail.com)

Startsev V. Yu.<sup>1,2</sup>, Vasiliev A. G.<sup>1,2</sup>, Bolotskaya E. S.<sup>2</sup>, Kondratyev G. V.<sup>1</sup>, Korepin S. A.<sup>1</sup>

## THE ORGANIZATION OF STANDARD OPERATIONAL PROCEDURE ON SIGNING INFORMED CONSENT BY PATIENT TO PARTICIPATE IN CLINICAL STUDY

<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Minzdrav of Russia, 194100, St. Petersburg, Russia;

<sup>2</sup>The Clinical Hospital “RZD-Medicine”, 195271, St. Petersburg, Russia

*The article determines the informed consent (IC) as free and voluntary will of subject one's desire to participate in clinical trial (CT) after receiving information about all aspects relevant to decision-making. The IC is documented by signing and dating the form of consent by the subject or one's legal representative as well as by the person giving explanatory talk. Despite standardized definitions, the procedure of implementation of all stages of the IC is not always properly followed and the information in medical literature is scanty.*

*The purpose of the study is to develop, to implement and to evaluate efficiency of standard operational procedure (SOP) to obtain informed consent from patients participating in clinical trials, in order to improve the quality of documentation and to ensure compliance with requirements of good clinical practice (GCP).*

*The publications of national and international medical literature (PubMed, Scopus) in 2002–2024 were analyzed regarding issues of keeping quality management systems (QMS) and documentation of the IC in medical institutions under conducting CTs.*

*On the basis of principles of QMS and one's own experience of organizing CTs, the SOP on obtaining signing the IC was developed and implemented. To evaluate its efficiency the following criteria were formulated: filling in all required fields of the IC form; indication of date and time (if applicable); management of corrections in the IC form according to GCP standards; documentation of the IC process in the patient's medical record; accurate entry of the patient's unique identification number (UIN); use of the current version of the IC form.*

*The implementation of the SOP to obtain the IC resulted in significant decreasing of number of errors in filled documentation. The standardization of document flow completely eliminated errors in UIN entry, date and time recording and usage of outdated IC versions. These changes supported standardization of work of research team and reduced time needed to correct documentation errors and to prepare results of the CT for audit.*

**Key words:** clinical trial; contract research organization; local ethical committee; quality management system; standard operational procedure; good clinical practice; adverse occurrence.

**For citation:** Startsev V. Yu., Vasiliev A. G., Bolotskaya E. S., Kondratyev G. V., Korepin S. A. The organization of standard operational procedure on signing informed consent by patient to participate in clinical study. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2026;34(2):269–272 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-269-272>

**For correspondence:** Korepin S. A., the Attending Physician of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State Pediatric Medical University” of the Minzdrav of Russia. e-mail: [sergeykorepin2121@gmail.com](mailto:sergeykorepin2121@gmail.com)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 04.10.2025

Accepted 12.01.2026

## Введение

Согласно определению, информированное согласие (ИС) — свободное и добровольное волеизъявление субъектом своего желания участвовать в конкретном клиническом исследовании (КИ) после получения сведений обо всех аспектах, значимых для принятия решения. В случае с несовершеннолетними и недееспособными субъектами — разрешение или согласие их законных представителей о включении таких субъектов в КИ [1].

В статье, посвященной основам документирования ИС в КИ, Е. А. Малышева, основываясь на принципах надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice, GCP), говорит о том, что получение ИС от пациента играет важную роль в защите прав и обеспечении безопасности участников [2]. Порядок и форма предоставления ИС законодательно определены частью 8 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ) и в Приказе Минздрава России № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (далее — Приказ № 1177н) [3] исключительно для добровольных согласий, которые граждане дают при бесплатном оказании медицинской помощи.

Порядок дачи добровольного ИС на медицинское вмешательство в других случаях (при проведении КИ) не определен [4], и при подготовке каждого нового КИ создается исследование-специфичное ИС. Во всех ИС есть информация о сторонах, подписывающих ИС,— пациенте либо его законном представителе и враче-исследователе, сотруднике, которому, согласно форме распределения обязанностей в исследовании, главным исследователем делегирована эта функция. На этот момент следует обратить внимание, поскольку, согласно Федеральному закону № 323-ФЗ и приказу Минздрава России № 1177н, ИС от медицинской организации может подписывать любой медицинский работник, в чьи полномочия это входит (как с высшим, так и со средним медицинским образованием). Количество мест для подписи сторон (например, на каждой

странице), количество определений, требующих подтверждения ответом «да/нет», и тому подобные пункты зависят от специфики каждого исследования. Отсутствие единообразия формирует риски того, что в одном или нескольких местах будут пропущены подписи либо не указана необходимая информация.

Может показаться, что тема, рассматриваемая в статье, чрезвычайно специфична и узка и касается только области КИ. Однако предлагаем обратиться к информации, представленной в статье В. И. Бояринова о результатах проверок соблюдения медицинскими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья за 2016 г. Росздравнадзор сообщил, что в 44,7% от числа проверенных медицинских организаций выявлено 4252 нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья, в числе которых 1118 случаев нарушения требований ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ в части отсутствия ИС на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства (26,2% от общего числа нарушений) [5]. По мнению автора статьи, представленные результаты свидетельствуют о существовании системной проблемы, связанной с недооценкой значения добровольного ИС в системе оказания медицинской помощи населению. Осознавая сложившуюся ситуацию и концентрацию ученого сообщества на этических и правовых, а не организационных аспектах этого процесса [6—10], мы приняли решение применить принципы системы менеджмента качества (СМК) для стандартизации этого процесса.

Анализ источников российской научной литературы показал, что основной акцент исследователей сделан на этическую сторону, связанную с осознанным предоставлением пациентом согласия на диагностическую или лечебную процедуру. В иностранной научной литературе данному вопросу уделено более значительное внимание: представлены варианты стандартной операционной процедуры, созданные для различных медицинских учреждений. И внимание к данному вопросу со стороны иностранных специалистов не случайно [11—13]: только заполненный документ ИС подтверждает соблюдение принципа осознанного выбора пациента либо его законного представителя. Эта проблема составляет важную часть организации проведения КИ в медицинском учреждении любой страны, не исключая Российскую Федерацию.

Нами разработана и внедрена стандартная операционная процедура (СОП) получения ИС. В на-

Таблица 1

Пример СОП по подписанию ИС

Цель визита	Организатор визита	Содержание встречи	Время события
Выдача ИС для ознакомления	Соисследователь	При заинтересованности пациента в участии в КИ врач (врач-соисследователь), выдает для ознакомления актуальную версию основного ИС и дополнений при их наличии, подготовку которой осуществляет координатор, ответственный за проект; факт выдачи ИС фиксируется в амбулаторной карте пациента	В день консультации
Повторный визит пациента	«	Пациент после ознакомления с ИС приходит на повторную консультацию с целью разъяснения вопросов, возникших в период ознакомления; беседу проводит соисследователь	Индивидуально
Подписание ИС	«	При получении согласия на участие в КИ соисследователь в присутствии пациента вносит необходимую контактную информацию (контакты этического комитета, главного исследователя, телефоны для связи и прочее по форме ИС); пациент и соисследователь подписывают две формы основного ИС, а также дополнения, при их наличии, и получение согласия	Индивидуально
Регистрация пациента	Координатор, ответственный за протокол	После подписания ИС соисследователь приглашает ответственного координатора, который делает копии документов пациента, удостоверяющих его личность. Необходимые копии документов соисследователь передает координатору для регистрации пациента в интерактивной системе	В день подписания ИС
Формирование индивидуальной регистрационной карты, регистрация страхового полиса, выдача дополнительных материалов	Соисследователь	Соисследователь получает от координатора документ, подтверждающий регистрацию пациента в КИ, страховой полис, заполненные дополнительные материалы для пациента, при необходимости, предварительно сделав копии страхового полиса и дополнительных материалов; соисследователь вносит уникальный идентификационный код в обе версии ИС в присутствии пациента; обе версии ИС, а также оригинал страхового полиса передаются на проверку по чек-листу другому сотруднику исследовательского центра; один экземпляр ИС и оригиналы страхового полиса и дополнительных материалов старший соисследователь выдает пациенту; второй экземпляр передается координатору для формирования карты пациента	В день подписания ИС

стоящей статье представлены результаты внедрения этой операционной процедуры.

**Материалы и методы**

Изучены материалы публикаций отечественной и иностранной медицинской литературы (PubMed, Scopus) за 2008—2024 гг., посвященных вопросам СМК в медицинских учреждениях и ИС пациента. Согласно принципам СМК создана стандартная операционная процедура по подписанию информированного согласия (табл. 1).

Для оценки результатов внедрения СОП по подписанию ИС нами сформулированы следующие критерии, позволившие решить задачу исследования:

1. Заполнение всех необходимых полей в ИС.
2. Заполнение даты, времени (если применимо).
3. Наличие помарок при заполнении ИС и их исправление по правилам надлежащей клинической практики.
4. Описание процесса подписания ИС в карте пациента.
5. Правильное заполнение уникального идентификационного номера пациента.
6. Использование при подписании актуальной версии ИС.

На основании перечисленных критериев нами были проверены 79 ИС из 9 КИ, находящихся в архиве учреждения. Из них 50 ИС были заполнены до появления СОП по заполнению ИС, 29 ИС из 6 КИ заполнены после стандартизации заполнения СОП.

**Результаты исследования**

До утверждения СОП наиболее частой выявленной проблемой стало отсутствие заполнения (а значит, отсутствие необходимой информации) всех необходимых полей в ИС — выявлено в 14 (28%) из 50 ИС. Помарки выявлены в 7 (14%) из 50 ИС, что не является нарушением, но исправлены согласно

принципам GCP с указанием фамилии сотрудника, внесшего исправления, и датой исправления — выполнено в 3 из 7 случаев. Неправильное заполнение уникального идентификационного номера (УИН) выявлено в 3 (6%) из 50 ИС, неактуальная версия использована при подписании 1 (2%) из 50 ИС (табл. 2).

Проанализированы 29 ИС в 7 различных КИ после внедрения СОП по подписанию ИС (см. табл. 2): в 3,4% ИС установлено неполное заполнение полей информации, исправление помарок проведено без учета принципов надлежащей клинической практики.

Внедрение СОП позволило избежать ошибок в таких важных разделах ИС, как заполнение даты и времени. Эти показатели служат важным критерием того, что у пациента было достаточно времени на ознакомление с ИС при заполнении УИН, который указывается как в ИС, так и в страховом полисе пациента.

Использование актуальной версии ИС гарантирует информирование пациента обо всех текущих изменениях и дополнениях первоначальной редакции ИС. Эти изменения разрабатываются и вносятся в текст ИС с учетом опыта организаторов исследования в ходе КИ. Для достижения допустимой

Таблица 2

Результаты внедрения СОП по подписанию ИС

Показатель	Относительная доля ошибок, %	
	до внедрения СОП	после внедрения СОП
Заполнение необходимых полей в ИС	28	3,4
Заполнение даты, времени (если применимо)	12	0
Наличие помарок при заполнении ИС	14	3,4
Описание процесса подписания ИС	0	0
Правильное заполнение УИН	6	0
Использование при подписании актуальной версии ИС	2	0

статистической погрешности 5% и уровня надежности 95% необходимо оценить как минимум 73 ИС, полученных после внедрения СОП по использованию ИС, что будет выполнено на следующем этапе исследования.

### Заключение

Внедрение СОП по стандартизованному подписанию ИС привело к значительному уменьшению числа нарушений при заполнении этого документа. Благодаря стандартизации документооборота удалось полностью избежать нарушений заполнения уникального идентификационного номера, фиксации даты, времени и использовать актуальную версию ИС. Реализация новой СОП значимо влияет на снижение числа ошибок исследовательской команды в процессе проведения КИ с позиции этики и юриспруденции и создает условия для доказательного использования полученных данных в клинической дисциплине.

Эти изменения обеспечили стандартизацию работы исследовательской команды и сократили время на исправление ошибок документации и подготовку к аудиту результатов КИ.

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

- Решение № 79 Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 г. «Об утверждении Правил надлежащей клинической практики Евразийского экономического союза». Режим доступа: <https://www.alta.ru/tamdoc/16sr0079/> (дата обращения 17.12.2024).
- Малышева Е. А., Мохов О. И. Информированное согласие в клинических испытаниях лекарственных средств. *Качественная клиническая практика*. 2002;(1):6—9.
- Приказ Минздрава России № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определённых видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012030043> (дата обращения 17.12.2024).
- Кадыров Ф. Н., Куфтова Ю. Ф. Вопросы оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. *Менеджер здравоохранения*. 2019;(2):78—80.
- Бояринов В. И. Правовое значение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. *Вестник Омского университета. Серия «Право»*. 2021;18(1):66—74.
- Ковалёва Т. В. Этическая рецепция информированного согласия. *Вестник СПбГУ. Сер. 6*. 2011;(2):25—30.
- Потапова Е. Н. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: отечественный и зарубежный опыт регулирования. *Закон и право*. 2024;(2):158—65.
- Сайынов М. С. Информированное добровольное согласие пациента. *Journal of Health Development*. 2021;2(42):69—75.
- Коваль Е. А. Информированное согласие в эпоху больших данных: необходимость нормативного обоснования. *Этическая мысль*. 2020;20(2):115—31.
- Маликов А. Я. Информированное согласие пациента на участие в биомедицинском исследовании. *Организация здравоохранения*. 2008;15(4):23—5.
- Национальный институт здравоохранения США. Standard Operating Procedure (SOP). Obtaining Informed Consent. Режим доступа: <https://rsc.niaid.nih.gov/sites/default/files/exsopobtainingIC1.docx> (дата обращения 17.12.2024).
- Kings College London. Consent Standard Operating Procedure. Available at: [https://khpcto.co.uk/SOPs/07\\_consentSOP.php](https://khpcto.co.uk/SOPs/07_consentSOP.php) (дата обращения 17.12.2024).
- Университет Северной Каролина в Чапел Хилл. Режим доступа: [https://www.med.unc.edu/crso/wpcontent/uploads/sites/1088/2021/07/501.1\\_Informed\\_Consent\\_v2021.7.23\\_SOM\\_Review.pdf](https://www.med.unc.edu/crso/wpcontent/uploads/sites/1088/2021/07/501.1_Informed_Consent_v2021.7.23_SOM_Review.pdf) (дата обращения 17.12.2024).

Поступила 04.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

### REFERENCES

- Decision No. 79 of the Eurasian Economic Commission Council. On the Approval of the Rules for Good Clinical Practice of the Eurasian Economic Union. Available at: <https://www.alta.ru/tamdoc/16sr0079/> (accessed 17.12.2024) (in Russian).
- Malysheva E. A., Mokhov O. I. Informed consent in clinical trials of medicinal products. *Quality Clinical Practice*. 2002;(1):6—9 (in Russian).
- Order No. 1177n of the Ministry of Health of the Russian Federation on the procedure for obtaining informed voluntary consent for medical intervention. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012030043> (accessed 17.12.2024) (in Russian).
- Kadyrov F. N., Kuftova Yu. F. Documentation of informed voluntary consent for medical intervention. *Healthcare Manager*. 2019;(2):78—80 (in Russian).
- Boyarinov V. I. Legal significance of informed voluntary consent for medical intervention. *Bulletin of Omsk University. Series "Law"*. 2021;18(1):66—74 (in Russian).
- Kovaleva T. V. Ethical reception of informed consent. *Bulletin of St. Petersburg State University*. 2011;(2):25—30 (in Russian).
- Potapova E. N. Informed consent for medical intervention: domestic and international regulatory approaches. *Law and Right*. 2024;(2):158—65 (in Russian).
- Saiynov M. S. Patient informed voluntary consent. *Journal of Health Development*. 2021;2(42):69—75 (in Russian).
- Koval E. A. Morality and practice: informed consent in the era of big data. *Ethical Thought*. 2020;20(2):115—31 (in Russian).
- Malikov A. Ya. Informed consent of patients in biomedical research. *Healthcare Organization*. 2008;15(4):23—5 (in Russian).
- National Institutes of Health (USA). Standard Operating Procedure: Obtaining Informed Consent. Available at: <https://rsc.niaid.nih.gov/sites/default/files/exsopobtainingIC1.docx> (accessed 17.12.2024).
- Kings College London. Consent Standard Operating Procedure. Available at: [https://khpcto.co.uk/SOPs/07\\_consentSOP.php](https://khpcto.co.uk/SOPs/07_consentSOP.php) (accessed 17.12.2024).
- University of North Carolina at Chapel Hill. Informed Consent Procedure. Available at: [https://www.med.unc.edu/crso/wpcontent/uploads/sites/1088/2021/07/501.1\\_Informed\\_Consent\\_v2021.7.23\\_SOM\\_Review.pdf](https://www.med.unc.edu/crso/wpcontent/uploads/sites/1088/2021/07/501.1_Informed_Consent_v2021.7.23_SOM_Review.pdf) (accessed 17.12.2024).

Линде А. Н., Фомина С. Н.

## ЛИЧНОСТНАЯ САМОАКТУАЛИЗАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ЕГО САМООЦЕНКОЙ КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

ФБГОУ ВО «Российский экономический университет имени Г. В. Плеханова» 115054, г. Москва, Россия

Психологическое здоровье общества — феномен, изучение которого в последнее время привлекает ученых из разных научных областей. Социологи, политологи, философы, психологи рассуждают, что определяет психологическое здоровье нации и отдельного человека. Суммировав эти исследования, можно выделить два основных подхода к психологическому здоровью общества и личности. Первый — холистский, согласно которому психологическое здоровье человека обусловлено социальными структурами — внешними факторами, при обуславливающем воздействии которых извне на человека он становится психологически здоровым и счастливым. Второй подход — личностно-индивидуалистический, согласно которому психологическое здоровье человека прежде всего связано с внутренним «жизненным миром» человека, его глубинными «я» и «самостью», именно раскрытие их изнутри человека в жизнь ведет к психологическому здоровью человеческой личности и ее счастью. Авторы статьи, проведя теоретическое и эмпирическое исследование, обосновывают второй подход. Эмпирическую часть исследования составили результаты проведенного на базе «Института эмоционально-образной терапии Николая Линде» опроса методом анкетирования студентов, проходивших обучение на программах дополнительного профессионального образования в марте—апреле 2025 г. (n=57). Все респонденты имели высшее образование по психологии. Использованы психологические методики исследования: методика изучения самооценки личности Т. В. Дембо, С. Я. Рубинштейн; методика изучения самооценки личности О. И. Моткова; опросник диагностики самоактуализации личности Э. Шострома в адаптации А. В. Лазукина, Н. Ф. Калины. На основе результатов теоретического и эмпирического исследования доказано, что самоактуализация и самооценка позитивно влияют друг на друга, в том числе повышение самоактуализации человека повышает и его самооценку, а значит, актуализация «самости» человека повышает его психологическое здоровье.

**Ключевые слова:** самоактуализация; самооценка; психологическое здоровье; личность; гуманистическая психология.

**Для цитирования:** Линде А. Н., Фомина С. Н. Личностная самоактуализация человека во взаимосвязи с его самооценкой как фактор психологического здоровья общества. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):273—278. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-273-278>

**Для корреспонденции:** Линде Андрей Николаевич, канд. полит. наук, доцент кафедры политического анализа и социально-психологических процессов ФБГОУ ВО «Российский экономический университет имени Г. В. Плеханова», e-mail: [anlinde@mail.ru](mailto:anlinde@mail.ru)

Linde A. N., Fomina S. N.

## THE PERSONAL SELF-ACTUALIZATION OF INDIVIDUAL IN RELATIONSHIP WITH ONE'S SELF-EVALUATION AS A FACTOR OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OF SOCIETY

The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The G. V. Plekhanov Russian Economical University”, 115054, Moscow, Russia

The psychological health of society is a phenomenon, attracting lately attention of researchers from various scientific fields. The sociologists, political scientists, philosophers and psychologists discuss the issues determining psychological health of both nation and individual. The summarizing of these studies inputs into marking out two main approaches to psychological health of the society and the individual. The first one is holistic, according to which psychological health of a person is determined by social structures — external factors, under conditioning influence of which from without the person becomes psychologically healthy and happy. The second one is personal-individualistic, according to which the psychological health of person is primarily associated with the inner “life world” of person, one’s deep “I Am” and “the Self”. Exactly their disclosure from within of person into external life leads to the psychological health of human personality and one’s happiness. The article theoretically and empirically substantiate the second approach. The empirical part of the study consisted of the results of questionnaire survey carried out at the Nikolai Linde Institute of Emotional-Image Therapy covering post-graduate students undergoing additional professional education in March-April 2025 (n=57). All respondents had higher education in psychology. The following psychological research methods were applied: the T. V. Dembo and S. Ya. Rubinshtein technique of studying personality self-esteem; the O. I. Motkova method of studying self-esteem of personality; the E. Shostrom questionnaire for diagnosing self-actualization of personality (adapted by A. V. Lazukin and N. F. Kalina). On the basis of the results of theoretical and empirical study it is proved that self-actualization and self-esteem positively affect each other. The increasing of person’s self-actualization increases one’s self-esteem. Therefore, the actualization of “the Self” of person improves one’s psychological health.

**Key words:** self-actualization; self-esteem; person; psychological health; personality; humanistic psychology.

**For citation:** Linde A. N., Fomina S. N. The personal self-actualization of individual in relationship with one’s self-evaluation as a factor of psychological health of society. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):273—278 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-273-278>

**For correspondence:** Linde A. N., candidate of political sciences, associate professor of the Chair of political analysis and social psychological processes of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The G. V. Plekhanov Russian Economical University”. e-mail: [anlinde@mail.ru](mailto:anlinde@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

## Введение

Не только в философии и других социальных науках, но и в психологии давно обсуждается вопрос, что делает людей, а вместе с ними и общество в целом, по-настоящему психологически здоровыми? Когда человек по-настоящему психологически здоров и счастлив, а в совокупности люди наполняют этими чувствами и общество в целом?

На эти вопросы были даны совершенно разные, даже противоположные ответы. Разные ответы на данные вопросы можно разделить следующим образом. Одни полагают, что счастье и психологическое здоровье для человека исходят извне, из социальных структур и обстоятельств, формируя и формируя человека, преобразовывая его внутреннюю сущность и делая его человеком счастливым. Такова трактовка холистских — структуралистских, системно-функциональных — подходов к социуму. А в психологии это в наибольшей степени утверждается в бихевиоризме, согласно которому главное — это воздействовать на человека извне правильными стимулами, и тогда он, выдавая определенные реакции, будет удовлетворен и счастлив.

Иные школы полагают по-другому: счастье и психологическое здоровье лежат «внутри» человека, в его «я», «самости», и человеку нужно только раскрыть их изнутри себя, когда не внешние структуры преобразовывают человека, а он сам, самореализуясь, преобразовывает внешний мир и позитивно влияет на него. Этой точке зрения следуют методологически индивидуалистические школы — экзистенциализм, гуманизм, феноменология, в психологии выраженные в направлениях экзистенциальной психологии, гуманистической психологии. Если основным для экзистенциальной психологии В. Франкла является обретение человеком смысла и осмысленности жизни, то для гуманистической психологии центральная категория — самоактуализация человеческой личности.

В данной работе мы постараемся на основе эмпирического исследования обосновать вторую точку зрения на источник счастья и психологического здоровья людей. Это можно было бы сделать и исходя из экзистенциальной психологии и ее понятий, но предмет исследования данной статьи — выявленная в гуманистической психологии самоактуализация, идущая изнутри человека, в ее взаимосвязи с самооценкой, столь важной для психологического здоровья каждого человека.

Проанализируем понятие «самоактуализация». По мнению одного из основателей гуманистической психологии как направления Абрахама Маслоу, самоактуализация «относится к желанию людей реализовать себя, а именно к склонности проявить в себе то, что в них заложено потенциально. Эта склонность может быть определена как желание в большей степени проявить присущие человеку отличительные черты, чтобы достичь всего, на что он способен» [1]. При этом этимологически, как указывает отечественный психолог Д. А. Леонтьев, зару-

бежный термин «self-actualization» означает несколько большее, чем «самоактуализация». Так, «self» не равняется «само», «self» в переводе — это и «самость», и «собственная личность», и «я», и «сущность». Таким образом, самоактуализация — это скорее «актуализация» себя, актуализация, направленная на «самость, Я или личность» [2] человека, в самоактуализации развивающего свою индивидуальную природу. Иными словами, в самоактуализации человек проявляет свое «я», свою индивидуальность, при этом развивая и проявляя их на благо других людей, которым становится лучше от совершаемого самоактуализированным человеком блага.

Феномен самоактуализации был неоднократно подробно исследован в ряде научных работ — от Курта Гольдштейна [3], Абрахама Маслоу [1, 4] и Карла Роджерса [5] до нашего современника Скотта Барри Кауфмана [6, 7], а также отечественных психологов Дмитрия Леонтьева [2], Евгения Вахромова [8] и др. Но каким образом можно показать, что осуществление исходящей из внутренней сущности личности самоактуализации приводит к психологическому здоровью человека и общества? Мы утверждаем, что это возможно сделать, исходя из взаимосвязи самоактуализации и важнейшей составляющей человеческого психологического здоровья — человеческой самооценки.

Так, согласно сотрудникам Санкт-Петербургского Восточно-Европейского института психоанализа, самооценка — «это психологическое понятие, которое относится к общей оценке и восприятию индивидом собственной значимости, ценности и возможностей. Она играет решающую роль в формировании мыслей, эмоций, поведения и общего психологического благополучия человека» [9]. Действительно, самооценка крайне важна для благополучия каждого человека. Положительная самооценка, особенно если она адекватная, позволяет человеку сохранять психологическое спокойствие, хорошее настроение и развиваться дальше, в то время как негативная или даже заниженная самооценка может привести к психологическим проблемам, депрессии и снижению активности. Следовательно, лучше обладать высокой, но не завышенной самооценкой, она позволяет человеку позитивно думать о себе и в принятии и признании себя находить основу для еще большего самораскрытия и творчества, т. е. в том числе и для самоактуализации. Низкая (но еще не отрицательная) самооценка приводит к неуверенности в себе, такое отсутствие веры в себя приводит к снижению творческих способностей, практической деятельности и самореализации, что в целом снижает самоактуализацию. Но по-настоящему не просто заниженная, а негативная оценка себя или тем более ненависть к себе, к счастью, редки, и, как утверждает психолог Э. Хеппер, негативная самооценка встречается только среди «клинических пациентов» [10]. Не случайно современный психолог Н. Д. Линде пишет, что причина шизофрении — «ненависть к самому себе, о чем он также достаточно спокойно может сообщить психоло-

## Здоровье и общество

гу. Шизофреник ненавидит собственную личность и разрушает себя изнутри, мысль о том, что можно любить себя, кажется ему паразитической и неприемлемой» [11].

Предполагая, что самоактуализация и самооценка положительно взаимосвязаны друг с другом, мы выдвинули гипотезу, что высокая самоактуализация человека поддерживает высокий уровень его самооценки, а высокая самооценка создает положительный фундамент для потенциальной самоактуализации человека. Следовательно, люди, у которых будет высокий уровень самоактуализации, будут иметь и высокий уровень самооценки, и наоборот, люди с высоким уровнем самооценки будут обладать и высоким уровнем самоактуализации. Таким образом, наша **основная гипотеза исследования** заключается в том, что самоактуализация человека и его самооценка положительно влияют друг на друга — положительно коррелируют, и, следовательно, высокий уровень самоактуализации приводит к повышению психологического здоровья человека, выраженного в повышенной самооценке.

### Материалы и методы

В данном исследовании использованы методы математической статистики, а также логико-аналитические методы исследования — анализ, синтез, сравнительный анализ, выявление общего и особенного, классификация изучаемых параметров.

Также мы использовали психологические методики исследования, при помощи которых выявляются самоактуализация и самооценка личности:

- методику изучения самооценки личности Т. В. Дембо, С. Я. Рубинштейн;
- методику изучения самооценки личности О. И. Моткова;
- опросник диагностики самоактуализации личности Э. Шострома в адаптации А. В. Лазукина, Н. Ф. Калины.

В качестве базы исследования мы опросили 57 студентов «Института эмоционально-образной терапии Николая Линде», проходящих обучение на программе дополнительного профессионального образования. Все они обладают высшим образованием по психологии.

### Результаты исследования

Чтобы доказать нашу гипотезу, мы провели практическое исследование.

Вначале сделали выборку исследования. Мы опросили 57 российских специалистов, получающих дополнительное образование в Институте эмоционально-образной терапии, на которых был составлен определенный психологический портрет.

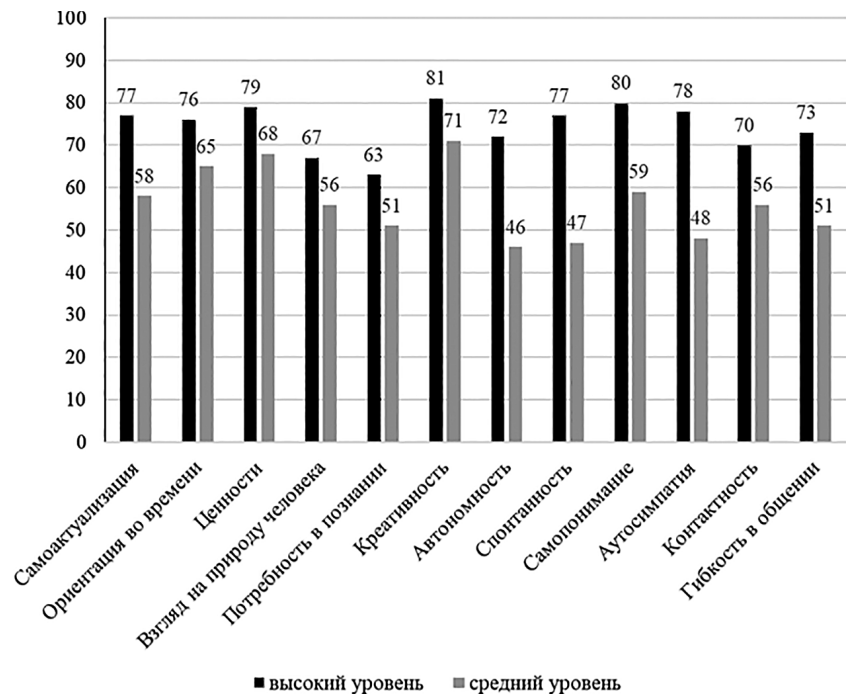


Рис. 1. Средние показатели в группах с высоким и средним уровнем самоактуализации (в баллах).

Затем, опираясь на методику Э. Шострома в ее российской адаптации, мы провели исследование самоактуализации у российских психологов. Нами было установлено, что все эти психологи являются достаточно самоактуализированными личностями. Мы разделили их на две группы: высокосамоактуализированных (72%) и самоактуализированных в средней степени (28%). Это разделение на две группы было для нас особенно важно при дальнейшем исследовании.

Средний показатель самоактуализации у людей с высоким уровнем составил 77 по 100-балльной шкале, у психологов со средним уровнем самоактуализации — 58 баллов, что действительно ниже высокого уровня (71 балл и выше), но все равно это достаточно высокий показатель, он проходит не по нижней шкале среднего уровня с 35 баллами.

Можно сделать определенные выводы, почему у данной выборки столь высокая самоактуализация. Как мы писали выше, самоактуализация — это фактически реализация своего индивидуального таланта в обществе. И мужчины, и женщины-психологи, прошедшие наше тестирование, не случайно оказались самоактуализированными — большинство из них не только получили высшее образование по психологии, но и уже много лет работают по профессии, если учитывать их средний возраст от 40 до 50 лет. То есть это люди, действительно уже реализовавшие себя в профессии, а теперь еще и получающие повышение квалификации. Мы полагаем, что поэтому они и являются самоактуализированными, причем большинство (72%) — высокосамоактуализированными личностями.

Мы проанализировали, как в данных группах различается проявленность разных характеристик

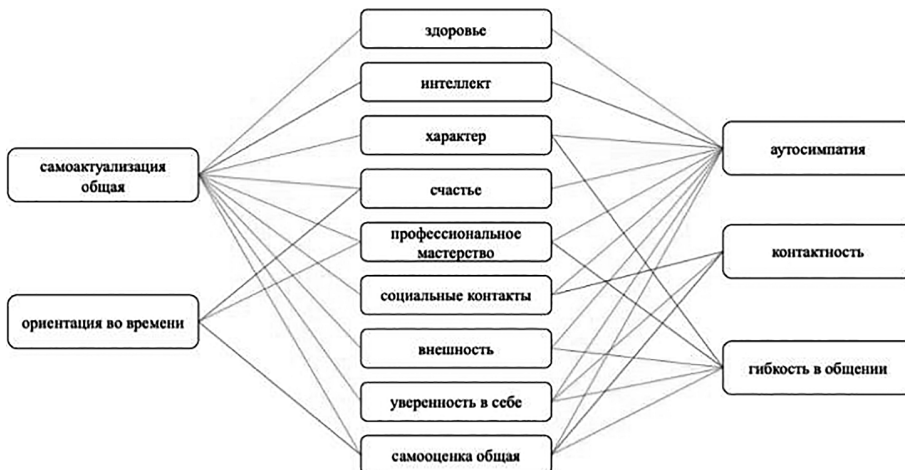


Рис. 2. Корреляционные связи показателей самоактуализации и показателей самооценки по методике Т. В. Дембо, С. Я. Рубинштейн (часть I).

На рис. 2—4 красная линия — корреляция значима на уровне 0,01, черная линия — корреляция значима на уровне 0,05.

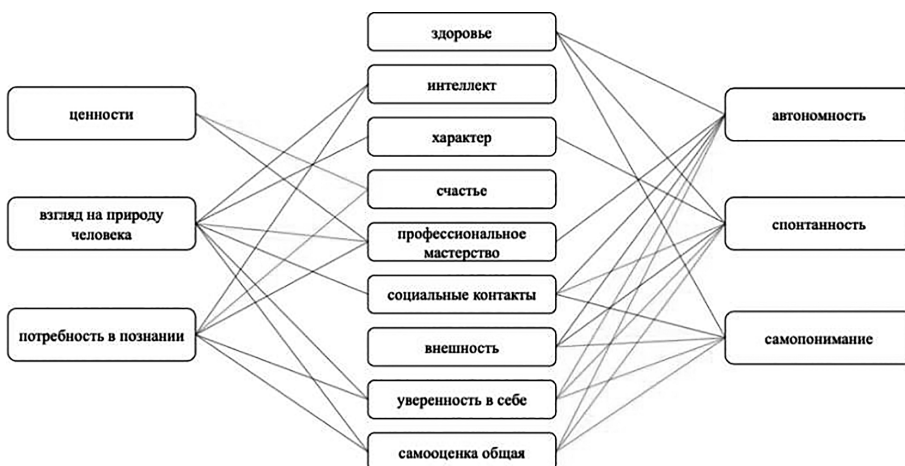


Рис. 3. Корреляционные связи показателей самоактуализации и показателей самооценки по методике Т. В. Дембо, С. Я. Рубинштейн (часть II).

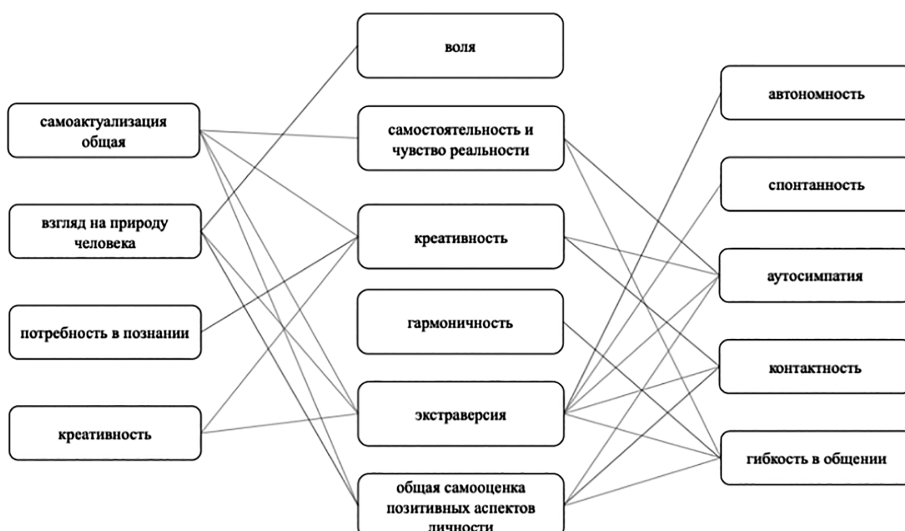


Рис. 4. Корреляционные связи самоактуализации и показателей самооценки по методике О. И. Моткова.

самоактуализированной личности (рис. 1).

В целом, это исследование также показывает, что чем выше самоактуализация в целом, тем выше и отдельные характеристики самоактуализированного человека — и креативности, и автономности, и спонтанности; так было во всех характеристиках без исключения.

Также на основе двух методик мы провели исследование самооценки этих же психологов. Обе методики показали сходные результаты. Согласно тесту Т. В. Дембо, С. Я. Рубинштейн, 65% обладают высокой самооценкой, и 9% обладают даже завышенной самооценкой, 24% — средней, и только 2%, т. е. один человек из 57, — низкой самооценкой.

По тесту О. И. Моткова, 77% обладают высокой самооценкой, а 23% — средней, но тоже достойной, не заниженной.

### Обсуждение

Получив данные и по самоактуализированности, и по самооценке у наших российских психологов, мы проанализировали взаимосвязь между их самоактуализацией и самооценкой и определили, есть ли эта взаимосвязь в принципе и какова природа этих корреляций между характеристиками — положительная или отрицательная.

При помощи математического расчета корреляций выявлено, что между характеристиками самоактуализации и характеристиками самооценки, включая основные характеристики — общий уровень самоактуализации и общий уровень самооценки, — существует положительная взаимосвязь и одни показатели положительно влияют на другие (рис. 2—4).

Взяв разделение на две группы (высоко- и среднесамоактуализированных людей), мы проанализировали по критерию Х. Б. Манна, Д. Р. Уитни различное соотношение показателей самоактуализации у этих двух групп с показателями самооценки (см. таблицу).

Сравнительный анализ самоактуализации среднего и высокого уровня и самооценки (критерий Х. Б. Манна, Д. Р. Уитни\*)

Показатели (оцениваются по ранговым шкалам)	Уровень самоактуализации										U	p
	средний					высокий						
	M	SD	Me	Q1	Q3	M	SD	Me	Q1	Q3		
Здоровье [реальный уровень]	64,4	12,1	70,0	55,0	70,0	72,9	14,0	70,0	70,0	80,0	201,0	0,019
Интеллект [реальный уровень]	75,6	9,6	75,0	70,0	80,0	80,5	11,8	80,0	70,0	90,0	237,0	0,093
Характер [реальный уровень]	73,8	13,6	75,0	65,0	85,0	79,5	12,6	80,0	70,0	90,0	254,0	0,177
Счастье [реальный уровень]	69,4	13,9	70,0	60,0	80,0	79,3	15,7	80,0	70,0	90,0	206,5	0,027
Профессиональное мастерство [реальный уровень]	69,4	11,8	70,0	60,0	75,0	77,3	13,4	80,0	70,0	90,0	209,0	0,030
Социальные контакты [реальный уровень]	61,3	16,3	60,0	50,0	80,0	76,6	14,4	80,0	70,0	90,0	164,0	0,003
Внешность [реальный уровень]	69,4	13,9	70,0	55,0	80,0	75,6	12,1	80,0	70,0	80,0	252,5	0,164
Уверенность в себе [реальный уровень]	64,4	13,6	70,0	60,0	70,0	77,8	13,7	80,0	70,0	90,0	151,0	0,001
Здоровье [желаемый уровень]	93,8	8,9	100,0	85,0	100,0	94,4	7,1	100,0	90,0	100,0	326,0	0,968
Интеллект [желаемый уровень]	94,4	6,3	95,0	90,0	100,0	91,7	8,3	90,0	90,0	100,0	275,5	0,309
Характер [желаемый уровень]	85,0	14,6	90,0	75,0	100,0	87,6	10,4	90,0	80,0	90,0	307,5	0,700
Счастье [желаемый уровень]	95,6	8,1	100,0	90,0	100,0	93,4	7,6	90,0	90,0	100,0	262,5	0,192
Профессиональное мастерство [желаемый уровень]	98,1	4,0	100,0	100,0	100,0	95,6	6,3	100,0	90,0	100,0	265,0	0,169
Социальные контакты [желаемый уровень]	81,3	14,1	80,0	75,0	90,0	84,4	13,6	90,0	80,0	90,0	280,0	0,380
Внешность [желаемый уровень]	88,8	9,6	90,0	85,0	95,0	90,0	9,2	90,0	80,0	100,0	305,0	0,665
Уверенность в себе [желаемый уровень]	90,0	7,3	90,0	85,0	95,0	91,2	9,0	90,0	90,0	100,0	290,0	0,473
Самооценка	68,4	9,0	70,6	64,4	74,4	77,4	11,1	78,8	71,3	83,8	173,0	0,006
Притязания	90,9	6,3	91,3	85,6	96,3	91,0	6,2	90,0	87,5	96,3	317,5	0,852
Нравственность	4,2	0,5	4,3	3,8	4,6	4,3	0,4	4,3	4,0	4,8	290,0	0,492
Воля	3,7	0,5	3,6	3,3	4,3	3,8	0,4	3,8	3,5	4,3	290,0	0,493
Самостоятельность и чувство реальности	3,8	0,5	3,6	3,5	4,3	4,1	0,5	4,3	3,8	4,5	197,5	0,019
Креативность	3,9	0,5	3,9	3,5	4,3	4,1	0,5	4,3	4,0	4,5	230,0	0,078
Гармоничность	3,6	0,7	3,8	3,0	4,1	3,9	0,5	4,0	3,8	4,3	245,5	0,138
Экстраверсия	3,5	0,6	3,4	3,1	4,0	4,0	0,5	4,0	3,8	4,3	159,0	0,002
Общая самооценка позитивных аспектов личности	3,8	0,4	3,7	3,5	4,2	4,0	0,3	4,0	3,9	4,3	203,0	0,026
Самооценка	58,3	13,9	55,0	48,5	67,5	39,9	11,4	39,0	31,0	46,0	93,0	0,000

Примечание. Описательная статистика: *M* — среднее значение, *SD* — стандартное отклонение, *Me* — медиана, *Q1* — 25-й процентиль (первый квартиль), *Q3* — 75-й процентиль (третий квартиль), *U* — значение критерия Манна—Уитни, *p* — уровень значимости.

\* Данный критерий предназначен для оценки различий между двумя выборками по уровню какого-либо признака, количественно измеренного.

Как и предыдущие составляющие работы, эта часть практического исследования, обобщенная в таблице, позволила нам доказать, что чем выше самоактуализация (у высокосамоактуализированных людей), тем выше и самооценка, и наоборот. У среднесамоактуализированных людей самооценка ниже, чем у людей с более высоким уровнем самоактуализации. Это также подтверждает нашу гипотезу.

Таким образом, наше исследование подтвердило основные гипотезы, обозначенные во введении данной работы. Самоактуализация действительно повышает самооценку человека, а высокий уровень самооценки подготавливает почву для того, чтобы человек смог совершить самоактуализацию. Эти характеристики — самоактуализация и самооценка личности — положительно взаимосвязаны и позитивно влияют друг на друга.

Укажем не только на научно-исследовательскую значимость данной работы, но и на ее практическую значимость, значимость для повседневных установок и представлений людей. Так, на основе установления позитивной взаимосвязи между самоактуализацией и самооценкой в исследовании показано, что когда человек реализует себя, свою личность изнутри себя, без внешнего принуждения, то ему становится лучше и его самооценка повышается. Действительно, человек по-настоящему развивается в процессе личностной самоактуализации, когда реализует себя в осознаваемом собой своем предназна-

чении. Как показывает исследование, это полезно и самому человеку, и обществу в целом, и улучшает и человеческое личностное, и общее социальное психологическое здоровье. Это подтверждает нашу точку зрения, что психологическое здоровье человека идет глубоко изнутри его личности, одухотворяя его, когда человек реализует свое «глубинное Я».

### Выводы

Были подтверждены основные гипотезы, представленные нами в начале данной работы:

1. Люди с высоким уровнем самоактуализации будут иметь и высокий уровень самооценки, и наоборот, при высоком уровне самооценки будет и высокий уровень самоактуализации.

2. Самоактуализация человека положительно влияет на его уровень самооценки; т. е. благодаря самоактуализации человек обретает и более высокую оценку себя, становится о себе лучшего мнения.

3. Самооценка человека положительно влияет на его уровень самоактуализации, т. е. высокий уровень самооценки у человека является фундаментом для его высокого уровня самоактуализации.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. СПб.: Питер; 2019. 352 с.

## REFERENCES

2. Леонтьев Д. А. Самоактуализация как движущая сила личностного развития: историко-критический анализ. В кн.: Современная психология мотивации. М.: Смысл; 2002. С. 13–46.
  3. Goldstein K. Health as value. *New knowledge in human values*. Ed. by A. H. Maslow. New York: Harper and Brothers; 1959. P. 178–88.
  4. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. М.: Смысл; 1999, 425 с.
  5. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. Пер. с англ. В. Данченко. М.: Прогресс; 2004. 235 с.
  6. Kaufman S. B. Self-Actualizing People in the 21st Century: Integration With Contemporary Theory and Research on Personality and Well-Being. *J. Human. Psychol.* 2018;63(1):1–33.
  7. Кауфман С. Б. Путь к самоактуализации: как раздвинуть границы своих возможностей. Новое понимание иерархии потребностей. М.: Альпина Паблишер; 2021. 588 с.
  8. Вахромов Е. Е. Психологические концепции развития человека: теория самоактуализации. М.: Международная педагогическая академия; 2001. 162 с.
  9. Самооценка с точки зрения психологии и психоанализа. Восточно-Европейский институт психоанализа. 2023. Режим доступа: <https://eeip.ru/blog/samootsenka-s-tochki-zreniya-psikhologii-i-psikhoanaliza/> (дата обращения 12.08.2025).
  10. Hepper E. *Self-Esteem Encyclopedia of Mental Health*. Waltham, MA: Academic Press; 2016. P. 80–91.
  11. Линде Н. Д. Психологические сутры 2. М.: Ridero; 2018. 242 с.
1. Maslow A. *Motivation and Personality*. 3rd ed. St. Petersburg: Piter; 2019. 352 p. (in Russian).
  2. Leontiev D. A. Self-actualization as a driving force of personal development: a historical and critical analysis. In: *Modern psychology of motivation*. Moscow: Smysl; 2002. P. 13–46 (in Russian).
  3. Goldstein K. Health as value. *New knowledge in human values*. Ed. by A. H. Maslow. New York: Harper and Brothers; 1959. P. 178–88.
  4. Maslow A. *New Frontiers of Human Nature*. Moscow: Smysl; 1999. 425 p. (in Russian).
  5. Rogers K. *A Look at Psychotherapy. The Formation of Man*. Translated from English by V. Danchenko. Moscow: Progress; 2004. 235 p. (in Russian).
  6. Kaufman S. B. *Self-Actualizing People in the 21st Century: Integration With Contemporary Theory and Research on Personality and Well-Being*. *J. Human. Psychol.* 2018;63(1):1–33.
  7. Kaufman S. B. *The Path to Self-Actualization: How to Expand the Boundaries of Your Possibilities. A New Understanding of the Hierarchy of Needs*. Moscow: Alpina Publisher; 2021. 588 p. (in Russian).
  8. Vakhromov E. E. *Psychological Concepts of Human Development: Theory of Self-Actualization*. Moscow: International Pedagogical Academy; 2001. 162 p. (in Russian).
  9. Self-esteem from the Point of View of Psychology and Psychoanalysis. East European Institute of Psychoanalysis. 2023. Available at: <https://eeip.ru/blog/samootsenka-s-tochki-zreniya-psikhologii-i-psikhoanaliza/> (accessed 12.08.2025) (in Russian).
  10. Hepper E. *Self-Esteem Encyclopedia of Mental Health*. Waltham, MA: Academic Press; 2016. P. 80–91.
  11. Linde N. D. *Psychological Sutras 2*. Moscow: Ridero; 2018. 242 p. (in Russian).

Поступила 17.09.2025  
Принята в печать 12.01.2026

Корниенко А. Г.

## АНТИНОМИЗМ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОСНОВАНИЕ СОВЕТСКОЙ ФИЛОСОФИИ ПСИХИАТРИИ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург

*Цель исследования — проанализировать на материалах различных учебных пособий, статей, докладов и диссертаций советского периода ряд проблемных сюжетов, обсуждавшихся в отечественной теории психиатрии, и на основании проведенного анализа указать на изначально присущий ей антиномизм методологических подходов, ключевых понятий и лечебных практик. Для достижения поставленной цели в трех разделах работы последовательно проанализирован ряд антиномических оппозиций, таких как биологическое и социальное, норма и патология, здоровье и болезнь, врач и больной, в рамках которых, с одной стороны, проявляется изначальный антиномизм предмета психиатрии вообще, т. е. человека как существа биосоциального, а с другой — специфическая методологическая установка, принятая в рамках именно советской теоретической психиатрии и всецело обусловленная марксистскими представлениями о сущности человека как всей совокупности общественных отношений. В заключение сделан ряд выводов и высказано дискуссионное предположение, открывающее перспективу для дальнейших исследований, о том, что, несмотря на непрекращающуюся критику и постоянные попытки дистанцироваться от западной традиции, развитие советской философии психиатрии во многом было определено схожей с ней проблематикой и попыткой решить аналогичные методологические трудности.*

**Ключевые слова:** философия психиатрии; методология психиатрии; советская психиатрия; антиномизм; диалектический материализм; биолого-физиологический подход; социально-психологический подход.

**Для цитирования:** Корниенко А. Г. Антиномизм как методологическое основание советской философии психиатрии. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):279—284. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-279-284>

**Для корреспонденции:** Корниенко Алексей Геннадиевич, канд. филос. наук, младший научный сотрудник ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», e-mail: [akornienko@yandex.ru](mailto:akornienko@yandex.ru)

Kornienko A. G.

## THE ANTINOMIANISM AS A METHODOLOGICAL BASIS OF THE SOVIET PHILOSOPHY OF PSYCHIATRY

The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State University”, 199034, St. Petersburg, Russia

*The article has as its object to analyze, on the basis of materials of various textbooks, articles, reports and dissertations of the Soviet period, a number of problematic topics discussed in National theory of psychiatry. And on the basis of implemented analysis to point out inherent antinomianism of methodological approaches, key concepts and therapeutic practices. The article systematically analyses a number of antinomic oppositions such as biological and social, the norm and the pathology, the health and the illness, the physician and the patient. Within these framework, on the one hand, is manifested the initial antinomianism of subject of psychiatry subject in general i.e. the human being as bio-social entity and on the other hand, the specific methodological directive exactly adopted by the Soviet theoretical psychiatry and entirely conditioned by the Marxist conceptions of human essence as the totality of social relations.*

*The conclusion. The number of deductions is made. The debatable assumption is expressed that opens perspective for further studies: despite persistent criticism and permanent attempts to distance from the Western tradition, development of the Soviet philosophy of psychiatry in many respects was determined by similar range of problems and by attempt to resolve analogous methodological difficulties.*

**Keywords:** philosophy of psychiatry; methodology; the Soviet psychiatry; antinomianism; dialectical materialism; biological physiological approach; socio-psychological approach.

**For citation:** Kornienko A. G. The antinomianism as a methodological basis of the Soviet philosophy of psychiatry. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2026;34(2):279—284 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-279-284>

**For correspondence:** Kornienko A. G., candidate of philosophic sciences, the Junior Researcher of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The St. Petersburg State University”. e-mail: [akornienko@yandex.ru](mailto:akornienko@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The author declares absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study is supported by the Russian Science Foundation, Project № 24–28–01172 “Antinomianism and Methodological Foundations of Philosophy of Psychiatry”.

Received 14.09.2025  
Accepted 12.01.2026

### Введение

Как известно, философия психиатрии — это специфическая область знаний, находящаяся на стыке двух различных и тем не менее родственных интеллектуальных традиций, а именно — науки и философии. Как отмечает С. Варга, такое исключительное положение объясняется прежде всего тем, что

медицина, на причастность к которой претендует и философия психиатрии, сама имеет довольно уникальный статус среди прочих научных дисциплин [1]. Дело здесь не только в том, что медицина является такой областью научного знания, в которой сугубо практические вопросы зачастую предстают как нагруженные социальными, политическими или моральными импликациями, требующими для свое-

го разрешения отвлеченной философской рефлексии, но и в том, что медицинское знание предполагает наряду с пониманием универсального его возможное применение к частному. Другими словами, медицина является одновременно научной теорией, сфокусированной на понимании объективных биологических процессов в организме абстрактного человека, и клинической практикой, имеющей своей целью здоровье человека конкретного. В последнем случае медицина, по меткому замечанию Д. Пеллегрини, оказывается самой человечной из наук (*the most humane of sciences*) и одновременно самой научной из дисциплин, имеющих своим предметом человека (*the most scientific of humanities*) [2].

Такую гуманистическую направленность медицины можно считать характерной чертой и советской медицины, по крайней мере, таким образом она позиционировала себя в официальном дискурсе. Так, И. В. Давыдовский утверждает, что советская медицина должна была быть не просто наукой о лечении болезней и их предупреждении, но «широкой» наукой о человеке или даже «новой антропологией», где «биологическое и социологическое слились в единстве, и одно без другого непознаваемо» [3]. Задача психиатрии в таком случае состояла в том, чтобы в этом широком поле «выделить свой аспект, свой предмет изучения», исходя из своей специфики [4]. При этом данная задача осложнялась тем, что советские психиатры были не просто врачами, а советскими врачами, и в этом смысле их деятельность строго регламентировалась господствующей идеологией, в соответствии с которой раскрыть сущность человека в полной мере можно было «только с позиции диалектически-материалистического понимания истории» [4]. Такая установка, с одной стороны, препятствовала редуccionистским, сугубо «медицинским» подходам в советской психиатрии, а с другой — задавала достаточно специфическую парадигму восприятия человека как совокупности общественных отношений, требующую отвлеченной философской рефлексии для решения ряда методологических трудностей.

Так, по мнению Г. И. Царегородцева, современная ему медико-биологическая наука была не способна самостоятельно преодолеть «эмпирическую, фактографическую ограниченность» [5] и нуждалась для дальнейшего развития в своеобразном «идейно-профилактическом средстве против мировоззренческих заблуждений и ошибочных толкований фактов» [5]. Этим средством был диалектический материализм, указывающий «единственно правильный путь научного познания» и предлагающий свою трактовку общепсихологических законов, категорий и понятий [5]. Выступая против своих идеологических оппонентов, против односторонности идеализма и метафизики, диалектический материализм стремился схватить человека в единстве его многообразных проявлений через противопоставление категорий «биологического и социального», «физиологического и психического», «внутреннего и внешнего», «местного и общего» [5]. В рамках теоретической

психиатрии эта методологическая установка была реализована в непримиримой критике буржуазных, «идеологически неверных» направлений западной психиатрии, таких как фрейдизм [6], антипсихиатрия [7], феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ [8], а с другой стороны — в последовательной разработке и попытке синтеза взаимоисключающих методологических подходов.

В дальнейшем ходе исследования мы на примере анализа ряда проблематических сюжетов, развиваемых в рамках дискуссий о сущности предмета и метода советской психиатрии, попытаемся показать, как подобная попытка синтеза различных противоречащих друг другу методологических подходов отражала изначально присущий ей антиномизм.

### Биологическое и социальное

Пожалуй, не будет преувеличением сказать, что среди различных сюжетов, вокруг которых развилась полемика в советской философии психиатрии, наиболее дискуссионным был сюжет, в рамках которого сущность человека рассматривалась через противопоставление антиномических категорий социального и биологического, а точнее через попытку их диалектического синтеза. Другими словами, задача состояла в том, чтобы представить человека как органическое единство биологических и социальных начал, в котором преодолевается метафизическое противопоставление природы и общества, организма и личности, необходимости и свободы. Результатом подобных интеллектуальных усилий должна была стать система комплексных знаний о человеке, в рамках которой совершался бы диалектический переход от «естественнонаучного знания к социологическим и психологическим концепциям» [9]. При этом хотя и подчеркивалось, что социальное и биологическое нельзя «ни противопоставлять, ни переоценивать» [4], в работах ряда авторов все же отмечалось, что в случае с психиатрией «ориентация должна совершаться не столько на биологическую подструктуру в человеке (организм), сколько на социальную (личность)» [10]. Социальное, как поясняет М. М. Кабанов, соглашаясь с В. Д. Жирновым [11], становится в данном случае «ведущей стороной» в диалектической паре с биологическим, которое мыслится в качестве подчиненного и преобразованного влиянием социальных закономерностей жизни человека [12].

В методологическом отношении эта полемика проявлялась в следующем противоречии: будучи, как правило, профессиональными врачами, которые, по словам Л. Л. Шепуто, «исходили из материалистического физиологического учения И. М. Сеченова и И. П. Павлова» [13], советские психиатры предсказуемо искали причины психических расстройств именно в области биологической, однако, будучи еще и марксистами, они были вынуждены отдавать первенство в развитии болезни факторам социальным. В противном случае, как поясняет М. И. Резник, им грозила опасность угодить в ло-

вушку «естественно-научного материализма, тяготеющего к метафизике» [14]. Поэтому психиатрия объявлялась «наиболее яркой представительницей социальной медицины», а психическая деятельность человека рассматривалась хоть и как формирующаяся на основе биологических факторов, но при этом как обусловленная социальными условиями и всецело «социальная по своему содержанию» [4]. Так, в работе, посвященной философским вопросам психиатрии, коллектив авторов сперва отмечает, что «чем глубже медицинская наука познает этиологию болезней человека, тем сильнее убеждается в том, что социальные условия являются или причинами возникновения ряда болезней, или основными условиями их возникновения и развития» [4], а потом и вовсе приходит к выводу, что способ производства всецело определяет психическое здоровье населения [4].

Такой «социально-психологический» подход, с одной стороны, призван был избавить советскую психиатрию от крайностей «организмоцентризма», присущих подходу «биолого-физиологическому», а с другой — сосредоточить внимание на проблеме человеческой личности и сознания, что должно было позволить выйти за узкие рамки клинической практики в области предпатологических состояний личности в так называемых пограничных состояниях. В конце 1960-х годов Всесоюзным научным медицинским обществом невропатологов и психиатров был проведен ряд симпозиумов, посвященных проблемам человеческой личности и сознания [15, 16]. В докладах выступающих важное место занимала критика механицизма, биологизма, органицизма и прочих форм редукционизма в вопросах патологии сознания. Так, в своем заключительном слове А. А. Меграбян отмечал, что психическая болезнь — это прежде всего болезнь личности [17]. Личностные особенности, в том числе социальные навыки и моральные принципы, оказывают существенное влияние на течение заболевания, а лечение психических расстройств не может быть успешным без рассмотрения условий социальной жизни [17]. Поэтому представление о психической болезни как всецело предопределенной биологическими наследственными факторами объявлялось устаревшим и требующим пересмотра с позиции комплексного подхода, т. е. в единстве биологического и социального [17].

Однако, как покажет дальнейшее рассмотрение, несмотря на декларируемую установку на комплексность, советской теоретической психиатрии так и не удалось до конца преодолеть антиномическое противопоставление социально-психологического и биолого-физиологического подходов. Дискуссии по этому вопросу продолжались вплоть до конца советской эпохи и по сути были обусловлены антиномической природой ее предмета, а именно — двойственной сущностью человека как существа одновременно социального и биологического.

### Норма и патология, здоровье и болезнь

Следующий сюжет, развиваемый в советской теоретической психиатрии, был отчасти обусловлен проблематикой, уже рассмотренной в предшествующем разделе. По сути, в самом противопоставлении категорий нормы и патологии категориям здоровья и болезни вполне различимы следы противопоставления подхода биолого-физиологического подходу социально-психологическому. Так, норма и патология рассматривались в качестве категорий, относящихся к организму человека и описывающих его биологическое состояние, в то время как здоровье и болезнь описывали человека на уровне его социальной «подструктуры» в качестве личности, включенной в широкий контекст межличностных и производственных отношений [4]. Более того, несмотря на «единство и взаимосвязь» этих категорий в советской психиатрии, неоднократно предпринимались попытки их различения. Биологическое начало хотя и рассматривалось как преодоленное, но при этом как «лишь снятое», т. е. оставшееся по своей сути биологическим, «сохраненным в преобразованном виде», и как таковое оно требовало мер прямого медицинского воздействия вне всякого социального контекста [4]. Такая акцентуация именно на биологическом аспекте, как отмечает М. С. Роговин, позволяла психиатрии не утратить «медико-биологическое содержание» и предотвратить его вытеснение содержанием «вульгарно-социологическим» [18], характерным не столько для отечественной психиатрии, сколько для психиатрии буржуазной.

Так, по мнению В. Б. Иванова, в современной ему западной психиатрии наметился достаточно отчетливый тренд на отрицание нозологических принципов, что привело к торжеству иррационализма и агностицизма. Явления психической жизни человека изучались только «описательно», т. е. как беспорядочный хаос переживаний, лишенных какой-либо причинно-следственной связи с биологическими и физиологическими процессами, лежащими в их основе, тем самым исключая возможность «подлинно научного и практического медицинского исследования» [19]. По сути, нивелируя различие между болезнью и патологией, нормой и здоровьем, феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ не видели «общих закономерностей болезненного процесса» у отдельно взятой личности и тем самым лишали врача его «активности и наступательности (в отношении болезни)» [19]. При этом следует отметить, что, несмотря на то значение, которое подобное разграничение имело для непосредственной клинической практики, в советской традиции оно не всегда проводилось достаточно четко. Так, Г. В. Зеневич отмечает, что «норма и патология, здоровье и болезнь, несмотря на их противоречивость, не допускают жесткого разграничения» [20], поскольку они являются «взаимосвязанными понятиями, которые следует рассматривать в единстве» [20]. Тем не менее, по мнению исследователя, врачебная практика требует подобного разграничения,

и «оно, в известных пределах, осуществимо и осуществляется повседневно» [20]. Собственно, выход из этого антиномического противоречия, или, как его обозначает М. С. Роговин, «критической дилеммы в науках о психике» [18], как и в случае с противоречием биолого-физиологического и социально-психологического подходов, был продиктован официальной идеологической доктриной. Так, категории нормы хотя и было принято рассматривать как исключительно биологический фактор, но при этом она понималась как оптимальный уровень функционирования организма, в рамках которого человек как личность мог взаимодействовать с окружающей средой, прежде всего с социальной, и в этом случае, как отмечает Г. В. Зеневич, она оказывалась «идентичной» категории здоровья [20]. Схожим образом А. А. Корольков и В. П. Петленко отмечают, что проблемы нормы и патологии невозможно решать как обособленную антиномию частной (исключительно медицинской) науки [21], и предлагают понимать норму как «зону физиологических изменений» в организме человека, в границах которой сохраняется оптимальная «работоспособность» и даже «боеготовность» человека [20]. В свою очередь болезнь понимается ими как выход за «оптимальные границы нормы» [21], как «процесс превращения нормального состояния в патологическое» [21].

Таким образом, в советской теоретической психиатрии была предпринята попытка разграничения категорий нормы и патологии, здоровья и болезни. Необходимость такого разграничения была продиктована задачами непосредственной клинической практики, поскольку оно позволяло рассматривать природу психического расстройства в рамках медицинской терминологии и предлагать соответствующее лечение. Однако в ходе долгой полемики так и не удалось прийти к однозначному определению данных категорий, и, понятые через призму марксистской диалектики, они зачастую рассматривались и как антиномичные, и как взаимодополняющие.

### Врач и больной

Еще одним сюжетом, хотя и менее востребованным, но неоднократно обсуждавшимся в исследовательской литературе советского времени, был сюжет, рассматривающий специфику взаимодействия фигур врача и больного в процессе клинической практики. Зачастую в постсоветских исследованиях, посвященных данной проблематике, и особенно в западной литературе данный вопрос рассматривался если не предвзято, то по крайней мере достаточно однобоко. Так, западные исследователи, как правило, делали акцент на том, что, придерживаясь материалистического взгляда на психическую деятельность человека и рассматривая ее как функцию мозга и материи, советская психиатрия основное внимание отдавала биологическим методам лечения, практически не уделяя при этом внимания психотерапии, что открывало простор для систематического и повсеместного злоупотребления психиатрами

своей профессией в политических целях [22]. Схожим образом и отечественные исследователи Ц. П. Короленко и Н. В. Дмитриева отмечают, что «значение биологических факторов в психиатрических заболеваниях доминировало в ментальности психиатров» [23], а советская психиатрия вообще по своей сути была дисциплиной «биомедицинской» [23], что сказывалось и на характере диагностики, превращая ее в «полицейское расследование», нарушающее «специфические отношения, необходимые для контакта между врачом и пациентом» [23].

Оставляя в стороне вопрос о политической ангажированности советской психиатрии, выходящий за рамки представленного исследования, мы позволим себе не согласиться с утверждением об исключительной биологичности и физиологичности советской психиатрии. Так, по мнению Л. Л. Шепуто, непонимание врачами, стоящими на позиции «вульгарного материализма», подлинной диалектической природы соотношения физического и психического привело их к «отказу от воздействия на психику больного, что по существу тормозило развитие психотерапии и мешало ее успехам» [13]. Рассматривая психическое расстройство прежде всего как «объективный материальный процесс, протекающий в организме человека», Л. Л. Шепуто отмечал, что врачи «не могут игнорировать душевного, психического состояния больного». Врач, по мнению исследователя, должен «завоевать доверие больного», добиться его «успокоения и уравновешенности» [13], используя в своей практике «приемы психотерапии, а вместе с ней и психопрофилактики для лечения всего организма» [13]. К. И. Платонов также подчеркивал важность психотерапии при лечении различных психогенных расстройств и даже разрабатывал специфический метод словесного воздействия на пациента, благодаря которому, по его мнению, некоторые расстройства могли быть обратимы или полностью устранены [24].

При этом методологический аспект данной проблемы состоял в том, что, в отличие от «соматической» медицины, где врач выступает в качестве субъекта, противопоставленного организму больного как объекту, в психиатрии взаимодействие врача и пациента «имеет характер отношений субъекта к субъекту» [4]. Другими словами, речь здесь идет не об отношении личности (врач) к организму (пациент), но об отношении личности к личности, причем последняя обладает «аномальной, патологически измененной психикой» [4]. Поэтому психиатр, с одной стороны, не может не прислушиваться к тому, как сам больной воспринимает ход своей болезни, поскольку, как отмечает И. Я. Завилянский, больной, рассказывая о своих переживаниях, «помогает диагностике» [25], а с другой — не может не сохранять контроль над своими чувствами по отношению к больному. В противном случае он рискует впасть в идеалистические иллюзии, свойственные течениям западной психиатрии. Так, по мнению В. Б. Иванова, чрезмерная акцентуация на личностных переживаниях больного, свойственная феноме-

нологической психиатрии и антипсихиатрии, приводит к «абсолютизирующему сингуляризму», когда каждое патологическое явление объявляется уникальным и не подлежащим обобщению [19]. Тем самым, по мнению исследователя, купируется возможность изучения симптомов болезни, выявления закономерности ее течения, постановки верного диагноза и в итоге возможность самого излечения.

Таким образом, проблема взаимоотношения врача и больного в советской теоретической психиатрии отнюдь не игнорировалась и представляла как наиболее сложная, поскольку, как и в ранее рассмотренных сюжетах, в ней в полной мере проявлялся изначальный антиномизм самого предмета психиатрии, т. е. человека как существа биосоциального, личности и организма, частного и всеобщего, субъекта и объекта, что заставляло советских психиатров подходить к ее решению с различных и зачастую противоположных методологических позиций.

### Заключение

Итак, последовательно проанализировав ряд проблемных сюжетов, мы можем сделать следующие выводы.

Во-первых, центральным и наиболее дискуссионным сюжетом, развиваемым в рамках советской философии психиатрии и обуславливающим прочее, был сюжет о противопоставлении биолого-физиологического и социально-психологического подходов в лечении психических расстройств. Как правило, занимая позицию биолого-физиологического подхода, советские психиатры вынуждены были не только допускать важность социальных факторов в развитии психических заболеваний, но и в соответствии с официальной идеологией признавать главенствующую роль подхода социально-психологического. При этом, хотя и предпринималась попытка развития некой комплексной методологии, призванной объединить их в диалектическом единстве, оба они так и остались, по сути, взаимоисключающими и антиномичными.

Во-вторых, попытка провести в советском психиатрическом дискурсе разграничения категорий нормы и патологии, здоровья и болезни была по сути обусловлена необходимостью демаркации подхода биолого-физиологического от социально-психологического, что позволило бы врачам-психиатрам описывать феномены психических заболеваний в терминах исключительно медицинских и предлагать соответствующее лечение. Однако подобное требование так и не было реализовано на практике, и преломленные через призму марксистской диалектики данные категории зачастую рассматривались как взаимозаменяемые или, наоборот, как взаимоисключающие, антиномичные.

В-третьих, проблема взаимоотношения врача и больного в советской философии психиатрии рассматривалась как наиболее сложная, поскольку объектом клинической практики выступал не просто

организм, а личность, т. е. человек в единстве своих многообразных проявлений, что создавало ряд методологических трудностей. Так, с одной стороны, врач стремился наладить с больным межличностную коммуникацию, рассматривая его как конкретную, уникальную личность, а с другой — был вынужден воспринимать болезнь пациента как проявление всеобщих, биологически и физиологически обусловленных закономерностей, тем самым реализую в своей практике антиномичные методологические подходы.

Все вышеобозначенные методологические противоречия были обусловлены самим предметом советской философии психиатрии, человеком как индивидом и личностью, рассмотренным в совокупности всех общественных отношений. При этом примечательно, что, всячески дистанцируясь от западной традиции, советская психиатрия, по сути, сталкивалась со схожими трудностями. Так, на всем протяжении своего развития как отдельной научной дисциплины западная философия психиатрии искала выход из ряда антиномических противоречий методологического характера [26]. Позиционируя себя в качестве сугубо медицинской дисциплины, западная психиатрия зачастую активно заимствовала методы гуманитарных наук, что приводило к оппозиции естественно-научного и гуманитарного подходов и проявлялось в развитии ряда антиномических оппозиций, таких как редукционизм/антиредукционизм, объяснение/понимание, диагноз/антидиагноз и др. [27]. Однако если в западной философии психиатрии этот антиномизм преодолевался через установку на междисциплинарность, то в советской традиции данные противоречия пытались преодолеть через апелляцию к диалектико-историческому методу, призванному схватить человека в единстве и борьбе его противоположных проявлений.

Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФ, проект № 24-28-01172 «Антиномизм и методологические основания философии психиатрии».

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Varga S. The Philosophy of Psychiatry: Historical Developments and Current Challenges. In: S. Varga. Naturalism, interpretation, and mental disorder. Oxford: Oxford University Press; 2015. P. 16—47.
2. Pellegrino E. Humanism and the Physician. Knoxville: University of Tennessee Press; 1979. 248 p.
3. Давыдовский И. В. Общая патология человека. М.: Медицина; 1969. 612 с.
4. Бачериков Н. Е., Петленко В. П., Щербина Е. А. Философские вопросы психиатрии. Киев: Здоровье; 1985. 192 с.
5. Царегородцев Г. И. Диалектический материализм и медицина. М.: Медицина; 1966. 450 с.
6. Курцин И. Т. Критика фрейдизма в медицинской науке и физиологии. М.: Наука; 1965. 296 с.
7. Роговин М. С. Экзистенциализм и антропологическое течение в современной зарубежной психиатрии. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1964;64(9):1418—26.
8. Морозов В. М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. М.: Медгиз; 1961. 268 с.
9. Сержантов В. Ф. Философские проблемы биологии человека (Психофизиологическая проблема и современная биология). Л.: Наука; 1974. 158 с.

10. Кузнецов О. Н., Петленко В. П., Резник М. И., Фролов Б. С. Методологические аспекты проблемы нормы и пограничных состояний в психиатрии. В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. Л.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева; 1979:39–46.
11. Жирнов В. Д. Проблема предмета медицины. М.: Медицина; 1978. 239 с.
12. Кабанов М. М. Изменение теоретической перспективы психиатрии. В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. Л.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева; 1979. С. 5–14.
13. Шепуто Л. Л. Вопросы диалектического материализма и медицина: материалы к курсу диалектики материализма в ин-тах усовершенствования врачей. М.; 1961. 158 с.
14. Резник М. И. Философский анализ нормы в медицине: Дис. ... канд. филос. наук. Л.; 1980. 216 с.
15. Личность. Материалы обсуждения проблем личности на симпозиуме, состоявшемся 10–12 марта 1970 г. в Москве. Под ред. В. М. Банщикова, Л. Л. Рохлина, Е. В. Шорохова. М.: Ин-т философии АН СССР; 1971. 403 с.
16. Сознание. Материалы обсуждения проблемы сознания на симпозиуме, состоявшемся 1–3 июня 1966 г. в Москве. Под ред. В. М. Банщикова и др. М.; 1967. 357 с.
17. Меграбян А. А. Заключительное слово профессора А. А. Меграбяна по проблеме личности в медико-биологическом аспекте. В кн.: Личность. Материалы обсуждения проблем личности на симпозиуме, состоявшемся 10–12 марта 1970 г. в Москве. Под ред. В. М. Банщикова, Л. Л. Рохлина, Е. В. Шорохова. М.: Ин-т философии АН СССР; 1971. С. 290–9.
18. Роговин М. С. Критическая дилемма «нормы — патологии» в науках о психике. В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. Л.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева; 1979. С. 54–9.
19. Иванов В. Б. Экзистенциализм и пограничная психиатрия. В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. Л.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева; 1979. С. 46–53.
20. Зеневич Г. В. О понятиях норма, патология, болезнь в психиатрии. В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии. Л.: Изд-во НИИ им. В. М. Бехтерева; 1979. С. 35–9.
21. Петленко В. П., Корольков А. А. Философские проблемы теории нормы в биологии и медицине. М.: Медицина; 1977. 391 с.
22. Bloch S. Psychiatry as Ideology in the USSR. *J. Med. Ethics.* 1978;4(3):126–31. doi: 10.1136/jme.4.3.126
23. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический проект; 2000. 460 с.
24. Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М.: Медгиз; 1962. 532 с.
25. Завилянский И. А. Врач и больной: вопросы врачебной деонтологии, этики и психотерапии. Киев: Здоровье; 1964. 88 с.
26. Власова О. А. Антиномизм в междисциплинарном диалоге философии и психиатрии: от феноменологии к нейронаукам. *Вестник Томского гос. ун-та. Философия. Социология. Политология.* 2025;83:5–14. doi: 10.17223/1998863X/83/1
27. Корниенко А. Г. Антиномизм в философии психиатрии: история и современные дискуссии. *Вестник Челябинского гос. ун-та.* 2024;9(491):98–107. doi: 10.47475/19942796-2024-491-9-98-107
5. Tsaregorodtsev G. I. Dialectical Materialism and Medicine. Moscow: Meditsina; 1966. 450 p. (in Russian).
6. Kurtsin I. T. Critique of Freudianism in Medical Science and Physiology. Moscow: Nauka; 1965. 296 p. (in Russian).
7. Rogovin M. S. Existentialism and Anthropological Movement in Contemporary Foreign psychiatry. *Zhurnal nevropatologii i psikhatrii im. S. S. Korsakova.* 1964;64(9):1418–26 (in Russian).
8. Morozov V. M. On Modern Trends in Foreign Psychiatry and their Ideological Origins. Moscow: Medgiz; 1961. 268 p. (in Russian).
9. Serzhantov V. F. Philosophical Problems of Human Biology (Psychophysiological Problem and Modern Biology). Leningrad: Nauka; 1974. 158 p. (in Russian).
10. Kuznetsov O. N., Petlenko V. P., Reznik M. I., Frolov B. S. Methodological Aspects of the Problem of Norm and Borderline States in Psychiatry. In: Theoretical and methodological aspects of borderline psychiatry. Leningrad: Izd-vo NII im. V. M. Bekhtereva; 1979. P. 39–46 (in Russian).
11. Zhirnov V. D. The Problem of the Subject of Medicine. Moscow: Meditsina; 1978. 239 p. (in Russian).
12. Kabanov M. M. Changing the Theoretical Perspective of Psychiatry. In: Theoretical and methodological aspects of borderline psychiatry. Leningrad: Izd-vo NII im. V. M. Bekhtereva; 1979. P. 5–14 (in Russian).
13. Sheputo L. L. Issues of Dialectical Materialism and Medicine: Materials for the Course of Dialectical Materialism in Institutes for Advanced Training of Physicians. Moscow; 1961. 158 p. (in Russian).
14. Reznik M. I. Philosophical Analysis of the Norm in Medicine: Dis. ... cand. philos. sci. Leningrad; 1980. 216 p. (in Russian).
15. Personality. Materials of the Discussion of Personality Problems at the Symposium Held on March 10–12, 1970 in Moscow Ed. by V. M. Banshchikov, L. L. Rokhlin, E. V. Shorokhov. Moscow: In-t filosofii AN SSSR; 1971. 403 p. (in Russian).
16. Consciusness. Materials of the Discussion of the Problem of Consciusness at the Symposium Held on June 1–3, 1966 in Moscow Ed. by V. M. Banshchikov et al. Moscow; 1967. 357 p. (in Russian).
17. Megrabyan A. A. Closing Remarks by Professor A. A. Megrabyan on the Problem of Personality in the Medical and Biological Aspect. In: Personality. Materials of the Discussion of Personality Problems at the Symposium Held on March 10–12, 1970 in Moscow Ed. by V. M. Banshchikov, L. L. Rokhlin, E. V. Shorokhov. Moscow: In-t filosofii AN SSSR; 1971. P. 290–9 (in Russian).
18. Rogovin M. S. The Critical Dilemma of “Norm–Pathology” in the Mental Sciences. In: Theoretical and methodological aspects of borderline psychiatry. Leningrad: Izd-vo NII im. V. M. Bekhtereva; 1979. P. 54–9 (in Russian).
19. Ivanov V. B. Existentialism and Borderline States Psychiatry. In: Theoretical and methodological aspects of borderline psychiatry. Leningrad: Izd-vo NII im. V. M. Bekhtereva; 1979. P. 46–53 (in Russian).
20. Zenevich G. V. On the Concepts of Norm, Pathology, Disease in Psychiatry. In: Theoretical and methodological aspects of borderline psychiatry. Leningrad: Izd-vo NII im. V. M. Bekhtereva; 1979. P. 35–39 (in Russian).
21. Petlenko V. P., Korol'kov A. A. Philosophical Problems of the Theory of Norm in Biology and Medicine. Moscow: Meditsina; 1977. 391 p. (in Russian).
22. Bloch S. Psychiatry as Ideology in the USSR. *J. Med. Ethics.* 1978;4(3):126–31. doi: 10.1136/jme.4.3.126
23. Korolenko Ts. P., Dmitrieva N. V. Sociodynamic Psychiatry. Moscow: Akademicheskij proekt; 2000. 460 p. (in Russian).
24. Platonov K. I. The Word as a Physiological and Healing Factor. Moscow: Medgiz; 1962. 532 p. (in Russian).
25. Zaviyanskiy I. A. Doctor and Patient: Issues of Medical Deontology, Ethics and Psychotherapy. Kiev: Zdorov'e; 1964. 88 p. (in Russian).
26. Vlasova O. A. Antinomianism in the Interdisciplinary Dialogue of Philosophy and Psychiatry: from Phenomenology to Neurosciences. *Vestnik Tomskogo gos. un-ta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya.* 2025;83:5–14. doi: 10.17223/1998863X/83/1 (in Russian).
27. Kornienko A. G. Antinomism in Philosophy of Psychiatry: History and Modern Discussions. *Vestnik Chelyabinskogo gos. un-ta.* 2024;9(491):98–107. doi: 10.47475/19942796-2024-491-9-98-107 (in Russian).

Поступила 14.09.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

1. Varga S. The Philosophy of Psychiatry: Historical Developments and Current Challenges. In: S. Varga. Naturalism, interpretation, and mental disorder. Oxford: Oxford University Press; 2015. P. 16–47.
2. Pellegrino E. Humanism and the Physician. Knoxville: University of Tennessee Press; 1979. 248 p.
3. Davydovsky I. V. General Human Pathology. Moscow: Meditsina; 1969. 612 p. (in Russian).
4. Bacherikov N. E., Petlenko V. P., Scherbina E. A. Philosophical Issues of Psychiatry. Kiev: Zdorov'e; 1985. 192 p. (in Russian).

**Ахохова А. В.<sup>1,2</sup>, Люцко В. В.<sup>3</sup>, Тхагапсоева М. К.<sup>1</sup>, Желиготова Д. В.<sup>4</sup>**

**ФРАКТАЛЬНО-КИБЕРНЕТИЧЕСКАЯ АРХИТЕКТУРА РЕГИОНАЛЬНОЙ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ СТРАТЕГИИ  
НА ОСНОВЕ МОДЕЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ СИСТЕМНОЙ ИНЖЕНЕРИИ КАК ИНСТРУМЕНТ  
МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО АДАПТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова» Минобрнауки России, 360004, г. Нальчик;

<sup>2</sup>ГБУЗ «Республиканский клинический центр психиатрии и наркологии» Минздрава Кабардино-Балкарской Республики, 360032, г. Нальчик;

<sup>3</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;

<sup>4</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (РУДН) Минобрнауки России, 117198, г. Москва

*В статье обоснован выбор фрактально-кибернетической архитектуры региональной антинаркотической стратегии на основе принципов модельно-ориентированной системной инженерии (Model-Based Systems Engineering, MBSE). Установлено, что традиционные программно-целевые и ориентированные на ключевые показатели эффективности (KPI) инструменты управления носят преимущественно реактивный и фрагментарный характер, что снижает их результативность в условиях высокой динамики наркорынка и межведомственной разобщенности. Методологическую основу составили закон необходимого разнообразия У. Р. Эшби и модель жизнеспособной системы С. Бира, позволяющие трактовать антинаркотическую стратегию как адаптивную многоуровневую социально-медицинскую систему.*

*В результате сформирована исполняемая фрактально-кибернетическая MBSE-архитектура, включающая целеполагающий, структурный, модельный, цифровой и измерительный контуры и обеспечивающая трансформируемость целей, согласование межведомственных процессов и замыкание контуров обратной связи. На материале Кабардино-Балкарской Республики показана реализуемость архитектуры через цифровую платформу AURA-FORECAST, интеграцию межведомственных данных и поддержку управленческих решений в цикле мониторинга и корректировки.*

*Полученные результаты формируют доказательную основу перехода от реактивной антинаркотической политики к предиктивной и адаптивной модели управления в здравоохранении.*

**Ключевые слова:** *фрактально-кибернетическая архитектура; антинаркотическая стратегия региона; Model-Based Systems Engineering; адаптивное управление; закон необходимого разнообразия; модель жизнеспособной системы, цифровая трансформация здравоохранения; предиктивное управление; AURA-FORECAST.*

**Для цитирования:** Ахохова А. В., Люцко В. В., Тхагапсоева М. К., Желиготова Д. В. Фрактально-кибернетическая архитектура региональной антинаркотической стратегии на основе модельно-ориентированной системной инженерии как инструмент межведомственного адаптивного управления. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2026;34(2):285–290. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-285-290>

**Для корреспонденции:** Ахохова Азис Владимировна, канд. мед. наук, доцент ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова» Минобрнауки России, e-mail: [Aza\\_stih@mail.ru](mailto:Aza_stih@mail.ru)

**Akhokhova A. V.<sup>1,2</sup>, Lyutsko V. V.<sup>3</sup>, Tkhapsoeva M. K.<sup>1</sup>, Zheligotova D. V.<sup>4</sup>**

**THE FRACTAL CYBERNETIC ARCHITECTURE OF THE REGIONAL ANTI-NARCOTIC STRATEGY  
BASED ON MODEL ORIENTED SYSTEMIC ENGINEERING AS A TOOL OF INTERSECTORAL ADAPTIVE  
MANAGEMENT**

<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Kabardino-Balkarian State University named after Kh. M. Berbekov, Ministry of Education and Science of the Russian Federation”, 360004, Nalchik, Russia;

<sup>2</sup>The State Budgetary Institution “The Republican Clinical Center of Psychiatry and Narcology” of the Minzdrav of the Kabardino-Balkaria Republic, 360032, Nalchik, Russia;

<sup>3</sup>The Federal State Budgetary Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of the Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia” of the Minobrnauka of Russia (RUDN University), 117198, Moscow, Russia

*This article substantiates the choice of fractal cybernetic architecture of regional anti-narcotic strategy based on the principles of the model-oriented systemic engineering. It is established that the tools of both traditional management by objectives and KPI-oriented management have predominantly reactive and fragmented patterns that reduces their efficiency in conditions of high dynamic of narcotics market and interdepartmental dissociation. The methodological basis was composed by the W. R. Ashby's Law of requisite variety and the S. Beer's model of viable system that permitted to interpret the anti-narcotic strategy as adaptive multi-level social medical system.*

*As a result, the executable fractal cybernetic model-based systems engineering architecture was formed that incorporated goal-setting, structural, modeling, digital, and measurement loops and ensured goal traceability, coordination of interdepartmental processes and closing feedback loops. On the basis of materials from the Kabardino-Balkarian Republic, the feasibility of the architecture through the digital platform AURA-FORECAST, integration of interdepartmental data and support of management decisions in the cycle of monitoring and adjustment is demonstrated.*

*The obtained results form the evidence-based basis of transition from reactive anti-narcotic policy to predictive and adaptive model of management in health care.*

**Keywords:** *fractal cybernetic architecture; regional anti-narcotics strategy; model-based systems engineering; adaptive management; law of requisite variety; model of viable system; digital transformation of health care; predictive management; AURA-FORECAST.*

**For citation:** Akhokhova A. V., Lyutsko V. V., Tkhapsoeva M. K., Zheligotova D. V. The fractal cybernetic architecture of the Regional anti-narcotic strategy based on model oriented systemic engineering as a tool of intersectoral adaptive management. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini.* 2026;34(2):285–290 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-285-290>

**For correspondence:** Akhokhova A. V., candidate of medical sciences, associate professor of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "The Kabardino-Balkarian State University named after Kh. M. Berbekov" of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation. e-mail: Aza\_stih@mail.ru

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 24.09.2025  
Accepted 12.01.2026

## Введение

Выбор фрактально-кибернетической архитектуры, построенной на принципах системного проектирования на основе моделей ориентированной системной инженерии (Model-Based Systems Engineering, MBSE), обусловлен комплексным характером антинаркотической стратегии региона.

Применение традиционных управленческих инструментов региональной антинаркотической политики, таких как программно-целевые документы, «дорожные карты», мониторинг ключевых показателей эффективности (далее — KPI-мониторинг), ограничено их преимущественно реактивным характером, ориентацией на постфактум-оценку и слабой межведомственной интеграцией, что снижает адаптивность управления в условиях высокой динамики наркорынка и появления новых угроз, включая синтетические наркотики и цифровые каналы сбыта [1].

В этих условиях использование MBSE, дополненных фрактальными и кибернетическими подходами, позволяет формализовать антинаркотическую стратегию как многоуровневую управляемую систему, обеспечивающую масштабируемость контуров управления, сценарный анализ и согласование целей, индикаторов и управленческих воздействий на всех уровнях — от регионального до индивидуального [2, 3].

Для Кабардино-Балкарской Республики данный методологический выбор особенно релевантен в силу необходимости согласования действий разрозненных ведомств (здравоохранение, МВД, образование, социальные службы), высокой криминогенной нагрузки транзитного региона [4]. Кроме того, выбранная архитектура обеспечивает возможность цифровой трансформации антинаркотической стратегии через поэтапное внедрение программы, предназначенной для автоматизированного анализа и прогнозирования динамики клинических, эпидемиологических, управленческих и сетевых показателей, характеризующих устойчивость и жизнеспособность региональной антинаркотической системы AURA-FORECAST [5], что соответствует современным требованиям управления в здравоохранении [6].

Целью исследования стали поиск, разработка и обоснование фрактально-кибернетической архитектуры на основе MBSE для формализации процессов региональной антинаркотической стратегии и создания доказательной базы, обеспечивающей повышение эффективности профилактики, лечения, реабилитации и ресоциализации наркозависимых.

Соотнесение принципов У. Р. Эшби и С. Бира с региональной антинаркотической стратегией имеет особую значимость, поскольку опирается на фундаментальные положения кибернетики, объясняющие универсальные закономерности функционирования сложных управляемых систем. Антинаркотическая стратегия региона, обладая всеми признаками адаптивной социальной системы, требует применения именно этих концептов для обеспечения устойчивости, согласованности уровней управления и способности отвечать на изменчивость наркоситуации.

В рамках кибернетической концепции У. Р. Эшби ключевое значение имеет «закон необходимого разнообразия», согласно которому только система, обладающая спектром управляющих воздействий, соизмеримым с разнообразием внешних угроз, способна сохранять устойчивость [1]. Применительно к антинаркотической политике Кабардино-Балкарской Республики это означает, что результативность стратегии определяется не узкой направленностью в отношении отдельных мер (например, исключительно силовое пресечение), а совокупностью разноуровневых и разноплановых инструментов (профилактика в образовательных, спортивных, культурных организациях и др.).

Только при условии достаточного разнообразия ответов, которые соответствуют сложности наркорынка и многообразию факторов риска, региональная система способна эффективно противостоять наркотизации общества и адаптироваться к изменяющейся криминогенной и социальной среде (рис. 1).

В логике модели жизнеспособной системы (viable system model, VSM) Стаффорда Бира устойчивость и адаптивность антинаркотической стратегии достигаются при наличии на каждом уровне управления полного набора ключевых функций (S1—S5) политики, интеллиженса (аналитики), контроля, координации и операций [7].

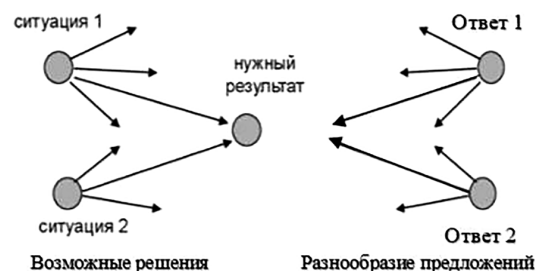


Рис. 1. Разнообразие внешних угроз, управляющие воздействия, способность сохранения устойчивости.

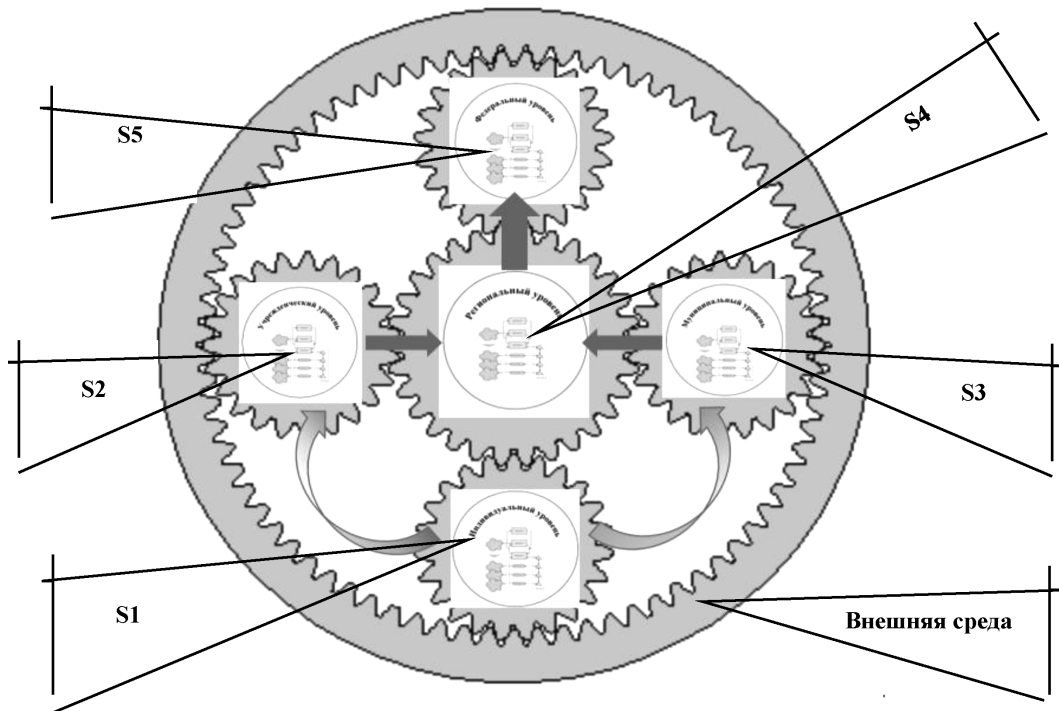


Рис. 2. Кибернетический зубчатый модуль (метафора VSM), авторская разработка.

Жизнеспособность антинаркотической политики достигается только в случае синхронной работы пяти функций (S). На уровне субъекта это выражается в реализации стратегической политики до 2030 г., функционировании системы государственного контроля и развитии аналитического мониторинга новых психоактивных веществ с применением цифровых технологий и Big Data.

Муниципальный уровень обеспечивает межведомственную координацию, институциональный — реализацию профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий с управлением по KPI, индивидуальный — персонализированные траектории лечения и ресоциализации на основе обратной связи.

Такое распределение функций обеспечивает жизнеспособность уровней и их фрактальную интеграцию (рис. 2).

На рис. 2 представлена метафорическая модель жизнеспособной системы в виде кибернетического зубчатого модуля, где функции S1—S5 взаимосвязаны и обеспечивают передачу управленческого воздействия; нарушение одной функции приводит к снижению устойчивости всей системы [1, 7].

Операционные функции (S1) координируются на уровне организации (S2), управленческий контур охватывает функции S3—S5, а внешняя среда задает требования к адаптации, что отражает рекурсивную взаимозависимость функций и их роль в устойчивости стратегии.

Региональная интерпретация кибернетических принципов формирует основу фрактально-кибернетической MBSE-архитектуры антинаркотической стратегии. Это обеспечивает переход от реактивных программно-целевых подходов к предиктивной и

адаптивной модели управления, что логически приводит к анализу кибернетической логики управления от закона необходимого разнообразия к модели жизнеспособной системы [8].

Кибернетическая модель адаптивного управления региональной антинаркотической стратегией

Кибернетическая логика управления антинаркотической стратегией региона, основанная на законе необходимого разнообразия У. Р. Эшби и модели жизнеспособной системы С. Бира, обеспечивает устойчивость управления в условиях высокой изменчивости наркоситуации [1]. В соответствии с законом Эшби эффективность системы определяется соответствием разнообразия управляющих воздействий разнообразию внешних угроз, что на региональном уровне требует сочетания медицинских, профилактических, социальных, правоохранительных и цифровых инструментов.

Важным элементом кибернетического управления являются механизмы ослабления и усиления сигналов, позволяющие минимизировать ложные воздействия и оперативно реагировать на значимые события. Скорость отклика системы — интервал между фиксацией сигнала и управленческим решением, что выступает индикатором ее адаптивности.

Существенную роль играют замкнутые контуры обратной связи, обеспечивающие переход от выявления риска к его разрешению через согласованные межведомственные маршруты, соответствующие логике цикла планирования, выполнения, проверки и корректирующих действий (Plan—Do—Check—Act, PDCA) [9]. Например, рост сигналов о новых психоактивных веществах в цифровом контуре сопровождается изменением профилактических и медицинских маршрутов в горизонте 3—6 мес, что

фиксируется в измерительном контуре. Поддержание устойчивости также требует наличия инвариантов и ограничений в виде нормативных требований, стандартных процедур и минимальных наборов данных.

Модель жизнеспособной системы С. Бира дополняет данные принципы, формируя многоуровневую архитектуру управления, включающую операционные процессы, координацию, контроль ресурсов, стратегический мониторинг и целеполагание. Принцип рекурсии позволяет рассматривать каждый уровень управления как самостоятельную жизнеспособную подсистему, связанную с другими через информационные и эскалационные контуры. Дополнительно реализуется принцип доместикации вариативности за счет сегментации населения по уровням риска, когортного учета и маршрутизации пациентов, что повышает результативность интервенций.

Таким образом, интеграция принципов Эшби и Бира формирует целостную кибернетическую основу региональной антинаркотической стратегии, ориентированную на адаптивность, проактивность и межведомственную согласованность. Вместе с тем практическая реализация такой логики требует перехода от концептуального описания к формализованному проектированию управляемых процессов, что обуславливает необходимость применения инструментов MBSE [10—12].

### Формализация кибернетических принципов управления средствами MBSE

Переход от кибернетической логики к инструментарию Model-Based Systems Engineering (MBSE) обеспечивает перевод принципов устойчивости и адаптивности в формализованные инженерные процессы. В контексте региональной антинаркотической стратегии MBSE позволяет представить цели, функции и взаимодействия в виде моделей, обеспечивая трассировку требований, их межведомственную согласованность и сопровождение системы на всех стадиях жизненного цикла [1, 2, 10, 13, 14].

Использование MBSE трансформирует кибернетические принципы в формальные модели, трассируемые метрики и исполняемые артефакты Systems Modeling Language (SysML), совместимые со стан-

дартами архитектурного описания и жизненного цикла систем (ISO/IEC/IEEE 42010; 57193-2025) [14]. Это формирует доказательную основу для разработки адаптивной региональной антинаркотической стратегии и логически подводит к ее структурному представлению, приведенному в таблице.

В таблице представлена структурированная реализация фрактально-кибернетической MBSE-архитектуры антинаркотической стратегии применительно к Кабардино-Балкарской Республике. Каждая страта отражает соответствующий управленческий уровень — от целеполагания и институциональной структуры до цифровых и измерительных контуров с указанием применяемых инструментов, индикаторов и их функционального обоснования. Представленная архитектура не подменяет действующие управленческие механизмы, а накладывается поверх них как интеграционный и аналитический контур.

Проектирование фрактально-кибернетической MBSE-архитектуры антинаркотической стратегии должно осуществляться с учетом специфических региональных условий Кабардино-Балкарской Республики, определяющих требования к устойчивости, адаптивности и межведомственной согласованности управления.

Каждая страта отражает соответствующий управленческий уровень — от целеполагания и институциональной структуры до цифровых и измерительных контуров с указанием применяемых инструментов, индикаторов и их функционального обоснования. Проектирование фрактально-кибернетической MBSE-архитектуры антинаркотической стратегии должно осуществляться с учетом специфических региональных условий Кабардино-Балкарской Республики, определяющих требования к устойчивости, адаптивности и межведомственной согласованности управления.

Регион характеризуется сочетанием транзитного положения, повышенной криминогенной нагрузки и высокой чувствительности молодежной и образовательной среды к процессам наркотизации, что усиливает значимость профилактических и ранних интервенций.

Существенным ограничением выступает институциональная фрагментация антинаркотической деятельности, выражающаяся в распределении

### Реализация фрактально-кибернетической MBSE-архитектуры антинаркотической стратегии в Кабардино-Балкарской Республике (свод)

Страта (функция)	Реализация	MBSE-артефакт (что моделируем/фиксируем)	Метрики/данные (что измеряем)
Целеполагающая (S5)	Миссия, цели, приоритеты до 2030 г.	Дерево целей, карта целей/показателей, сценарные допущения	Охват профилактикой, охват реабилитацией, целевые значения
Структурная (S2—S3)	Роли ведомств и маршруты взаимодействия	Архитектурное описание, матрица «объект—субъект—функция», оргструктуры	Число соглашений, полнота ответственности, соблюдение маршрутизации
Модельная (S4)	Модели потоков пациентов и сценарии наркорынка	Причинно-следственные/динамические модели, сегментация риска	Риск-профили, траектории пациента, прогнозы/сценарии
Цифровая (данные/каналы)	AURA-FORECAST, регистры, EWS, BI	Модель данных, интеграция источников, дашборды	Покрытие регистра, сигнал НПВ, задержка обновления данных
Измерительная (контуры обратной связи — ОС)	Ключевые показатели эффективности + цикл планирования, выполнения, проверки и корректирующих действий, корректировка мер	Модель метрик/порогов, регулятор ОС	Смертность/отравления, рецидивы, эффективность профилактики, изъятия

## Здоровье и общество

функций между органами здравоохранения, правоохранительными структурами, системой образования, социальной защиты и некоммерческими организациями. В этих условиях критическим фактором эффективности становится не столько интенсивность отдельных мероприятий, сколько согласованность управленческих контуров и наличие формализованных маршрутов взаимодействия.

Дополнительным условием проектирования является ограниченность и разнородность данных, в первую очередь медицинского контура, что требует построения архитектуры, допускающей поэтапную цифровую интеграцию, использование прокси-индикаторов и рекурсивное обновление состояния системы. Указанные особенности обусловили выбор фрактально-кибернетического подхода, позволяющего обеспечить масштабируемость архитектуры от регионального до индивидуального уровня при сохранении единой логики управления.

### **Обоснование выбора инструментов по стратам фрактально-кибернетической MBSE-архитектуры**

*Целеполагающий слой архитектуры* выполняет функцию задания миссии, стратегических целей и приоритетов антинаркотической политики. В соответствии с принципами системного инжиниринга жизненного цикла (ISO/IEC/IEEE 15288) [14] именно целеполагание определяет структуру всей последующей архитектуры и обеспечивает согласование интересов ключевых субъектов управления. Использование дерева целей позволяет декомпозировать интегральную миссию снижения наркотизации населения на подцели профилактики, лечения, реабилитации и ресоциализации, обеспечивая трассируемость управленческих решений. Стратегические карты применяются для формализации взаимосвязей между целями и измеряемыми показателями, а сценарные инструменты (ромб Поппера) — для учета неопределенности и вариативности развития наркоситуации.

*Структурный слой* ориентирован на распределение ролей, полномочий и ответственности между субъектами антинаркотической политики и описание их воздействия на объекты управления. Архитектурные описания и матрица «объект—субъект—функция» позволяют формализовать институциональные связи и устранить дублирование функций, что является необходимым условием управляемости сложной социальной системы. В логике MBSE данный слой обеспечивает прозрачность архитектуры и служит основой для согласования межведомственных процессов, включая профилактику, медицинскую помощь и правоохранительную деятельность.

*Модельный слой* выполняет функцию формализации процессов и прогнозирования динамики антинаркотической системы. Применение методов системной динамики позволяет описывать причинно-следственные связи и петли ОС, отражающие движение пациентов от этапов выявления и диагностики к лечению, реабилитации и ресоциализации.

Сценарные и Форсайт-инструменты используются для анализа возможных траекторий развития наркорынка, включая распространение синтетических психоактивных веществ и трансформацию структуры спроса. Индивидуальные матрицы «риск × реабилитационный потенциал», ранее разработанные и апробированные автором [15], обеспечивают поддержку принятия решений на микроуровне, позволяя адаптировать тип и интенсивность интервенций к клиническому и социальному профилю пациента

*Цифровой слой архитектуры* обеспечивает сбор, интеграцию и обработку данных, формируя единое информационное пространство антинаркотической стратегии. Использование цифровых регистров и платформы AURA-FORECAST позволяет агрегировать данные медицинских, правоохранительных и социальных контуров, обеспечивая переход от разрозненных аналоговых показателей к управляемым цифровым метрикам. Подключение к системам раннего оповещения о новых психоактивных веществах и применение интерактивных аналитических панелей бизнес-аналитики BI-дашбордов (Business Intelligence) повышают оперативность административных решений и поддерживают принципы управления, основанные на данных (data-driven governance).

*Измерительный слой* реализует кибернетический принцип обратной связи и служит механизмом оценки результативности стратегии. Формирование KPI-контуров и использование цикла PDCA регулярную актуализацию целей и управленческих мер на основе фактических данных. В соответствии с законом необходимого разнообразия Эшби система измерений должна быть не менее сложной, чем контролируемая система, что обосновывает использование совокупности клинических, профилактических, социальных и правоохранительных индикаторов. Данный слой замыкает архитектуру, обеспечивая ее адаптивность и устойчивость во времени.

Такая декомпозиция демонстрирует, каким образом кибернетические принципы устойчивости и адаптивности формализуются средствами MBSE и переводятся в исполнимую архитектуру регионального управления.

### **Заключение**

Исследование показало, что региональная антинаркотическая стратегия представляет собой сложную адаптивную социально-медицинскую систему, управление которой не может быть эффективно реализовано средствами изолированных программно-целевых инструментов и разрозненных KPI.

Применение кибернетических принципов У. Р. Эшби и С. Бира позволило обосновать необходимость соответствия разнообразия управленческих воздействий изменчивости наркоситуации, а также рекурсивного построения жизнеспособных контуров управления на всех уровнях — от стратегического до индивидуального.

Использование MBSE обеспечило перевод данных принципов в формализованную, трассируемую и исполнимую архитектуру, позволяющую интегрировать межведомственные процессы, цифровые данные и измерительные контуры в единое управленческое пространство.

Разработанная фрактально-кибернетическая MBSE-архитектура, апробированная на примере Кабардино-Балкарской Республики, демонстрирует возможность перехода от реактивной к предиктивной и адаптивной модели антинаркотического управления, ориентированной на устойчивые клинические и социальные эффекты.

Полученные результаты могут быть использованы как методологическая основа для цифровой трансформации региональных стратегий в сфере здравоохранения и профилактики зависимостей, а также для тиражирования архитектурных решений в других субъектах Российской Федерации с учетом их специфики.

Научная новизна исследования заключается в формировании исполнимой фрактально-кибернетической MBSE-архитектуры региональной антинаркотической стратегии, в которой объектом управления выступает не совокупность разрозненных показателей, а динамика адаптивного состояния системы, обновляемого через замкнутые контуры обратной связи.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Ashby W. R. An Introduction to Cybernetics (1956). PDF / онлайн-копия: <http://pcp.vub.ac.be/books/IntroCyb.pdf>. Архив У. Рокса Эшби.
- Estefan J. A. Survey of Model-Based Systems Engineering (MBSE) Methodologies (INCOSE/OMG report, 2008). Режим доступа: [https://www.omg.org/sysml/MBSE\\_Methodology\\_Survey\\_RevB.pdf](https://www.omg.org/sysml/MBSE_Methodology_Survey_RevB.pdf)
- Koestler A. The Ghost in the Machine. London: Hutchinson; 1967.
- Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2023 году. Государственный антинаркотический комитет РФ. Режим доступа: <https://share.google/0i412W16Z1jsS2YOn>
- Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2025696341 Российская Федерация. AURA-Forecast: заявл. 09.12.2025; опублик. 17.12.2025. А. В. Ахохова. EDN YKAEOA
- ГОСТ Р 57193—2025. Национальный стандарт Российской Федерации. Системная и программная инженерия. Процессы жизненного цикла систем. Режим доступа: <https://share.google/U27CQTngTIKQxEWuf>
- Beer S. Diagnosing the System for Organizations (Wiley Publishing House). Analysis of the Viable System Model. Режим доступа: <https://www.wiley.com/en-us/Diagnosing%2Bthe%2BSys-tem%2Bfor%2BOrganizations-p-x000008133>
- Ахохова А. В., Пшуклова А. А., Тлупова М. В. Общетеодологические представления Стратегии антинаркотической политики в отрасли здравоохранения с позиции закономерностей системного подхода. *Менеджер здравоохранения*. 2025;(3):25—41. doi: 10.21045/1811-0185-2025-3-25-41. EDN GTWXP
- Deming W. E. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 1986.
- Espejo R., Reyes A. Organizational Systems: Managing Complexity with the Viable System Model. Berlin; Heidelberg: Springer; 2011.
- Laupacis A., Sackett D. L., Roberts R. S. An Assessment of Clinically Useful Measures of the Consequences of Treatment. *N. Engl. J. Med.* 1988;318(26):1728—33. doi: 10.1056/NEJM198806303182605
- INCOSE. Systems Engineering Handbook: A Guide for System Life Cycle Processes and Activities (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley; 2015.
- Madni A. M., Sievers M. Model-Based Systems Engineering: Motivation, Current Status, and Research Opportunities. *Systems Engineering*. 2018;21(3):172—90. doi: 10.1002/sys.21438
- ISO/IEC/IEEE 15288:2023 — Systems and software engineering — System life cycle processes. Description and purchase of the standard. Режим доступа: <https://www.iso.org/standard/81702.html>. iso.org
- Ахохова А. В., Шаваева Ф. В., Шукурова Д. А., Бегидова Н. М. Матрица определения целевой модели пациента для выбора реабилитационных мероприятий по предупреждению рецидивов наркотребления. *Менеджмент качества в медицине*. 2025;(4):94—8. EDN UBFBID

Поступила 24.09.2025  
Принята 12.01.2026

#### REFERENCES

- Ashby W. R. An Introduction to Cybernetics (1956). PDF / online copy: <http://pcp.vub.ac.be/books/IntroCyb.pdf>. W. Ross Ashby Archive.
- Estefan J. A. Survey of Model-Based Systems Engineering (MBSE) Methodologies (INCOSE/OMG report, 2008). Available at: [https://www.omg.org/sysml/MBSE\\_Methodology\\_Survey\\_RevB.pdf](https://www.omg.org/sysml/MBSE_Methodology_Survey_RevB.pdf)
- Koestler A. The Ghost in the Machine. London: Hutchinson; 1967.
- Report on the drug situation in the Russian Federation in 2023. State Anti-Drug Committee of the Russian Federation. Available at: <https://share.google/0i412W16Z1jsS2YOn> (in Russian).
- Certificate of State Registration of Computer Program No. 2025696341 Russian Federation. AURA-Forecast: declared 09.12.2025; published 17.12.2025. A. V. Akhokhova. EDN YKAE-OA (in Russian).
- GOST R 57193—2025. National Standard of the Russian Federation. Systems and Software Engineering. System Life Cycle Processes. Available at: <https://share.google/U27CQTngTIKQxEWuf> (in Russian).
- Beer S. Diagnosing the System for Organizations (Wiley Publishing House). Analysis of the Viable System Model. Available at: <https://www.wiley.com/en-us/Diagnosing%2Bthe%2BSys-tem%2Bfor%2BOrganizations-p-x000008133>
- Akhokhova A. V., Pshukova A. A., Tlupova M. V. General methodological concepts of the Strategy of anti-drug policy in the healthcare sector from the standpoint of the regularities of the systems approach. *Healthcare Manager*. 2025;(3):25—41. doi 10.21045/1811-0185-2025-3-25-41. EDN GTWXP (in Russian).
- Deming W. E. Out of the Crisis. Cambridge, MA: MIT Press; 1986.
- Espejo R., Reyes A. Organizational Systems: Managing Complexity with the Viable System Model. Berlin; Heidelberg: Springer; 2011.
- Laupacis A., Sackett D. L., Roberts R. S. An Assessment of Clinically Useful Measures of the Consequences of Treatment. *N. Engl. J. Med.* 1988;318(26):1728—33. doi: 10.1056/NEJM198806303182605
- INCOSE. Systems Engineering Handbook: A Guide for System Life Cycle Processes and Activities (4th ed.). Hoboken, NJ: Wiley; 2015.
- Madni A. M., Sievers M. Model-Based Systems Engineering: Motivation, Current Status, and Research Opportunities. *Systems Engineering*. 2018;21(3):172—90. doi: 10.1002/sys.21438
- ISO/IEC/IEEE 15288:2023 — Systems and software engineering — System life cycle processes. Description and purchase of the standard. Available at: <https://www.iso.org/standard/81702.html>. iso.org
- Akhokhova A. V., Shavaeva F. V., Shukurova D. A., Begidova N. M. Matrix for defining the target patient model for selecting rehabilitation measures to prevent relapse of drug use. *Quality Management in Medicine*. 2025;(4):94—8 EDN UBFBID (in Russian).

**Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Кийкова П. С.**

## **О ДЕКРИМИНАЛИЗАЦИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ЗАРАЖЕНИЕМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119048, г. Москва

*В статье обсуждается проблема достаточности и адекватности мер уголовно-правового воздействия, направленных на предупреждение и пресечение деяний, связанных с распространением ВИЧ-инфекции. Цель исследования состоит в обосновании необходимости пересмотра существующих в России взглядов на криминализацию факторов привлечения к уголовной ответственности по составам, связанным с заражением ВИЧ-инфекцией. Согласно данным статистического учета, распространение ВИЧ-инфекции уже долгое время носит стремительный характер, риски заражения ею присутствуют в частной жизни людей и при обращении за медицинской помощью, что в свое время создало основу для включения в Уголовный кодекс РФ ст. 122 «Заражение ВИЧ-инфекцией». По тем же причинам в миграционное законодательство РФ были внесены статьи об обязательном для мигрантов прохождении медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции и их депортации из страны в случае выявления таковой. Вместе с тем в последнее десятилетие специалисты в области здравоохранения и права из разных стран мира, а также России все чаще высказывают сомнения относительно эффективности мер уголовно-правового воздействия в реализации задач уменьшения количества новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией и пресечения распространения заболевания. Опираясь на мировую практику и учитывая слабую распространенность идеи декриминализации ВИЧ в нашей стране, предложен компромиссный вариант решения проблемы.*

**Ключевые слова:** декриминализация преступления; стигматизация; миграционная политика; проблема ВИЧ-статуса.

**Для цитирования:** Бобровская О. Н., Тимофеева М. Ю., Кийкова П. С. О декриминализации преступлений, связанных с заражением ВИЧ-инфекцией. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):291—297. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-291-297>

**Для корреспонденции:** Бобровская О. Н., канд. юр. наук, доцент, доцент кафедры медицинского права Института социальных наук ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет) e-mail: [bobrovskaya\\_o\\_n@staff.sechenov.ru](mailto:bobrovskaya_o_n@staff.sechenov.ru)

**Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Kiikova P. S.**

## **ON DECRIMINALIZATION OF OFFENSES RELATED TO CONTAMINATION WITH HIV INFECTION**

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of the Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia

*The article considers the problem of sufficiency and adequacy of measures of criminal legal impact targeted to prevent and to suppress acts related to the spread of HIV infection. The purpose of the study is to substantiate the necessity to revise the existing in the Russian Federation views on criminalization of factors that bring to criminal account for corpus delicti related to contamination with HIV infection. According to statistical data, the spread of HIV infection for a long time has rapid character. The risks of contamination with it are present both in people's private lives and at applying for medical care that in one's time created basis for the inclusion of the Article 122 “HIV infection” in the Criminal Code of the Russian Federation. For the same reasons, the migration legislation of the Russian Federation was supplemented with the articles about mandatory medical examination for HIV infection for migrants and their deportation from the country in case of its detection. However, in the last decade, experts in the field of health care and law from various countries, including Russia, in increasing frequency express doubts about efficiency measures of criminal legal impact in achieving the goals of reducing the number of new cases of HIV infection contamination and suppressing the spread of the disease. Relying on world practice and considering low prevalence of the idea of decriminalization of HIV in our country, the compromise version of solution of the problem is proposed.*

**Keywords:** decriminalization of crime; stigmatization; migration policy; problem of HIV status.

**For citation:** Bobrovskaya O. N., Timofeeva M. Yu., Kiikova P. S. On decriminalization of offenses related to contamination with HIV infection. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2026;34(2):291–297 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-291-297>

**For correspondence:** Bobrovskaya O. N., candidate of law sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Medical Law of the Institute of Social Sciences of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University” of the Minzdrav of Russia (Sechenov University). e-mail: [bobrovskaya\\_o\\_n@staff.sechenov.ru](mailto:bobrovskaya_o_n@staff.sechenov.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 26.10.2025

Accepted 12.01.2026

## **Введение**

Длительное время в рамках научного уголовно-правового дискурса обсуждается проблема достаточности и адекватности мер, направленных на предупреждение и пресечение преступлений, связанных с распространением социально опасных ин-

фекций и прежде всего ВИЧ. Согласно оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (далее — ЮНЭЙДС), количество новых случаев инфицирования ВИЧ в мире неуклонно растет. Наибольший прирост новых случаев заражения традиционно наблюдается в странах Восточной и Южной Африки (500 тыс.), а также в странах Азии и Азиат-

ско-Тихоокеанского региона (300 тыс.). Остальные страны мира демонстрируют умеренные показатели прироста, при этом 40% из них приходится на женщин [1].

В России, по данным статистического учета, на 31.12.2024 проживало более 1,2 млн человек с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции, из которых 51,2 тыс. составляют новые случаи инфицирования. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в 2024 г. составила 36,08 случая на 100 тыс. населения, что меньше показателя 2023 г. (40,04) и на 31,4% меньше, чем выявлено за весь период 2012—2023 г. [2]. В свете указанного уровня заболеваемости особую актуальность в России приобретает проблема криминализации ВИЧ. На повестку дня встают вопросы, касающиеся правовых конструкций, связанных с привлечением к ответственности за создание рисков заражения и фактического заражения ВИЧ-инфекцией, а также достаточности правовых средств реагирования на данные деяния и их эффективности.

### Материалы и методы

В работе использовано около 30 различных источников, включая данные международных организаций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), по количеству выявленных случаев заражения ВИЧ-инфекцией, Международной организации труда (МОТ), а также материалы судебной практики и научные исследования, по различным аспектам привлечения лиц к уголовной ответственности за риски и факты заражения ВИЧ-инфекцией [1—3]. На основе сравнительно-правового метода рассмотрен криминалистический статус, устанавливаемый субъекту, изучается опыт привлечения к уголовной ответственности за риски и факты заражения ВИЧ-инфекцией в России и других странах мира.

Комплексный анализ позволяет показать примеры нормативного регулирования допуска к труду ВИЧ-положительных иностранцев в некоторых странах мира, исключая дискриминацию.

### Результаты исследования

Криминализация отношений, связанных с распространением ВИЧ-инфекции, усложняет вопросы оказания медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным людям. При этом некоторые страны мирового сообщества либо декриминализовали данные отношения, либо определили узкий спектр применения уголовно-правовой санкции к деяниям, имеющим осознанный мотив и преднамеренность. Возможность труда для ВИЧ-инфицированных мигрантов определяется принципиально иным подходом к организации медицинских осмотров иностранных граждан, при которых факт заражения ВИЧ-инфекцией в стране пребывания не влечет незамедлительной депортации на родину, но создает необходимость лечения за счет страны его гражданства.

### Обсуждение

Понятие «криминализация ВИЧ» включает в себя не только уголовное преследование по доказанным составам деяний, связанных с заражением ВИЧ, но также стигматизацию в обществе лиц с ВИЧ-положительным статусом — ограничение их в допуске к рабочим местам, понуждение к раскрытию личных данных о диагнозе и личных связях, наличие трудностей с получением медицинской помощи у тех, кто не имеет гражданства страны пребывания или проживания.

Основанием для криминализации деяния и закрепления его в уголовном законе как преступления является его общественная опасность, критерием которой принято считать «вредоносность, проявляющуюся в негативных последствиях» [4]. В настоящее время специалисты придерживаются двух противоположных мнений относительно влияния негативных последствий заражения ВИЧ на объект преступного посягательства — жизнь и здоровье человека. По мнению одних, ВИЧ-инфекция является смертоносной, СПИД неизлечим и контроль за его распространением невозможен [5]. Сторонники этой точки зрения выступают за усиление мер ответственности за заражение ВИЧ, ужесточение миграционного законодательства и общую криминализацию данного явления. Их идейные противники настроены более оптимистично. Не отрицая негативных эффектов заражения, они вместе с тем учитывают, что ВИЧ-инфекция не всегда переходит в стадию СПИДа, поскольку своевременный прием антиретровирусных препаратов позволяет длительное время сохранять приемлемое состояние здоровья и даже достигать уровня неопределяемой нагрузки без рисков заражения других [6]. Они высказываются за декриминализацию деяний, связанных с заражением ВИЧ, призывают перевести внимание общественности в медико-социальную плоскость, предлагают сосредоточиться на вопросах лекарственного обеспечения и запретить дискриминацию в отношении инфицированных.

Дополнительными аргументами для выступающих за декриминализацию деяний, связанных с заражением ВИЧ, служат незначительное число вступивших в законную силу приговоров по обвинениям в заражении или рискам заражения ВИЧ-инфекцией и высокий уровень латентности по таким делам [7].

В настоящее время Россия входит в перечень 82 стран, предусматривающих уголовную ответственность за заражение и создание рисков заражения ВИЧ, включая в уголовное законодательство отдельные составы, связанные с ВИЧ. Из 16 стран Восточной Европы и Центральной Азии как минимум в 12 широко применяется санкция уголовного преследования за заражение ВИЧ; среди них, помимо РФ, Армения, Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Румыния, Таджикистан, Узбекистан. Однако и в этих странах наблюдаются разные тенденции в сфере законодательства каса-

Здоровье и общество

тельно обсуждаемого деяния. Так, Армения постепенно снимает уголовную ответственность за создание рисков заражения ВИЧ, сохраняя ее лишь для случаев установленного фактического заражения (ст. 123 Уголовного кодекса Республики Армения) [8, 9]. Кроме того, внесены поправки в миграционное законодательство Армении, отменяющие обязательное для иностранцев тестирование на ВИЧ при подаче документов для получения визы, а также исключающие положение об административном выдворении иностранного гражданина после подтверждения ВИЧ-положительного статуса. В Республике Таджикистан, напротив, происходит ужесточение наказания за заражение ВИЧ и за отказ от лечения с диагнозом ВИЧ [10]. В частности, санкция по доказанному составу умышленного заражения ВИЧ-инфекцией была в этой стране увеличена с 2 до 8 лет лишения свободы [11]. В Республике Кыргызстан уголовная ответственность за заведомое поставление в опасность заражения другого лица или нескольких лиц ВИЧ лицом, знавшим о наличии у него ВИЧ-инфекции, определяется в ст. 85 нового Закона «Об общественном здравоохранении». При этом с виновного взыскиваются расходы, связанные с лечением и оказанием социальной помощи зараженному лицу [12].

Учитывая вышесказанное, полагаем, что анализ проблемы криминализации ВИЧ в России в целом и отдельных связанных с ней аспектов будет неполным без сопоставления РФ с другими странами. В связи с этим дальнейшее обсуждение будет вестись в сравнительном ключе.

*Проблемы доказывания преступления по составу, связанным с заражением ВИЧ-инфекцией.* Относительно субъекта преступлений, связанных с заражением ВИЧ, криминалисты достигли общего понимания, что им может быть как носитель положительного статуса ВИЧ, так и неинфицированное лицо, осведомленное, например, о присутствии среди участников коллективного потребления инъекционного наркотика ВИЧ-положительного и тем не менее предлагающее другим использовать общий инструмент. Такое лицо должно достичь возраста 16 лет и быть вменяемым. Исходя из возможных способов передачи ВИЧ-инфекции — полового, парентерального (через кровь) и вертикального (от матери ребенку), — предполагается, что сомнения в установлении вины конкретного лица могут быть преодолены исключительно посредством эпидемиологического расследования.

Наибольшую сложность в доказывании состава преступлений, связанных с заражением ВИЧ, вызывает его субъективная сторона, а именно — вина определенного лица. В юридической литературе обсуждаются различные мотивы и обстоятельства заражения, включающие как умысел, так и неосторожную форму вины, причем собственно умысел подразделяется на прямой (*заведомое* поставление другого в опасность заражения), косвенный (заражение другого лица лицом, *знавшим* о наличии у него болезни) и легкомыслие [13].

В представлении законодателя осведомленность лица о факте своего вирусносительства приравнивается к осознанию им общественной опасности совершаемого деяния и, соответственно, исключает возможность квалификации этого деяния в качестве преступления без умысла, тогда как незнание лица о своем заболевании ВИЧ-инфекцией освобождает его от уголовного преследования. Специалисты отмечали, что нормативная обязанность предупреждения о своем ВИЧ-положительном статусе законом не закреплена [14]. В этой связи умолчание не приравнено к бездействию, не является его признаком и не образует субъективной стороны преступления в виде бездействия. Деяние может быть совершено только посредством совершения действий, создающих опасность заражения (совместное потребление инъекционных наркотиков, секс без использования барьерных контрацептивов) [15]. Вместе с тем именно факт умолчания о своем ВИЧ-положительном статусе перед вступлением в половую связь может быть воспринят как потенциально создающий «возможность заражения», а лицу могут быть предъявлены обвинения в совершении сексуального преступления, включая сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах.

Заведомое поставление в опасность всегда выражается в прямом умысле преступника. Так, в усеченном составе ч. 1 ст. 122 Уголовного кодекса (УК) РФ момент окончания преступления связан с моментом *поставления в опасность*, не сопровождающегося заражением, а значит, перенесен на стадию подготовки к преступлению, которая не может быть совершена в форме косвенного умысла [16]. *Скрытие* факта наличия социально опасного заболевания, способного вызвать заражение ВИЧ-инфекцией, может быть сопряжено и с прямым (ревность или месть), и с косвенным (в случае безразличного отношения к заражению или сознательного допущения) умыслом, а также совершаться из легкомыслия (например, допустимо признать таковыми действия лица, направленные на самонадеянную попытку предотвратить последствия заражения). При этом различия последствий вредоносного воздействия в зависимости от степени и формы вины в УК РФ никак не отражены. Для сравнения, в Уголовном кодексе Республики Беларусь (РБ) санкция уголовной меры воздействия сильнее при доказанном умысле (ст. 157) [17].

Своевременное предупреждение ВИЧ-инфицированным лицом (как половым партнером, так и совместно употребляющим наркотическое вещество парентерально) об опасности, связанной с возможностью заражения ВИЧ-инфекцией, освобождает его, согласно примечанию к ст. 122 УК РФ, от уголовной ответственности при условии, если другое лицо *добровольно согласилось* совершить действия, создавшие опасность заражения. Вместе с тем ни порядок, ни форма такого согласия законом не определены, поэтому доказать факт предупреждения либо опровергнуть его возможно только с по-

мощью технических средств, которые будут оценены судом с точки зрения допустимости и достоверности. При этом к согласию, по мнению ряда ученых, следует применять всего три критерия: добровольность волеизъявления, конкретность по отношению к событию и истинность по отношению к намерению [18].

Россия не единственная страна, где раскрытие ВИЧ-положительного статуса с последующим согласием партнера на контакт освобождает носителя ВИЧ от уголовной ответственности за создание рисков заражения. Соответствующее примечание содержится в ст. 157 УК РФ, и в стране наблюдается планомерное снижение количества осужденных по данному составу: с 59 человек в 2019 г. до 32 в 2021 г. [19].

В то же время уголовное законодательство РФ не учитывает ситуацию возникновения риска заражения ВИЧ-инфекцией, когда инфицированное лицо вступало в половой контакт с другим лицом, не зная о наличии у него заболевания. Нередко подобная ситуация квалифицируется как поставление в опасность заражения или собственно заражение, и довольно часто лицом, якобы имевшим преступное намерение заразить, оказывается женщина, встающая на учет по беременности, на что указывают адвокаты, выступающие в защиту прав женщин в РФ. При постановке беременной на учет данные о диагнозе, выявленном на основе анализов, без ее согласия передаются по инстанциям [20] и в итоге именно ей инкриминируется умысел на заражение. В результате беременная женщина превращается в потенциальную преступницу, подверженную уголовному преследованию по закону своей страны.

*Проблема нормативного регулирования допуска к труду мигрантов с ВИЧ-положительным статусом.* Нестабильная политическая и экономическая ситуация в мире способствует активизации миграционных процессов. Увеличение потока трудовых мигрантов вынуждает принимающие страны вносить изменения в свое миграционное законодательство, касающиеся медицинского освидетельствования прибывающих на ВИЧ-статус, а также действий в отношении ВИЧ-инфицированных иностранных граждан и лиц без гражданства. За последние полтора десятилетия многие страны уже отказались от депортации ВИЧ-положительных иностранных граждан. Среди них США (отказались в 2010 г.), Китай (2010), Армения (2011).

Россия на данный момент продолжает сохранять в своем законодательстве требование о депортации ВИЧ-положительных мигрантов, въехавших в страну с целью как краткосрочного, так и долгосрочного пребывания [21]. Помимо этого, срок временного пребывания иностранных граждан на территории РФ сокращается и в случае их отказа от прохождения медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ [22].

Аналогичные нормы присутствуют и в законодательстве других стран: Египта, Ирака, Малайзии, Объединенных Арабских Эмиратов (ОАЭ), Синга-

пура, Сирии, Туркменистана. Для работы в ОАЭ иностранным гражданам требуется пройти медицинское освидетельствование и тестирование на ВИЧ, в случае подтверждения наличия которого человека ждет незамедлительная депортация [23].

Подобная политика ведет к двум понятным мазнам со стороны трудовых мигрантов: страх депортации или отказа в получении статуса беженца толкает их на незаконный рынок труда и заставляет избегать медицинских организаций для обследования и получения своевременной помощи. В результате вместо получения необходимой антиретровирусной терапии и улучшения качества своей жизни мигрант превращается в потенциально распространяющего ВИЧ-инфекцию нелегала без статуса, чьи права нарушены и никем не гарантированы.

Признание практики обязательного медицинского освидетельствования мигрантов на ВИЧ-инфекцию и их депортации в случае подтверждения положительного ВИЧ-статуса дискриминационной и нарушающей права человека отражено, в частности, в «Рекомендации о ВИЧ/СПИДе и сфере труда» МОТ, где говорится, что «тестирование на ВИЧ или другие формы обследования на ВИЧ не должны иметь форму обязательства для лиц, ищущих работу, а также работников, включая трудовых мигрантов», а сам «установленный или предполагаемый ВИЧ-статус лица не должен становиться дискриминационным основанием для отказа в найме или прекращении трудовой деятельности, а также лишения равного доступа к труду» [24].

На сегодняшний день всякие ограничения, накладываемые на передвижение лиц с ВИЧ-положительным статусом, признаются дискриминационными и препятствующими соблюдению всей полноты прав человека. В этой связи остро встает проблема пересмотра национального законодательства на предмет включения в него механизмов, гарантирующих сохранение прав трудовых мигрантов. В дальнейшем их уязвимость будет все более очевидной вследствие законодательных барьеров, препятствующих доступу к бесплатным программам обследования и лекарственному обеспечению, а также высокой стоимости препаратов, используемых в терапии ВИЧ.

Применительно к России, исследование отечественных ученых по проблеме декриминализации мигрантов с ВИЧ-инфекцией показало, что отмена нормативного регулирования, связанного с депортацией ВИЧ-положительных иностранцев, не создаст для нашей страны дополнительной финансовой нагрузки. Во всех странах, из которых преимущественно прибывают в РФ мигранты (Узбекистан, Кыргызстан, Таджикистан), данная статья расхода включена в базовые программы финансирования из бюджетной системы, что позволяет ВИЧ-инфицированным мигрантам получать доступ к антиретровирусным препаратам в стране исхода даже при условии их длительного отсутствия по месту гражданства [25].

*О декриминализации ВИЧ: рекомендации и установки.* К настоящему времени общемировая ситуация с уголовным преследованием за передачу ВИЧ, поставление в опасность инфицирования и несообщение о своем ВИЧ-положительном статусе претерпела заметные изменения. В частности, это выразилось в отмене в ряде стран (Венесуэле, Гане, Греции, Гондурасе, Зимбабве, Кении, Малави, Монголии, Швейцарии и двух штатах США) законов, предусматривающих уголовную ответственность за передачу ВИЧ, что стало возможным благодаря непрекращающемуся давлению со стороны гражданского общества и ответной готовности ответственных лиц поддержать это движение «снизу». Так, судья Конституционного Суда ЮАР Э. Камерон открыто признал, что криминализация законов, связанных с ВИЧ, приводит к потере достижений системы здравоохранения и несправедлива по отношению к правам человека. Более того, она влечет за собой ухудшение ситуации распространения ВИЧ и создает препятствия в борьбе против СПИДа [26]. Вместе с тем за последнее время наибольшим количеством уголовных дел, связанных с поставлением в опасность заражения и заражением ВИЧ, выделялись Россия, Беларусь, Канада и США [27].

В настоящее время общественные организации активно помогают сообществу юристов-практиков в выработке стандартов оценки и унификации подходов к осуществлению правосудия по составам передачи ВИЧ и сводятся к следующему:

- в странах, где сохраняется уголовная ответственность за передачу ВИЧ, расследование и судебное рассмотрение данной категории дел должно строиться на доказательстве прямого умысла в действиях обвиняемого к заражению другого лица (лиц);
- государствам следует воздерживаться от запретов на въезд, ограничений передвижения в пределах государственных границ и депортации людей, живущих с ВИЧ; в странах, где подобные запреты уже действуют, они должны быть отменены;
- правительства должны обеспечить мигрантам доступ ко всем видам медицинской помощи;
- предписанное законом обязательное тестирования на ВИЧ следует признать дискриминационной практикой [28].

Авторы предложили придерживаться позиции, согласно которой ВИЧ-инфицированный признается лицом, нуждающимся в активных формах медицинской помощи и социальной реабилитации. Возможность труда для иностранного гражданина определяется требованием к соблюдению ограничений и постоянного приема антиретровирусной терапии, а также контроля за результатами медицинских осмотров.

Вместе с тем преднамеренность действий лица, направленных на распространение ВИЧ-инфекции, следует считать преступным деянием, сопровождающимся уголовно-правовой санкцией.

## Заключение

На данный момент идея декриминализации ВИЧ воспринимается мировым сообществом неоднозначно: помимо сторонников, она имеет и большое количество противников. Первые апеллируют к тому, что усиление политического и правового контроля резко ограничивает личные права ВИЧ-инфицированных, лишая их права конфиденциальности, права на обращение за медицинской помощью, права на работу в стране пребывания. Вторые же аргументируют свою позицию тем, что ВИЧ-инфекция затрагивает в основном маргинальные общественные слои, не слишком заботящиеся о своем здоровье, принимающие наркотики и склонные к беспорядочным половым связям. По их мнению, вредность заражения ВИЧ требует соответствующей правовой регуляции поведения ВИЧ-инфицированных, где санкция выступает наказанием за отказ следованию правилам.

Для того чтобы идея декриминализации ВИЧ утвердилась в массовом сознании, ее защитники должны показать взаимосвязь между отменой уголовного преследования за риск заражения и улучшением социального благополучия общества, в котором инфицированный не становится стигматизированным изгоем, а признается лицом, нуждающимся во всесторонней помощи. Только в этом случае правовые системы смогут ограничиться уголовным преследованием лишь за доказанный умысел при заражении ВИЧ-инфекцией, что, возможно, окажется достаточным для сохранения баланса между радикальными взглядами на проблему ответственности за распространение ВИЧ и чрезмерно гуманистическими, ратующими за полную отмену всякого наказания.

В России на сегодняшний день идея декриминализации ВИЧ в основном не поддерживается. Тем не менее среди специалистов уже высказывается мысль о том, что те составы, число судебных приговоров по которым чрезвычайно низко (например, состав ч. 1 ст. 122 — поставление в опасность заражения), следует перевести в административное поле [29]. Это, на наш взгляд, было бы справедливо и в целом соответствовало бы современной мировой правовой практике.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

## ЛИТЕРАТУРА

1. ООН (2022). Число заражений ВИЧ-инфекцией в мире вновь растет. Режим доступа: <https://news.un.org/ru/story/2022/10/1433267> (дата обращения 12.10.2025).
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году». М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2025. 424 с. Режим доступа: [https://www.rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/b8a/u6lsxjabw032jkd837nlaezxu3ue09m/GD\\_SEB.pdf?ysclid=mkauuprc4a3981758171](https://www.rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/b8a/u6lsxjabw032jkd837nlaezxu3ue09m/GD_SEB.pdf?ysclid=mkauuprc4a3981758171) (дата обращения 11.11.2025).
3. Решетников А. В., Богачанская Н. Н., Присяжная Н. В. Восприятие проблемы ВИЧ-инфекции/СПИДа россиянами. *Иммунология*. 2018;(2-3):92—100.

4. Борков В. Н. Новые подходы к установлению уголовно-правового запрета. В сб.: Актуальные проблемы учения о преступлении: материалы международной научной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения А. И. Марцева (28 февраля 2020 г.) Омск: Омская академия МВД России; 2020. 320 с. Режим доступа: <https://dokumen.pub/557e4acf669601f0c0f21cd19883c84a.html> (дата обращения 02.11.2025).
5. Адылин Д. М. Об объекте заражения ВИЧ-инфекцией (ст. 122 Уголовного кодекса Российской Федерации). *Пробелы в российском законодательстве*. 2017;(7):138—40.
6. Можайская Л. А. Социально-правовые проблемы профилактики ВИЧ-инфекции/СПИДа (уголовно-правовые и медицинские аспекты). Дис. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург; 1993.
7. Кувшинова В. С. Проблемы практики применения статей 121, 122 УК РФ. *Международный журнал гуманитарных и естественных наук*. 2019;(7-2):125—8. doi: 10.24411/2500-1000-2019-11434
8. Закон Республики Армения от 18 июня 2022 года № ЗР-144 «О введении в действие Уголовного кодекса Республики Армения», ст. 123. Режим доступа: [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=35531189](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=35531189) (дата обращения 13.10.2025).
9. Тер-Оганнисян В., Майилян Ж. Анализ правовых и институциональных барьеров в доступе к услугам в связи с ВИЧ среди мигрантов в Республике Армения. Ереван: Региональная экспертная группа по здоровью мигрантов, 2021. Режим доступа: [https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/12/STUDY\\_Armenia\\_RUS\\_FINAL.pdf](https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/12/STUDY_Armenia_RUS_FINAL.pdf) (дата обращения 12.10.2025).
10. Уголовный кодекс Республики Таджикистан от 21 мая 1998 года № 574, ст. 125 (с изм. по состоянию на 14 мая 2025 года). Режим доступа: [https://continent-online.com/Document/?doc\\_id=30397325#pos=1468;57](https://continent-online.com/Document/?doc_id=30397325#pos=1468;57) (дата обращения 02.11.2025).
11. Парламент Таджикистана ужесточил наказание за умышленное заражение ВИЧ. *Fergana News*. Режим доступа: <https://fergana.media/news/113754/> (дата обращения 01.09.2025).
12. Закон Кыргызской Республики от 12 января 2024 года № 10 «Об общественном здравоохранении». Режим доступа: <https://cbd.minjust.gov.kg/1747/edition/14075/ru> (дата обращения 01.09.2025).
13. Есаков Г. А. Комментарий к Уголовному кодексу РФ (постатейный). 7-е изд., перераб. и доп. М.: Проспект; 2017.
14. Бимбинов А. А. Актуальные проблемы квалификации заражения ВИЧ-инфекцией. *Актуальные проблемы российского права*. 2022;17(11):111—23. doi: 10.17803/1994-1471.2022.144.11.111-123
15. Яни П. С. Конец преступления. *Законность*. 2016;(10):45—51. Режим доступа: <https://base.garant.ru/57228496/> (дата обращения 02.08.2025).
16. Расторопов С. В., Адылин Д. М. К вопросу о субъективной стороне заражения ВИЧ-инфекцией (ч. 1—3 ст. 122 УК РФ). *Вестник Самарского юридического института*. 2018;(3):52—6.
17. Уголовный кодекс Республики Беларусь от 9 июля 1999 года № 275-3 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 20.10.2025). Режим доступа: [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30414984&pos=1959;-52#pos=1959;-52](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30414984&pos=1959;-52#pos=1959;-52) (дата обращения 02.08.2025).
18. Волошин И. А., Евдокимова И. С. Квалификация заражения ВИЧ-инфекцией: проблемы теории. *Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Юридические науки*. 2017;3(3):114—7.
19. Сидоренко Н., Мороз С. Женское лидерство в вопросах декриминализации ВИЧ. Евразийская женская сеть по СПИДу. Режим доступа: <https://virusoff.info/resursnyj-tsentr/6410/> (дата обращения 02.10.2025).
20. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении», ст. 46. Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=V19302435> (дата обращения 13.10.2025).
21. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», ст. 11. Режим доступа: <https://base.garant.ru/10104189/> (дата обращения 06.10.2025).
22. Приказ МВД России от 22 ноября 2021 г. № 926 «Об утверждении Порядка принятия решения о продлении либо сокращении срока временного пребывания иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации», ст. 26.6, 26.7. Режим доступа: <https://base.garant.ru/403255272/> (дата обращения 06.10.2025).
23. Toppa S. In the Middle East, Being HIV Positive Is Enough to Deport You. *MIGRATION & LABOR: Panos South Asia Blog on Migrant Labor*, 2017. Режим доступа: <https://migration.panosa.org/migration/hiv-deportation-middle-east-uae-migrants-migration/> (дата обращения 10.11.2025).
24. Международная организации труда. Рекомендация 200: Рекомендация о ВИЧ/СПИДе и сфере труда, 2010. Режим доступа: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed\\_norm/—normes/documents/normativeinstrument/wcms\\_r200\\_ru.htm](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_norm/—normes/documents/normativeinstrument/wcms_r200_ru.htm) (дата обращения 12.10.2025).
25. Юмагузин В. В., Покровская А. В., Калинин А. А., Кашницкий Д. С. О декриминализации мигрантов с ВИЧ-инфекцией: Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ, 2018. Режим доступа: <https://publications.hse.ru/pubs/share/direct/235205042.pdf> (дата обращения 12.10.2025).
26. Глобальная комиссия по ВИЧ и законодательству. Риски, права и здоровье: Дополнение. 2018. Режим доступа: [https://hivlaw-commission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement\\_RU\\_2020.pdf](https://hivlaw-commission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_RU_2020.pdf) (дата обращения 09.10.2025).
27. HIV Criminalization Human Rights Fact Sheet Series 2024. Режим доступа: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/01-hiv-human-rights-factsheet-criminalization\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/01-hiv-human-rights-factsheet-criminalization_en.pdf) (дата обращения 12.10.2025).
28. Симингтон Э., Бернард Э. Продвижение правосудия в связи с ВИЧ 4: понимание общих особенностей, использование возможностей. Сеть правосудия по ВИЧ, г. Амстердам, 2022, июль. Режим доступа: [https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2022/07/АНЖ4\\_RU.pdf](https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2022/07/АНЖ4_RU.pdf) (дата обращения 03.11.2025).
29. Спасеникова Б. А., Черкасов С. Н., Мешков Д. О., Смирнов А. М. О медико-юридических проблемах преступного инфицирования вирусом иммунодефицита человека. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2017;(6):43—52.

Поступила 26.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

## REFERENCES

1. The United Nations (2022). The number of HIV infections in the world is growing again. Available at: <https://news.un.org/ru/story/2022/10/1433267> (accessed 12.10.2025).
2. The State report "On the state of sanitary and epidemiological welfare of the population in the Russian Federation in 2024". Moscow: Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Welfare; 2025. 424 p. Available at: [https://www.rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/b8a/u6lsxjabw032jkd837nlaezxu3ue09m/GD\\_SEB.pdf?ysclid=mkauupc4a3981758171](https://www.rosпотребнадзор.ru/upload/iblock/b8a/u6lsxjabw032jkd837nlaezxu3ue09m/GD_SEB.pdf?ysclid=mkauupc4a3981758171) (accessed 11.11.2025) (in Russian).
3. Reshetnikov A. V., Bogachanskaya N. N., Prisyazhnaya N. V. The problem of HIV infection/AIDS by Russians. *Immunology*. 2018;(2-3):92—100 (in Russian).
4. Borkov V. N. New approaches to the establishment of a criminal law ban. In: Current problems of the doctrine of crime: proceedings of the international scientific conference dedicated to the 90th anniversary of the birth of A. I. Martsev (February 28, 2020) Omsk: Omsk Academy of the Ministry of Internal Affairs of Russia, 2020. 320 p. Available at: <https://dokumen.pub/557e4acf669601f0c0f21cd19883c84a.html> (accessed 02.11.2025) (in Russian).
5. Aдылин Д. М. About the object of HIV infection (Article 122 of the Criminal Code of the Russian Federation). *Gaps in Russian Legislation*. 2017;(7):138—40 (in Russian).
6. Mozhaikskaya L. A. Socio-legal problems of HIV infection prevention/AIDS (criminal law and medical aspects): Dis. ... cand. just. sci. Yekaterinburg; 1993 (in Russian).
7. Kuvshinova V. S. Problems of the practice of applying Articles 121, 122 of the Criminal Code of the Russian Federation. *International Journal of Humanities and Natural Sciences*. 2019;(7-2):125—8. doi: 10.24411/2500-1000-2019-11434 (in Russian).
8. The Law of the Republic of Armenia dated June 18, 2022 No. ZR-144 "On the enactment of the Criminal Code of the Republic of Armenia", art. 123. Available at: [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=35531189](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=35531189) (accessed 13.10.2025).
9. Ter-Hovhannisyann V., Mayilian Zh. Analysis of legal and institutional barriers to access to HIV-related services among migrants in the Republic of Armenia. Yerevan: Regional Expert Group on Migrant Health, 2021. Available at: [https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/12/STUDY\\_Armenia\\_RUS\\_FINAL.pdf](https://migrationhealth.group/wp-content/uploads/2021/12/STUDY_Armenia_RUS_FINAL.pdf) (дата обращения 12.10.2025).

Здоровье и общество

- content/uploads/2021/12/STUDY\_Armenia\_RUS\_FINAL.pdf (accessed 12.10.2025) (in Russian).
10. The Criminal Code of the Republic of Tajikistan dated May 21, 1998 No. 574, art. 125 (as amended as of May 14, 2025): Available at: [https://continent-online.com/Document/?doc\\_id=30397325#pos=1468;-57](https://continent-online.com/Document/?doc_id=30397325#pos=1468;-57) (accessed 02.11.2025).
  11. The Parliament of Tajikistan has toughened penalties for intentional HIV infection. Fergana News: Available at: <https://fergana.media/news/113754/> (accessed 01.09.2025).
  12. The Law of the Kyrgyz Republic dated January 12, 2024 No. 10 "On Public Health". Available at: <https://cbd.minjust.gov.kg/1747/edition/14075/ru> (accessed 01.09.2025).
  13. Yesakov G. A. Commentary to the Criminal Code of the Russian Federation (article-by-article). 7th ed., revision and an additional. Moscow: Prospect; 2017 (in Russian).
  14. Bimbinov A. A. Actual problems of HIV infection qualification. *Current Problems of Russian Law*. 2022;17(11):111–23. doi: 10.17803/1994-1471.2022.144.11.111-123 (in Russian).
  15. Yani P. S. The end of the crime. *Legality*. 2016;(10):45–51. Available at: <https://base.garant.ru/57228496/> (in Russian).
  16. Rastoropov S. V., Adylin D. M. On the issue of the subjective side of HIV infection (parts 1–3 of art. 122 of the Criminal Code of the Russian Federation). *Bulletin of the Samara Law Institute*. 2018(3):52–6 (in Russian).
  17. Criminal Code of the Republic of Belarus No. 275-Z dated July 9, 1999 (with amendments and additions as of 10/20/2025). Available at: [https://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30414984&pos=1959;-52#pos=1959;-52](https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30414984&pos=1959;-52#pos=1959;-52) (accessed 02.08.2025).
  18. Voloshin I. A., Evdokimova I. S. Qualification of HIV infection: problems of theory. *Scientific notes of the V. I. Vernadsky Crimean Federal University. Legal sciences*. 2017,3(3):114–7 (in Russian).
  19. Sidorenko N., Moroz S. Women's leadership in HIV decriminalization. Eurasian Women's Network on AIDS: Available at: <https://virusoff.info/resursnyj-tsentr/6410/> (in Russian).
  20. Law of the Akon of the Republic of Belarus dated June 18, 1993 No. 2435-XII "On Healthcare", Article 46: Available at: <https://etalon-line.by/document/?regnum=V19302435> (accessed 13.10.2025).
  21. Federal Law No. 38-FZ of March 30, 1995 "On preventing the spread of human immunodeficiency virus (HIV) infection in the Russian Federation", Article 11. Available at: <https://base.garant.ru/10104189/> (accessed 06.10.2025) (in Russian).
  22. Order of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation No. 926 dated November 22, 2021 "On Approval of the Procedure for Making a Decision on Extending or Reducing the Period of Temporary Stay of a Foreign Citizen or stateless Person in the Russian Federation", Articles 26.6, 26.7. Available at: <https://base.garant.ru/403255272/> (accessed 06.10.2025) (in Russian).
  23. Toppa S. In the Middle East, Being HIV Positive Is Enough to Deport You. MIGRATION & LABOR: Panos South Asia Blog on Migrant Labor, 2017. Available at: <https://migration.panosa.org/migration/hiv-deportation-middle-east-uae-migrants-migration/> (accessed 10.11.2025).
  24. International Labour Organization. Recommendation 200: HIV recommendation/AIDS and the World of Work, 2010: Available at: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms\\_r200\\_ru.htm](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/normativeinstrument/wcms_r200_ru.htm) (accessed 12.10.2025).
  25. Yumaguzin V. V., Pokrovskaya A. V., Kalinin A. A., Kashnitsky D. S. *On decriminalization of migrants with HIV infection: East European and Central Asian Association of People Living with HIV*, 2018. Available at: <https://publications.hse.ru/pubs/share/direct/235205042.pdf> (in Russian).
  26. Global Commission on HIV and the Law. *Risks, rights and health: Supplement — 2018*. Available at: [https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement\\_RU\\_2020.pdf](https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_RU_2020.pdf) (accessed 09.10.2025) (in Russian).
  27. HIV Criminalization Human Rights Fact Sheet Series 2024 : Available at: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/01-hiv-human-rights-factsheet-criminalization\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/01-hiv-human-rights-factsheet-criminalization_en.pdf) (accessed 12.10.2025).
  28. Symington E., Bernard E. Promoting justice in connection with HIV 4: understanding common features, using opportunities. HIV Justice Network, Amsterdam, 2022 Available at: [https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2022/07/AHJ4\\_RU.pdf](https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2022/07/AHJ4_RU.pdf) (accessed 12.10.2025).
  29. Spasennikova B. A., Cherkasov S. N., Meshkov D. O., Smirnov A. M. On Medical and Legal Problems of Criminal Infection by the Virus of Human Immunodeficiency. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2017;(6):43–52 (in Russian).

Опарин Э. В.

**ПЕРСПЕКТИВЫ РОССИИ В РАЗВИТИИ ВЪЕЗДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА ИЗ СТРАН ПЕРСИДСКОГО ЗАЛИВА**

ООО «Мой Медицинский Центр Высокие Технологии», 188632, Ленинградская область, Юкковское сельское поселение, территория Клиника Белоостров

Статья посвящена исследованию перспектив привлечения медицинских туристов в Россию из стран Персидского залива. Российская система здравоохранения обладает рядом конкурентных преимуществ для привлечения медицинских туристов из зарубежных стран, среди которых наличие высококвалифицированного медицинского персонала, передовых технологий, высокий уровень цифровизации здравоохранения и возможность оказывать высокотехнологичную помощь по сравнительно низким ценам на аналогичные услуги, что в совокупности позволяет удовлетворять спрос населения стран Персидского залива на медицинскую помощь. Сравнительный анализ систем здравоохранения стран Персидского залива и России показал, что российское здравоохранение по многим показателям превосходит здравоохранение стран Персидского залива. Россия имеет репутацию страны, предлагающей самые современные методы лечения по более низким ценам. Однако въездной медицинский туризм в нашей стране развит недостаточно. Исследование перспектив привлечения медицинских туристов из стран Персидского залива показало наличие потенциала для развития въездного медицинского туризма.

**Ключевые слова:** медицинский туризм; система здравоохранения; страны Персидского залива; факторы выталкивания; факторы притяжения; сектор здравоохранения; медицинская помощь; потенциал привлечения медицинских туристов.

**Для цитирования:** Опарин Э. В. Перспективы России в развитии въездного медицинского туризма из стран Персидского залива. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):298—304. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-298-304>

**Для корреспонденции:** Опарин Эдуард Валерьевич; канд. экон. наук, специалист в области здравоохранения, туризма и менеджмента ООО «Мой Медицинский Центр Высокие Технологии», e-mail: [eduard.oparin@mail.ru](mailto:eduard.oparin@mail.ru)

Опарин Е. В.

**THE PERSPECTIVES OF RUSSIA IN DEVELOPMENT OF ENTRANCE MEDICAL TOURISM FROM THE COUNTRIES OF THE PERSIAN GULF**

The Society with Limited Liability “My Medical Center High Technologies”, 188632, the Leningrad Oblast, Yukka rural settlement, the territory of the Beloostrov Clinic, Russia

The article is devoted to the study of the prospects of attracting medical tourists into Russia from the Persian Gulf countries. The Russian health care system has a number of competitive advantages to attract medical tourists from foreign countries: availability of highly qualified medical personnel, advanced technologies, high level of digitization of health care and possibility to provide high-tech medical care at relatively low prices for similar services. All this, in the aggregate, permits to meet the demand of the population of the Persian Gulf countries for medical care. The comparative analysis of the health care systems of the Persian Gulf countries and Russia demonstrated that Russian health care by many indicators surpasses health care systems of the Persian Gulf countries. The Russia has reputation of the country proposing the utmost modern methods of treatment by lower prices. However, and the level of qualification of medical workers, has a reputation as a country offering the most modern methods of treatment at lower prices. However, in our country, entrance medical tourism is developed insufficiently. The study of the prospects for attracting medical tourists from the Persian Gulf countries demonstrated availability of potential to develop entrance medical tourism.

**Keywords:** medical tourism; health care system; Persian Gulf countries; push factors; pull factors; health care sector; medical care; potential for attracting medical tourists.

**For citation:** Oparin E. V. The perspectives of Russia in development of entrance medical tourism from the countries of the Persian Gulf. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):298—304 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-298-304>

**For correspondence:** Oparin E. V., candidate of economical sciences, the Specialist in the field of health care, tourism and management of the Society with Limited Liability “My Medical Center High Technologies”. e-mail: [eduard.oparin@mail.ru](mailto:eduard.oparin@mail.ru)

**Conflict of interests.** The author declares absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 06.10.2025  
Accepted 12.01.2026**Введение**

Медицинский туризм — одна из быстрорастущих отраслей мировой экономики. По данным Ассоциации медицинского туризма, около 14 млн человек ежегодно выезжают за границу для получения медицинской помощи. Мировой рынок медицинского туризма достиг 47,09 млрд долларов в 2024 г. и, как ожидается, достигнет 230,35 млрд долларов к 2033 г.<sup>29</sup> Мировые доходы от медицинского туриз-

ма с 2009 по 2022 г. выросли с 24,2 млрд (в ценах 2023 г.) до 27,9 млрд долларов [1].

Отрасль медицинского туризма обеспечивает значительные экономические преимущества для принимающих стран. Поток иностранных пациен-

<sup>29</sup> Global Medical Tourism Market — 2025—2033. Режим доступа: <https://www.marketresearch.com/DataM-Intelligence-4Market-Research-LLP-v4207/Global-Medical-Tourism-39813274/> (дата обращения 15.04.2025).

тов напрямую влияет на доходы медицинских учреждений в принимающей стране, повышает уровень использования мощностей, стимулирует рост занятости, диверсифицирует источники дохода [2]. Помимо сектора здравоохранения, медицинский туризм оказывает волновой эффект на другие отрасли экономики, распространяясь на сектор гостеприимства, транспорт и др., тем самым способствуя экономическому росту.

В связи с этим многие страны разработали национальные программы по развитию медицинского туризма и все большее число медицинских учреждений разной формы собственности включают стратегию медицинского туризма в свои планы развития [1].

Россия в настоящее время находится лишь на 41-м месте по привлекательности для медицинских туристов. Однако при условии пересмотра стратегии развития этого сектора здравоохранения и продвижения отечественных медицинских услуг на мировой рынок Россия уже к 2030 г. может занять на нем лидирующие позиции, а отечественный рынок медицинского туризма может вырасти в 2 раза по количеству пациентов и более чем в 3 раза в денежном выражении<sup>30</sup>.

Основная цель работы — исследование перспектив привлечения медицинских туристов в Россию из стран Персидского залива (ПЗ).

Данная статья продолжает цикл статей, посвященных анализу перспективных направлений для привлечения медицинских туристов.

### Материалы и методы

Медицинский туризм формируется сложным взаимодействием множества медицинских, экономических, социальных и политических факторов [3]. С целью анализа перспективных направлений для привлечения медицинских туристов в работе использована концепция мотивации «выталкивания и притяжения» («push and pull»), сформулированная Г. Дэнном [4]. Факторы «выталкивания» определяются как факторы, подталкивающие пациентов к выбору зарубежного направления лечения вместо получения медицинской помощи в стране проживания. Факторы «притяжения» представляют собой факторы, привлекающие пациентов к месту лечения [5] и формирующие предложение медицинских услуг для иностранных пациентов (въездной медицинский туризм).

Большинство научных работ в сфере медицинского туризма сосредоточены на анализе факторов притяжения медицинских туристов и предложения медицинских услуг. Этой цели, в частности, служит индекс медицинского туризма (Medical tourism index, МТИ), который сфокусирован на ключевых факторах, мотивирующих пациентов выбрать кон-

кретное международное направление: популярность и доверие туристов, качество медицинских учреждений, аккредитация больниц, расходы на здравоохранение, экономическая стабильность и общая обстановка в стране<sup>31</sup>.

Гораздо менее исследованы факторы, которые побуждают людей выезжать на лечение за границу. К основным факторам выталкивания относятся [2]: высокая стоимость медицинских услуг в стране основного проживания (разница в стоимости медицинской услуги может достигать 2—3 раз при сопоставимом уровне качества); длительные сроки ожидания медицинской услуги, которые могут достигать нескольких месяцев, в результате чего пациенту проще получить медицинскую помощь в другой стране; невозможность получения качественных высокотехнологичных медицинских услуг в своей стране; недоступность медицинской услуги из-за законодательного запрета или ограничения на ее получение.

Факторы выталкивания в одной стране могут стать факторами притяжения в другой стране. Выявление и анализ факторов выталкивания в контексте медицинского туризма могут способствовать привлечению медицинских туристов в другую страну.

### Результаты исследования

#### *Обзор систем здравоохранения стран Персидского залива и выявление факторов выталкивания*

Расходы на здравоохранение как доля в ВВП варьируют в странах ПЗ от 2,18% в Катаре до 5,35% в Иране (для сравнения, в России данный показатель составляет 6,92%). При этом самые низкие расходы на здравоохранение на душу населения в Ираке (0,47 тыс. долларов) и Иране (0,97 тыс. долларов), а самые высокие — в Объединенных Арабских Эмиратах (ОАЭ; 3,81 тыс. долларов) и Саудовской Аравии (СА; 3,1 тыс. долларов; табл. 1)

Прогнозируется, что расходы на здравоохранение в странах ПЗ к 2027 г. вырастут в среднем на 5,4% от уровня 2022 г., что свидетельствует о значимости данного сектора для экономик стран ПЗ, стремящихся к экономической диверсификации в условиях политической нестабильности в регионе и волатильности цен на нефть<sup>32</sup>.

Все граждане стран Совета сотрудничества арабских государств Персидского залива (ССАГПЗ), куда не входят Иран и Ирак, имеют всеобщее медицинское страхование, которое позволяет им получать доступ к медицинским услугам с минимальными или нулевыми расходами [6]. Несмотря на всеобщее медицинское обеспечение, в странах ССАГПЗ регистрируются значительные личные расходы на-

<sup>31</sup> МТИ. Methodology. Режим доступа: <https://www.medicaltourism.com/mti/methodology> (дата обращения 15.04.2025).

<sup>32</sup> UAE Increases Health Funding In 2025 Budget, Local Addressable Market To Expand. Режим доступа: <https://www.fitchsolutions.com/bmi/infrastructure/uae-increases-health-funding-2025-budget-local-addressable-market-expand-17-10-2024> (дата обращения 29.04.2025).

<sup>30</sup> В России запустят проект по развитию медицинского туризма. Режим доступа: <https://iz.ru/1885316/2025-05-13/v-rossii-zapustiat-proekt-po-razvitiu-meditsinskogo-turizma> (дата обращения 15.04.2025).

Таблица 1

## Общая характеристика систем здравоохранения в странах ПЗ и России

Показатель	Иран	ОАЭ	СА	Оман	Кувейт	Катар	Бахрейн	Ирак	РФ
Расходы на здравоохранение, % от ВВП (2022)	5,35	4,68	4,62	2,92	4,27	2,18	3,84	5,25	6,92
Расходы на здравоохранение на душу населения, рассчитаны по паритету покупательной способности (ППС), тыс. долл.	0,97	3,81	3,10	1,18	2,42	2,32	2,26	0,47	2,45
Личные расходы населения на медицину, % от расходов на здравоохранение	39,08	12,29	11,02	7,48	11,54	7,73	23,47	47,83	27,7
Численность населения, млн человек	90,61	10,64	33,26	5,05	4,84	2,98	1,57	45,07	144,4
Продолжительность жизни, лет	77,6	82,9	78,3	80	83,2	82,4	81,3	72,3	73,3
Население возраста 65+, % от общей численности	9,2	1,9	3,3	3,2	3,3	1,7	4,1	4,4	18,5
ВВП на душу населения, ППС, тыс. долл. (2023)	17,66	76,11	61,10	42,52	51,56	128,92	63,5	14,11	44,12
Число врачей, на 10 тыс. населения	15,05	29,1	34,8	19,92	22,73	25,04	7,4	10,22	51,1
Число медсестер, на 10 тыс. населения	19,7	61,9	62,3	46,61	45,5	72,5	26,48	26,5	70,4

Примечание. Составлено автором по данным World Health Organization. Data. Режим доступа: <https://data.who.int/countries/>; World Bank. Data. Режим доступа: <https://data.worldbank.org/indicator> (дата обращения 29.04.2025).

Таблица 2

## Основные причины смертности в странах ПЗ (на 100 тыс. населения)

Заболевание	Иран	ОАЭ	СА	Оман	Кувейт	Катар	Бахрейн	Ирак	РФ
Ишемическая болезнь сердца	87,9	25,3	47,2	55,2	14,2	21,3	67,6	81	341
Инсульт	37,8	11,3	9,1	22,3	6,7	10,8	31,3	53,9	207,9
Гипертоническая болезнь сердца	16,9		20,7	12,6	5,3		9,3		
Онкология (рак желудка, легкого, молочной железы и пр.)	27,3	3,1	0	0	10,8	11,4	0	0	64,6
Сахарный диабет	14	7	13,7	14,8	6,7	19,1	53,4	17,4	26
Заболевания почек	12,6	5,5	21,1	13,1	5	10,7	21,5	14,7	0

Примечание. Рассчитано автором по данным World Health Organization. Data. Режим доступа: <https://data.who.int/countries/> (дата обращения 29.04.2025).

селения на медицину. В 2022 г. эти расходы варьировали от 7,48% расходов на здравоохранение в Омане до 23,47% в Бахрейне, что существенно ниже личных расходов населения на медицинские услуги в Иране и Ираке, где они достигают 40—48% от общих расходов на здравоохранение.

Ключевыми показателями эффективности системы здравоохранения являются показатели здоровья населения [7]. В странах ПЗ достаточно высокие показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (табл. 2).

А показатели распространенности диабета в странах ПЗ значительно превышают общемировой показатель: 18,3% в СА, 15,4% в ОАЭ, 22% в Кувейте, 15,7% в Омане, 15,5% в Катаре и 16,3% в Бахрейне. Распространенность ожирения, существенного фактора риска рака и сердечно-сосудистых заболеваний, в странах ПЗ достигает 23,7%, что значительно выше, чем в среднем по миру (12,91%) [6], в том числе ожирением страдают 37% населения Кувейта, 35% населения СА, 34% населения Катара<sup>33</sup>.

Несмотря на улучшения в диагностике и лечении, уровень смертности от рака в странах ПЗ, по данным Всемирной организации здравоохранения, очень высок. Так, 5-летняя выживаемость при раке в регионе составляет в среднем 60% по сравнению с 80% в странах с высоким уровнем дохода. К проблемам относятся ограниченный доступ к передовым методам лечения и поздняя диагностика — 45% слу-

чаев рака в странах ПЗ диагностируются на III или IV стадии, что снижает эффективность лечения.

Кроме того, в странах ПЗ наблюдается острая нехватка специалистов онкологического профиля: на 100 тыс. населения приходится всего 2,1 онколога по сравнению со средним показателем в мире 3,8 на 100 тыс.<sup>34</sup>

Кроме того, в странах ПЗ распространены близкородственные браки, что приводит к высоким показателям генетических заболеваний [6].

Во всех странах ПЗ к 2030 г. прогнозируется существенный рост населения, для удовлетворения спроса которого на медицинские услуги необходимо увеличение числа медицинских работников. Нехватка медицинских работников, особенно врачей и медицинских сестер, наблюдается во всех странах [8, 9], о чем свидетельствуют показатели числа врачей и медсестер на 10 тыс. населения (см. табл. 1).

В то же время страны ПЗ, прежде всего ОАЭ, занимают ведущие позиции в сфере медицинского туризма. Для развития сектора въездного медицинского туризма страны ПЗ вкладывают значительные средства в роскошные медицинские учреждения и современные больницы, в развитие инфраструктуры здравоохранения, а сотрудничество с международными организациями в сфере медицинского туризма способствует позиционированию этих стран как региональных центров медицинского туризма.

Конкурируя на рынке медицинского туризма со своими ближайшими соседями, предлагающими медицинские услуги по более низким ценам (Турция), богатые страны ПЗ (прежде всего ОАЭ) фокусиру-

<sup>33</sup> Advancing Oncology in the GCC: Challenges, Achievements, and the Path Forward. Режим доступа: <https://opalbiopharma.com/advancing-oncology-in-the-gcc-challenges-achievements-and-the-path-forward/> (дата обращения 29.04.2025).

<sup>34</sup> Там же.

Таблица 3

**Направления и мотивы получения медицинской помощи за рубежом жителями стран ПЗ**

Страна	Мотивы и направления получения медицинской помощи за рубежом	Страны медицинского туризма
Катар*	Необходимость в специализированном лечении, недоверие к отечественной системе здравоохранения и убежденность в лучшем лечении за рубежом	США, развитые страны Европы, Египет, Таиланд
ОАЭ**	Экономия денежных средств, необходимость в специализированной системе здравоохранения и убежденность в лучшем лечении за рубежом [10, 11]	Турция, Сингапур, Ю. Корея и Таиланд (люди со средним доходом), США, Германия (с высоким доходом)
СА	Получение высокотехнологичной помощи, сохранение конфиденциальности (репродуктивные проблемы)	США, Германия, Великобритания и Канада, Пакистан, Филиппины, Египет***
Кувейт	Экономия денежных средств, получение высокотехнологичной помощи [12]	Великобритания, США (в случае оплаты государством), Чехия, Словакия, Турция, Индия, Шри-Ланка**
Оман	Недоверие к отечественной системе здравоохранения, ожидание более высокого уровня сервиса за рубежом, долгие сроки ожидания лечения [13]	Германия и другие страны ЕС, Иран, Таиланд
Иран	Отсутствие некоторых видов высокотехнологичной помощи, долгое ожидание, ценовая недоступность медицинской помощи для населения со средними и низкими доходами, недоступность некоторых видов лекарств	Важным фактором при выборе места лечения является религиозное сходство и уважение религиозных убеждений в лечении, что ограничивает выбор мест для медицинского туризма [14, 15]
Ирак	Недоступность широкого спектра видов медицинской помощи.	Иордания, Турция, Индия

\* Qatar's medical offices abroad linked with Health Ministry. Режим доступа: <https://thepeninsulaqatar.com/article/27/03/2016/Qatar's-medical-offices-abroad-linked-with-Health-Ministry> (дата обращения 20.04.2025).

\*\* Overseas Medical Treatment from UAE: A Rising Trend for Quality and Affordable Care. Режим доступа: <https://humancareworldwide.com/overseas-medical-treatment-services/overseas-medical-treatment-from-uae/#:~:text=Why%20Middle%20Class%20Residents%20Seek,be%20prohibitively%20high%20for%20many>

\*\*\* Country Focus : Saudi Arabia. Режим доступа: <https://www.healthcaremea.com/country-focus-saudi-arabia/> (дата обращения 20.04.2025).

\*4 Czech Republic, Slovakia, Turkey top medical tourism destination for Kuwait residents. Режим доступа: <https://kuwaittimes.com/czech-republic-slovakia-turkey-top-medical-tourism-destination-for-kuwait-residents/> (дата обращения 20.04.2025).

ются на удовлетворении потребностей более состоятельных пациентов, предъявляющих спрос на эксклюзивное, высококачественное лечение, на уникальные или передовые медицинские услуги для сложных и редких заболеваний, которые еще не доступны или ограничены в других странах, на самые новейшие технологии и высочайший уровень сервиса. Пациентская база ОАЭ включает богатые страны ПЗ, такие как СА, Катар, Оман и Бахрейн, а также Китай и Россию, в то время как Иран и Турция сосредоточены на соседних и развивающихся странах, таких как Азербайджан, Ирак, Тунис и Балканские страны<sup>35</sup>. Дубай (ОАЭ), который одновременно

является центром торговли, финансовых услуг и инвестиций в элитную недвижимость, предлагает медицинским туристам знакомство с культурой, религией, едой, отдых на море, осмотр достопримечательностей и шопинг [3].

В то же время культурный и политический ландшафт таких стран, как СА или Иран, создают проблемы для привлечения медицинских туристов из некоторых западных стран. Строгие дресс-коды, консервативные общественные нормы могут отпугивать потенциальных пациентов. Кроме того, правовая система страны, воспринимаемая как более строгая, может не соответствовать предпочтениям западных медицинских туристов<sup>36</sup>.

Несмотря на то что богатые страны ПЗ в последние годы превратились в глобальные центры высококачественной медицинской помощи, привлекающие медицинских туристов из многих стран мира, правительства Катара, Бахрейна, Кувейта, Омана, СА и ОАЭ частично удовлетворяют потребности своих граждан в медицинской помощи, финансируя их лечение за рубежом. Основные мотивы жителей стран ПЗ и направления получения ими медицинской помощи за рубежом представлены в табл. 3.

*Факторы притяжения России как направления медицинского туризма*

*Доверие и известность*

По индексу здравоохранения (Health Care Index, HCI), который ранжирует системы здравоохранения 110 стран мира, российское здравоохранение в 2024 г. находилось на 42-м месте, уступая по суммарному индексу среди стран ПЗ только здравоохранению ОАЭ и СА, по подиндексу «инфраструктура и квалификация специалистов» — только Кувейту, по подиндексу «доступность и стоимость» — СА (табл. 4). В то же время по привлекательности для иностранных медицинских туристов, что отражает индекс медицинского туризма, Россия уступает почти всем странам ПЗ, кроме Ирана, Ирака и Кувейта.

*Технологическая и ценовая доступность*

В России можно получить лечение по любому медицинскому профилю, однако флагманскими направлениями являются кардиохирургия, онкология, нейрохирургия и травматология<sup>37</sup>. Кроме того, Россия имеет репутацию страны, предлагающей самые современные методы лечения по более низким це-

<sup>35</sup> Medical tourism in the UAE surges ahead: Market looks to cross USD 2 billion by 2033. Режим доступа: <https://www.theweek.in/news/middle-east/2025/01/27/medical-tourism-in-the-uae-surges-ahead-market-looks-to-cross-usd-2-billion-by-2033.html> (дата обращения 20.04.2025).

<sup>36</sup> Country Focus: Saudi Arabia. Режим доступа: <https://www.healthcaremea.com/country-focus-saudi-arabia/> (дата обращения 20.04.2025).

<sup>37</sup> Развитие экспорта медицинских услуг: эксперты отрасли подвели промежуточные итоги. Режим доступа: <https://www.zdravoexpo.ru/ru/media/news/index.php?id4=19609> (дата обращения 15.04.2025)

Таблица 4

## Россия и страны ПЗ в рейтинге систем здравоохранения и медицинского туризма

Рейтинг	Страна	Индекс здравоохранения (НСИ) на 2024 г.	Подиндексы НСИ			Индекс медицинского туризма на 2021 г.
			инфраструктура и квалификация специалистов	доступность и стоимость медицинских услуг	индекс готовности правительства	
17	ОАЭ	52,3	78,93	66,04	60,94	71,85 (Дубай) 70,26 (Абу-Даби)
37	СА	44,43	83,38	87,03	98,43	63,32
42	Россия	42,31	88,12	72,84	91,25	60,17
54	Бахрейн	38,48	72,36	55,97	67,42	63,65
66	Оман	35,85	45,46	40,81	43,32	69,03
73	Кувейт	34,78	96,34	66,82	82,83	54,84
75	Катар	34,63	70,82	53,3	59,3	61,13
79	Ирак	33,84	70,73	52,88	64,43	
92	Иран	28,2	70,1	51,61	51,77	44,38

Примечание. Составлено автором по данным Medical Tourism Index (MTI). Режим доступа: [https://assets.websitefiles.com/5d8aac42c851d2d6528d50d4/5f0df13e57906e9f895e3767\\_2020-2021%20Medical%20Tourism%20Index%20Overall%20Ranking.pdf](https://assets.websitefiles.com/5d8aac42c851d2d6528d50d4/5f0df13e57906e9f895e3767_2020-2021%20Medical%20Tourism%20Index%20Overall%20Ranking.pdf) (дата обращения 15.04.2025); Countries With The Best Health Care Systems, 2024. Режим доступа: <https://ceoworld.biz/2024/04/02/countries-with-the-best-health-care-systems-2024/> (дата обращения 15.04.2025).

Таблица 5

## Цены на хирургические операции в ОАЭ и других странах в 2025 г. (в тыс. долларов)

Название операции	ОАЭ	Турция	Израиль	США	Россия (по курсу на 30.04.2025)
Аортокоронарное шунтирование	16,35	13,9	28,0	123,0	13,1—34,4
Ангиопластика	8,2	4,8	7,5	28,2	6,6—14,4
Замена сердечного клапана	20,5	17,2	28,5	170,0	13,1—32,2
Замена тазобедренного сустава	16,5	13,9	36,0	40,36	3,5—9,4
ЭКО	9,5	5,2	5,5	12,4	7,4—15,3
Маммопластика	8,17	4,5	3,8	6,4	7,4—14,4
Ринопластика	7,7	3,1	4,5	6,5	12,3—19,7
Онкология (робот-ассистированная радикальная цистпростатэктомия с расходными материалами)	12,350	4,700	8,100	18,700	2,89—7,39

Примечание. Составлено автором по Erlach Z. Healthcare for foreigners in the UAE: is healthcare good in United Arab Emirates. Immigrant invest. 2025. Режим доступа: <https://immigrantinvest.com/blog/uae-healthcare-en/>; <https://www.edhacare.com/ru/blogs/breast-cancer-treatment-cost-in-uae/> и по официальным сайтам медицинских клиник России: Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова. Режим доступа: <https://uro-andro.ru/price/>; Клиники аортальной и сердечно-сосудистой хирургии Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова. Режим доступа: <https://www.dockomarov.ru/prays/> (дата обращения 30.04.2025).

нам, чем во многих странах, включая США и ряд стран Ближнего Востока (табл. 5).

Однако въездной медицинский туризм в России развит слабо. Даже до начала 2022 г. около 80% потока медицинских туристов составляли русскоязычные граждане стран СНГ, большинство из которых проходили обязательный медицинский осмотр для получения патента или разрешения на работу в Рос-

сии. После резкого спада в 2022 г. приток иностранных туристов начал восстанавливаться в 2023 г. и продолжил восстановительный рост в 2024 г. Главными драйверами роста туристического потока в 2023—2024 гг. стало расширение авиасообщения с целым рядом ключевых стран, прежде всего ОАЭ и Китаем. Из стран ПЗ заметно увеличился приток туристов из ОАЭ, СА, Ирана. Всего в 2024 г. в Россию

Таблица 6

## Потенциал стран ПЗ для привлечения медицинских туристов в Россию

Страна	Распространенность заболеваний	Недоступность лечения в стране проживания		Уровень жизни населения	Численность населения страны	Легкость логистики	Потенциал для привлечения
		физическая	ценовая				
Катар	+	++	+	+++	Крайне низкое значение показателя	+	Средний
ОАЭ	+	++	+	++	+	++	Высокий
СА	++	++	+	++	+	++	Высокий
Кувейт	+	++	+	+	Крайне низкое значение показателя	+	Низкий
Оман	++	++	+	+	То же	++	Средний
Бахрейн	+++	++	+	++	« «	+	Высокий
Иран	+++	+++	++	Крайне низкое значение показателя	+++	++	Очень высокий
Ирак	+++	+++	++		++	Крайне низкое значение показателя	Высокий

Примечание. ++ — среднее значение показателя, +++ — высокое значение показателя.

Здоровье и общество

из стран ПЗ (ОАЭ, СА, Кувейт, Катар, Оман, Бахрейн) приехало в Россию почти 163,7 тыс. туристов. В сравнении с допандемийным 2019 г. туристический поток вырос на 365%. При этом количество туристов из ОАЭ выросло почти в 3 раза, из СА увеличилось в 13 раз, из Кувейта — в 7 раз, из Катара — в 4 раза, из Омана — в 5 раз, из Бахрейна — в 6 раз. Увеличению туристического потока из стран ПЗ способствуют установление прямого авиасообщения с рядом стран и упрощение визового режима.

Потенциал привлечения медицинских туристов по направлениям кардиология и онкология в данной статье оценен по следующим показателям: распространенность заболеваний (низкая, средняя, высокая); физическая недоступность высокотехнологичного лечения по причинам длительных сроков ожидания, нехватки специалистов, недоступности передовых технологий (низкая, средняя, высокая); ценовая недоступность из-за высокой стоимости для пациентов со средним и низким уровнем дохода (низкая, средняя, высокая); уровень жизни населения в сравнении с уровнем жизни в России (ниже, равен, выше); численность населения страны; относительная легкость логистики.

По оценке автора, очень высоким потенциалом привлечения медицинских туристов из стран ПЗ обладает Иран, высоким потенциалом — ОАЭ, СА, Бахрейн, Ирак, средним — Оман, Катар, низким — Кувейт (табл. 6).

Обладая конкурентными преимуществами по цене, для привлечения медицинских туристов из стран ПЗ России нужно расширять международное сотрудничество, упрощать логистику, включая визовый режим, увеличивать инвестиции в современные медицинские технологии и персонал отечественных клиник.

### Заключение

Несмотря на то что страны ПЗ в последние годы превратились в глобальные центры высококачественной медицинской помощи, привлекающие медицинских туристов из многих стран мира, спрос населения этих стран частично удовлетворяется за счет выездного медицинского туризма.

Факторами, мотивирующими пациентов из стран ПЗ обращаться за медицинской помощью в зарубежных клиниках, являются потребность в эксклюзивном, высококачественном лечении, уникальных или передовых медицинских услугах для самых состоятельных пациентов, высокая стоимость лечения в стране проживания для пациентов со средним уровнем дохода.

Факторы выталкивания формируются на основе объективных причин (цена, доступность медицинской помощи и др.) и субъективного восприятия пациентами качества медицины в стране проживания. Для многих стран ПЗ характерно недоверие к собственной системе здравоохранения, что в значительной степени формирует спрос населения этих стран на выездной медицинский туризм.

Российская система здравоохранения обладает рядом факторов притяжения для привлечения медицинских туристов из зарубежных стран, среди которых наличие высококвалифицированного медицинского персонала, передовых технологий, высокий уровень цифровизации здравоохранения и возможность оказывать высокотехнологичную помощь по сравнительно низким ценам на аналогичные услуги, что в совокупности позволяет удовлетворять спрос населения стран ПЗ на медицинскую помощь.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Gholipour H. F., Esfandiari K. Does medial tourism promote growth in healthcare sector? *Eur. J. Health Econ.* 2025;26:233—41. doi: 10.1007/s10198-024-01700-3
2. Chang Y. C., Ayob N. H. Medical Tourism Travel Motivations: The Push and Pull Driving Forces. *Int. J. Acad. Res. Busin. Soc. Sci.* 2024;11(14):1770—87. doi: 10.6007/IJARBS/v14-i11/23404
3. Medhekar A., Haq F. Medical Tourism Development in Dubai: Managing Challenges and Opportunities. *Glob. J. Busin. Soc. Sci. Rev.* 2016;4(4):20—8.
4. Dann G. Tourist motivation: an appraisal. *Ann. Tourism Res.* 1981;8(2):187—219. doi: 10.1016/0160-7383(81)90082-7
5. Alnakhi W. K., Segal J. B., Frick K. D., Ahmed S., Morlock L. Motivational factors for choosing treatment destinations among the patients treated overseas from the United Arab Emirates: results from the knowledge, attitudes and perceptions survey 2012. *Trop. Dis. Travel Med. Vaccines.* 2019 Sep 18;5:18. doi: 10.1186/s40794-019-0093-9
6. AlRuthia Y., Aldallal S., Al-Abdulkarim H. A., Al-Jedai A., Almuaiheem H., Hamad A., et al. Healthcare systems and health economics in GCC countries: informing decision-makers from the perspective of the Gulf health economics association. *Front. Public Health.* 2025 Mar 25;13:1510401. doi: 10.3389/fpubh.2025.1510401
7. Tandon A., Murray C., Lauer J. A., Evans D. B. Measuring Overall Health System Performance For 191 Countries. GPE Discussion Paper Series: No. 30 EIP/GPE/EQC World Health Organization. Режим доступа: [https://f.hubspotusercontent20.net/hubfs/2325471/Inspectorio\\_Dec2021/pdf/paper30.pdf](https://f.hubspotusercontent20.net/hubfs/2325471/Inspectorio_Dec2021/pdf/paper30.pdf)
8. A'aqoulah A., Albalas S., Albalas M., Alherbish R. A., Innab N. Comparative Analysis and Spatial Distribution of the Primary Health Care Centers and Health Manpower Across Saudi Arabia Using Shapiro-Wilk Test. *J. Multidisciplin. Healthcare.* 2024;17:4851—61. doi: 10.2147/JMDH.S490128
9. Alshamsi A. I. A review of the United Arab Emirates healthcare systems on medical tourism and accreditation. *Front. Health Serv.* 2024;4:1329252. doi: 10.3389/frhs.2024.1329252
10. Ahmed G., Al Amiri N., Khan W. Outward Medical Tourism: A Case of UAE. *Theor. Econ. Lett.* 2018;8:1368—90. doi: 10.4236/tel.2018.87088
11. Al-Shamsi H. O. Factors Influencing Seeking Cancer Care Abroad for UAE Citizens. In: Al-Shamsi, H.O. (ed.). *Cancer Care in the United Arab Emirates*. Singapore: Springer; 2024. doi: 10.1007/978-981-99-6794-0\_8
12. Bader A. H., Alsaifi S., Khaja A. Medical Tourism Overseas: A Challenge to Kuwait's Healthcare System. *Int. J. Travel Med. Global Health.* 2020;1:22—30. doi: 10.34172/IJTMGH.2020.04
13. Shaaibi R. Motives for Medical Tourism Amongst Cancer Patients in Oman: A Perspective From Patient's Point of View. *Columbia Univ. J. Global Health.* 2019;9. doi: 10.52214/theucjgh.v9i1.7827
14. Chelliah S., Khan M. J., Atabakhshi Kashi A. B. Antecedents of perceived beneficial destination image: a study on Middle-Eastern medical tourists visit Iran. *Int. J. Pharm. Healthcare Market.* 2021;1(15):43—63. doi: 10.1108/IJPHM-07-2018-0039
15. Zahra D., Abbaspour A., Rahimian H. Training for Medical Tourism in Iran. *Int. J. Travel Med. Global Health.* 2017;5:77—83. doi: 10.15171/ijtmgh.2017.17

## REFERENCES

1. Gholipour H. F., Esfandiari K. Does medical tourism promote growth in healthcare sector? *Eur. J. Health Econ.* 2025;26:233–41. doi: 10.1007/s10198-024-01700-3
2. Chang Y. C., Ayob N. H. Medical Tourism Travel Motivations: The Push and Pull Driving Forces. *Int. J. Acad. Res. Busin. Soc. Sci.* 2024;11(14):1770–87. doi: 10.6007/IJARBS/v14-i11/23404
3. Medhekar A., Haq F. Medical Tourism Development in Dubai: Managing Challenges and Opportunities. *Glob. J. Busin. Soc. Sci. Rev.* 2016;4(4):20–8.
4. Dann G. Tourist motivation: an appraisal. *Ann. Tourism Res.* 1981;8(2):187–219. doi: 10.1016/0160-7383(81)90082-7
5. Alnakhi W. K., Segal J. B., Frick K. D., Ahmed S., Morlock L. Motivational factors for choosing treatment destinations among the patients treated overseas from the United Arab Emirates: results from the knowledge, attitudes and perceptions survey 2012. *Trop. Dis. Travel Med. Vaccines.* 2019 Sep 18;5:18. doi: 10.1186/s40794-019-0093-9
6. AlRuthia Y., Aldallal S., Al-Abdulkarim H. A., Al-Jedai A., Almuaiheem H., Hamad A., et al. Healthcare systems and health economics in GCC countries: informing decision-makers from the perspective of the Gulf health economics association. *Front. Public Health.* 2025 Mar 25;13:1510401. doi: 10.3389/fpubh.2025.1510401
7. Tandon A., Murray C., Lauer J. A., Evans D. B. Measuring Overall Health System Performance For 191 Countries. GPE Discussion Paper Series: No. 30 EIP/GPE/EQC World Health Organization. Available at: [https://f.hubspotusercontent20.net/hubfs/2325471/Inspectorio\\_Dec2021/pdf/paper30.pdf](https://f.hubspotusercontent20.net/hubfs/2325471/Inspectorio_Dec2021/pdf/paper30.pdf)
8. A'aqoulah A., Albalas S., Albalas M., Alherbish R. A., Innab N. Comparative Analysis and Spatial Distribution of the Primary Health Care Centers and Health Manpower Across Saudi Arabia Using Shapiro–Wilk Test. *J. Multidisciplin. Healthcare.* 2024;17:4851–61. doi: 10.2147/JMDH.S490128
9. Alshamsi A. I. A review of the United Arab Emirates healthcare systems on medical tourism and accreditation. *Front. Health Serv.* 2024;4:1329252. doi: 10.3389/frhs.2024.1329252
10. Ahmed G., Al Amiri N., Khan W. Outward Medical Tourism: A Case of UAE. *Theor. Econ. Lett.* 2018;8:1368–90. doi: 10.4236/tel.2018.87088
11. Al-Shamsi H. O. Factors Influencing Seeking Cancer Care Abroad for UAE Citizens. In: Al-Shamsi, H.O. (ed.). *Cancer Care in the United Arab Emirates*. Singapore: Springer; 2024. doi: 10.1007/978-981-99-6794-0\_8
12. Bader A. H., Alsaifi S., Khaja A. Medical Tourism Overseas: A Challenge to Kuwait's Healthcare System. *Int. J. Travel Med. Global Health.* 2020;1:22–30. doi: 10.34172/IJTMGH.2020.04
13. Shaaibi R. Motives for Medical Tourism Amongst Cancer Patients in Oman: A Perspective From Patient's Point of View. *Columbia Univ. J. Global Health.* 2019;9. doi: 10.52214/theucjgh.v9i1.7827
14. Chelliah S., Khan M. J., Atabakhshi Kashi A. B. Antecedents of perceived beneficial destination image: a study on Middle-Eastern medical tourists visit Iran. *Int. J. Pharm. Healthcare Market.* 2021;1(15):43–63. doi: 10.1108/IJPHM-07-2018-0039
15. Zahra D., Abbaspour A., Rahimian H. Training for Medical Tourism in Iran. *Int. J. Travel Med. Global Health.* 2017;5:77–83. doi: 10.15171/ijtmgh.2017.17

Тонконог В. В.

## ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЕ ЖЕНЩИН-МОРЯКОВ В ВОПРОСАХ ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННОГО НАСИЛИЯ. ЧАСТЬ 1: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ФАКТОРЫ УЯЗВИМОСТИ

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353924, г. Новороссийск

В статье исследуются особенности проявлений гендерно-обусловленного насилия в морской отрасли с учетом специфики рабочей среды судна: замкнутости экипажа, длительного совместного пребывания в ограниченном пространстве, иерархичности, дефицита приватности и ограниченного доступа к каналам жалоб и поддержке. Описана типология форм насилия, применимая к женщинам-морьякам. Основываясь на эмпирических данных, представлены результаты социологического опроса, проведенного среди женщин-моряков (n=62), которые показывают высокую распространенность сексистских шуток, значительный уровень нежелательных физических контактов и социальной изоляции, а также низкий уровень информированности официальных властей. Анализ показывает, что «мягкие» формы агрессии способствуют снижению порога допустимости и повышают риск эскалации более тяжелых проявлений. Последствия включают психотравмы, снижение командной сплоченности и угрозы операционной безопасности. На основе сопоставления эмпирических данных и нормативной правовой базы сделаны выводы о пробелах в институциональных механизмах защиты и необходимости комплексных мер: внедрения доступных и конфиденциальных процедур жалоб, обучения и превентивных программ, расширения медицинской и психологической поддержки, повышения представительства женщин в руководстве и усиления ответственности за нарушения.

**Ключевые слова:** гендерно-обусловленное насилие; социологический опрос; психосоциальные риски; здоровьесбережение; охрана труда; женщины-морьяки; комплексные меры.

**Для цитирования:** Тонконог В. В. Здоровьесбережение женщин-моряков в вопросах гендерно-обусловленного насилия. Часть 1: состояние проблемы и факторы уязвимости. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):305—311. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-305-311>

**Для корреспонденции:** Тонконог Виктория Владимировна, канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры таможенного права ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: [vikatonkonog79@mail.ru](mailto:vikatonkonog79@mail.ru)

Tonkonog V. V.

## THE HEALTH PROTECTION OF FEMALE SAILORS IN ISSUES OF GENDER CONDITIONED VIOLENCE. PART I. THE MAGNITUDE OF THE PROBLEM AND FACTORS OF VULNERABILITY

The Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”, 353924, Novorossiysk, Russia

The article considers the characteristics of manifestation of gender conditioned violence in the maritime industry, taking into account the specific of workplace of ships: isolation of the crew, prolonged cohabitation in a limited space, hierarchy, deficiency of privacy and limited access to channels of complaints and support. The typology of forms of violence that is applied to female sailors is described. The results of sociological survey carried out among female sailors (n=62) is presented. It established high prevalence of sexist jokes, significant rates of unwanted physical contacts and social isolation and low level of reporting to official authorities. The analysis demonstrate that “soft” forms of aggression contribute to lowering of the threshold of permissibility and to increasing of risk of escalation of more “hard” manifestations. The consequences include psychological traumas, decreased team unity and threats to operational security. On the basis of comparison of empirical data and normative legal base, the conclusion is made that there are gaps in institutional mechanisms of protection and that such comprehensive measures are needed as the implementation of accessible and confidential complaint procedures, training and prevention programs, expansion of medical and psychological support, increased representation of women at leadership positions and enhancement of accountability for violations.

**Keywords:** gender based violence; sociological survey; psycho-social risks; health promotion; occupational safety; female sailors; comprehensive measures.

**For citation:** Tonkonog V. V. The health protection of female sailors in issues of gender conditioned violence. Part I. The magnitude of the problem and factors of vulnerability. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):305–311 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-305-311>

**For correspondence:** Tonkonog V. V., candidate of economical sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Law of Customs of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”. e-mail: [vikatonkonog79@mail.ru](mailto:vikatonkonog79@mail.ru)

**Conflict of interests.** The author declares absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 13.08.2025

Accepted 12.01.2026

## Введение

Рабочая среда судна обладает совокупностью специфических факторов, существенно повышающих вероятность проявлений гендерно-обусловленного насилия и создающих дополнительные угрозы для здоровья женщин-моряков. Замкнутость и изо-

ляция экипажа, длительное совместное пребывание в ограниченном пространстве, жесткая иерархическая структура, отсутствие приватности и ограниченный доступ к надежным каналам жалоб формируют среду, в которой личные конфликты и системные проявления дискриминации легче переходят в устойчивые практики. На эту базу накладываются

сильные профессиональные и культурные стереотипы о «традиционно мужских» ролях, которые нормализуют сексистские высказывания, буллинг и другие формы давления, снижая порог готовности членов экипажа вмешаться или использовать формальные механизмы защиты.

Опираясь на международные определения, гендерно-обусловленное насилие рассматривается как широкий спектр действий и бездействий — от вербальных микровыражений и цифровых домогательств до физического и сексуального насилия, экономической и институциональной дискриминации, а также ограничений в доступе к медицинской помощи, которые причиняют вред и коренятся в неравных соотношениях власти и гендерных нормах.

Анализ эмпирических данных, включая международные исследования и результаты авторского опроса, указывает на то, что практики гендерного давления и домогательств широко распространены и часто функционируют как спектр — от повсеместно воспринимаемых «микроагрессий» (сексистские шутки, пренебрежительные комментарии) до прямых физических и сексуальных посягательств. Психологические последствия таких практик проявляются в повышенной частоте симптомов хронического стресса, тревожности, депрессивных состояний, выгорания и снижении профессиональной самооценки, что в совокупности отражается на рабочей эффективности, командной сплоченности и безопасности морских операций. Кроме того, ограничения в доступе к медицинской и репродуктивной помощи усугубляют риски для физического здоровья и создают долгосрочные негативные эффекты, которые затрагивают не только отдельных женщин, но и последующие поколения.

Ввиду выявленной природы проблемы дальнейшие исследования и практические интервенции должны учитывать отраслевую специфику. Необходимы комплексные меры: создание доступных и конфиденциальных каналов жалоб и поддержки, внедрение прозрачных процедур расследования и деэскалации конфликтов, а также системная работа по изменению организационных норм и гендерных стереотипов на уровне компаний и регуляторных актов. Медико-психологическая поддержка, включая профилактические программы и доступ к квалифицированной помощи во время службы, должна рассматриваться как приоритетный компонент политики по сохранению здоровья женщин-моряков. Только сочетание превентивных, институциональных и клинических мер позволит снизить распространенность гендерно-обусловленного насилия на судах и обеспечить устойчивое улучшение здоровья и благополучия женщин в морской отрасли.

Целью данного исследования является изучение особенностей проявлений гендерно-обусловленного насилия в условиях судовой рабочей среды и оценка их влияния на физическое и психологическое здоровье женщин-моряков.

При написании работы использована совокупность нормативных документов (Декларация ООН об искоренении насилия в отношении женщин 1993 г., Конвенция Международной организации труда № 190, отраслевые руководства Международной торговой палаты судоходства и публикации Международной федерации транспортников и Международной ассоциации женщин в судоходстве и торговле), эмпирических исследований, рассматривающих проблемы здоровьесбережения и гендерно-обусловленного насилия в морской отрасли, обусловленную спецификой судовой среды и культурно-организационными факторами.

### Материалы и методы

Использован авторский социологический опрос (анкетирование) среди женщин-моряков ( $n=62$ ) для количественной оценки распространенности форм гендерно-обусловленного насилия. Проведен обзор эмпирической и медицинской литературы для интерпретации последствий насилия для здоровья и безопасности, а также проведен качественный анализ (интерпретация результатов опроса в контексте ранее опубликованных кейсов и исследований) для выявления механизмов нормализации насилия и барьеров к жалобам.

### Результаты исследования

Рабочая среда судна и морская отрасль имеют ряд специфических факторов, усиливающих риск гендерно-обусловленного насилия: замкнутость и изоляция экипажа, длительное совместное пребывание в ограниченном пространстве, иерархическая структура, отсутствие приватности, ограниченный доступ к каналам жалоб и поддержке, а также сильные профессиональные и культурные стереотипы о «традиционно мужских» ролях. В результате женщины-моряки могут сталкиваться с диапазоном форм гендерно-обусловленного насилия, которые принимают как типичные, так и отраслевые формы.

Согласно Декларации Организации Объединенных Наций об искоренении насилия в отношении женщин [1] под гендерно-обусловленным насилием понимается любое действие или бездействие (физическое, сексуальное, психологическое, экономическое, институциональное или иное), причиняющее вред человеку и обусловленное его полом, гендерной идентичностью или гендерными стереотипами. В основе такого насилия лежат неравенство власти и стандарты гендерного поведения, закрепленные в социальных и профессиональных институтах.

В табл. 1 представлены виды гендерно-обусловленного насилия применительно к женщинам-морякам, их характеристики, примеры и последствия.

Результаты исследований, собранные во Франции и опубликованные в 2024 г., демонстрируют устойчивую воспроизводимость гендерно-обусловленных практик в морской отрасли, где повседневные формы домогательств сочетаются с институциональными перекосами [8].

Виды гендерно-обусловленного насилия применительно к женщинам-морякам

Вид гендерно-обусловленного насилия	Характеристика	Примеры	Последствия
Сексуальное насилие [2]	Любые нежелательные сексуальные действия или поведение, совершенные против воли женщины, от непрошенных комментариев и намеков до принудительных прикосновений и изнасилования	Непристойные шутки и комментарии о теле, сексуальные намеки в общении, навязчивые прикосновения, попытки принудить к сексу, изнасилование	Травмы, посттравматические расстройства, страх перед работой в море, вынужденный уход из профессии
Психологическое насилие, буллинг [3]	Систематические оскорбления, шутки унижающего характера, изоляция, издевательства и унижение из-за пола; включает преследование, постоянную критику и подрыв профессиональной репутации	Насмешки над способностями женщины как моряка, исключение из рабочих процессов, целенаправленная изоляция в порту или на вахте, угрозы увольнением за жалобы	Снижение профессиональной самооценки, ухудшение психического здоровья, выгорание и тревожность
Экономическое и профессиональное дискриминационное давление [4]	Ограничение карьерного роста, ущемление в заработной плате, отказ в повышении / назначении на должность по признаку пола, необоснованные штрафы или лишение компенсаций, вынуждение согласиться на небезопасные условия работы	Отказ в предоставлении многочасовой морской практики / вахт из-за пола, системное направление женщин на менее оплачиваемые работы, дискриминационные условия контракта	Снижение дохода, профессиональная стагнация, экономическая зависимость и повышенный риск оставаться в неблагоприятных условиях
Репродуктивное и медицинское принуждение / ограничение доступа к медицинской помощи [5]	Препятствие в доступе к квалифицированной медицинской помощи во время службы, недостаточные условия для охраны репродуктивного здоровья, принуждение к продолжению или прерыванию беременности без поддержки	Отказ обеспечить безопасный трансфер в порт для получения медицинской помощи, давление с целью не сообщать о беременности, отсутствие приватности для проведения медицинских процедур	Риск для здоровья матери и плода, усиление уязвимости по причине невозможности получить своевременную помощь
Физическое насилие [6]	Побои, физическое принуждение, насильственные акты, угроза жизни или здоровью в рамках конфликта на борту или вне его	Конфликты в трюме или на палубе, физические нападения в каюте, избиения в состоянии алкогольного опьянения, насильственные инциденты в порту, где экипаж остается без защиты	Травмы, утрата чувства безопасности, правовые и страховые сложности
Кибер- и цифровое насилие [4]	Распространение интимных фото/видео без согласия, угрожающие или унижающие сообщения в мессенджерах/чатах экипажа, слежка через личные устройства	Пересылка интимных снимков коллегам без согласия, создание флор- или вахт-чата с травлей, слежка за личной перепиской	Психологический стресс, срыв репутации, угрозы безопасности при портовых контактах
Институциональная дискриминация [4]	Формальные или неформальные практики, которые препятствуют женщинам сообщать о насилии или получить защиту: непрозрачные процедуры, угрозы увольнением, отсутствие женщин в руководстве, репрессивные дисциплинарные правила	Игнорирование жалоб на борту или в компании, давление капитана/офицеров, замалчивание инцидентов, неудовлетворительная реакция портовых и национальных органов	Закрепление культуры безнаказанности, повторение инцидентов, снижение доверия к институтам
Культурно-обусловленное насилие [7]	Давление: требование соблюдать «традиционные» гендерные роли, насаждение мужских норм поведения, ритуальные формы инициации, унижения при «вступлении в коллектив»	Обряды и «посвящения» на борту с элементами унижения женщин, принуждение участвовать в мероприятиях, где женщина становится объектом развлечения/насмешки	Унижение достоинства, травмирование, усиление институциональной толерантности к насилию

По результатам опроса женщин-моряков, сексистские шутки выступают наиболее распространенной формой агрессии — о них сообщили 78% участниц. Почти половина (43%) респонденток указали на нежелательные физические контакты, 12% сталкивалась с принуждением к сексу, а 56% отмечали переживание социальной изоляции (остракизма) внутри экипажа.

Результаты опроса свидетельствуют, что насилие и домогательства функционируют, как континуум практик: от нормализованных «микроагрессий» до криминализируемых форм принуждения, где «мягкие» формы создают культурное прикрытие для «жестких» проявлений. Дисперсия показателей между вербальными и физическими формами указывает на механизм «социальной разрешенности», когда банализация сексистского юмора снижает порог воспринимаемой допустимости и коррелирует с повышенной вероятностью физической эскалации. Психологические последствия изоляции и остракизма, фиксируемые у 56% участниц, усиливают организационные риски через падение командной сплоченности, рост скрытых конфликтов и снижение готовности к докладу об инцидентах безопасности. Эти эффекты описаны в литературе по органи-

зационному поведению и безопасности в высокорисковых индустриях, где климат справедливости и включенности выступает предиктором благополучия персонала и надежности операций [9, 10].

Автором проведен социологический опрос среди женщин-моряков (62 члена экипажей судов) с целью выявления случаев гендерно-обусловленного насилия (табл. 2).

По первому вопросу результаты показывают, что из 62 опрошенных женщин-моряков 25 заявили, что сталкивались с проявлениями сексуальных домогательств. Это значимая доля респондентов, указывающая на то, что сексуальные домогательства в морской среде являются реальной проблемой для большого числа женщин в экипаже. Такие ответы могут отражать широкий спектр инцидентов — от неуместных комментариев и намеков до навязчивого внимания и физического домогательства. Важно учитывать возможную недооценку реальной частоты из-за страха последствий, нормализации поведения или небезопасности процедур жалоб: часть пострадавших могут не признавать или не сообщать о пережитом опыте. Двое предпочли не отвечать — это небольшая, но важная часть выборки, сигнализирующая о чувствительности темы и нежелании

Т а б л и ц а 2

**Результаты авторского опроса женщин-моряков с целью выявления случаев гендерно-обусловленного насилия (в абс. ед)**

№	Вопрос	Шкала ответов	Результаты
1	Сталкивались ли Вы когда-либо с нежелательным сексуальным вниманием, комментариями или домогательствами со стороны коллег или начальства на борту судна?	Да	25 (40,3)
		Нет	35 (56,5)
		Затрудняюсь ответить	0
2	Чувствовали ли Вы дискриминацию или несправедливое отношение из-за Вашего пола в Вашей профессиональной роли (например, при распределении задач, получении повышения, уровне уважения)?	Часто	15 (24,2)
		Иногда	28 (45,2)
		Никогда	19 (30,6)
3	Испытывали ли Вы буллинг, изоляцию или словесные оскорбления со стороны коллег или начальства мужского пола на борту судна?	Часто	10 (16,1)
		Иногда	22 (35,5)
		Никогда	30 (48,4)
4	Насколько Вы чувствуете себя в безопасности и испытываете уважение со стороны коллег и начальства мужского пола на борту судна?	Всегда	18 (29)
		Часто	25 (40,3)
		Иногда	12 (19,4)
		Редко	5 (8,1)
5	Были ли Вы свидетелем каких-либо форм гендерно-обусловленного насилия в отношении других женщин на борту судна?	Да	30 (48,4)
		Нет	32 (51,6)
6	Если Вы столкнулись с гендерно-обусловленным насилием (лично или как свидетель), сообщали ли Вы об этом руководству компании, капитану или другим ответственным лицам?	Да	10 (16,1)
		Нет	52 (83,9)

П р и м е ч а н и е. В скобках — проценты.

некоторых участниц раскрывать опыт даже в анонимном опросе.

Результаты по второму вопросу о переживаемой дискриминации или несправедливом отношении по признаку пола демонстрируют, что проблема является широко распространенной среди опрошенных женщин-моряков. Из 62 респонденток 15 заявили, что сталкиваются с дискриминацией «часто», что указывает на наличие системных или регулярных проявлений неравного обращения. Кроме того, 28 отметили, что дискриминация встречается «иногда», что означает эпизодические, но повторяющиеся случаи. Почти треть (30,6%) респонденток показывают, что для части женщин в отрасли рабочая среда может быть более нейтральной или справедливой, но они находятся в меньшинстве по сравнению с теми, кто замечает проявления неравного обращения.

По третьему вопросу о буллинге, изоляции или словесных оскорблениях картина неоднозначная, но заметна существенная распространенность негативного опыта. Совокупно 51,6% респонденток сообщают о наличии буллинга в той или иной степени, что указывает на значимый масштаб проблемы. Даже при том что «никогда» (48,4%) — самый частый индивидуальный ответ, суммарная доля тех, кто испытывал давление, превышает половину выборки. Это требует профилактических мер, понятных правил поведения на борту, доверительных каналов жалоб и обучения руководителей и экипажей

навыкам недискриминационного взаимодействия и деэскалации конфликтов.

Результаты опроса по четвертому вопросу относительно чувства безопасности и уважения со стороны коллег и начальства мужского пола на борту судна демонстрируют, что большинство ( $n=43$ ) женщин-моряков в основном чувствуют себя в безопасности и испытывают уважение. Из них 18 ответили «всегда» и 25 — «часто». Это показывает, что для значительной части опрошенных рабочая среда на судне воспринимается как относительно безопасная и уважительная. Однако 19 респонденток испытывают дискомфорт или неуважение хотя бы иногда. В частности, 12 чувствуют себя в безопасности и уважаемыми лишь «иногда», 5 — «редко» и 2 — «никогда». Эта группа, хотя и меньшая, указывает на серьезные пробелы в обеспечении психологического комфорта и достойного отношения. Для этих женщин морская служба сопряжена с постоянным стрессом, неуверенностью и отсутствием должного уважения, что негативно сказывается на их благополучии и профессиональной деятельности.

Результаты опроса по пятому вопросу показывают, что 30 из 62 опрошенных были свидетелями гендерно-обусловленного насилия в отношении других женщин на борту. Это высокий показатель косвенной распространенности проблемы, поскольку если не все лично сталкивались, то многие наблюдали инциденты у коллег. Тридцать две опрошенные не видели подобных случаев, что может отражать реальные различия в практиках на разных судах, скрытость инцидентов или их непубличный характер. Совокупная картина указывает, что проблема не ограничивается индивидуальным опытом: почти каждый второй экипаж имеет наблюдателей таких ситуаций. Это усиливает необходимость прозрачных процедур реагирования, обучения свидетелей безопасным способам вмешательства и создания условий, при которых инциденты не замалчиваются.

Результаты по шестому вопросу указывают на значительную проблему с доверием к инстанциям для жалоб и/или на барьеры, препятствующие сообщению, так как из 62 опрошенных только 10 сообщили о произошедшем инциденте руководству, капитану или другим ответственным лицам. Следовательно, лишь небольшая часть пострадавших или свидетелей пользуются официальными каналами. Причины такого низкого уровня сообщений могут включать страх репрессий или ухудшения условий службы, недоверие к тому, что жалоба будет рассмотрена серьезно, сомнения в конфиденциальности процедур, бюрократические сложности, отсутствие четких и доступных механизмов подачи жалоб на борту судна или в компании, а также социальное давление. Большая часть ( $n=52$ ) респонденток не сообщали о случаях насилия. Такая высокая доля «не сообщавших» усугубляет проблему: инциденты остаются неучтенными, пострадавшие не получают поддержки, а агрессоры не несут ответственности, что сохраняет риск повторения нарушений.

## Обсуждение

Эмпирические исследования, отраженные в отраслевой и академической литературе, подтверждают возросший интерес к проблематике здоровьесбережения женщин-моряков и, пусть фрагментарно, указывают на стабильно высокую распространенность нежелательного гендерно-обусловленного поведения на судах смешанного состава [11—16].

По мнению М. В. Ботнарюк, выявленная проблема сохранения здоровья женщин-моряков заключается в сочетании профессиональной нагрузки и психологических рисков, усиливаемых гендерными стереотипами на борту [14]. Опрос, проведенный автором, показал полярность опыта: от уважительного отношения и бесконфликтной работы до случаев предвзятого поведения, вызывающих стресс и требующих вмешательства капитана и дополнительно контроля. М. В. Ботнарюк пришла к выводу, что постоянный психологический дискомфорт, возникающий из-за устаревших норм и межличностных напряжений, угрожает психическому благополучию, работоспособности и, в перспективе, репродуктивному здоровью женщин-моряков. Автор делает вывод, что меры по сохранению здоровья женщин-моряков должны быть индивидуализированными, включать профилактику конфликтов, развитие эгалитарных норм поведения и приоритет медицинского аспекта как доминирующего направления при устранении гендерного неравенства на судне [17].

Некоторые исследования указывают, что значительная часть женщин-моряков сталкивались с сексуальными домогательствами в разные периоды профессиональной биографии, при этом сопутствующие формы психологического давления, включая остракизм и изоляцию, фиксируются с сопоставимой регулярностью. Публикации [18], а также аналитические материалы Международной федерации транспортников [19—24] последовательно описывают этот феномен как системный риск для безопасности, благополучия экипажей и устойчивости трудовых отношений.

## Заключение

Рабочая среда судна создает специфические условия, способствующие распространению гендерно-обусловленного насилия: замкнутость экипажа, длительное совместное пребывание в ограниченном пространстве, жесткая иерархия, дефицит приватности и ограниченные каналы жалоб, подкрепленные профессиональными и культурными стереотипами. Проведенные автором анализ и социологический опрос подтвердили, что спектр проявлений насилия в отношении женщин-моряков включает как повседневные микроагрессии (сексуализированные шутки, уничижительные комментарии, остракизм), так и более тяжелые формы (нежелательные физические контакты, принуждение к сексу, институциональная дискриминация, цифровое насилие), причем нормализация «мягких» форм снижает порог

допустимости и повышает риск эскалации. Полученные данные указывают на высокую распространенность проблем: значительная доля респонденток отмечают дискриминацию, буллинг и изоляцию, при этом немногим удается сообщать о случившемся по официальным каналам.

Последствия таких практик затрагивают не только индивидуальное здоровье и благополучие женщин (психологические травмы, ухудшение физического и репродуктивного здоровья, профессиональная стагнация), но и организационную безопасность и устойчивость судовых операций (снижение командной сплоченности, рост скрытых конфликтов, уменьшение готовности докладывать об инцидентах). Анализ нормативной базы и источников литературы выявил существенные пробелы в институциональных механизмах защиты и реагирования, что усиливает культуру безнаказанности.

Необходима комплексная стратегия превенции и поддержки: внедрение прозрачных, конфиденциальных и доступных процедур жалоб, обучение капитанов и экипажей навыкам предотвращения домогательств и деэскалации, повышение представительства женщин в руководстве, медицинская и психологическая поддержка пострадавших, мониторинг цифровых коммуникаций и укрепление дисциплинарной ответственности.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Декларация об искоренении насилия в отношении женщин (принята резолюцией 48/104 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года). Режим доступа: [https://www.un.org/russian/documents/decl\\_conv/declarations/violence.shtml](https://www.un.org/russian/documents/decl_conv/declarations/violence.shtml) (дата обращения 12.10.2025).
2. Kocher E. ILO Convention No. 190 concerning the Elimination of Violence and Harassment in the World of Work and Recommendation No. 206. *Z Problematyki Prawa Pracy i Polityki Socjalnej*. 2023;21(4):1—17. doi: 10.31261/zpppips.2023.21.05. Режим доступа: [https://www.researchgate.net/publication/371303222\\_ILO\\_Convention\\_No\\_190\\_concerning\\_the\\_Elimination\\_of\\_Violence\\_and\\_Harassment\\_in\\_the\\_World\\_of\\_Work\\_and\\_Recommendation\\_No\\_206](https://www.researchgate.net/publication/371303222_ILO_Convention_No_190_concerning_the_Elimination_of_Violence_and_Harassment_in_the_World_of_Work_and_Recommendation_No_206) (дата обращения 12.10.2025).
3. Международная палата судоходства опубликовала руководство против морского буллинга. Режим доступа: [https://www.korabel.ru/news/comments/mezhdunarodnaya\\_palata\\_sudohodstva\\_opublikovala\\_rukovodstvo\\_o\\_protiv\\_morskogo\\_bullinga.html](https://www.korabel.ru/news/comments/mezhdunarodnaya_palata_sudohodstva_opublikovala_rukovodstvo_o_protiv_morskogo_bullinga.html) (дата обращения 12.10.2025).
4. IMO/ILO Work at Sea Conference stresses seafarer, fisher rights. Режим доступа: <https://www.imo.org/en/mediacentre/pressbriefings/pages/iloimo-.aspx> (дата обращения 12.10.2025).
5. Рекомендации ВОЗ по здравоохранению моряков (International Medical Guide for Ships). Режим доступа: [https://seaworm.narod.ru/16/International\\_Medical\\_Guide\\_for\\_Ships.pdf](https://seaworm.narod.ru/16/International_Medical_Guide_for_Ships.pdf) (дата обращения 12.10.2025).
6. Руководство по искоренению домогательств, издевательств и притеснений на борту судна 2016. Режим доступа: <https://rmtcons.com/media/2019/03/rukovodstvo-po-iskoreneniju-domogatelstv-2.pdf> (дата обращения 12.10.2025).
7. Лобова А. А. Женщина в «мужской» сфере: социокультурные гендерные установки студенческой молодежи. *Теория и практика общественного развития*. 2011;(4):117—9. EDN ОУКНКТ
8. Женщины в морской индустрии: проблемы безопасности и пути решения в 2025 году. Международная морская организация. Режим доступа: <https://lacha.ru/zhenshhiny-v-morskoy-industrii-problemy-bezopasnosti-i-puti-resheniya-v-2025-godu> (дата обращения 12.10.2025).

## REFERENCES

9. Nielsen K., Nielsen M. B., Ogbonnaya C., Känvälä M., Saari E., Isaksson K. Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress*. 2017;31(2):101–20. Режим доступа: [https://scholar.google.ru/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=ru&user=t8Kjc4EAAAAJ&citation\\_for\\_view=t8Kjc4EAAAAJ:3s1wT3WcHBgC](https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=t8Kjc4EAAAAJ&citation_for_view=t8Kjc4EAAAAJ:3s1wT3WcHBgC) (дата обращения 12.10.2025).
10. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Brookfield: Ashgate; 1997. Режим доступа: <https://archive.org/details/managingrisksofo0000reas> (дата обращения 12.10.2025).
11. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Несвоевременная репатриация членов экипажа судна как угроза нарушения состояния психического здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1306–12. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1306-1312. EDN EUFOOB
12. Тимченко Т. Н. Ненадлежащая первая медицинская помощь на борту морского судна как фактор риска нарушения здоровья членов экипажа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(S1):659–63. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s1-659-663. EDN AVHVZC
13. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Современные аспекты медицинского страхования здоровья и жизни членов экипажей судов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(3):428–33. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-428-433. EDN AMPOGP
14. Тонконог В. В. Применение телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи членам экипажа на борту судна. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1413–7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1413-1417. EDN HBULRR
15. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н., Тонконог В. В. Проблемные аспекты оказания медицинской помощи на борту морского судна членам экипажа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(5):1125–31. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-5-1125-1131. EDN JIUUNK
16. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Цифровые технологии на борту судна как мера предупреждения нарушения здоровья членов экипажа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(3):435–42. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-435-442. EDN OSSBLM
17. Ботнарюк М. В. Исследование проблемных аспектов сохранения здоровья женщин-моряков в торговом судоходстве. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2025;33(1):53–8. doi: 10.32687/0869-866X-2025-33-1-53-58. EDN ZIPLSB
18. International Maritime Health Journal 2024. Режим доступа: <https://imhf-portal.org/wp-content/uploads/2024/08/2024-Vol.-75-No-1.pdf> (дата обращения 12.10.2025).
19. Женщины в морской индустрии: проблемы безопасности и пути решения в 2025 году. Международная морская организация. Режим доступа: <https://lachica.ru/zhenshhiny-v-morskoj-industrii-problemy-bezopasnosti-i-puti-resheniya-v-2025-godu> (дата обращения 12.10.2025).
20. FESCO внедрила мобильный кабинет для моряков: цифровизация доходит до флота. Режим доступа: <https://logistics.ru/avtomatizaciya-logistiki/fesco-vnedrila-mobilnyu-kabinet-dlya-moryakov-cifrovizaciya-dokhodit-do> (дата обращения 12.10.2025).
21. The Seafarers' Charity Annual Report 2024. Режим доступа: [https://safety4sea.com/wp-content/uploads/2024/06/OCIMF-Annual-Report-2024\\_06.pdf](https://safety4sea.com/wp-content/uploads/2024/06/OCIMF-Annual-Report-2024_06.pdf) (дата обращения 12.10.2025).
22. Partnership funding supports development of Safer Waves. Режим доступа: <https://www.hellenicshippingnews.com/partnership-funding-supports-development-of-safer-waves> (дата обращения 12.10.2025).
23. WISTA International Safety Survey 2024. Режим доступа: <https://wista2024.com> (дата обращения 12.10.2025).
24. ILO/IMO Tripartite Working Group (JTWG), 27 to 29 February 2024. Режим доступа: <https://www.imo.org/en/mediacentre/meetingsummaries/pages/joint-iloimo-tripartite-working-group-%28jtwg%29%2C-27-to-29-february-2024.aspx> (дата обращения 12.10.2025).
1. Declaration on the Elimination of Violence against Women (adopted by General Assembly resolution 48/104 of 20 December 1993). Available at: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/violence.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/violence.shtml) (accessed 12.10.2025).
2. Kocher E. ILO Convention No. 190 concerning the Elimination of Violence and Harassment in the World of Work and Recommendation No. 206. *Z Problematyki Prawa Pracy i Polityki Socjalnej*. 2023;21(4):1–17. doi: 10.31261/zpppps.2023.21.05. Available at: [https://www.researchgate.net/publication/371303222\\_ILO\\_Convention\\_No\\_190\\_concerning\\_the\\_Elimination\\_of\\_Violence\\_and\\_Harassment\\_in\\_the\\_World\\_of\\_Work\\_and\\_Recommendation\\_No\\_206](https://www.researchgate.net/publication/371303222_ILO_Convention_No_190_concerning_the_Elimination_of_Violence_and_Harassment_in_the_World_of_Work_and_Recommendation_No_206) (accessed 12.10.2025).
3. The International Chamber of Shipping has published a guide against maritime bullying. Available at: [https://www.korabel.ru/news/comments/mezhdunarodnaya\\_palata\\_sudohodstva\\_opublikovala\\_rukovodstvo\\_protiv\\_morskogo\\_bullinga.html](https://www.korabel.ru/news/comments/mezhdunarodnaya_palata_sudohodstva_opublikovala_rukovodstvo_protiv_morskogo_bullinga.html) (accessed 12.10.2025) (in Russian).
4. IMO/ILO Work at Sea Conference stresses seafarer, fisher rights. Available at: <https://www.imo.org/en/mediacentre/pressbriefings/pages/iloimo-.aspx> (accessed 12.10.2025).
5. WHO Recommendations on Seafarers' Health Care (International Medical Guide for Ships). Available at: [https://seaworm.narod.ru/16/International\\_Medical\\_Guide\\_for\\_Ships.pdf](https://seaworm.narod.ru/16/International_Medical_Guide_for_Ships.pdf) (accessed 12.10.2025) (in Russian).
6. Guide to Eliminating Harassment, Bullying, and Harassment on Board a Ship 2016. Available at: <https://rmtcons.com/media/2019/03/rukovodstvo-po-iskoreneniju-domogatelstv-2.pdf> (accessed 12.10.2025) (in Russian).
7. Lobova A. A. A Woman in the "Male" Sphere: Sociocultural Gender Attitudes of Student Youth. *Theory and Practice of Social Development*. 2011;(4):117–9. EDN OYKHKT (in Russian).
8. Women in the Maritime Industry: Safety Challenges and Solutions in 2025. International Maritime Organization. Available at: <https://lachica.ru/zhenshhiny-v-morskoj-industrii-problemy-bezopasnosti-i-puti-resheniya-v-2025-godu> (accessed 12.10.2025) (in Russian).
9. Nielsen K., Nielsen M. B., Ogbonnaya C., Känvälä M., Saari E., Isaksson K. Workplace resources to improve both employee well-being and performance: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress*. 2017;31(2):101–20. Available at: [https://scholar.google.ru/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=ru&user=t8Kjc4EAAAAJ&citation\\_for\\_view=t8Kjc4EAAAAJ:3s1wT3WcHBgC](https://scholar.google.ru/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=t8Kjc4EAAAAJ&citation_for_view=t8Kjc4EAAAAJ:3s1wT3WcHBgC) (accessed 12.10.2025).
10. Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Brookfield: Ashgate; 1997. Available at: <https://archive.org/details/managingrisksofo0000reas> (accessed 12.10.2025).
11. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Late repatriation of ship crew members as a threat to mental health. *Problems of Social Hygiene, Health Care, and Medical History*. 2022;30(6):1306–12. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-6-1306-1312. EDN EUFOOB (in Russian).
12. Timchenko T. N. Inadequate first aid on board a maritime vessel as a risk factor for crew members' health. *Problems of Social Hygiene, Health Care, and Medical History*. 2024;32(S1):659–63. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s1-659-663. EDN AVHVZC (in Russian).
13. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Modern aspects of medical insurance for the health and lives of crew members. *Problems of Social Hygiene, Health Care, and Medical History*. 2022;30(3):428–33. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-3-428-433. EDN AMPOGP (in Russian).
14. Tonkonog V. V. Application of telemedicine technologies in providing medical assistance to crew members on board a ship. *Problems of Social Hygiene, Health Care, and Medical History*. 2023;31(6):1413–7. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1413-1417. EDN HBULRR (in Russian).
15. Botnaryuk M. V., Timchenko T. N., Tonkonog V. V. Problematic aspects of providing medical care on board a maritime vessel to crew members. *Problems of Social Hygiene, Health Care, and Medical History*. 2021;29(5):1125–31. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-5-1125-1131. EDN JIUUNK (in Russian).
16. Botnaryuk M. V., Timchenko T. N. Digital technologies on board a ship as a measure to prevent health problems among crew members. *Problems of Social Hygiene, Health Care, and Medical History*. 2023;31(3):435–42. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-435-442. EDN OSSBLM (in Russian).

Здоровье и общество

17. Botnaryuk M. V. Research on the Problematic Aspects of Maintaining the Health of Female Sailors in Merchant Shipping. *Problems of Social Hygiene, Health Care, and Medical History*. 2025;33(1):53–8. doi: 10.32687/0869-866X-2025-33-1-53-58. EDN ZIPLSB (in Russian).
18. International Maritime Health Journal 2024. Available at: <https://imhf-portal.org/wp-content/uploads/2024/08/2024-Vol.-75-No-1.pdf> (accessed 12.10.2025).
19. Women in the Maritime Industry: Safety Challenges and Solutions in 2025. International Maritime Organization. Available at: <https://lachica.ru/zhenshhiny-v-morskoj-industrii-problemy-bez-opasnosti-i-puti-resheniya-v-2025-godu> (accessed 12.10.2025) (in Russian).
20. FESCO has implemented a mobile office for seafarers: digitalization reaches the fleet. Available at: <https://logistics.ru/avtomatizaciya-logistiki/fesco-vnedrila-mobilnyy-kabinet-dlya-moryakov-cifrovizatsiya-dokhodit-do> (accessed 12.10.2025) (in Russian).
21. The Seafarers' Charity Annual Report 2024. Available at: [https://safety4sea.com/wp-content/uploads/2024/06/OCIMF-Annual-Report-2024\\_06.pdf](https://safety4sea.com/wp-content/uploads/2024/06/OCIMF-Annual-Report-2024_06.pdf) (accessed 12.10.2025).
22. Partnership funding supports development of Safer Waves. Available at: <https://www.hellenicshippingnews.com/partnership-funding-supports-development-of-safer-waves> (accessed 12.10.2025).
23. WISTA International Safety Survey 2024. Available at: <https://wista2024.com> (accessed 12.10.2025).
24. ILO/IMO Tripartite Working Group (JTWG), 27 to 29 February 2024. Available at: <https://www.imo.org/en/mediacentre/meeting-summaries/pages/joint-iloimo-tripartite-working-group-%28jtwg%29%2C-27-to-29-february-2024.aspx> (accessed 12.10.2025).

Суховеева А. Б.

**ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УДЭГЕЙЦЕВ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ: БРАЧНО-СЕМЕЙНЫЕ УСТАНОВКИ И СНИЖЕНИЕ РОЖДАЕМОСТИ**

ФГБУН «Тихоокеанский институт географии Дальневосточного отделения Российской академии наук», 690041, г. Владивосток

*Жизнедеятельность российской семьи независимо от региона проживания и принадлежности к этносу во многом определяется изменением моделей демографического, репродуктивного поведения населения. Цель исследования — анализ современной демографической, брачно-семейной ситуации и показателей, характеризующих демографическое и репродуктивное поведение удэгейцев с. Гвасюги района имени Лазо Хабаровского края. В исследовании использованы данные Федеральной службы государственной статистики, хозяйственных книг и официальных годовых отчетов фельдшерско-акушерского пункта с. Гвасюги Филиала № 2. В июле 2025 г. был проведен социологический опрос с целью выявления самооценок качества жизни населения с. Гвасюги с учетом современной демографической ситуации и социально-экономических факторов. Установлено, что численность удэгейцев национального села Гвасюги имеет тренд к снижению при низкой рождаемости и значительной миграции молодежи из села в город для получения образования. Определено, что большинство удэгейцев не состоят в зарегистрированном браке по причине отсутствия в селе необходимой социальной инфраструктуры при одновременной труднодоступности и удаленности села от районного центра для получения необходимой услуги по регистрации брака. Выявлено, что приверженность национальным традициям и позитивный настрой удэгейцев на расширенное воспроизводство в однонациональных или смешанных удэгейских семьях при более лучших социально-экономических условиях могло бы способствовать увеличению рождаемости, особенно третьего ребенка, и общему росту численности этноса. Показано, что сдерживающим фактором при осуществлении репродуктивных намерений в семье являются низкий уровень жизни семей и отсутствие высокотехнологичной медицинской помощи.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а :** рождаемость; удэгейцы; брачно-семейные установки; коренное малочисленное население; Гвасюгинское сельское поселение; Хабаровский край.

**Для цитирования:** Суховеева А. Б. Демографические проблемы удэгейцев Хабаровского края: брачно-семейные установки и снижение рождаемости. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):312—317. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-312-317>

**Для корреспонденции:** Суховеева Анна Борисовна, канд. геогр. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории медицинской и социальной географии ФГБУН «Тихоокеанский институт географии Дальневосточного отделения Российской академии наук», e-mail: [anna-sukhoveeva@yandex.ru](mailto:anna-sukhoveeva@yandex.ru)

Sukhoveeva A. B.

**THE DEMOGRAPHIC PROBLEMS OF THE UDEGEANS OF THE KHABAROVSK KRAY: THE MARRIAGE AND FAMILY ATTITUDES AND DECREASE OF NATALITY**

The Federal State Budgetary Institution “The Pacific Institute of the Far Eastern Branch of The Russian Academy of Sciences”, 690041, Vladivostok, Russia

*The life activity of Russian family, regardless of region of residence and ethnicity, is largely determined by changing of patterns of demographic and reproductive behavior of population. The purpose of the study is to analyze both modern demographic, marital and familial situation and indicators characterizing the demographic and reproductive behavior of the Udegeans of the village of Gvasyugi, the Lazo District, the Khabarovsk Krai. The study utilized data from the Federal State Statistics Service, household registers, and official annual reports of the rural feldscher-obstetric station, the subsidiary № 2 of village of Gvasyugi. In July 2025 the sociological survey was carried out with purpose to determine self-assessments of quality of life of the population of village of Gvasyugi, considering the current demographic situation and social economic factors. It is establish that the number of the Udegeans of the village of Gvasyugi has trend to declining at low natality and significant migration of the youth from the village to urban areas to receive education. It is determined that the majority of the Udegeans are not in registered marriages because of absence in the village of necessary social infrastructure, coupled with the out-of-the-way and remoteness of the village from the district center to obtain the necessary service on marriage registration. It is established that commitment to national traditions and positive attitude of the Udegeans to expanded reproduction in in single-ethnic or mixed families under better social economic conditions could contribute to increasing of natality, especially with third child, and overall increase of the numbers of ethnic group. It is demonstrated that the low standard of living and the absence of high-tech medical care hinder the realization of reproductive intentions within the family.*

**Key words :** natality; the Udegeans; families; marital and family attitudes; indigenous small population; village of Gvasyugi, Khabarovsk Krai.

**For citation:** Sukhoveeva A. B. The demographic problems of the the Udegeans of the Khabarovsk Krai: the marriage and family attitudes and decrease of natality. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2026;34(2):312–317 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-312-317>

**For correspondence:** Sukhoveeva A. B., candidate of geographical sciences, the Leading Researcher of the Laboratory of Medical and Social Geography of the Federal State Budgetary Institution “The Pacific Institute of the Far Eastern Branch of The Russian Academy of Sciences”. e-mail: [anna-sukhoveeva@yandex.ru](mailto:anna-sukhoveeva@yandex.ru)

**Conflict of interests.** The author declares absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study was carried out with the financial support of the Russian science foundation project № 24-27-00172.

Received 22.09.2025

Accepted 12.01.2026

## Введение

Актуализация проблематики демографической политики обусловлена особенностями современной социально-медико-демографической ситуации в России. Жизнедеятельность российской семьи независимо от региона проживания и принадлежности к этносу во многом определяется изменением моделей демографического, репродуктивного и самосохранительного поведения населения [1, 2].

В 2021 г. Указом Президента России № 400 в Стратегии национальной безопасности Российской Федерации среди национальных интересов и ключевых приоритетов обозначено «Сбережение народа России и развитие человеческого потенциала», включая «поддержку семьи, материнства, отцовства и детства» [3].

По мнению Т. М. Ростовской и соавт., «Семья как общность людей, связанных отношениями супружества, родительства, родства, совместного домохозяйства, как основная ячейка общества выполняет важнейшие социальные функции, играет особую роль в жизни человека, его защите, формировании личности, обеспечении первичной социализации. Семья является посредником между индивидуумом и государством, транслятором фундаментальных ценностей от поколения к поколению» [1].

Модернизационные процессы в экономике и социальной политике, происходящие в России в целом и в дальневосточных регионах, затрагивающие сферу брачно-семейных отношений, значительно повлияли на сокращение рождаемости у населения из числа коренных малочисленных народов Севера и Дальнего Востока (КМНС) в условиях продолжающейся депопуляции в районах их проживания [4–7].

В связи с этим для обеспечения стабильного социально-экономического развития восточных регионов и улучшения системы регионального и муниципального самоуправления должны учитываться этнический состав населения и проводиться мероприятия, направленные на сохранение численности КМНС с соблюдением традиционных ценностей в целях повышения показателей рождаемости и качества жизни в целом.

Удэгейцы — тунгусо-маньчжурский народ, антропологически относится к байкальскому типу монголоидов, исконно проживает на юге Дальнего Востока России [8]. Удэгейцы действительно являются очень малочисленным этносом. Согласно Всероссийской переписи населения 2020 г., общая численность удэгейцев составляет 1261 человек (548 — в Хабаровском крае, 713 — в Приморском крае). Удэгейцы Хабаровского края проживают в муниципальном районе имени Лазо в Гвасюгинском сельском поселении в национальном селе Гвасюги и частично в поселке Среднехорский [9, 10].

В соответствии с федеральным законом от 30.04.1999 № 82-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «О гарантиях прав коренных малочисленных народов Российской Федерации» в каждом регионе РФ осуществляется

учет лиц, относящихся к малочисленным народам, для обеспечения реализации их социальных и экономических прав [11].

Комплексные социально-гигиенические исследования последних трех десятилетий, основанные на изучении интегрированного влияния на организм человека медико-демографических, природно-географических, производственных, семейно-бытовых факторов, выявили важные закономерности действия медико-социальной среды на здоровье удэгейцев [12–15]. При этом современная демографическая ситуация КМНС Гвасюгинского сельского поселения свидетельствует о стабильном сокращении численности, ухудшении состояния здоровья этноса при низких значениях рождаемости в результате изменения брачно-семейного и репродуктивного поведения, высокой заболеваемости и смертности [12–17].

Цель данного исследования — анализ современной демографической, брачно-семейной ситуации и показателей, характеризующих демографическое и репродуктивное поведение удэгейцев с. Гвасюги района имени Лазо Хабаровского края для принятия эффективных мер по увеличению численности этноса.

## Материалы и методы

Для анализа демографических процессов удэгейцев с. Гвасюги района имени Лазо Хабаровского края использованы региональные статистические данные Управления Федеральной службы государственной статистики по Хабаровскому краю (УФСГС по Хабаровскому краю) [18–20]. Анализ демографических показателей всего населения района имени Лазо Хабаровского края был проведен по источникам литературы и данным Всероссийской переписи населения 2020 г. [9, 10].

Основные использованные методы — сбор материала на основе анализа похозяйственных книг, официальных годовых отчетов фельдшерско-акушерского пункта с. Гвасюги Филиала № 2 Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Районная больница» района имени Лазо (ФАП с. Гвасюги Филиала № 2 КГБУЗ «Районная больница» района имени Лазо) Министерства здравоохранения Хабаровского края, характеризующих динамику демографических показателей, их анализ и синтез для выявления существующих тенденций в изменении численности населения и состава семей удэгейцев.

К сожалению, данных о рождаемости, заболеваемости и смертности по причинам смерти удэгейцев Хабаровского края в официальных статистических сборниках Министерства здравоохранения и УФСГС по Хабаровскому краю не содержатся. Некоторые сведения были получены из материалов научных исследований, имеющих локальный характер, и распространены на всю популяцию коренных народов. Однако необходимо указать, что эти данные, как и материалы официальной статистики, по-

зволяют выявить определенные закономерности для коренных этносов края.

Также был проведен социологический опрос в июле 2025 г. с целью выявления самооценок качества жизни населения с. Гвасюги с учетом современной демографической ситуации и социально-экономических факторов, в который были включены вопросы о демографическом и репродуктивном поведении населения (с акцентом на удэгейцев), анализируемые в данном исследовании. Было опрошено 73 человека (40 женщин и 33 мужчины) в возрасте 18—76 лет. Доля опрошенных представителей КМНС составила 100%.

### Результаты исследования

Коренное население района — удэгейцы — проживают в Гвасюгинском сельском поселении в национальном селе Гвасюги по берегам рек Усури, Хор, Кия. Село Гвасюги основано в 1932 г. и объединило для оседлой жизни четыре кочевых рода удэгейцев. Численность всего населения села за 2010–2022 гг. сократилась на 15% и в 2022 г. составила 209 человек. За межпереписной период 2010—2020 гг. численность удэгейцев с. Гвасюги сократилась на 5% и составила в 2022 г. 179 человек (рис. 1). Естественный прирост населения села за период 2018—2022 г. имеет тренд к снижению. Коэффициент смертности среди КМНС за 2018—2022 гг. увеличился в 1,6 раза, составив в 2022 г. 17,8‰.

Оказание квалифицированной медицинской помощи коренным малочисленным жителям села осуществляет ФАП с. Гвасюги Филиала № 2 КГБУЗ «Районная больница» района имени Лазо, а также на основании плановых выездов бригады специалистов районной больницы № 2 из поселка Мухен. Помещение, в котором расположен ФАП с. Гвасюги, требует ремонта. Оказывается неотложная доврачебная помощь при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях; проводятся санитарно-гигиенические, противоэпидемические мероприятия, вакцинопрофилактика; оказывается паллиативная помощь больным, в том числе с онкологическими заболеваниями (в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов); осуществляется транспортировка до места госпитализации больных, нуждающихся в стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с патологией беременности. Следует указать, что из-за труднодоступности (гравийная дорога) и отдаленности с. Гвасюги от КГБУЗ «Районная больница» района имени Лазо в пос. Переяславка (92 км) и основных учреждений здравоохранения г. Хабаровска (200 км), получение высококвалифицированной медицинской помощи (например, в случае травмы), а также полноценного обследования в случае заболевания взрослого человека или ребенка

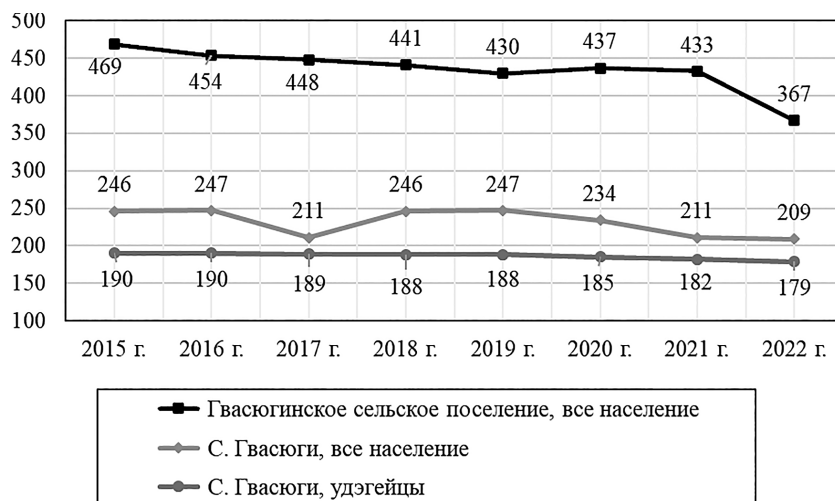


Рис. 1. Численность населения Гвасюгинского сельского поселения района имени Лазо Хабаровского края за 2015—2022 гг. (в абс. ед.).

для удэгейцев села остается недоступной роскошью, что, безусловно, сказывается на продолжительности жизни, в первую очередь мужчин.

В с. Гвасюги численность мужского населения преобладает над численностью женского. В половозрастной категории 18—60 лет было на 28 мужчин больше, чем женщин. Причинами диспропорции являются: общероссийская статистическая закономерность (мальчиков рождается больше, чем девочек); развитая лесодобывающая направленность организаций, расположенных в Гвасюгинском сельском поселении; традиционные виды природопользования (охота, рыбалка), ориентированные в основном на мужское население. Не меньшее значение имеет развитость инфраструктуры, благоустроенность национального поселения и качество жизни удэгейцев. Женщины-удэгейки стремятся уехать из села в более благоустроенные населенные пункты, в том числе городскую местность Хабаровского края, для получения высшего или среднего специального образования. Молодежь, преимущественно после окончания вуза, остается в городе, пытается адаптироваться к жизни в городской среде. Девушки чаще юношей остаются в городе, выходят замуж. Следует отметить, что мужчины всегда были более ориентированы на традиционное природопользование (охота, рыбалка), в то время как женщины стремились получить какую-либо специальность для более высокого социального и экономического положения в будущем. За последнее десятилетие эта разница сократилась, хотя диспропорция удэгейцев в сторону уменьшения женского населения остается.

Необходимо отметить, что после 60 лет численное превосходство женского населения возрастает. Причинами является разница в продолжительности жизни мужчин и женщин (в 2023 г. — 10,3 года). Согласно статистическим данным, представленным УФСГС по Хабаровскому краю, женщины живут дольше (в 2023 г. — 74,60 года, в 2020 г. — 72,15 года), чем мужчины (в 2023 г. — 62,36 года, в 2020 г. —

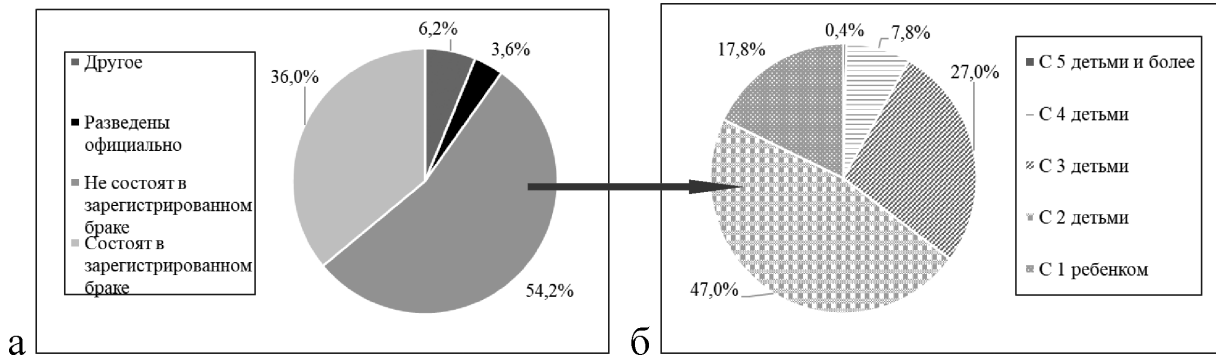


Рис. 2. Брачно-семейный состав удэгейцев с. Гвасюги Хабаровского края.

а — все семьи; б — однонациональные семьи с детьми, проживающие в незарегистрированном браке, в 2020 г.

61,86 года) и меньше склонны к вредным привычкам. Из этнических особенностей косвенно влияет повышенная физическая нагрузка на организм человека в селе, а также непредвидимые травмы, утопления и отравления вследствие охоты, рыбалки, употребления в пищу дикоросов, дикого мяса и рыбы.

Средний возраст удэгейцев для вступления в брак — 20—24 года у женщин и после 30 лет у мужчин. Неуклонно растет процент межэтнических браков. В настоящее время, согласно ВПН-2020, большинство удэгейцев фертильного возраста проживают с партнером и не состоят в зарегистрированном браке — 54,2%, состоят в зарегистрированном браке — 36%, разведены официально — 3,6%, другое — 6,2% (рис. 2, а). Причиной высокой доли семей, не состоящих в зарегистрированном браке, является отсутствие в селе отделений ЗАГСа и Многофункционального центра (МФЦ) или «службы одного окна» для подачи заявления на регистрацию брака (необходимо ехать в районный центр — пос. Переяславка).

Среди всех семей с детьми доля многодетных семей составляет 33%. Среди однонациональных семей, проживающих в незарегистрированном браке, преобладают семьи с двумя детьми — 47%, с тремя детьми — 26%, с четырьмя — 7,8% (рис. 2, б). Доля семей матерей-одиночек составляет 24%, из них 57,7% — с двумя детьми, 25% — с тремя детьми.

Анализ анкетирования населения с. Гвасюги показал, что однонациональные удэгейские семьи являются противниками бездетности в силу культурных традиций, обычаев и норм репродуктивного поведения, исторически присущих этнической группе. Многодетность и появление каждого ребенка в удэгейской семье воспринимается как продолжение рода, а также способствует увеличению численности этноса в целом.

В смешанных семьях (жена — удэгейка, муж — русский) также наблюдается значительная доля семей с двумя и тремя детьми (43 и 21,2% соответственно). Данные анкетирования свидетельствуют о том, что женщины-удэгейки стали более охотно вступать в брак с мужчинами-русскими, а также из других этносов (с нанайцами, орочи и др.). Дети,

рожденные в семьях удэгейцев, имеющих смешанный брак, в будущем будут рожать детей — метисов во втором и третьем поколении.

Необходимо отметить, что многодетные однонациональные или смешанные удэгейские семьи, где будущее поколение не только замещает родительское, но и превышает его состав, представляют особую важность и ценность для демографического развития Гвасюгинского сельского поселения и Хабаровского края в целом. Именно расширенное воспроизводство с числом рожденных детей три и более в семье будет способствовать росту удэгейского населения с дальнейшим увеличением его численности и, возможно, закреплением на исконной территории проживания.

Опрос населения показал, что этничность ребенка в смешанных семьях (муж — удэгеец, жена — русская) определяют по отцу из-за наличия определенных льгот для КМНС.

Более 63% опрошенных женщин отметили, что на рождение детей в их семьях оказывают значительное положительное влияние меры социальной поддержки, в том числе населению, находящемуся в трудной жизненной ситуации. Более 35% опрошенных мужчин указали, что меры являются значимыми для увеличения уровня и качества жизни удэгейцев, в том числе для семей с доходом ниже прожиточного минимума, особенно при покупке или строительстве жилья в сельской местности.

Более 46% респондентов (62% женщин и 46,3% мужчин,) имеющих двух детей, отметили, что хотели бы родить третьего и могут по состоянию здоровья осуществить деторождение с дальнейшим воспитанием ребенка. Однако сдерживающими факторами для 54% семей является низкий уровень жизни, отсутствие в селе врачей-специалистов узкой направленности, а также удаленность КГБУЗ «Районная больница» района имени Лазо (в пос. Переяславка) при необходимости получения высокотехнологичной помощи в экстренных случаях. Низкие личные доходы (учитывая заработную плату и другие источники) у 64% семей, имеющих одного ребенка, являются значимой причиной при отказе от рождения либо отложенном рождении второго ребенка.

### Заключение

Исследование, направленное на анализ современной демографической и брачно-семейной ситуации, а также репродуктивного поведения удэгейцев с. Гвасюги, позволило сделать ряд выводов.

Численность удэгейцев национального села Гвасюги имеет тренд к снижению при низкой рождаемости и значительной миграции молодежи из села в городскую местность для получения образования.

Большинство удэгейцев не состоят в зарегистрированном браке по причине отсутствия в селе необходимой социальной инфраструктуры при одновременной труднодоступности и удаленности села от районного центра для получения необходимой услуги по регистрации брака.

Выявлено, что приверженность национальным традициям и позитивный настрой удэгейцев на расширение воспроизводства в однонациональных или смешанных удэгейских семьях при более благоприятных социально-экономических условиях могла бы способствовать увеличению рождаемости, особенно третьего ребенка, и общему росту численности этноса. Показано, что сдерживающим фактором при осуществлении репродуктивных намерений относительно увеличения числа детей в семье являются низкий уровень жизни семей и отсутствие высокотехнологичной медицинской помощи.

Две трети опрошенных женщин и треть опрошенных мужчин указали на положительное влияние для семьи мер социальной поддержки населению, принятых в Хабаровском крае.

Исследование выполнено при финансовой поддержке проекта РНФ № 24-27-00172.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ростовская Т. К. Семья и демографические процессы в современной России: Монография. М.: Экон-Информ; 2021. 257 с. ISBN 978-5-907427-21-1
2. Ростовская Т. К., Кучмаева О. В., Архангельский В. Н. Поколенческие изменения брачного поведения россиян: социологический анализ. *Alma mater (Вестник высшей школы)* 2020;(11):45–53.
3. Указ Президента РФ от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации». Режим доступа: <https://base.garant.ru/401425792/?ysclid=mg8u1w17v0150778138> (дата обращения 05.09.2025).
4. Фадеева Е. В. Брачные предпочтения женщин и мужчин из числа представителей коренных народов Нижнего Амура и Сахалина. *Известия Коми научного центра Уральского отделения Российской академии наук. Серия «Историческая демография»*. 2023;8(66):92–7.
5. Зырянова М. А. Рождаемость и репродуктивные установки населения до и после ухудшения эпидемиологической ситуации. *Регионалогия*. 2022;30(4):903–23. doi: 10.15507/2413-1407.121.030.202204.903-923
6. Плющенко В. Н. Демографическое здоровье коренных малочисленных народов Хабаровского края в зеркале демографических процессов в Хабаровском крае. *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2012;1(51):17–22.
7. Калининская А. А., Лазарев А. В., Смирнов А. А., Шляфер С. И. Анализ медико-демографических показателей сельского населения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(6):1227–33. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-6-1227-1233
8. Бочарникова А. В. Трансформация институтов, регулирующих традиционное природопользование (на примере удэгей-

цев бассейна реки Бикин). *Известия Русского географического общества*. 2017;149(3):73–91.

9. Итоги ВПН — 2020. Режим доступа: [https://rosstat.gov.ru/vpn/2020/Tom1\\_Chislennost\\_i\\_razmeshchenie\\_naseleniya](https://rosstat.gov.ru/vpn/2020/Tom1_Chislennost_i_razmeshchenie_naseleniya) (дата обращения 18.09.2024).
10. Суховеева А. Б., Мишина Н. В. Состояние и перспективы социально-экономического развития районов традиционного проживания коренных малочисленных народов юга Дальнего Востока. *Региональные проблемы преобразования экономики*. 2024;10(168). doi: 10.26726/rppe2024v10s168
11. Федеральный закон от 30.04.1999 № 82-ФЗ (ред. от 13.07.2020) «О гарантиях прав коренных малочисленных народов Российской Федерации». Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_22928/ff7a9d6ae13daab1d3665c76381c22d7b9a04bae/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22928/ff7a9d6ae13daab1d3665c76381c22d7b9a04bae/) (дата обращения 16.09.2025).
12. Аверин А. Н. Коренные малочисленные народы: динамика развития. *Вестник Бурятского государственного университета*. 2015;15A:70–5.
13. Надточий Л. А., Смирнова С. В., Бронникова Е. П. Депопуляция коренных и малочисленных народов и проблема сохранения этносов Северо-Востока России. *Экология человека*. 2015;(2):3–11.
14. Манчук В. Т., Надточий Л. А. Состояние здоровья коренных и малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока, особенности формирования патологий. Красноярск; 2012. 338 с.
15. Агаджанян Н. А., Скальный А. В., Детков В. Ю. Элементный портрет человека: заболеваемость, демография и проблема управления здоровьем нации. *Экология человека*. 2013;(11):3–12.
16. Гореликов А. И. Становление и развитие системы здравоохранения коренных малочисленных народов Дальнего Востока как фактор этнодемографии (1920—1980-е гг.). *Общество: философия, история, культура*. 2024;(5):186–91. doi: 10.24158/fik.2024.5.27
17. Кошкина Е. А., Павловская Н. И., Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Усенко К. Ю. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в Российской Федерации *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010;2(14). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/189/30/lang.ru/>
18. Состав населения Хабаровского края по полу и возрасту. 2020: Стат. сб. Хабаровск: Хабаровскстат; 2020. 87 с.
19. Состояние здравоохранения в Хабаровском крае: Стат. сб. Хабаровск: Хабаровскстат; 2021. 86 с.
20. Состояние здравоохранения в Хабаровском крае: Стат. сб. Хабаровск: Хабаровскстат; 2024. 79 с.

Поступила 22.09.2025  
Принята в печать 12.01.2026

### REFERENCES

1. Rostovskaya T. K. Family and demographic processes in modern Russia: Monograph. Moscow: Ekon-Inform Publishing House; 2021. 257 p. ISBN 978-5-907427-21-1 (in Russian).
2. Rostovskaya T. K., Kuchmaeva O. V., Arkhangelsky V. N. Generational changes in the marital behavior of Russian. *Sociological analysis. Alma mater (Vestnik Vysshey Shkola)* 2020;(11):45–53 (in Russian).
3. Decree of the President of the Russian Federation of July 2, 2021 No. 400 “On the National Security Strategy of the Russian Federation”. Available at: <https://base.garant.ru/401425792/?ysclid=mg8u1w17v0150778138> (accessed 05.09.2025) (in Russian).
4. Fadeeva E. V. Marriage preferences of women and men from among the indigenous peoples of the Lower Amur and Sakhalin. *Bulletin of the Komi Scientific Center of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences. Series “Historical demography”*. 2023; 8(66):92–7 (in Russian).
5. Zyryanova M. A. Fertility and reproductive attitudes of the population before and after the worsening of the epidemiological situation. *Regionalologiya*. 2022;30(4):903–23. doi: 10.15507/2413-1407.121.030.202204.903-923 (in Russian).
6. Plushenko V. N. Demographic health of indigenous peoples of Khabarovsk Krai in the mirror of demographic processes in Khabarovsk Krai. *Healthcare of the Far East*. 2012;1(51):17–22 (in Russian).
7. Kalininskaya A. A., Lazarev A. V., Smirnov A. A., Shlyafaer S. I. Analysis of medical and demographic indicators of the rural popu-

Здоровье и общество

- lation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(6):1227–33. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-6-1227-1233 (in Russian).
8. Bocharnikova A. V. Transformation of institutions regulating traditional activity of indigenous peoples: the case of Udege people in the basin of the Bikin River. *Proceedings of the Russian geographical society*. 2017;149(3):73–91 (in Russian).
  9. Results of the All-Russian Population Survey — 2020. Available at: [https://rosstat.gov.ru/vpn/2020/Tom1\\_Chislennost\\_i\\_razmeshchenie\\_naseleniya](https://rosstat.gov.ru/vpn/2020/Tom1_Chislennost_i_razmeshchenie_naseleniya) (accessed 18.09.2024) (in Russian).
  10. Sukhoveeva A. B., Mishina N. V. The state and prospects of socioeconomic development of the areas of traditional residence of indigenous peoples of the southern Far East. *Regional problems of economic transformation*. 2024;10(168). doi: 10.26726/rppe2024v10sapo (in Russian).
  11. Federal Law of April 30, 1999 No. 82-FZ (as amended on July 13, 2020) “On Guarantees of the rights of indigenous peoples of the Russian Federation”. Available at: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_22928/ff7a9d6ae13daab1d3665c76381c22d7b9a04bae/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22928/ff7a9d6ae13daab1d3665c76381c22d7b9a04bae/) (accessed 16.09.2025) (in Russian).
  12. Averin A. N. Indigenous peoples: development dynamics. *Bulletin of the Buryat State University*. 2015;15A:70–5 (in Russian).
  13. Nadtochiy L. A., Smirnova S. V., Bronnikova E. P. Depopulation of indigenous and small-numbered peoples and the problem of pre-serving the ethnic groups of North-East Russia. *Human Ecology*. 2015;(2):3–11 (in Russian).
  14. Manchuk V. T., Nadtochiy L. A. Health status of indigenous and small-numbered peoples of the North, Siberia and the Far East, features of the formation of pathologies. Krasnoyarsk; 2012. 338 p. (in Russian).
  15. Agadzhanian N. A., Skalny A. V., Detkov V. Yu. Elemental portrait of a person: morbidity, demography and the problem of managing the health of the nation. *Human Ecology*. 2013;(11):3–12 (in Russian).
  16. Gorelikov A. I. Formation and development of the healthcare system of indigenous peoples of the Far East as a factor of ethnodemography (1920–1980-s). *Society: Philosophy, History, Culture*. 2024;(5):186–91. doi: 10.24158/fik.2024.5.27 (in Russian).
  17. Koshkina E. A., Pavlovskaya N. I., Yagudina R. I., Kulikov A. Yu., Usenko K. Yu. Medical, social and economic consequences of alcohol abuse in the Russian Federation. *Social Aspects of Population Health*. 2010;2(14). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/189/30/lang,ru/> (in Russian).
  18. Composition of the population of Khabarovsk Krai by sex and age. 2020: Stat. Coll. Khabarovsk: Khabarovskstat; 2020. 87 p. (in Russian).
  19. Healthcare in Khabarovsk Krai: Stat. Coll. Khabarovsk: Khabarovskstat; 2021. 86 p. (in Russian).
  20. Healthcare in Khabarovsk Krai: Stat. Coll. Khabarovsk: Khabarovskstat; 2024. 79 p. (in Russian).

# За рубежом

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2026  
УДК 614.2

**Каратаев М. М.<sup>1</sup>, Жумабаев А. Р.<sup>2</sup>, Ажимаматова Ж. Т.<sup>3</sup>, Рыспекова Ч. Д.<sup>1</sup>**

## ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ, ОДНОГОДИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ И ЗАПУЩЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В ОШСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

<sup>1</sup>Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, 720020, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

<sup>2</sup>Национальный центр онкологии и гематологии, 720064, г. Бишкек, Кыргызская Республика;

<sup>3</sup>Ошский межобластной онкологический центр, 723503, г. Ош, Кыргызская Республика

Цель исследования — оценить заболеваемость, смертность, одногодичную летальность и запущенность при раке шейки матки в Ошской области Кыргызской Республики. В исследовании использованы данные больных раком шейки матки по Ошской области Кыргызской Республики за 2010—2023 гг. Среднее значение показателя заболеваемости раком шейки матки в Ошской области Кыргызской Республики (за 14 лет) составило  $10,3 \pm 3,6\text{‰}$ . Темп прироста показателя заболеваемости составил 51,2%. Неудовлетворительным в отношении онкогинекологической службы в данном регионе республики явился рост показателя смертности при раке шейки матки: в динамике он имел тенденцию к росту с  $0,3\text{‰}$  в 2010 г. до  $5,3\text{‰}$  в 2023 г. Темп прироста составил более 1600%. Свидетельством улучшения и совершенствования комплексной терапии больных раком шейки матки стало уменьшение показателя одногодичной летальности с 41,0 до 13,0%. Темп убыли составил 68,3%. Положительная динамика отмечена по показателю запущенности: в динамике значение уменьшилось с 62,0 до 24,0%, что является результатом увеличения числа больных раком шейки матки на ранних стадиях в Ошской области Кыргызской Республики. Темп убыли показателя запущенности составил 61,3%. Результаты исследования могут быть использованы для формирования предложений по совершенствованию организации оказания медицинской помощи больным раком шейки матки и при формировании региональных проектов или ведомственных целевых программ.

**Ключевые слова:** рак шейки матки; заболеваемость; смертность; одногодичная летальность; запущенность.

**Для цитирования:** Каратаев М. М., Жумабаев А. Р., Ажимаматова Ж. Т., Рыспекова Ч. Д. Показатели заболеваемости, смертности, одногодичной летальности и запущенности больных раком шейки матки в Ошской области Кыргызской Республики. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):318—321. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-318-321>

**Для корреспонденции:** Жумабаев Амангелди Рахмадилдеевич, зам. директора по организационно-методической работе Национального центра онкологии и гематологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, e-mail: [jumabaev61@mail.ru](mailto:jumabaev61@mail.ru)

**Karataev M. M.<sup>1</sup>, Zhumabaev A. R.<sup>2</sup>, Azhimamatova Zh. T.<sup>3</sup>, Ryspekova Ch. D.<sup>1</sup>**

## THE INDICATORS OF MORBIDITY, MORTALITY, ONE-YEAR LETHALITY AND DESOLATION OF PATIENTS WITH CERVICAL CANCER IN THE OSH OBLAST OF THE KYRGYZ REPUBLIC

<sup>1</sup>The Kyrgyz State Medical Academy named after I. L. Akhunbaev, 720020, Bishkek city, Kyrgyz Republic;

<sup>2</sup>The National Center of Oncology and Hematology, 720064, Bishkek city, Kyrgyz Republic;

<sup>3</sup>The Osh Interregional Oncology Center, 723503, Osh city, Kyrgyz Republic

The purpose of the study is to evaluate morbidity, mortality, one-year lethality, and desolation of patients with cervical cancer in the Osh Oblast of the Kyrgyz Republic. The data about patients with cervical cancer in 2010—2023 was included in the study. The average value of morbidity of cervical cancer in the Osh region of the Kyrgyz Republic (over 14 years) made up to  $10,3 \pm 3,6\text{‰}$ . The growth rate of indicator of morbidity of cervical cancer was 51,2%. The increase in mortality from cervical cancer was unsatisfactory in terms of the onco-gynecological service from  $0,3\text{‰}$  in 2010 to  $5,3\text{‰}$  in 2023. The growth rate was very high, exceeding 1 600%. The improvement and refinement of comprehensive therapy of patients with cervical cancer was evidenced by decrease of one-year mortality from 41,0% to 13,0%. The rate of decline was 68,3%. The positive trend is also observed in the rate of desolation of patients with cervical cancer, which decreased from 62,0% to 24,0%, as result of increased number of patients with early stages of the disease in the Osh region. The rate of desolation of patients with cervical cancer was 61,3%. The results of the study can be used to formulate proposals improving the organization of medical care support for patients with cervical cancer, as well as for formation of regional projects or departmental target programs.

**Keywords:** cervical cancer; incidence; mortality; one-year mortality; desolation.

**For citation:** Karataev M. M., Zhumabaev A. R., Azhimamatova Zh. T., Ryspekova Ch. D. The indicators of morbidity, mortality, one-year lethality and desolation of patients with cervical cancer in the Osh Oblast of the Kyrgyz Republic. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2026;34(2):318—321 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-318-321>

**For correspondence:** Zhumabaev A. R., the Deputy Director on organizational methodical activity of the National Center of Oncology and Hematology. e-mail: [jumabaev61@mail.ru](mailto:jumabaev61@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 11.08.2025

Accepted 12.01.2026

За рубежом

### Введение

Рак шейки матки (РШМ), согласно данным Международного агентства по изучению рака, занимает 2-е ранговое место среди онкологических заболеваний женской репродуктивной системы, уступая по частоте лишь раку молочной железы (РМЖ), что обуславливает актуальность проблемы в медицинском и социальном аспекте. Заболеваемость РШМ в развитых странах мира зарегистрирована на уровне 4,1 на 100 тыс. женской популяции. В странах с низкой и среднеразвитой экономикой заболеваемость РШМ была в 3 раза выше и достигала 12,0 на 100 тыс. соответствующей популяции [1–3].

Статистика Российской Федерации (РФ) показывает медленный и неуклонный рост числа женщин, столкнувшихся с данной патологией: в 2010 г. — 14 719 случаев, в 2015 г. — 16 710, в 2020 г. — 15 172, в 2023 г. — 15 986. В динамике удельный вес РШМ колебался от 19,3% в 2010 г. до 21,2% в 2020 г. Заболеваемость РШМ наиболее часто регистрировалась среди женщин в возрасте 40–44 лет [4].

Цель исследования — оценить заболеваемость, смертность, годовую летальность и запущенность при РШМ в Ошской области Кыргызской Республики.

### Материалы и методы

Материалом для данного клинического исследования послужили данные пациенток с диагнозом РШМ, состоящих на учете в Национальном центре онкологии и гематологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Изучены эпидемиологические и клинические материалы по РШМ. Заболеваемость, смертность, годовая летальность и запущенность больных РШМ подсчитаны по материалам организационно-методологического отдела Национального центра онкологии и гематологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики и Национального статистического комитета при Правительстве Кыргызской Республики. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 6.0. Для проверки гипотезы о соответствии распределения полученных вариантов нормальному распределению использовали критерий Колмогорова—Смирнова. Для обработки уровня значимости различий использовали *t*-критерий Стьюдента.

### Результаты исследования

В исследование включены данные о пациентках с диагнозом РШМ, живущих в Ошской области Кыргызской Республики, за 2010–2023 гг., состоящих на учете в Национальном центре онкологии и гематологии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Среднее значение показателя заболеваемости РШМ женщины, проживающих в Ошской области Кыргызской Республики (за 14 лет), составило  $10,3 \pm 3,6\%$ . Из табл. 1 видно, что она растет. Если в

2010 г. показатель РШМ был равен 4,3, то в 2015 г. он достиг 12,1 на 100 тыс. женщин. Самый высокий показатель заболеваемости был зарегистрирован в 2020 г. Темп прироста показателя заболеваемости РШМ составил 51,2% (табл. 2).

Необходимо отметить, что показатель смертности при РШМ в динамике имел тенденцию к росту с  $0,3\%$  в 2010 г. до  $5,3\%$  в 2023 г. (табл. 3). Темп прироста составил более 1600%, что является неудовлетворительным в отношении онкогинекологической службы в данном регионе Кыргызской Республики.

Однако есть и положительная тенденция. Так, годовая летальность уменьшилась за 14 лет с 41,0 до 13,0% (табл. 4). Темп убыли составил 68,3%. Уменьшение данного показателя связано с улучшением и совершенствованием комплексной терапии РШМ.

Таблица 1

**Заболеваемость, смертность, годовая летальность, запущенность у больных РШМ в Ошской области Кыргызской Республики (2010–2023)**

Год	Заболеваемость, на 100 тыс. женщин	Смертность, на 100 тыс. женщин	Годовая летальность, %	Запущенность, %
2010	4,3	0,3	41,0	62,0
2011	7,3	2,2	51,0	63,9
2012	7,1	2,6	26,5	51,2
2013	6,8	2,2	18,2	55,6
2014	9,6	3,8	18,5	63,1
2015	12,1	6,9	17,1	58,6
2016	12,0	5,5	19,6	56,2
2017	12,4	4,1	20,6	48,7
2018	13,5	4,4	21,2	44,9
2019	11,2	4,9	24,7	46,6
2020	15,8	7,7	20,0	50,0
2021	10,8	6,3	12,7	35,0
2022	12,7	4,0	15,7	34,0
2023	9,4	5,3	13,0	24,0

Таблица 2

**Динамика показателя заболеваемости РШМ в Ошской области Кыргызской Республики за 2010–2023 гг.**

Год	Заболеваемость, на 100 тыс. женского населения (95% ДИ)	Темп прироста, %
2010	4,3 (1,74–10,24)	51,2
2023	7,3 (3,63–14,13)	

Таблица 3

**Динамика показателя смертности от РШМ в Ошской области Кыргызской Республики за 2010–2023 гг.**

Год	Смертность, на 100 тыс. женского населения (95% ДИ)	Темп прироста, %
2010	0,3 (0,03–0,14)	1600,0
2023	5,3 (2,34–11,57)	

Таблица 4

**Динамика показателя годовой летальности РШМ в Ошской области Кыргызской Республики за 2010–2023 гг.**

Год	Годовая летальность, % (95% ДИ)	Темп убыли, %
2010	41,0 (31,87–50,8)	68,3
2023	13,0 (7,76–20,98)	

Таблица 5

## Динамика показателя запущенности РШМ в Ошской области Кыргызской Республики за 2010—2023 гг.

Год	Запущенность, % (95% ДИ)	Темп убыли, %
2010	62,0 (52,1—70,9)	61,3
2023	24,0 (16,69—33,23)	

Показатель запущенности у больных РШМ в динамике уменьшился (табл. 5). Это свидетельствует об улучшении диагностики заболевания на ранних стадиях в Ошской области Кыргызской Республики. Темп убыли показателя запущенности составил 61,3%.

Заболеваемость РШМ у жительниц г. Ош за исследуемый период увеличилась с 6,6 до 19,6 на 100 тыс. женского населения (табл. 6). Это один из самых высоких показателей, зарегистрированных не только в Кыргызской Республике, но и в регионах по странам СНГ. Темп прироста показателя составил 196,9% (табл. 7).

К нашему большому сожалению, смертность от РШМ пациенток, проживающих в г. Ош, за 14 лет также увеличилась, темп прироста составил 408,3% (табл. 8).

Показатель одногодичной летальности больных в городе Ош снизился, темп убыли составил 34,7% (табл. 9).

Одним из важных показателей онкологической службы является показатель запущенности РШМ. Он был практически на одном уровне в 2010 и 2023 гг., отмечена тенденция к очень незначительному его уменьшению (табл. 10).

Следовательно, запущенность или выявление больных с РШМ на поздних стадиях остаются высо-

Таблица 6

## Заболеваемость, смертность, одногодичная летальность и запущенность РШМ в г. Ош (2010—2023 гг.)

Год	Заболеваемость, на 100 тыс. женщин	Смертность, на 100 тыс. женщин	Одногодичная летальность, %	Запущенность, %
2010	6,6	1,2	34,9	38,9
2011	10,5	2,3	35,3	44,4
2012	13,2	5,4	22,2	38,2
2013	12,6	7,2	29,4	54,5
2014	22,3	5,7	30,0	52,3
2015	25,4	11,3	38,0	58,3
2016	21,4	7,6	35,6	45,7
2017	19,6	7,4	24,9	36,6
2018	11,2	7,9	17,2	23,5
2019	22,8	7,6	35,2	57,2
2020	17,7	3,6	16,6	48,2
2021	16,9	8,7	13,8	38,0
2022	21,9	8,6	24,1	57,8
2023	19,6	6,1	22,8	37,1

Таблица 7

## Динамика показателя заболеваемости РШМ в городе Ош за 2010—2023 гг.

Год	Заболеваемость, на 100 тыс. женщин (95% ДИ)	Темп прироста, %
2010	6,6 (3,17—13,24)	196,9
2023	19,6 (13,01—28,44)	

Таблица 8

## Динамика показателя смертности РШМ в г. Ош за 2010—2023 гг.

Год	Смертность на 100 тыс. женского населения (95% ДИ)	Темп прироста, %
2010	1,2 (0,24—5,77)	408,3
2023	6,1 (2,84—12,61)	

Таблица 9

## Динамика показателя одногодичной летальности РШМ в г. Ош за 2010—2023 гг.

Годы	Одногодичная летальность, % (95% ДИ)	Темп убыли, %
2010	34,9 (26,27—44,64)	34,7
2023	22,8 (15,67—31,94)	

Таблица 10

## Динамика показателя запущенности РШМ в г. Ош за 2010—2023 гг.

Год	Запущенность, % (95% ДИ)	Темп убыли, %
2010	38,9 (29,92—48,7)	4,62
2023	37,1 (28,27—46,88)	

кими (более 1/3 пациенток имеют распространенные или запущенные формы болезни).

### Заключение

Среднее значение показателя заболеваемости РШМ в Ошской области Кыргызской Республики за 14 лет составило  $10,3 \pm 3,6\text{‰}$ . Темп прироста показателя заболеваемости РШМ составил 51,2%.

Неудовлетворительным в отношении онкогинекологической службы в данном регионе Кыргызской Республики явился рост показателя смертности при РШМ. В динамике он имел тенденцию к росту с  $0,3\text{‰}$  в 2010 г. до  $5,3\text{‰}$  в 2023 г. Темп прироста составил более 1600%.

Свидетельством улучшения и совершенствования комплексной терапии больных РШМ явилось уменьшение показателя одногодичной летальности за 14 лет с 41,0 до 13,0%. Темп убыли составил 68,3%.

Положительная динамика отмечена и по показателю запущенности: в динамике значение уменьшилось с 62,0 до 24,0%, что является результатом увеличения числа больных РШМ на ранних стадиях в Ошской области Кыргызской Республики. Темп убыли показателя запущенности составил 61,3%.

Заболеваемость РШМ у жительниц г. Ош за период исследования выросла с 6,6 до 19,6 на 100 тыс. женского населения (темп прироста составил 196,9%). Смертность за 14 лет также увеличилась с 1,2 до 6 на 100 тыс. женского населения (темп прироста составил 408,3%). Одногодичная летальность снизилась с 34,9 до 22,8% (темп убыли составил 34,7%). Показатель запущенности РШМ был практически на одном уровне в 2010 и 2023 гг. (темп убыли составил 4,62%).

Результаты исследования могут быть использованы для формирования предложений по совер-

За рубежом

шенствованию организации оказания медицинской помощи при РШМ и при формировании региональных проектов или ведомственных целевых программ.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R. L., Torre L. A., Jemal A. Global cancer statistics. 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018;68(6):394–424. doi: 10.3322/caac.21492
2. Arbyn M., Weiderpass E., Bruni L., de Sanjosé S., Saraiya M., Ferlay J. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob. Health.* 2020;8(2):e191–203. doi: 10.016 /S2214-109X (19)30482-6
3. Bruni L., Albero G., Rowley J., Alemany L., Arbyn M., Giuliano A. R. Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob. Health.* 2023;11(9):e1345–62. doi: 10.1016/S2214-109X (23)00305-4

4. Каприн А. Д., Старинский В. В., Шахзадова А. О. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена; 2024. 262 с.

Поступила 11.08.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R. L., Torre L. A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J. Clin.* 2018;68(6):394–424. doi: 10.3322/caac.21492
2. Arbyn M., Weiderpass E., Bruni L., de Sanjosé S., Saraiya M., Ferlay J., et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob. Health.* 2020;8(2):e191–203. doi: 10.016 /S2214-109X (19)30482-6
3. Bruni L., Albero G., Rowley J., Alemany L., Arbyn M., Giuliano A. R. Global and regional estimates of genital human papillomavirus prevalence among men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob. Health.* 2023;11(9):e1345–62. doi: 10.1016/S2214-109X (23)00305-4
4. Kaprin A. D., Starinsky V. V., Shakhzadova A. O. The state of oncological care for the population of Russia in 2023. Moscow: P. A. Herzen Moscow Oncology Research Institute; 2024. 262 p. (in Russian).

# История медицины

© ВОЛЬСКАЯ Е. А., 2026  
УДК 614.2

**Вольская Е. А.**

## ИСТОРИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРАВА. СООБЩЕНИЕ 3: ТЕНДЕНЦИИ ГЛОБАЛИЗАЦИИ РЕГУЛЯТОРНЫХ НОРМ В XXI ВЕКЕ

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

*Статья продолжает цикл публикаций по исследованию истории фармацевтического права. В XXI в. начался третий этап развития регулирования фармацевтической сферы. Введение законов прямого действия, или регламентов, завершило процесс гармонизации европейских регуляторных норм с американскими. Имплементация правил надлежащей практики исследований и производства ICH в законодательство стран с развитым рынком лекарственных средств обеспечила унификацию технических требований к безопасности и качеству лекарств на общем фармацевтическом рынке.*

**Ключевые слова:** фармацевтическое право; лекарственное средство; закон; регулирование; гармонизация; историческое развитие.

**Для цитирования:** Вольская Е. А. История фармацевтического права. Сообщение 3: тенденции глобализации регуляторных норм в XXI веке. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):322–329. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-322-329>

**Для корреспонденции:** Вольская Елена Алексеевна, канд. ист. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: vols-elena@yandex.ru

*Volskaya E. A.*

## THE HISTORY OF PHARMACEUTICAL LAW. REPORT III. THE TRENDS OF GLOBALIZATION OF REGULATIVE NORMS IN XXI CENTURY

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

*This article continues the cycle of publications on the study of history of pharmaceutical law. In the XXI century, the third stage of development of regulation of pharmaceutical sphere began. The introduction of the laws of direct action or regulations, completed the process of harmonization of European regulatory norms with American ones. The implementation of the rules of good practices of research and production of ICH into legislation of countries with developed market of medicinal products ensured unification of technical requirements to safety and quality of medications in the general pharmaceutical market.*

**Keywords:** pharmaceutical law; medicinal product; the law; regulation; harmonization; historical development.

**For citation:** Volskaya E. A. The history of pharmaceutical law. Report III. The trends of globalization of regulative norms in XXI century. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2026;34(2):322–329 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-322-329>

**For correspondence:** Volskaya E. A., candidate of historical sciences, the Leading Researcher of the Department of History of Medicine of the Federal State Budgetary Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: vols-elena@yandex.ru

**Conflict of interests.** The author declares absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 17.10.2025

Accepted 12.01.2026

### Введение

К концу XX в. завершился второй этап развития фармацевтического права. Его качественным отличием от первого этапа, в течение которого были сформированы основные нормы аптекарского права, стало создание нормативно-правовой базы функционирования фармацевтического производства, а также регулирования обращения лекарственных средств в условиях рыночных отношений. Значительный вклад в развитие фармацевтического законодательства во второй половине XX в. внес Европейский союз (ЕС) [1].

Законодатели ЕС регулировали сферу обращения лекарственных средств (ЛС), директивы, положения

которых государства-члены обязаны были ввести в национальные нормативно-правовые базы. По сути, принимая в качестве законодательных актов законы непрямого действия, европейские законодатели избрали стратегию непрямых действий, основанную на движении по линии наименьшего сопротивления и обеспечивавшую гибкость во внедрении норм в действие [2]. Такая мягкая стратегия формально обеспечила довольно быструю и беспрепятственную гармонизацию регуляторной сферы в двух крупнейших сегментах международного фармацевтического рынка — ЕС и США.

Однако осуществленных усилий по гармонизации европейского и заокеанского правового поля

оказалось недостаточно. Имплементируя положения директив в свои законы и подзаконные акты, национальные правительства и ведомства государств-членов допускали интерпретацию рамочных норм законодательства ЕС, что приводило к различиям в процедурах и сроках решения вопросов, а также к вариациям в требованиях к документам и правилах взаимодействия с регуляторами. Вследствие этого крупные фармацевтические компании сталкивались с серьезными трудностями при выходе на несколько национальных рынков Европы, что препятствовало формированию единого фармацевтического пространства ЕС и глобального рынка ЛС.

Сбалансированное развитие региональных сегментов международного фармрынка требовало усовершенствования нормативно-правовой модели и существенного преобразования регуляторной стратегии в фармсфере ЕС.

### **Стратегия прямых действий в регулировании фармрынка ЕС**

На рубеже веков необходимость унификации норм и процедур регулирования на фармацевтическом рынке ЕС стала очевидной. Наряду с этим ЕС оказался в преддверии масштабного расширения: шел процесс подготовки к принятию в объединение стран Восточной Европы, и в 2004 г. в ЕС вступили 10 государств — Эстония, Латвия, Литва, Польша, Чехия, Венгрия, Словакия и Словения, а также Кипр и Мальта. У новых государств-членов, даже у тех, в которых работала фармацевтическая промышленность, не было специальных законов для сферы обращения ЛС либо действовавшие нормы не соответствовали стандартам ЕС, им предстояло ввести отвечающее требованиям регулирование заново, и формат рамочных директив мало подходил для этой цели. Эти обстоятельства побудили законодателей отступить от принципа опосредованного управления фармсферой через национальные правовые акты.

С первого десятилетия нового века Европарламент перешел к осуществлению стратегии прямых действий, направленных на внедрение единых законодательных норм на территории ЕС [3]. Были реализованы следующие шаги. Во-первых, принятые в XX в. основные директивы объединены в единый Фармацевтический кодекс ЕС (введен директивой 2001/83/ЕС). Это событие европейские специалисты считают началом фармацевтического права ЕС [4], а Фармацевтический кодекс стал стержнем регуляторной системы, определяющим основные принципы взаимодействия участников и требования к регулируемым объектам. Во-вторых, в правовом поле фармсферы произошло замещение директив регламентами — законами прямого действия, обязательными к исполнению во всех деталях каждым государством — членом ЕС, имеющими неограниченный приоритет перед национальным законодательством [5]. Регламенты установили требования и нормы по отдельным направлениям и специфиче-

ским сегментам сферы обращения ЛС, в частности по клиническим исследованиям, по лекарственным препаратам для лечения детских болезней, по биотехнологическим лекарственным препаратам. В-третьих, Фармкодекс и регламенты увязаны в комплекс фармацевтического законодательства путем билатеральных ссылок, благодаря которым утвержденный директивой 2001/83 кодекс был опосредованно введен в ранг обязательного к исполнению: в самих названиях регламентов присутствовало указание на соответствующее изменение Фармкодекса, например: «Регламент № 1394/2007 Европарламента и Совета о лекарственных средствах для передовой терапии и об изменении директивы 2001/83». В-четвертых, претерпела изменение концепция директив: если в XX в. они принимались как законы, содержавшие основные правовые нормы, то теперь им был придан вспомогательный характер: этими правовыми актами регулировались технические детали реализации общих норм и внедрения стандартов в сфере обращения ЛС, причем при актуализации их заменяли регламентами. Так, директива 2005/28/ЕС содержала рекомендации по применению надлежащей клинической практики лекарств для передовой терапии и биотехнологических тканевых продуктов, через 12 лет она была заменена соответствующим регламентом ЕС 2017/556 [6].

В первоначальной версии Фармкодекса определялись требования к обращению ЛС промышленного производства на территории ЕС, устанавливались правила введения в обращение, включая условия разрешительной регистрационной процедуры, установки по сопровождающей ЛС информации. С целью упрощения регистрационного процесса предусматривалась возможность регистрации ЛС в формате взаимного признания разрешения двумя членами ЕС. Отдельные разделы охватывали вопросы производства ЛС и импорта, потребительской информации (вкладыш в упаковку и маркировка), классификации препаратов по виду аптечного отпуска (по рецепту и безрецептурные), дистрибуции, рекламы и продвижения, организации фармаконадзора, контроля за выполнением норм и санкций при нарушении закона. Весьма обширное приложение 1 документа определяло административные установки по аналитическим, токсикологическим, фармакологическим и клиническим доказательствам, которые должны быть получены в исследованиях ЛС и представлены в регистрационном досье.

В последующие годы Фармкодекс систематически актуализировался и расширялся, включал уточнения, детализацию положений и дополнения, кроме того, в него включали ссылки на принимавшиеся регламенты. Так, уже в 2002 г. в документ внесли уточнения по стандартам качества и безопасности при получении, анализе, обработке, хранении и распространении крови человека и ее элементов. В 2007 г. была внесена поправка в связи с принятием регламента 1901/2006 о педиатрических лекарствах. В следующем году — сходная поправка по лекар-

ствам для передовой терапии, в 2013 г. — по усовершенствованию системы фармаконадзора.

В отличие от Фармокодекса, охватывающего общие принципы и правила функционирования ЛС, а также требования к участникам фармацевтического рынка, регламенты были приняты по частным, требующим специального регулирования сегментам фармацевтической сферы. К таким сегментам относились лекарственные препараты для лечения редких болезней (так называемые орфанные ЛС) и педиатрические лекарства. Де-факто эти фармацевтические продукты присутствовали в арсенале европейских врачей, в подавляющем большинстве это были препараты североамериканских производителей. В США регуляторные нормы по обращению этих лекарств действовали с 1983 г. Для развития производства столь нужных здравоохранению препаратов было необходимо ввести правовые нормы, которые включали бы как мотивацию, так и стимулы для привлечения фармкомпаний к весьма затратной разработке и производству таких ЛС. Уже в 2000 г. был принят регламент по обращению ЛС для лечения редких болезней [7]. В 2007 г., т. е. через 3 года после введения в США регулирования ЛС, применяемых в педиатрии, соответствующий регламент [8] принял Европарламент. Оба закона предусматривали серьезные льготы для производителей ЛС (эсклюзивность данных регистрационного досье, снижение выплат на услуги регуляторного органа и др.), но и выдвигали существенные требования к качеству производимых лекарств. Тем не менее введенное регулирование способствовало развитию этих сегментов фармсферы.

В 2007 г. Европарламент, отвечая на активное внедрение научных достижений в фармацевтику, ввел регулирование нового класса ЛС, обещающего прорыв в медицине, — биотехнологических ЛС, первые из которых появились в арсенале врачей в начале нового века. На лекарственном рынке появились препараты на основе моноклональных антител, сулившие прогресс в лечении онкологических и аутоиммунных болезней, шла разработка продуктов клеточных технологий, терапевтических препаратов тканевой инженерии. Регламент 1394/2007 определил условия производства и правила регистрации этих препаратов. Чрезвычайно важным оказался подход, принятый в этом регламенте: по требованиям к доказательству эффективности и безопасности эти продукты приравнивались к ЛС. Примечательно, что принятие этого акта указывало на выравнивание баланса в лидерстве законодателей США и ЕС, до принятия этого регламента европейцы следовали в фарватере принятых Конгрессом США поправок в FD&C Act. Разработка и принятие регламента о лекарствах для передовой терапии обозначил их первенство: в США поправка по биотехнологическим ЛС была принята через 5 лет, а обращение других продуктов для передовой терапии — через 10 лет после принятия регламента ЕС.

В конструкции регуляторного комплекса в сфере обращения ЛС ведущую роль сыграл регламент

№ 726/2004 о создании Европейского агентства по лекарственным средствам [9]. Он создал правовую основу регуляторной системы и определил структуру административной модели регулирования в сфере обращения ЛС в Евросоюзе. Этим актом Европейское агентство по оценке ЛС (European Medicines Evaluation Agency, ЕМЕА), являвшееся по сути консультативным органом, было преобразовано в Европейское агентство по лекарствам (European Medicines Agency, ЕМА) — главный регуляторный орган ЕС в области ЛС. Оставшись центром координации деятельности национальных регуляторных органов в данной области, ЕМА определяет стандарты безопасности и качества ЛС, ведет непрерывный мониторинг безопасности разрешенных препаратов (координирует фармаконадзор в государствах-членах и ведет единую базу данных по безопасности EudraVigilance).

Чрезвычайно важной функцией ЕМА стала экспертная работа в области допуска ЛС на фармрынок ЕС<sup>38</sup> и поддержание сложной системы регистрационной деятельности. Отличительной особенностью европейского права явилось наличие одновременно четырех форматов регистрации ЛС. После создания ЕМА глобальные компании, работавшие на европейском рынке, получили возможность централизованной регистрации своих препаратов на территории ЕС, что резко сэкономило время на прохождение процедуры. Централизованная регистрация является обязательной только для некоторых видов инновационных ЛС, в частности биотехнологических продуктов, препаратов для лечения онкологических заболеваний, ВИЧ, диабета. Одновременно был введен формат децентрализованной регистрации — более экономичная процедура для лекарств, не зарегистрированных на территории ЕС, при желании производителя зарегистрировать продукт в нескольких странах ЕС. В этом случае заявитель подает регистрационное досье в уполномоченные национальные регуляторные органы государств-членов, и в одном из них (референтном ведомстве) проводится экспертиза документации. Заключение рассылается в ведомства государств, получивших заявку, которые могут присоединиться к выводам первой экспертизы. Третий вид формата — взаимное признание регистрации — может быть задействован, когда препарат уже находится в обращении на территории одного из государств-членов. Заявитель может получить в уполномоченном органе заключение о препарате, а соответствующее ведомство, получив его, может признать регистрацию целесообразной и дать разрешение на вывод ЛС в обращение. Наконец, четвертый формат, самый простой и экономичный, — национальная регистрация ЛС. Следует отметить, что независимо от формата регистрации все участвующие регуляторные органы действуют по единым нормам, предъявляют общие требования и соблюдают установлен-

<sup>38</sup> На основании заключения ЕМА регистрацию ЕС осуществляет (т. е. выдает регистрационное свидетельство) Еврокомиссия.

ные процедурные рамки, в том числе по срокам исполнения. Таким образом, регуляторные нормы весьма гибкие, позволяющие производителю лекарств сделать подходящий для него выбор регистрационной процедуры.

Говоря о регламентах ЕС в сфере обращения лекарств, нельзя не упомянуть важный закон о клинических исследованиях ЛС. Регламент № 536/14, заменив директиву 2001/20/ЕС, ввел прямое регулирование клинических исследований, определил два формата разрешительной процедуры: централизованную — через ЕМА — и национальную, проводимую регуляторным органом государства-члена. Таким образом, крупные компании, планирующие масштабные международные мультицентровые клинические исследования, получили возможность подавать заявки и получать решения через «единое окно» в ЕМА.

В течение первых 20 лет нового века в ЕС было принято 23 регламента, регулирующих обращение ЛС (не считая законов общего характера, затрагивающих лекарства в числе прочих продуктов, таких, например, как регламент о защите прав потребителей). Некоторые из этого числа утратили силу, отменены или заменены новыми законами.

Проведенные преобразования в целях гармонизации европейского фармацевтического права принесли ожидаемые плоды: к 2020 г. фармацевтическое законодательство ЕС не противоречило североамериканским законам в этой сфере, не имело лагун по сравнению с ним, возникавшие пробелы быстро устранялись. Стратегия прямых действий сработала: регуляторные процедуры осуществлялись на уровне ЕС как единого субъекта права, а также в государствах-членах. Участники фармацевтической сферы взаимодействовали в правовом поле, подчиняясь законодательству ЕС. Национальные законы государств-членов продолжали действовать на территориях государств в рамках национальных фармацевтических рынков, в частности при контроле над товаропроводящей цепочкой, в области аптечного дела, тарифных соглашений участников лекарственного обеспечения населения.

### **Регуляторное сближение в контексте глобализации**

Поступательное развитие международного лекарственного рынка в конце XX в., активность его участников, непрестанно стремившихся расширять свою деятельность на новые регионы и страны, привели к интернационализации сферы фармобращения. Выходя на новые рынки, компании — производители ЛС должны были подчиняться местным нормативным актам, касавшимся регистрации лекарств, преодолевать административные барьеры, производить дополнительные мероприятия по получению доказательств качества ЛС. Это увеличивало затраты на вывод препарата в обращение и, соответственно, стоимость новых ЛС, что противоречило усилиям государств по снижению затрат на здра-

воохранение и ожиданиям общества в отношении доступной и эффективной лекарственной помощи.

С созданием ЕС деятельность по гармонизации регуляторных норм активизировалась, но, во-первых, процесс гармонизации развивался лишь локально, т. е. касался согласования норм ЕС с действующим законодательством США. Во-вторых, до начала XXI в. формат внедрения принятых Европарламентом норм в правовые акты государств-членов не обеспечивал гармонизации на уровне Союза. В-третьих, законодательные акты определяли нормы функционирования сферы обращения ЛС и взаимодействия ее участников, но не детализировали технические требования, по которым должны действовать регуляторные органы при экспертизе безопасности, качества и эффективности ЛС при их допуске в медицинскую практику. Между тем настоятельная необходимость в упорядочении и согласованности этих норм стала очевидной. Поэтому почти одновременно с процессом гармонизации законодательной базы ЕС с североамериканскими нормами возникла инициатива по организации платформы для согласования технических стандартов по оценке ЛС в рамках разрешительной регуляторной процедуры. При непосредственном содействии Европейской федерации фармацевтических производителей и ассоциаций (European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations, EFPI) начала свою деятельность Международная Конференция по гармонизации технических требований к ЛС для применения у человека (International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use, ICH). Учредителями выступили представители регуляторных органов и ассоциаций фарминдустрии трех регионов — США, ЕС и Японии — в лице FDA, ЕМА и Министерства здравоохранения вкуче с Агентством по лекарствам и медицинским изделиям Японии. Постоянными членами ICH стали регуляторные ведомства Канады и Швейцарии, в последующем также Великобритания, Аргентины, Бразилии, Китая и других — всего 16 членов. Постепенно к работе ICH стали присоединяться новые участники в качестве наблюдателей: две международные организации (Всемирная организация здравоохранения, Международная федерация фармацевтических производителей и ассоциаций — International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations, IFPMA) и органы исполнительной власти 26 государств с развитой или развивающейся фарминдустрией, ориентированной на экспорт ЛС, в том числе России.

Можно считать, что представительство в ICH стало поистине глобальным, объединив на площадке Конференции регуляторов, ответственных за сферу лекарственного обеспечения государств со всех континентов: 36 европейских государств, обе страны Северной Америки, 7 крупных государств Латинской Америки (Бразилия, Мексика, Аргентина и др.), важнейшие страны Азиатско-Тихоокеанского региона, Южной Азии и Ближнего Востока, а также Австралию [11]. Фактически региональное

представительство в Конференции отражало географическое распределение мирового фармацевтического рынка. Активными членами Конференции стали ведущие государства-экспортеры, поставлявшие лекарства по всему миру: Германия, Швейцария, США, Бельгия, Великобритания и др. К концу первого десятилетия нашего века доля государств — членов ИСН в мировом объеме экспорта составила почти 90% в денежном выражении, а вместе со странами-наблюдателями доходила до 99%<sup>39</sup>. Компании-производители государств ИСН были жизненно заинтересованы в максимальном устранении любых регуляторных барьеров для их внешней торговли, поэтому работу Конференции по разработке и внедрению единых согласованных регуляторных требований во всех регионах глобального фармрынка активно поддерживали ассоциации фармацевтических производителей — европейская, японская, североамериканская.

Расширение международного участия повлекло за собой реорганизацию Конференции: в 2015 г. она была преобразована в Совет по гармонизации, который получил статус юридического лица со штаб-квартирой в Швейцарии. К 30-летию юбилею объединения (2020) его значение как главной международной платформы для разработки гармонизованных норм в фармацевтической сфере было единодушно признано [13].

Участники в тесном сотрудничестве разрабатывали регуляторные требования к фармацевтическим продуктам по трем основным критериям оценки лекарств при их допуске в обращение — безопасность, эффективность и качество. Было принято решение создать руководства, фактически инструкции по выполнению отдельных процедур и процессов исследований и производства препаратов, а также составить единый документ, структура которого содержала бы разделы по всем критериям оценки результатов проведенных заявителем действий. Участниками Конференции была выработана унифицированная система терминов и определений, т. е. язык регулирования (медицинский словарь для регуляторных органов MedDRA), создана и апробирована поэтапная процедура разработки, а также процедура обсуждения («Вопросы и ответы»), в которой на равных могли участвовать ведомства государств-членов и наблюдатели, шаги по согласованию и принятию руководств. Так был заложен фундамент гармонизованного технического регулирования.

Документы ИСН начали выпускаться по трем разделам, соответствующим критериям оценки ЛС: по безопасности — под литерой S, по качеству — Q, по повышению эффективности — E, а также междисциплинарные рекомендации (под литерой M). Основные руководства выходили под «зонтичным» названием «Надлежащая практика» («Good Practice»),

которое дополнялось наименованием соответствующего процесса (например, Good Clinical Praxis — надлежащая клиническая практика). Одними из первых были руководства по надлежащей клинической практике (1995), по доклиническим исследованиям биотехнологических препаратов (1997). К концу первого десятилетия XXI в. руководства ИСН охватывали технические требования к подавляющему большинству процессов и процедур, связанных с исследованиями и производством лекарств.

За первые 20 лет было выпущено более 60 руководств и рекомендаций ИСН. Конференция эффективно работала, регулярно и своевременно актуализируя принятые документы в соответствии с прогрессом фармацевтической науки и биотехнологий. Акцент регулирования постепенно сместился от правил тестирования конечных продуктов к обеспечению качественных результатов исследований и промышленного производства ЛС через требования к алгоритмам процессов [14] (концепция была предложена FDA на конференции 2004 г.).

Гармонизованные руководства ИСН не являлись обязательными для применения даже в государствах — членах объединения. Для этого они должны были имплементироваться в нормативно-правовые базы страны. Так, руководство по надлежащей практике фармаконадзора ИСН было введено в нормативную базу США посредством Руководящего документа FDA в 2005 г., руководство по надлежащей клинической практике введено в действие на территории ЕС Директивой 2001/20/ЕС и заменившим ее Регламентом 536/2014. Введение в действие гармонизованных руководств давало регуляторным органам четкие критерии оценки для контроля над процессами, производимыми компаниями, на соответствие руководствам посредством инспекций при проведении клинических исследований и производстве ЛС на этапе регистрации и при обращении препарата на фармрынке.

Чрезвычайно важным документом системы, призванным в едином формате представить результаты всех этапов исследований и производства ЛС, проведенных согласно руководствам ИСН, стал Общий технический документ (Common Technical Document, CTD) [15]. Документ предназначен для подачи в регуляторные органы в составе заявки на регистрацию фармацевтического продукта. Он состоит из 5 модулей: модуль 1 фактически отсутствует, так как должен содержать документы, специфичные для каждого региона (бланки заявлений, формуляры и прочее), модуль 2 — структурированное Введение с общим описанием ЛС, оставшиеся модули должны содержать данные по качеству препарата (модуль 3), отчеты по неклиническим (модуль 4) и клиническим (модуль 5) исследованиям.

Как и гармонизованные руководства ИСН, CTD является рекомендательным документом, однако при имплементации в нормативно-правовую базу государства приобретает обязательный характер. Первая версия CTD была принята в 2002 г. В 2003 г. документ был введен в регуляторные базы ЕС и

<sup>39</sup> Расчет по данным таблицы Trade Map — List of exporters for the selected Product of 2020. Pharmaceutical Product. International Trade Centre. Режим доступа: [www.trademap.org](http://www.trademap.org)

## История медицины

Японии. В 2016 г. СТД был актуализирован и дополнен (в частности, приложением для подачи досье в электронном виде). В 2017 г. он введен в действие в США, Канаде, Сингапуре, Китае, в 2019 г. — в Аргентине, Бразилии. Это означает, что СТД стал обязательным форматом подачи заявок на регистрацию новых ЛС в этих государствах. Введение Общего технического документа в регуляторику целого ряда государств, т. е. унификация регламентирующего документа, явилось важным шагом на пути к глобализации правового поля фармацевтической сферы.

Деятельность ИСН способствовала снижению регуляторных барьеров в сфере обращения ЛС и сближению регуляторных требований к участникам фармацевтического рынка. Следующим шагом на пути устранения бюрократических препятствий стало взаимное признание результатов регуляторных инспекций на основе гармонизованных руководств. Первый опыт взаимного признания инспекций производственной практики (GMP-инспекции) был предпринят в 1998 г.: ЕС и США подписали соглашение о том, что регуляторные органы могут частично принимать результаты инспекций партнера. Такая мера оправдала себя: даже выборочное признание результатов проведенных проверок снижало нагрузку на регуляторные органы и на проверяемые ими предприятия.

В 2004 г. в Швейцарии была учреждена ассоциация Схема сотрудничества по фармацевтической инспекции (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme, PIC/S), поставившая перед собой цель: «Взаимное признание результатов проверок, проводимых в странах-участницах» [16] по общей методологии и по единым стандартам, т. е. гармонизованным руководствам ИСН. К 2020 г. членами ассоциации были уже 60 государств: США, государства ЕС, Швейцария, Канада, Австралия, Япония и др. В Ассоциацию вступали регуляторные ведомства государств, которые начинали подготовку к организации взаимного признания результатов инспекций. Так, за ее пределами до конца 20-х годов оставались африканские государства, за исключением ЮАР, государства — члены Евразийского экономического союза (ЕАЭС), Индия, Китай и другие страны Юго-Восточной Азии (исключение составили Япония и Южная Корея) [17]. Ассоциация активно содействовала обмену информацией и опытом между регуляторными органами, проводила обучение GMP-инспекторов, на ее площадке проходили информационные мероприятия, издавалась литература по тематике GMP.

В 2012 г. ЕМА и FDA начали переговоры о взаимном признании результатов GMP-инспекций американского регулятора и органов всех государств — членов ЕС. После периода контрольных мероприятий и согласований в 2017 г. FDA официально признало результаты инспекций, проведенных ведомствами Великобритании, Франции, Австрии, Испании, Швеции и еще трех государств. Наконец, в 2019 г. было объявлено о признании FDA результа-

тов проверки инспектором Словакии, последнего из государств ЕС, не охваченных соглашением [18].

Процессы гармонизации регуляторных актов в законодательном поле, сотрудничество в деле разработки гармонизованных руководств ИСН, включая прецедент унификации регуляторных требований на примере СТД, а также активность в области взаимного признания результатов регуляторных процедур указывают в перспективе на возможность сближения регуляторных систем вплоть до взаимного признания регистрации ЛС.

Принятую подавляющим большинством участников мирового фармацевтического рынка систему единых стандартов на основе гармонизованных руководств ИСН вынуждены были принимать прочие производители ЛС, если они планировали экспорт своих фармпродуктов. Так, сразу после создания ЕАЭС по решению Высшего евразийского экономического совета от 23.12.2014 «О реализации Соглашения о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках Евразийского экономического Союза» началась разработка правил исследований и производства ЛС, заключавшаяся в адаптации гармонизованных руководств ИСН. Уже в 2016 г. были утверждены основополагающие документы: Правила надлежащей лабораторной практики, Правила надлежащей клинической практики, Правила надлежащей практики фармаконадзора и Правила надлежащей производственной практики ЕАЭС [19]. Внедрение этих правил в рабочие процессы локальных производителей ЛС государств — членов ЕАЭС рассматриваются в качестве необходимого условия гармонизации их регуляторных систем в сфере обращения ЛС [20]. Без гармонизации регуляторных систем в государствах-членах будут очень затруднены как реализация взаимного признания регистрации лекарств на территории ЕАЭС, предусмотренная Правилами регистрации и экспертизы ЛС для медицинского применения [21], так и создание общего лекарственного рынка ЕАЭС.

## Заключение

В новом столетии начался третий этап исторического развития фармацевтического права. Общий фармацевтический рынок включал все новые регионы, регулирование обращения ЛС стало приобретать международный масштаб. Это проявилось в снижении влияния национальных нормативно-правовых систем и усилении роли межгосударственных стандартов.

Качественными отличиями третьего этапа развития фармацевтического права стали:

- завершение процесса гармонизации правовых норм в сфере обращения ЛС между ЕС и США за счет введения в правовое поле законов прямого действия в ЕС;
- снижение регуляторных барьеров на пути расширения мирового фармацевтического рынка посредством ввода в действие единых регуляторных практик и технических требований к исследовательской и производственной дея-

тельности. Задачу разработки гармонизованных стандартов деятельности взяла на себя международная организация (ICH), их имплементацию в нормативно-правовое поле осуществляли регуляторные структуры (ЕС, FDA США, а затем и ЕАЭС);

— отчетливая тенденция к унификации регуляторных процессов вплоть до принятия регуляторными органами единого унифицированного формата представления данных на регистрацию ЛС;

— взаимодействие регуляторных органов усилилось до процедур взаимного признания и адаптации результатов регуляторных активностей. Названные факты свидетельствуют в пользу тенденции постепенной международной интеграции регуляторных процессов.

Единственным сегментом общего фармацевтического рынка, который остался не охваченным международным законодательством, оказалась деятельность аптек. Регуляторные нормы в сфере аптечного дела повсеместно сохраняли национальный характер.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вольская Е. А. Развитие регулирования в сфере обращения лекарственных средств в ЕС и США в 1992–2020 гг. Сообщение 2. Формирование нормативно-правовой базы сферы обращения лекарственных средств в Европейском Союзе в 1992—2001 гг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):772—7.
2. Лиддел-Гарт Б. Г. Стратегия не прямых действий. М.: Издательство АКТ; 2017. 508 с.
3. Вольская Е. А. Развитие регулирования в сфере обращения лекарственных средств в ЕС и США в 1992—2020 гг. Сообщение 3. Формирование законодательства Европейского союза в сфере обращения лекарственных средств в 2001—2020 гг. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(5):933—40.
4. A pharmaceutical strategy for Europe. Health & Food safety Newsletters. Режим доступа: [https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe\\_en](https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe_en)
5. Anwendungsvorrang des Unionsrechts. Kurzinformation. Deutscher Bundestag. Wissenschaftliche Dienste. Режим доступа: <https://www.bundestag.de/resource/blob/817832/ceb32e6ab9ef804dda3902ad65800ab5/WD-3-263-20-pdf.pdf>
6. Regulation 2017/556 of 24 March 2017 on the detailed arrangements for the good clinical practice inspection procedures pursuant to Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council. *Offic. J. Eur. Union*. 2017;L80:7—13.
7. Regulation 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products. *Offic. J. Eur. Union*. 2000;L18:1—5.
8. Regulation 1901/2006 of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006 on medicinal products for paediatric use. *Offic. J. Eur. Union*. 2006;L378:1—19.
9. Regulation 726/2004 of 31 March 2004 laying down Community procedures for the authorisation and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency. *Offic. J. Eur. Union*. 2004;L136:1—32.
10. Members & Observers. Режим доступа: <https://www.ich.org/page/members-observers>
11. Molzon J. A. The Value and Benefits of the International Conference on Harmonisation (ICH) to Drug Regulatory Authorities: Ad-

- vancing Harmonization for Better Public Health. In: van der Laan J., DeGeorge J. (eds). *Global Approach in Safety Testing. AAPS Advances in the Pharmaceutical Sciences Series*. V. 5. New York: Springer; 2013. P. 23—7.
12. Ramnarayanan Ch. A history of ICH guidelines: Inside the regulatory revolution that reshaped pharmaceutical development. Режим доступа: <https://www.jmp.com/en/blog/health-and-life-sciences/>
  13. ICH Harmonised Guideline. Organisation of the Common Technical Document for the Registration of Pharmaceuticals for human use M4. Current Step 4 version dated June 15, 2016. Режим доступа: [https://database.ich.org/sites/default/files/M4\\_R4\\_Guideline.pdf](https://database.ich.org/sites/default/files/M4_R4_Guideline.pdf)
  14. Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme. PIC/S 1/95 (Rev. 6) 12 November 2019. Режим доступа: <https://picscheme.org/docview/2147>
  15. List of PIC/S participating authorities. Режим доступа: <https://picscheme.org/en/members>
  16. Завершено подписание исторического договора о взаимном признании между FDA и EMA. Режим доступа: <https://chemrar.ru/zaversheno-podpisanie-istoricheskogo-dogovora-o-vzaimnom-priznanii-mezhdu-fda-i-ema/>
  17. Акты Евразийской экономической комиссии. Режим доступа: <https://docs.eaunion.org/documents/306/>
  18. Фотеева А. В., Баршадская О. С., Ростова Н. Б. Процедура взаимного признания при регистрации лекарственных препаратов: новые вызовы или возможности. *Разработка и регистрация лекарственных средств*. 2022;11(1):159—64.
  19. Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 3 ноября 2016 года № 78 «О Правилах регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/456026097#7DC0K7>

Поступила 17.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

1. Volskaya E. A. Development of regulation of the circulation of medicines in the EU and the USA in 1992–2020. Part 2. Development of Regulatory Framework of the Circulation of medicinal products in the European Union in 1992–2001. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2024;32(4):772–7 (in Russian).
2. Liddel H. The Strategy Of Indirect Approach. Moscow: AST; 2017. 508 p. (in Russian).
3. Volskaya E. A. Development of regulation of the circulation of medicines in the EU and the USA in 1992–2020. Part 3. Development of the legislation of the European Union in the field of the circulation of medicinal products in 2001–2020. *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*. 2024;32(5):933–40 (in Russian).
4. A pharmaceutical strategy for Europe. Health & Food safety Newsletters. Available at: [https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe\\_en](https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe_en)
5. Anwendungsvorrang des Unionsrechts. Kurzinformation. Deutscher Bundestag. Wissenschaftliche Dienste. Available at: <https://www.bundestag.de/resource/blob/817832/ceb32e6ab9ef804dda3902ad65800ab5/WD-3-263-20-pdf.pdf>
6. Regulation 2017/556 of 24 March 2017 on the detailed arrangements for the good clinical practice inspection procedures pursuant to Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council. *Offic. J. Eur. Union*. 2017;L80:7–13.
7. Regulation 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products. *Offic. J. Eur. Union*. 2000;L18:1–5.
8. Regulation 1901/2006 of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006 on medicinal products for paediatric use. *Offic. J. Eur. Union*. 2006;L378:1–19.
9. Regulation 726/2004 of 31 March 2004 laying down Community procedures for the authorisation and supervision of medicinal

История медицины

- products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency. *Offic. J. Eur. Union*. 2004;L136:1–32.
10. Members & Observers. Available at: <https://www.ich.org/page/members-observers>
  11. Molzon J. A. The Value and Benefits of the International Conference on Harmonisation (ICH) to Drug Regulatory Authorities: Advancing Harmonization for Better Public Health. In: van der Laan J., DeGeorge J. (eds). *Global Approach in Safety Testing*. AAPS Advances in the Pharmaceutical Sciences Series. V. 5. New York: Springer; 2013. P. 23–7.
  12. Ramnarayanan Ch. A history of ICH guidelines: Inside the regulatory revolution that reshaped pharmaceutical development. Available at: <https://www.jmp.com/en/blog/health-and-life-sciences/>
  13. ICH Harmonised Guideline. Organisation of the Common Technical Document for the Registration of Pharmaceuticals for human use M4. Current Step 4 version dated June 15, 2016. Available at: [https://database.ich.org/sites/default/files/M4\\_R4\\_\\_Guideline.pdf](https://database.ich.org/sites/default/files/M4_R4__Guideline.pdf)
  14. Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme. PIC/S 1/95 (Rev. 6) 12 November 2019. Available at: <https://picscheme.org/docview/2147>
  15. List of PIC/S participating authorities. Available at: <https://picscheme.org/en/members>
  16. Historic Mutual Recognition Agreement between FDA and EMA completed. Available at: <https://chemrar.ru/zaversheno-podpisanie-istoricheskogo-dogovora-o-vzaimnom-priznanii-mezhdu-fda-i-ema/> (in Russian).
  17. Acts of the Eurasian Economic Commission. Available at: <https://docs.eaeunion.org/documents/306/> (in Russian).
  18. Foteeva A. V., Barshadskaya O. S., Rostova N. B. Mutual Recognition Procedure for the Registration of Medicines: New Challenges or Opportunities. *Drug Development & Registration*. 2022;11(1):159–64 (in Russian).
  19. Decision of the Council of the Eurasian Economic Commission of November 3, 2016 No. 78 “On the Rules for Registration and Examination of Medicines for Human Use”. Available at: <https://docs.cntd.ru/document/456026097#7DC0K7> (in Russian).

© ШЕРСТНЕВА Е. В., 2026  
УДК 614.2

Шерстнева Е. В.

## «НАЗВАЛИ ЕГО ПЕНИЦИЛЛИН-КРУСТОЗИН ВИЭМ»

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

На основании анализа рассекреченных архивных документов и опубликованных источников раскрываются обстоятельства идентификации штамма, послужившего продуцентом первого отечественного препарата пенициллина, названного крустозином. Установлено, что с середины 1940-х годов среди ученых было распространено мнение о его видовой принадлежности, отличное от официально принятого в СССР. Сложившаяся ситуация заставила профессора Л. И. Курсанова принять меры к защите своей научной репутации. Выбранный им способ действий позволил ему доказать профессиональную компетентность, не разрушив сформированный постулат.

**Ключевые слова:** пенициллин ВИЭМ; крустозин; Л. И. Курсанов; З. В. Ермольева; идентификация.

**Для цитирования:** Шерстнева Е. В. «Назвали его пенициллин-крустозин ВИЭМ». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):330–335. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-330-335>

**Для корреспонденции:** Шерстнева Елена Владимировна, канд. ист. наук, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник отдела истории медицины и здравоохранения ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [lena\\_scherstneva@mail.ru](mailto:lenscherstneva@mail.ru)

Sherstneva E. V.

## “AND IT WAS NAMED PENICILLIN-CRUSTOSIN VIEM”

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article, on the basis of analysis of declassified archival documents and published sources, reveals the circumstances of identification of the strain that served as producer of the first National preparation of penicillin, named Crustozin. It is established that, since the middle of 1940s, among scientists circulated opinion about its specific affinity that differed from the one officially accepted in the USSR. The existing situation forced Professor L. I. Kursanov to take measures to protect his scientific reputation. The mode of action he choose permitted him to prove his professional competence without destroying the formed postulate.

**Keywords:** penicillin VIEM; Crustozin; L. I. Kursanov; Z. V. Ermolieva; identification.

**For citation:** Sherstneva E. V. “And it was named penicillin-crustosin VIEM”. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2026;34(2):330–335 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-330-335>

**For correspondence:** Sherstneva E. V., candidate of historical sciences, doctor of medical sciences, the Leading Researcher of the Department of History of Medicine and Health Care of the Federal State Budgetary Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: [lena\\_scherstneva@mail.ru](mailto:lenscherstneva@mail.ru)

**Conflict of interests.** The author declares absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 02.11.2025

Accepted 12.01.2026

В отечественной историографии пенициллина, которая тяготеет к сюжету о начальном этапе его разработки, полученный в ВИЭМ препарат именуют крустозином. Название это было образовано от видового названия штамма грибка *Penicillium crustosum*, послужившего продуцентом. Принадлежность его к другому, нежели штамм А. Флеминга, виду была главным аргументом в пользу оригинальности отечественного препарата. Достоверность результатов его идентификации гарантировалась заключением профессора Московского университета Л. И. Курсанова. О выделении уникального штамма кратко сообщалось в ранних публикациях сотрудников ВИЭМ [1–4] и более обстоятельно — в монографии З. В. Ермольевой «Пенициллин» (1946) [5].

Однако в 1947 г. была предпринята попытка вычеркнуть этот сюжет из истории. Директор Всесоюзного НИИ пенициллина (ВНИИП) Н. М. Бородин, опубликовав статью «Советский пенициллин», ни единым словом не упомянул в ней крустозин и его создателей [6]. В последующие годы в литературе

это название активно вытеснялось «советским пенициллином». Но в год 50-летия Октябрьской революции в порядке демонстрации успехов советской науки З. В. Ермольева опубликовала статью, назвав ее, как и некоторые из своих ранних работ, «Пенициллин-крустозин» [7]. Широкая читательская аудитория научно-популярного журнала, в котором вышла статья, обеспечила сюжету новую и долгую жизнь. Название «крустозин» было перенесено и в современные публикации как историческое название первого отечественного препарата, а в некоторых из них воспроизводится и постулат об уникальности его продуцента [8–10].

Тем не менее вопрос о том, являлся ли пенициллин ВИЭМ крустозином фактически, в отечественной литературе с начала 2000-х годов переместился в дискуссионную плоскость в связи с открытием новых источников информации. В наши дни в информационном поле, помимо постулата советских времен, представлена версия о доставке штамма из США благодаря действиям разведки [11, 12]. Обсто-

История медицины

ательства и хронология событий указывают на то, что им мог быть штамм *Penicillium notatum*. Выложенные в интернет рассекреченные материалы Архива ЦРУ раскрыли мнение «перебежчика» Н. М. Бородин, считавшего советский штамм принадлежащим к тому же виду, что и штамм А. Флеминга (*Penicillium notatum*). Вину за ошибку в идентификации он возлагал на неопытного помощника Л. И. Курсанова<sup>40</sup>.

Эти версии уже были рассмотрены в одной из наших ранних публикаций [13], но все они имели уязвимые места. В работах по истории разведки нет подтверждения доставки штамма именно в ВИЭМ. Не исключалась необъективность свидетельств Н. М. Бородин. Однако нельзя не признать, что публичное вычеркивание крустозина из истории, произведенное им в 1947 г. в статье «Советский пенициллин», должно было иметь веские основания.

Упомянутая выше статья анализировалась нами ранее [14]. Но в фокусе внимания были причины продвижения нового термина «советский пенициллин», а мотивы забвения крустозина казались очевидными: в производство запускались новые, не отечественные, штаммы, выпуск крустозина сворачивался. Однако дальнейшее исследование показало, что были и другие причины.

Вновь выявленные архивные документы и опубликованные материалы позволили установить, что уже в 1940-е годы зарубежные ученые-микологи выразили альтернативное мнение о видовой принадлежности штамма, выделенного в ВИЭМ, что информация Н. М. Бородин не была клеветой, а к рождению версии о вине «неопытного помощника» приложил руку сам Л. И. Курсанов, который в 1947 г. отказался от известного всем заключения о *Penicillium crustosum*. Но сделал он это столь искусно, что коллеги убедились в его высоком профессионализме, а население страны осталось в уверенности, что в ВИЭМ был выделен уникальный продуцент.

#### Следствие министра по делу о «возникновении» советского штамма

В 1946 г. в ведущем научном журнале «Science» была опубликована статья А. Хастингса<sup>41</sup> и соавт. о пребывании в 1944 г. англо-американской медицинской миссии в СССР. В ней мимоходом отмечалось, что советский штамм, вывезенный в США, был идентифицирован в лаборатории Р. Когхилла как *Penicillium notatum*. Авторы не придавали этому факту особого значения, поскольку ошибки в идентификации были явлением рядовым. Сообщив об этом, они отметили некоторое своеобразие советского грибка [15].

<sup>40</sup> Central Intelligence Agency Archive. Soviet Production of Penicillin. 1948 November 23. CIA-RDP82-00457R002100040005-3. Режим доступа: <https://www.cia.gov/readingroom/docs/CIA-RDP82-00457R002100040005-3.pdf> (дата обращения 20.01.2023).

<sup>41</sup> А. Хастингс — профессор биохимии Гарвардского университета, член Комитета по медицинским исследованиям США.

Однако в СССР появление этой информации имело серьезные последствия; в частности, оно побудило министра медицинской промышленности СССР А. Ф. Третьякова провести «следствие по делу». Его итоги были представлены в виде «Докладной записки по результатам ознакомления с вопросом возникновения и дальнейшей судьбы советского штамма пенициллина» (курсив мой. — Е.Ш.; далее — Записка). Этот документ, обнаруженный в Российском государственном архиве научно-технической документации (РГАНТД), позволил узнать обстоятельства идентификации и понять мотивы поступка Л. И. Курсанова.

В Записке, составленной и. о. директора ВНИИП А. Г. Пасынским<sup>42</sup> в конце января 1948 г. и завизированной зав. Отдела научно-исследовательских учреждений Минмедпрома СССР А. М. Пляшкевич, речь идет о штамме Ф-13. Именно такое «рабочее» название имел первый продуцент пенициллина в ВИЭМ<sup>43</sup>. В Записке были обобщены результаты опроса лиц, имевших отношение к разработке пенициллина и идентификации Ф-13. На момент составления Записки они являлись сотрудниками ВНИИП. Адресатом ее был А. Ф. Третьяков.

Возникший у министра интерес можно объяснить предстоявшим в начале февраля 1948 г. вторым совещанием Комиссии по антибиотикам при АН СССР. Оно готовилось в разгар идеологической кампании в науке, спровоцированной делом «КР»<sup>44</sup>. А. Ф. Третьяков, прошедший школу администратора здравоохранения в лихолетье 1930-х, знал цену предусмотрительности и стремился действовать на опережение. Забегая вперед, скажем, что интуиция его не подвела: в первом же пункте резолюции совещание провозгласило курс на внедрение в производство «высокопродуктивных советских штаммов»<sup>45</sup>. К этому времени подведомственное министеру производство пенициллина переходило на зарубежные глубинные штаммы, а потому озадаченный министр заранее заинтересовался возможностью возрождения первого советского продуцента.

Но его намерению мешало досадное обстоятельство — публикация в «Science». Вестью о том, что советский штамм был определен в США как *Penicillium notatum*, видимо, ставилась под вопрос не просто его оригинальность. Формулировка во-

<sup>42</sup> В период зарубежной командировки директора ВНИИП Н. М. Бородин с августа 1947 г. до 04.02.1948 А. Г. Пасынский исполнял обязанности директора Института.

<sup>43</sup> Под названием Ф-13 штамм фигурирует диссертация Т. И. Балезиной «Получение, исследование и клиническое применение пенициллина» (М., 1944. 86 с. Номер в ГКМФР 43312341, ГЦМСИР ГИК 48575/4), штамм № 13 упоминается в статье М. М. Левитова в журнале «Успехи химии» (1944;(4):265—80).

<sup>44</sup> Дело «КР» — дело в отношении чл.-корр. АМН СССР Н. Г. Ключевой и проф. Г. И. Роскина, создателей препарата от рака — «КР» (круцин). Интерес к препарату в США, предложение издать книгу этих авторов и передача академиком АМН СССР В. В. Париным ее рукописи вызвали резкую реакцию Сталина. Следствием этого стал арест В. В. Парина по обвинению в госизмене, «суд чести» над создателями препарата, развертывание в 1947 г. идеологической кампании в науке.

<sup>45</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. лл. 11. 115.

проса — «о возникновении» штамма — указывает на сомнения в обнаружении его путем рутинного скрининга. Более того, этот вопрос стоял в названии Записки на первом месте, а значит, требовал ответа в первую очередь. По заданию министра А. Г. Пасынский расспросил своих подчиненных: З. В. Ермольеву, Т. И. Балеzinу, Л. И. Курсанова, М. М. Левитова и И. И. Елкина. Результаты беседы с З. В. Ермольевой были прикреплены к Записке в виде отдельной краткой «Справки по пенициллину ВИЭМ»<sup>46</sup>.

Со слов З. В. Ермольевой, информацию о принадлежности штамма Ф-13 к тому же виду, что и штамм Флеминга, она получила еще в 1944 г. Вызвав ее в Наркомздрав, В. В. Парин предъявил ей письмо из-за рубежа, в котором сообщалось о данном заключении «Реппера»<sup>47</sup>. В письме, по словам опрашиваемой, было указано и на то, что Ф-13 все же отличался «большой способностью образовывать экссудат и большим количеством спор», а также что «на их средах он несколько менее активен»<sup>48</sup>. З. В. Ермольева отмечала, что в статье в «Science» тоже сообщалось, что Ф-13 «по продукту... несколько отличен»<sup>49</sup>.

Текст самой Записки представляет особый интерес, так как из него мы впервые узнаем об обстоятельствах идентификации Ф-13. В ней сообщалось, что в 1942 г. в ВИЭМ З. В. Ермольевой была приглашена Т. И. Балезина, ей, в частности, поручалось «в ожидании прибытия штамма из-за границы работать над различными видами плесени»<sup>50</sup>. В результате ею был выделен штамм с лучшими, чем у штамма Флеминга, показателями активности, названный Ф-13. В 1943 г. она передала Ф-13 лаборанту профессора Л. И. Курсанова «тов. Петрову», который установил его принадлежность к группе пенициллов<sup>51</sup>. Этого было недостаточно, и она «в целях получения более подробного и четкого определения» обратилась к самому профессору Л. И. Курсанову. Однако тот ей отказал, объяснив тем, что «с пенициллами не работал», «и порекомендовал обратиться к Тому»<sup>52, 53</sup>. В личной беседе Л. И. Курсанов сообщил, «что не мог заняться систематизацией, т. к. в период эвакуации бывал в Москве периодически и не имел подходящих условий»<sup>54</sup>. Однако Т. И. Балезина не последовала его совету, а обратилась «в группу Уполномоченного Комитета Оборона по науке под

председательством т. Кафтanova (там работал муж т. Балезиной) с просьбой помочь ей получить заключение проф. Курсанова по штамму Ф13»<sup>55</sup>. Когда это произошло, не уточнялось. Но заключение профессора выдал 23 ноября 1943 г.<sup>56</sup>

Указанная дата может объяснить срочную необходимость идентификации. 20 ноября 1943 г. на заседании Фармакологического комитета было дано разрешение на широкое применение пенициллина ВИЭМ<sup>57</sup>. Тогда же была поставлена задача срочно доработать инструкцию по применению препарата и передать ее в Комиссию по испытанию и внедрению в практику новых лекарственных средств и методов лечения. Подобно зарубежным инструкциям, в которых указывался продуцент<sup>58</sup>, в СССР первоначально его также отражали либо в названии препарата («пенициллин-крустозин») <sup>59</sup>, либо непосредственно (*P. crustosum*)<sup>60</sup>.

С другой стороны, положительная реакция уполномоченного по науке Государственного комитета обороны (ГКО) на обращение с подобной просьбой наводит на мысль о том, что в этом отделе были хорошо осведомлены о штамме Ф-13 и, очевидно, посвоему понимали важность его правильной идентификации.

#### Заключение(я) профессора Л. И. Курсанова

В Записке министру сообщалось, что Л. И. Курсанов, произведя «по запросу группы уполномоченного Комитета обороны систематизацию», заключил, что «Грибок № 2 (сизозеленый) оказался очень близким к *Penicillium notatum Thom*»<sup>61</sup>. Далее текст переключался на рассказ о приезде зарубежной делегации в 1944 г. и обмене штаммами. Уточнялось, что Т. И. Балезина по указанию З. В. Ермольевой подготовила «6 пробирок со штаммами Ф13 для передачи Флери»<sup>62</sup> (так фамилия Г. Флори указана в документе.— *Е.Ш.*). Подтверждалось, что переданные Флери штаммы Ф13 были систематизированы за границей и определены как *Penicillium notatum*, но отличные от флемминговских штаммов (со слов т. Ермольевой)<sup>63</sup>. Далее в Записке сообщалось о результатах недавней экспертизы штамма Ф-13. В 1947 г. Л. И. Курсанов и грибковая лаборатория при Минсельхозе заключили, что это *P. chrysogenum*<sup>64, 65</sup>. Затем автор Записки вновь вернулся к событиям

<sup>46</sup> Видовые названия грибов в самой «Докладной записке...» вписаны машинисткой чернилами от руки в связи с отсутствием у советских печатных машинок регистра латинских букв. В прикрепленной Справке названия штаммов не вписаны (во втором экземпляре документа, видимо, это было допустимо), но из общего контекста они совершенно очевидны.

<sup>47</sup> Видимо, имелся в виду миколог из группы Р. Когхилла Кеннет Репер (видимо, машинистка печатала на слух, с ошибками).

<sup>48</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 63.

<sup>49</sup> Там же.

<sup>50</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 59.

<sup>51</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 63.

<sup>52</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 59.

<sup>53</sup> Чарлз Том (Charles Thom, 1872—1956) — американский миколог и микробиолог, основатель систематики пенициллов.

<sup>54</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 60. Отметим, что МГУ находился в эвакуации до мая 1943 г.

<sup>55</sup> Там же.

<sup>56</sup> Там же.

<sup>57</sup> Протоколы заседаний Фармакологического комитета Ученого медицинского совета Накомздрова СССР за 1943 год № 1-17 (Протокол № 16). Режим доступа: [https://www.regmed.ru/about/history/protokoly/\(дата обращения 10.03.2025\)](https://www.regmed.ru/about/history/protokoly/(дата обращения 10.03.2025)).

<sup>58</sup> Например, Военная инструкция № 12 Медицинского исследовательского совета Великобритании по применению пенициллина для лечения ранений военного времени (Лондон, 1944).

<sup>59</sup> ГА РФ. Ф. Р-6742. Оп. 1. Ед. хр. 257. Л. 5 об.

<sup>60</sup> ГА РФ. Ф. Р-8009. Оп. 2. Ед. хр. 821. Л. 1 об.

<sup>61</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 60.

<sup>62</sup> Там же.

<sup>63</sup> Там же.

<sup>64</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 61.

<sup>65</sup> *P. chrysogenum* — штамм, выделенный в США, стал родоначальником линии штаммов для глубокой ферментации.

## История медицины

1943 г., сообщив, что, «по мнению тов. Балезиной, определение проф. Курсанова было не точным, это был не *Penicillium crustosum*, а *Penicillium notatum*, но отличный от классического»<sup>66</sup>. Такой вывод выглядит неожиданным, поскольку до этого момента *Penicillium crustosum* ни разу не упоминался.

Показания М. Левитова и И. Елкина были резюмированы кратко. Сообщалось, что они дали аналогичную информацию, а расхождение в определении видов грибка объясняли «отсутствием методики сохранения штаммов, условий для их хранения и возможностью смешения различных штаммов, имевшихся в лаборатории»<sup>67</sup>.

Знакомство с документом оставляет ощущение целенаправленного ухода от последовательности изложения. Более того, учитывая неискренность министра в вопросах микологии, автор Записки и опрашиваемые жонглировали названиями штаммов, давали уклончивые формулировки, делали странные утверждения, например о том, что сохранившийся штамм Ф-13 «мог выродиться, но природа его должна остаться прежней»; что его следует «подготовить для глубинного способа, так как он менее прихотлив, чем импортные»<sup>68</sup>.

Загадочны и общие выводы. В финале Записки сообщалось, что «Природа штамма Ф13 не была достаточно надежно определена: в 1943 году проф. Курсанов определил этот штамм как „очень близкий к *Penicillium notatum*“, оговорив, однако, неполное совпадение штамма и отсутствие развернутой диагностики для него», а следующим же пунктом выводов стояла дословно воспроизведенная фраза с единственным отличием — заменой названия штамма на *Penicillium crustosum*<sup>69</sup>.

### Что бы это значило?

В Записке со слов Т. И. Балезиной было засвидетельствовано, что заключение Л. И. Курсанова относительно принадлежности штамма к виду *Penicillium crustosum* было ошибочным<sup>70</sup>. Но к какому же штамму относилось это заключение? И почему, согласно выводам, представленным в Записке, им были даны два заключения?

Представляется, что упомянутый «Грибок № 2»<sup>71</sup> был не единственным направленным на экспертизу образцом. Вспомним монографию «Пенициллин», где сообщается о двух штаммах-претендентах: *P. crustosum* и *P. notatum* [5, с. 38]. Порядковый номер названного образца может указывать на то, что был и Грибок № 1. И это объясняет наличие двух разных заключений. Предоставив два соответствующих действительности заключения по двум образцам грибка, Л. И. Курсанов не имел представления о том, как в дальнейшем распорядятся его заключениями в организации, заказавшей экспертизу.

Озвученная в дальнейшем информация об оригинальном отечественном штамме пенициллина *P. crustosum* была воспринята в СССР восторженно, что подчеркивал и Н. М. Бородин, и, видимо, такая мера была связана с профессиональными задачами группы Уполномоченного по науке ГКО<sup>72</sup>.

### Отличия от классического...

З. В. Ермольева, подчеркивая некоторое отличие Ф-13 «от классического», тем самым также признавала его принадлежность к виду *P. notatum*, но смещала акцент в понимании его оригинальности. Однако А. Г. Пасынский, сообщая министру о том, что в ВИЭМ в 1942 г. «повидимому действительно был выделен оригинальный штамм пеницилл — Ф13»<sup>73</sup>, сам не был уверен в этом. Использованный им оборот речи говорит как о поставленном перед ним сложном вопросе, так и о его растерянности. И это объяснимо. Во-первых, утверждение об «отличии от классического» в письме к В. В. Парину из-за рубежа вряд ли возможно было проверить. Академик находился под следствием, ожидая сурового приговора за «госизмену». Подчеркивая, что пробирки с Ф-13 были переданы ему по личному распоряжению и без сопроводительных документов<sup>74</sup>, З. В. Ермольева могла еще и усугубить его положение. И вряд ли инициатор дознания рискнул бы возбуждать этот вопрос в столь смутное время. Что касалось отсылки З. В. Ермольевой к публикации в журнале «Science», то анализ текста статьи показал, что дословно это звучит так: «Хотя культура плесени была идентифицирована в Америке как *P. notatum*, ее продукт, по-видимому, несколько отличается (7)» [15, с. 640]. А цифра «7» в скобках отсылала читателя не к мнению Р. Когхилла, а к статье З. В. Ермольевой и соавт. «Penicillin Crustosin» в американском журнале [4]. Этот аргумент не мог быть для А. Г. Пасынского, знакомого со статьей в «Science», убедительным, смущала и попытка его использовать.

Со стороны А. Хастингса замечание о некотором отличии выглядит как желание «смягчить удар» для своих советских коллег, еще недавно тепло принимавших его в Москве. А если у него и возникли подозрения о происхождении штамма, то союзнические отношения в войне способствовали взаимопониманию и солидарности ученых.

### А что же профессор Л. И. Курсанов?

Анализ показал, что имя ученого в качестве эксперта в ранних статьях о пенициллине не упоминалось. В том числе и в статье «Пенициллин-крустоцин», опубликованной в 1944 г. [2], где было сообщено о пересмотре первоначально ошибочной идентификации штамма А. Флеминга. Безусловно, это упоминание было связано с поступившей в 1944 г. информацией о подлинной видовой принадлежности

<sup>66</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 61.

<sup>67</sup> Там же.

<sup>68</sup> Там же.

<sup>69</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 61, 62.

<sup>70</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 61.

<sup>71</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 60.

<sup>72</sup> Как теперь известно, тесно связанной с научно-технической разведкой СССР.

<sup>73</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 61.

<sup>74</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 63.

Ф-13 и необходимостью профилактировать возможные негативные последствия.

Впервые З. В. Ермольева привела имя профессора в монографии «Пенициллин» (сдана в печать в ноябре 1945 г.), которая издавалась в преддверии выдвижения лауреатов Сталинской премии. В ней она придерживалась официальной версии о *P. crustosum*. Но в условиях, когда в узких кругах уже курсировала информация о выводах зарубежных коллег, упоминание в качестве эксперта Л. И. Курсанова перекладывало ответственность на него.

Однако в 1946 г., с выходом статьи в «Science», о подлинной видовой принадлежности советского грибка стало известно более широкому профессиональному сообществу. А это уже серьезно задевало репутацию профессора Л. И. Курсанова и способствовало рождению слуха о том, что на самом деле экспертизу производил не он, а его неопытный помощник.

### Отречение от заключения

В 1947 г. Л. И. Курсанов оперативно издал «Пособие по определению грибов из родов *Aspergillus* и *Penicillium*» [16]. Во вступительной статье, объясняя побудительные мотивы, он указал, что «Определение видов, особенно *Penicillium* — дело не легкое... Наш опыт со студентами показал, что иногда приходится ограничиваться... указанием на то, что какая-то форма приближается к каким-то видам». Здесь же Л. И. Курсанов отметил, что большинство студентов справлялись с этой задачей, но, формируя слух о «неопытном помощнике», сетовал, что «случившиеся неудачи большей частью объяснялись тем, что данная форма вообще не описана в литературе или описана совсем неудовлетворительно...» (курсив мой. — Е.Ш.). Он связывал это с отсутствием «обобщающей систематической литературы на русском языке и недостаточностью ее на иностранных языках» [16, с. 6—7]. При этом в конце книги автор дал ее перечень, включая работы Ч. Тома.

Но самое важное и показательное то, что во вступительной статье в числе продуцентов антибиотика пенициллина он называет лишь грибки вида *P. notatum* и *P. chrysogenum* [16, с. 4]. О грибок вида *P. crustosum* в данном разделе автор не упоминает вообще. Он называет его лишь один раз: под № 114<sup>75</sup> в общем перечне видов *Penicillium*<sup>76</sup>. Схематично описав этот вид, внешне существенно отличавшийся от представленных в этом же перечне и описанных *P. notatum* и *P. chrysogenum*, он никак не прокомментировал его исторической миссии [16, с. 85—6].

В такой своеобразной форме Л. И. Курсанов отказался от широко известного, но не соответствовавшего действительности заключения, как и от своей причастности к нему. Выступить открыто он

не мог. В обстановке идеологической кампании это значило подвергать себя опасности. Более того, это могло задеть государственные интересы. А на то, что в истории с продуцентом они были задействованы, указывает следующий факт: министр А. Ф. Третьяков, ознакомившись с Запиской «о возникновении» Ф-13, распорядился ее засекретить<sup>77</sup>.

Дальнейшие события также наводят на размышления. А. Г. Пасынский, вовлеченный в «следствие», в начале февраля 1948 г. был смещен и понижен в должности. С 1 марта 1948 г. лишился ее и министр А. Ф. Третьяков, пониженный до директора Института курортологии. Что касается штамма Ф-13, то работы с ним были свернуты в 1946 г. в связи с переходом на более продуктивный глубинный штамм *P. chrysogenum*<sup>78</sup>. Согласно данным годового отчета ВНИИП, сохранившийся в лаборатории в засохшем виде Ф-13 деградировал жарким летом 1948 г. из-за отсутствия в институте источников холода<sup>79</sup>. Вопрос был закрыт. Но, очевидно, штамм был утрачен не только как материальный объект.

В феврале 1949 г. во ВНИИП обсуждался доклад профессора П. А. Якимова из Ленинградского университета. Он сообщал о выделенном новом штамме *Penicillium* с очень высокой активностью. Первым же в прениях выступил Л. И. Курсанов, заявив, что в своей практике штамма со столь высокой активностью не встречал. В полемике в числе прочих участвовали З. В. Ермольева, М. М. Левитов, И. И. Елкин, но никем из них не был упомянут *P. crustosum*<sup>80</sup>. Видимо, и упоминание о нем стало нежелательным или травматичным.

### Заключение

Таким образом, анализ вновь выявленных архивных документов, опубликованных материалов позволил подтвердить из уст самих создателей пенициллина ВИЭМ, что штамм, послуживший началу производства антибиотика в СССР, заявленный как *Penicillium crustosum*, фактически являлся *Penicillium notatum*. Результаты произведенной профессором Л. И. Курсановым идентификации, вероятнее всего, соответствовали действительности, но в дальнейшем его заключениями распорядились с целью, которую определяли государственные интересы. Дальнейшее поддержание версии о крустозине было связано с тем, что она укладывалась в общее русло пропагандистской работы в СССР. Рассказав в юбилейной статье о создании первого пенициллина в СССР, З. В. Ермольева вовсе не погрешила против истины, сообщив, что «Назвали его пенициллин-крустозин ВИЭМ» [7]. Фразу эту, она это знала, следовало понимать буквально.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

<sup>75</sup> Группа пенициллов *Glausa* (сизые колонии), вид *P. crustosum Thom* (выделен Ч. Томом в 1930 г.).

<sup>76</sup> В своем «Пособии» Л. И. Курсанов описал лишь 200 видов грибка рода *Penicillium*, хотя, по его словам, общее количество составляет около 1000.

<sup>77</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 59.

<sup>78</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 11. Л. 61.

<sup>79</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 10. Л. 10.

<sup>80</sup> РГАНТД. Ф. 279. Оп. 3-6. Ед. хр. 18. Л. 44—49.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Ермольева З. В. Пенициллин и его применение. *Советская медицина*. 1944;(7-8):1—3.
2. Ермольева З. В., Балежина Т. И., Левитов М. М. Пенициллин-крустозин. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 1944;(7-8):79—84.
3. Левитов М. М. Пенициллин. *Успехи химии*. 1944;(4):265—80.
4. Yermolieva Z., Kaplun T., Levitov M. Penicillin Crustosin. *American Review of Soviet Medicine*. 1945;3:247—50.
5. Ермольева З. В. Пенициллин. М.: Медгиз; 1946.
6. Бородин Н. М. Советский пенициллин. *Медицинская промышленность СССР*. 1947;(1):21—3.
7. Ермольева З. В. Пенициллин-крустозин. *Наука и жизнь*. 1967;(10):118—22.
8. Левина Е. С. Страницы истории отечественных антибиотиков 1940—1950-х годов: наука, производство, политика. *Нестор*. 2005;(9):329—60.
9. Додонов И. Ю. Советская микробиология: на страже здоровья народа. История советской микробиологической науки в биографиях некоторых ее предшественников. Усть-Каменогорск; 2020.
10. Отпускается без рецепта. Лекарства, без которых нам не жить. Под ред. В. Дорофеева. М.: Эксмо; 2019.
11. Одиссея одессита. В кн.: Очерки истории российской внешней разведки: В 6 т. Гл. ред. С. Н. Лебедев. М.: Международные отношения; 2003. Т. 5. С. 275—83.
12. Чиков В. М. Разведка — это моя главная жизнь. Советский агент Твен вынуждал американцев помогать союзникам помимо их воли. *Военно-промышленный курьер*. 2004, 15 сентября. Режим доступа: <http://svr.gov.ru/smi/2004/09/vpkurjer20040915.htm> (дата обращения 12.12.2025).
13. Шерстнева Е. В. Таинственный советский продуцент. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;(2):297—303.
14. Шерстнева Е. В. Слово о «советском пенициллине». *Ремедиум*. 2022;(3):276—82.
15. Hastings A. B., Shimkin M. B. Medical Research Mission to the Soviet Union: Part II. *Science*. 1946;103(2682):637—44.
16. Курсанов Л. И. Пособие по определению грибов из родов *Aspergillus* и *Penicillium*. М.: Государственное медицинское издательство; 1947.
1. Ermolieva, Z. V. Penicillin and its use. *Sovetskaya medicina*. 1944;(7-8):1—3 (in Russian).
2. Ermolieva Z. V., Balezina T. I., Levitov M. M. Penicillin-crustosin. *Zhurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii*. 1944;(7-8):79—84 (in Russian).
3. Levitov M. M. Penicillin. *Uspekhi himii*. 1944;(4):265—80 (in Russian).
4. Yermolieva Z., Kaplun T., Levitov M. Penicillin Crustosin. *American Review of Soviet Medicine*. 1945;3:247—50.
5. Ermolieva Z. V. Penicillin. Moscow: Medgiz; 1946 (in Russian).
6. Borodin N. M. Soviet penicillin. *Medicinskaya promyshlennost' SSSR*. 1947;(1):21—3 (in Russian).
7. Ermolieva Z. V. Penicillin-crustosin. *Nauka i zhizn'*. 1967;(10):118—22 (in Russian).
8. Levina E. S. Pages of the history of domestic antibiotics in the 1940—1950s: science, production, policy. *Nestor*. 2005;(9):329—60 (in Russian).
9. Dodonov I. Yu. Soviet Microbiology: Guarding the People's Health. History of Soviet Microbiological Science in the Biographies of Some of Its Representatives. Ust'-Kamenogorsk; 2020 (in Russian).
10. Available Without a Prescription. Medicines We Can't Live Without. Edited by V. Dorofeev. Moscow: Eksmo, 2019 (in Russian).
11. Odyssey of an Odessa Resident. In the book: Essays on the History of Russian Foreign Intelligence: In 6 volumes. Ed.-in-chief S. N. Lebedev. Moscow: International Relations; 2003. Vol. 5. P. 275—83 (in Russian).
12. Chikov V. M. Intelligence is My Main Life. Soviet Agent Twain Forced Americans to Help Allies Against Their Will. *Voennopromyshlennyj kur'er*. 2004, Sep 15. Available at: <http://svr.gov.ru/smi/2004/09/vpkurjer20040915.htm> (accessed 12.12. 2025) (in Russian).
13. Sherstneva E. V. Mysterious Soviet Producer. *Problemy social'noj gigeny, zdavoohraneniya i istorii mediciny*. 2023;(2):297—303 (in Russian).
14. Sherstneva E. V. A Word on “Soviet Penicillin”. *Remedium*. 2022;(3):276—82 (in Russian).
15. Hastings A. B., Shimkin M. B. Medical Research Mission to the Soviet Union: Part II. *Science*. 1946;103(2682):637—44.
16. Kursanov L. I. Manual for the identification of fungi from the genera *Aspergillus* and *Penicillium*. Moscow: State Medical Publishing House; 1947 (in Russian).

# Публикация архивных документов

© ЗАТРАВКИН С. Н., ВИШЛЕНКОВА Е. А., 2026  
УДК 614.2

**Затравкин С. Н.<sup>1</sup>, Вишленкова Е. А.<sup>2</sup>**

## ПУБЛИКАЦИЯ «КРАТКОЙ ЗАПИСКИ О САНИТАРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПО ГУБЕРНИЯМ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА И ПРОЕКТЕ СОЗДАНИЯ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА ТЕКУЩИЙ [1924] ГОД» С НАУЧНЫМИ КОММЕНТАРИЯМИ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup>Мюнхенский университет им. Людвига — Максимилиана, 80539, г. Мюнхен, Германия

*Статья представляет собой публикацию архивного документа, который хранится в фондах Государственного архива Хабаровского края, с научными комментариями. В тексте документа 1924 г. речь идет о тяжелом наследстве, полученном советской медициной. Руководители отдела здравоохранения Дальневосточного революционного комитета, ответственные за социальный инжиниринг и внедрение принципов новой медицины, писали об унаследованных от предшественников разрухе и запустении, сообщали о первоочередных задачах своей деятельности.*

**Ключевые слова:** Дальний Восток; здравоохранение; Российская империя; Дальневосточная республика; Дальревком; Дальздрав.

**Для цитирования:** Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Публикация «Краткой записки о санитарных организациях по губерниям Дальнего Востока и проекте создания новых организаций на текущий [1924] год» с научными комментариями. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):336–340. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-336-340>

**Для корреспонденции:** Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Zatravkin S. N.<sup>1</sup>, Vishlenkova E. A.<sup>2</sup>**

## THE PUBLICATION OF “THE SHORT REPORT ON SANITARY ORGANIZATIONS OVER GUBERNIAS OF THE FAR EAST AND THE PROJECT OF ESTABLISHMENT OF NEW ORGANIZATIONS IN CURRENT [1924] YEAR” WITH SCIENTIFIC COMMENTARIES

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Ludwig Maximilian University of Munich, 80539, Munich, Germany

*The article presents the publication of the archival document which is stored in the funds of the State Archive of the Khabarovsk Krai, and is accompanied by scientific commentaries. In the text of the document from 1924 the question is about difficult legacy inherited by the Soviet medicine. The heads of the Department of the Health Care of the Far Eastern Revolutionary Committee, responsible for social engineering and implementation of the principles of the new medicine, wrote about inherited from their predecessors devastation and desolation and reported about immediate tasks of their work.*

**Keywords:** the Far East; health care; the Russian Empire; the Far Eastern Republic; the Dalrevkom; the Dalzdrav.

**For citation:** Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. The publication of “The short report on sanitary organizations over Gubernias of the Far East and the project of establishment of new organizations in current [1924] year” with scientific commentaries. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsini*. 2026;34(2):336–340 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-336-340>

**For correspondence:** Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Department of History of Medicine of the Federal State Budgetary Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 22.10.2025  
Accepted 12.01.2026

Публикация архивных документов

«Краткая записка о санитарных организациях по губерниям Дальнего Востока и проекте создания новых организаций на текущий год»<sup>81</sup>

Авторы: М. И. Барсуков<sup>82</sup> и Д. В. Писарев<sup>83</sup>

Дальний Восток, состоящий сейчас из семи губерний — Прибайкальской, Бурят-Монгольской<sup>84</sup>, Забайкальской, Амурской, Приамурской, Приморской и Сахалинской, занимая огромную площадь, имеет только 1 млн 800 тыс. населения. Оно разбросано по долинам рек, отделенных друг от друга хребтами и непроходимой тайгой. Занимается население главным образом скотоводством и хлебопа-

<sup>81</sup> Текст «Краткой записки» хранится в Государственном архиве Хабаровского края: Ф. Р939. Оп. 1. Д. 1. «Протокол совещания врачей при Дальздраве, записка о санитарных организациях на Дальнем Востоке и проекте создания новых организаций и переписка по составлению отчетности». 1923—1925. Лл. 22—24.

<sup>82</sup> Михаил Иванович Барсуков (1890—1974) к началу 1920-х годов имел богатый опыт военно-медицинской службы на фронтах Первой мировой войны, участвовал в Октябрьском перевороте и был членом революционных врачебных коллегий. С лета 1918 г. и до конца 1920 г. руководил медицинской службой на нескольких фронтах Гражданской войны, вернулся в Москву и занимался партийной работой. А в январе 1923 г. он был отправлен наркомом Н. А. Семашко в Читу для управления здравоохранением только что возвращенного большевиками Дальнего Востока. В качестве Уполномоченного от Наркомздрава Барсуков возглавил отдел здравоохранения (далее — Дальздрав) в высшем органе управления — Дальневосточном революционном комитете (далее — Дальревком) [1].

<sup>83</sup> Его правая рука и соавтор публикуемой «Записки» — заведующий санитарно-профилактическим подотделом Дальздрава Дмитрий Вячеславович Писарев — был семью годами старше своего начальника. Он хорошо знал местный край и его людей. Писарев родился в Читинской области в семье церковнослужителя, окончил медицинский факультет Томского университета, но долгое время из-за статуса «неблагонадежен» не мог найти постоянную работу (Цуприк Р. И. 110 лет со дня рождения врача Д. В. Писарева (1883—1935). Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. Чита; 1993. С. 100—2). До революции он служил временно в сельских больницах Сибири и Дальнего Востока. После февральской революции врач был реабилитирован, и в мае 1917 г. медики Забайкалья избрали его членом врачебной инспекции области. В 1918 г. Писарев поднялся еще выше по административной лестнице и стал членом исполнительной коллегии врачебно-санитарного отдела Забайкальской губернии. При атамане Г. М. Семенове он не пострадал и служил заведующим врачебно-санитарным отделом областного земства, боролся как мог с эпидемиями сыпного и возвратного тифов. При смене власти на большевистски ориентированную Дальневосточную республику (ДВР) Писарев оставался во главе здравоохранения. Его знания и врачебную этику ценили все властители. Когда в конце 1920 г. из Маньчжурии в Забайкалье пришла эпидемия чумы, он возглавил противочумной отряд и поддерживал карантинный порядок на границе с Китаем и Маньчжурией. При большевиках Писарев руководил с июня 1921 г. по январь 1923 г. губздравотделом Бурят-Монгольской автономной области. Когда административная карта Дальнего Востока была перекроена, эта область вышла из региона, а Писарев переехал в Читу — столицу Дальневосточной области. Его биограф Р. И. Цуприк, видимо, не знал, что с января 1923 г. по июнь 1924 г. — время, когда Дальздрав возглавлял Барсуков, а Дальревком — П. А. Кобозев, — Писарев работал в этой команде. В опубликованной биографии санитарного врача этой страницы нет. После купюры идут сведения о том, что в июне 1924 г. (т. е. после отъезда из Читы Кобозева и Барсукова) Писарев ушел из Дальздрава на службу в Отдел здравоохранения Забайкальской железной дороги. Там он 11 лет заведовал санитарно-эпидемиологическим отделом этой важной для Дальнего Востока дороги, связывавшей Читу с границей у Маньчжурии. На этом посту он и погиб 8 июля 1935 г. от туберкулеза [2].

<sup>84</sup> Бурят-Монгольская автономная область была объединена с Монголо-Бурятской автономной областью, и 30 мая 1923 г. образована Бурят-Монгольская АССР.

шеством, затем добычей ископаемых, рыбной ловлей и охотой.

Климат Прибайкальской, Бурят-Монгольской и Забайкальской областей резко континентальный, сухой, летом разница между дневной и ночной температурой огромная; зимой, как правило, в январе месяце, температура опускается до 40—50 градусов по Р<sup>85</sup> ниже нуля<sup>86</sup>. Страна высокая, много солнечных дней, особенно осенью. Климат отдельных областей мягче ввиду приближения их к морю, только в Приморье появляется неблагоприятный момент — туманы.

Из особенно заметных влияний климата на человеческий организм нужно отметить крайне неблагоприятное течение сердечных заболеваний (высота) и, наоборот, более благоприятное течение туберкулезного процесса в легких и других органах (солнце, чистота воздуха, горные высоты, необозримые просторы хвойных).

На Дальнем Востоке, а равно и по всей Сибири, как известно, земств не было, неизвестно поэтому, были ли здесь и врачебно-санитарные организации, построенные по типу земских. Существовала одна правительственная так называемая участковая медицина и больницы приказов общественного призрения. Врачебный персонал участковой медицины все время перегружался работой по госэкспертизе в воинских присутствиях, на суде и т. д.<sup>87</sup>. На собственно медицинское дело у врачей времени не оставалось. [Уклон] Медицинских организаций того времени был исключительно лечебный, профилактической медицине, которую теперь при малых сравнительно средствах с небывалой энергией и умением проводит Рабоче-крестьянская власть, не уделялось никакого внимания и не отпускалось никаких средств.

Политика царской власти временами была совершенно непонятна. Так, в бывшей Забайкальской области в период земского трехлетия 1905—1907 гг.<sup>88</sup> было отослано в центр около 200,00 руб. как неиспользованный избыточный остаток кредитов на врачебное дело, которого, между прочим, краевые власти и не думали создавать.

Правда, перед империалистической войной дело стало налаживаться, но только в смысле постройки новых больниц и оборудования их, санитарных мероприятий даже не намечалось.

Империалистическая война вызвала в крае, как и везде, дороговизну, которая с каждым днем увеличивалась. Хозяйство больниц не ремонтировалось и не подновлялось, ожидали окончания войны и связанного с ним падения цен. Но случилось иначе. Началась великая революция, а вскоре поднялась и

<sup>85</sup> «По Р» в данном случае — «по Рёмеру», означает «в градусах Рёмера». Это устаревшая единица измерения температуры, созданная французским ученым Рене Антуаном Реомюром, где 0 °R соответствует точке замерзания воды, а 80 °R — точке ее кипения. Эта шкала вытеснена более современными шкалами, такими как шкала Цельсия, но она послужила прообразом для шкалы Фаренгейта.

<sup>86</sup> 40—50 градусов ниже 0 по шкале Рёмера соответствуют примерно 75—88 °C (или 167—194 °F).

гражданская война, приведшая к полному по некоторым местам разгрому медицинских организаций. Воюющие стороны, не желая оставлять в руках противника никаких ценностей, увозили с собой и медицинское имущество, не захватывая только голых стен лечебниц и амбулаторий. Правительство Семенова<sup>89</sup>, например, целыми поездами перебрасывало в Маньчжурию медицинское имущество военных госпиталей и сельских лечебниц. К моменту образования ДВР<sup>90</sup> все было развезено. Местным самоуправлениям приходилось начинать дело на совершенно пустом месте при отсутствии учреждений, инвентаря, медикаментов, персонала (в массах продвинувшегося с белыми на Восток) и при наличии почти ежегодных вспышек страшной эпидемии чумы, а местами колоссального развития социальных болезней.

Правда, интервенция и гражданскую войну переживала и Центральная Россия, но там советская

<sup>87</sup> Перечень служебных обязанностей врачей, состоявших на гражданской государственной медицинской службе, включал: 1) судебно-медицинскую экспертизу трупов по требованию судебных и полицейских следователей, а также судов и уполномоченных должностных лиц губернии; 2) судебно-медицинскую экспертизу умалишенных и глухонемых; 3) судебно-медицинскую экспертизу в отношении живых лиц в рамках расследования уголовных дел о растлении, изнасиловании, нанесении телесных повреждений, абортах; 4) судебно-медицинскую химическую экспертизу биологических объектов и вещественных доказательств — внутренних органов при подозрении на умышленное отравление; пятен, похожих на кровь, подозрительных жидкостей; 5) судебно-медицинскую экспертизу в отношении лиц, признанных судом преступниками, с целью определения «возможности вынести назначенное наказание»; 6) судебно-медицинскую медико-криминалистическую экспертизу для идентификации возраста, следов наказаний, клейм; 7) судебно-медицинскую экспертизу в отношении чиновников и иных должностных лиц, подающих прошение об отставке по состоянию здоровья; 8) судебно-медицинскую экспертизу в отношении чиновников и их близких родственников, а также раненых офицеров при обращении их за назначением государственной пенсии и пособий; 9) судебно-медицинскую экспертизу в отношении нижних военных чинов для установления невозможности их дальнейшей службы по состоянию здоровья; 10) судебно-медицинскую экспертизу в отношении отставных военных чинов для решения вопросов о помещении их в инвалидные команды и богадельни, а также для рассмотрения заявлений от желающих покинуть эти учреждения; 11) врачебное освидетельствование рекрутов; 12) общий надзор за гражданскими больницами и их работой; 13) общий надзор за лечением больных, находящихся под стражей; 14) общий надзор за надлежащим оформлением отпуска лекарственных средств и фактическим обеспечением ими больниц и аптек; 15) активирование аптечного инвентаря и оформление заявок на его замену; 16) активирование хирургического инструментария и оформление заявок на его починку или замену; 17) ревизию аптекарских книг по всем больницам; 18) плановые и внезапные ревизии государственных и частных аптек; 19) контроль состояния аптечных запасов; 20) надзор за изготовлением и отпуском лекарственных средств в аптеках, за сбором лекарственного сырья и его обработкой; 21) надзор за торговлей ядовитыми и сильнодействующими средствами; 22) непосредственное участие в решении основных вопросов, связанных с организацией и открытием новых аптек; 23) надзор за работой врачей-гомеопатов и «эмпириков»; 24) проведение экзаменов на производство в классный чин фельдшеров, аптекарских и лекарских учеников и на звание лекарских, аптекарских и ветеринарных учеников, повивальных бабок, оспопрививателей и цирульников; 25) составление годовых, особых и срочных отчетов о состоянии «народного здоровья» и о «врачебной деятельности»; 26) составление медико-топографических описаний; 27) противоэпидемическую работу при возникновении эпидемий (мобилизация вольнопрактикующих врачей, организация карантинных мероприятий, лечение заболевших); 28) организацию и проведение оспопрививания населения [3—5].

власть уже 2—3 года назад дала возможность местами восстановить медорганизации по совершенно новому, безусловно более рациональному плану, чем было до нее (профилактическая медицина)<sup>91</sup>. На Дальнем Востоке интервенция и гражданская война только что изжиты. Губкомы только что приступили к организации всего дела на новых началах. Недостаток средств, однако, не дает возможности сразу приступить к проведению в жизнь принципов Советской медицины, в крае почти еще неизвестных. Идя по линии наименьшего сопротивления, в первую очередь Губ. РК восстанавливают лечебное дело, пользуясь местами сохранившимися помещениями лечебниц и амбулаторий. Организация профилактической предупредительной медицины, отсутствовавшая в прежнее время, почти не налаживается.

От старого времени к настоящему моменту имеются сейчас такие санорганизации:

1) Медицинское отделение Института Экспериментальной Ветеринарии в г. Чита.

В довоенное время Медицинское отделение существовало как самостоятельное учреждение и называлось Бактериологической лабораторией. Единственным заданием лаборатории было изучение чумы, постоянно существовавшей в Южном Забайкалье и Северной Маньчжурии. Существовала лаборатория на средства правительства, она была в ведении местного Врачебного Инспектора. В 1918 г. на

<sup>88</sup> Некоторые элементы земства были введены в четырех губерниях Сибири в 1905—1907 гг. Это связано с военными неудачами Российской империи в Русско-японской войне. Правительство надеялось снизить негативное отношение к правящей власти предоставлением местного самоуправления. 3 апреля 1905 г. на имя иркутского генерал-губернатора графа Павла Кутайсова пришел высочайший рескрипт Николая II о распространении на Сибирь земских учреждений. Об этом было торжественно объявлено на съезде крестьянских начальников в Иркутске. Однако расцвет земства пришелся на время Гражданской войны 1918—1919 гг. В условиях распада единого государства сибирские крестьяне и казаки отказывались платить косвенные государственные налоги, но поддерживали финансово органы местного управления и через них школы, больницы и дороги.

<sup>89</sup> Имелось в виду правительство атамана Григория Михайловича Семенова (1920—1922). Семенов (1890—1945) — в июне — ноябре 1917 г. был комиссаром Временного, затем советского правительства по формированию добровольческих частей из монголов и бурят в Забайкалье. В конце 1917 г. выступил против большевиков, разоружил находившиеся в зоне КВЖД дружину государственного ополчения и железнодорожную роту. В январе 1918 г. занял Даурию (Восточное Забайкалье). В августе 1918 г. при поддержке японских войск и Чехословацкого корпуса занял Читу. В мае 1919 г. на казачьем круге избран войсковым атаманом Забайкальского казачьего войска. Назначен Колчаком командующим 6-м Восточно-Сибирским армейским корпусом. В начале 1920 г. организовал и возглавил Правительство Российской восточной окраины в Чите.

<sup>90</sup> ДВР образована 6 апреля 1920 г. в качестве буферного государства между Советской Россией и Японией. Ее создание диктовалось необходимостью избежать открытого военного столкновения с Японией и сосредоточить силы для борьбы с армией Деникина и с Польшей. В состав республики входили Приморская, Амурская, Забайкальская, Камчатская области и северная часть Сахалина.

<sup>91</sup> Речь идет о пяти принципах советской медицины, сформулированных на I Съезде медико-санитарных отделов Советов рабочих, крестьянских и солдатских депутатов (Москва, 15—18 июня 1918 г.): бесплатность, общедоступность, профилактическая направленность, приближение квалифицированной медицинской помощи к населению и единство организации и управления [6].

средства Областного [совета] была открыта Пастеровская станция, существующая и поныне. В 1919 г. начато было изготовление противодифтерийной сыворотки, тетравакцины и дивакцины. С 1921 г. лаборатория соединена с Читинской противочумной станцией (ветеринарной), и с тех пор оба учреждения работают под названием Института Экспериментальной Ветеринарии. Институт существует на началах самоокупаемости. Главным источником его доходов является противочумная сыворотка для рогатого скота. Все расходы по содержанию Медицинского отделения несет Институт, а общее руководство его работой остается за Дальздравом. При Институте лет 15 тому назад открыт телятник, снабжающий оспенным детритом все области и в настоящее время. За время революции Институт не подвергался никаким катастрофам. Громадные ценности его, приобретенные в прежнее время, находятся в полной сохранности и сейчас.

2) Ежегодно повторяющиеся во многих районах вспышки эпидемии чумы выдвинули необходимость организации постоянного противочумного отряда. Отряд это подвижной, имеет свой обоз и состоит из врача, лаборанта, 4 лекпомов и 3 санитаров. Его задания: в свободное от эпидемии время изучать эпидемиологию чумы в местах постоянных ее вспышек (Южное Забайкалье). При наличии же эпидемии отряд бросает свои научные изыскания и выезжает на борьбу с ней. Осенью 1921 г. подвижному отряду, возглавляемому доктором Кротковым<sup>92</sup>, удалось установить наличие у тарбаганов той же чумы, которая наблюдается и у людей, что до сих пор только предполагалось, но не было точно доказано и многими известными бактериологами отрицалось. Зимой члены Отряда работают в Мед. отделении Института Экспериментальной Ветеринарии, обоз его находится в с. Кайластуй, на границе с Монголией, и инвентарь на чумном пункте на ст. Борзя. Отряд работает на средства правительства.

3) Кроме этого, в г. Благовещенске и Владивостоке существуют Пастеровские станции, а во Владивостоке, кроме того, оспенный телятник, содержатся они на местные средства. По некоторым городам имеются затем санитарные врачи. В большинстве случаев по одному, редко больше. По уездам и участкам нигде санитарных врачей нет.

Вот и все санитарные установки, кои существуют на Д.В. в настоящее время. Учитывая создавшуюся обстановку, изложенную выше, и имея в виду установление принципов Советской Медицины в крае, Отделом Здравоохранения Дальревкома намечены к проведению в жизнь следующие мероприятия из области профилактической медицины.

1) Институт санитарных врачей по всем уездам ДВ и Дом оспопрививания в г. Чите. Предполагается, что в ближайший год санитарное состояние губерний будет подробно и тщательно обследовано

врачами, будут учтены дефекты всех сторон хозяйственной и др. жизни на местах, неблагоприятно влияющих на здоровье работающих. Обследования эти дадут возможность в последующее время разрабатывать по каждой губернии отдельно целый ряд улучшений, клонящихся к охране народного здоровья. Дом Санпросвещения намечен и открыт в г. Чите<sup>93</sup>, кроме своего прямого назначения по городу будет помогать работе санитаров.

2) Из области борьбы с инфекционными заболеваниями, постоянно угрожающими ДВ и имеющими не только краевое, но и государственное значение (чума и сыпной тиф), намечены два карантинных пункта на ст. Мацеевской и в г. Верхнеудинске. Первый из них направлен против вторжения эпидемии чумы из Китая, где она, появившись, принимает иногда колоссальные размеры (чума 1910 г. и 1920—1921 гг.). Защитой от появления и распространения эпидемии сыпного тифа с Запада является пункт в Верхнеудинске, а для ликвидации уже распространившейся эпидемии предположены 12 отрядов, каждый для обслуживания 30-кроватьного заразного барака в течение полугода. Эпидемии чумы, возникавшие в течение трех последних лет сразу во многих пунктах южного Забайкалья, указывали на необходимость расширения постоянных противочумных организаций. Кроме подвижного отряда, поэтому предполагается установить врачебно-наблюдательные пункты в с. Кайластус (для наблюдения за пограничным районом) и на ст. Борзя (наблюдение за потоками при станциях железной дороги). В борьбе с чумой важно, конечно, чтобы она не приняла колоссальных размеров, и это прежде всего возможно при том условии, когда первый случай чумы будет диагностирован как таковой. Наличие двух наблюдательных пунктов в районах распространения чумы дает возможность легче выполнить это условие.

По борьбе с бешенством, наблюдающимся здесь, ввиду огромного распространения намечено три Пастеровские станции в г. Чите, Владивостоке и Благовещенске перевести с местного бюджета за счет Правительства. Две станции сейчас содержатся ветеринарным Отделом на началах самоокупаемости (Чита и Благовещенск) и одна во Владивостоке за счет Губревкома. Кроме перечисленных организаций намечены еще три Химико-бактериологические станции (Чита, Владивосток и Благовещенск) и повторительные курсы для лекпомов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мирский М. Б. М. И. Барсуков. М.: Медицина; 1978.
2. Пуприк Р. И. 110 лет со дня рождения врача Д. В. Писарева (1883—1935). Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 1993 г. Чита; 1993. С. 100—2.
3. Губернские и уездные правительственные органы охранения народного здоровья (краткий исторический очерк) и приложе-

<sup>92</sup> Доктор Кротков возглавлял противочумной отряд в Забайкалье. История ареста этого отряда крестьянами в избе с чумными больными описана в книге [7].

<sup>93</sup> Дом санитарного просвещения открыт в Чите 13 марта 1924 г.

- ния к нему. Т.1. В кн.: Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб.; 1913. С. 1—35.
4. Справка. Извлечение из доклада о преобразовании губернских врачебных учреждений. Т. 2. В кн.: Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб.; 1913. С. 1—40.
  5. Записка об общих основаниях устройства врачебной помощи в России. Т. 3. В кн.: Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. СПб.; 1913. С. 1—63.
  6. Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Принципы советской медицины: история создания. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020;(3):491—8.
  7. Супотницкий М. Очерки истории чумы. Т. II: Чума бактериологического периода. 2006. Режим доступа: <https://www.supotnitskiy.ru/book/book3-2.htm>
- Поступила 22.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026
- REFERENCES
1. Mirsky M. B. M. I. Barsukov. Moscow: Meditsina; 1978 (in Russian).
  2. Tsuprik R. I. 110 years since the birth of the physician D.V. Pisarev (1883–1935). I: Calendar of memorable and significant dates in the history of public health of the Chita region for 1993. Chita; 1993. P. 100–2 (in Russian).
  3. Provincial and district government bodies for the protection of public health (a brief historical outline) and appendices to it. Vol. 1. In: Proceedings of the Interdepartmental Commission Established by Imperial Decree for the Revision of Medical and Sanitary Legislation. St. Petersburg; 1913. P. 1–35 (in Russian).
  4. Memorandum. Extract from the report on the reorganization of provincial medical institutions. Vol. 2. In: Proceedings of the Interdepartmental Commission Established by Imperial Decree for the Revision of Medical and Sanitary Legislation. St. Petersburg; 1913. P. 1–40 (in Russian).
  5. Note on the general principles of organizing medical care in Russia. Vol. 3. In: Proceedings of the Interdepartmental Commission Established by Imperial Decree for the Revision of Medical and Sanitary Legislation. St. Petersburg; 1913. P. 1–63 (in Russian).
  6. Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. Principles of Soviet medicine: the history of its creation. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. 2020;(3):491–8 (in Russian).
  7. Supotnitsky M. Essays on the history of plague. Vol. II: The plague of the bacteriological period. 2006. Available at: <https://www.supotnitskiy.ru/book/book3-2.htm> (in Russian).

**Затравкин С. Н.<sup>1</sup>, Вишленкова Е. А.<sup>2</sup>**

## ДОСОВЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА XX ВЕКА: АРХИВНЫЕ МИСТИФИКАЦИИ

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>2</sup> Мюнхенский университет им. Людвига — Максимилиана, 80539, г. Мюнхен, Германия

*В статье сопоставлены утверждения авторов «Краткой записки о санитарных организациях по губерниям Дальнего Востока и проекте создания новых организаций на текущий год» — М. И. Барсукова и Д. В. Писарева — с результатами проведенной исторической реконструкции досоветского здравоохранения Дальнего Востока XX в. Реконструкция выявила сложный ландшафт медико-санитарной инфраструктуры данного региона. Благодаря сопоставлению обнаружены разрывы в большевистском нарративе прошлого, зоны умолчаний, преувеличений и намеренных искажений реальности в архивном тексте, имеющем статус делопроизводственного документа.*

**Ключевые слова:** Дальний Восток; здравоохранение; Российская империя; Дальневосточная республика; Дальревком, Дальздрав.

**Для цитирования:** Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Досоветское здравоохранение Дальнего Востока XX века: архивные мистификации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2026;34(2):341—348. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-341-348>

**Для корреспонденции:** Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Zatravkin S. N.<sup>1</sup>, Vishlenkova E. A.<sup>2</sup>**

## THE PRE-SOVIET HEALTH CARE OF THE FAR EAST OF XX CENTURY: THE ARCHIVE MYSTIFICATIONS

<sup>1</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>The Ludwig Maximilian University of Munich, 80539, Munich, Germany

*The article compares the claims made by M. I. Barsukov and D. V. Pisarev, the authors of “The short report on sanitary organizations over Gubernias of the Far East and the project of establishment of new organizations in current [1924] year” with the results of carried out historical reconstruction of the pre-Soviet health care of the Far East of the 20th century. The reconstruction revealed a complex landscape of the medical sanitary infrastructure of the given region. Because of the comparison the gaps were uncovered in the Bolshevik narrative of the past, zones of the default, the exaggerations and the deliberate distortions of reality in the archival text, which has the status of office work document.*

**Keywords:** the Far East; health care; the Russian Empire; the Far Eastern Republic; the Dalrevkom; the Dalzdrav.

**For citation:** Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. The pre-Soviet health care of the Far East of XX century: the archive mystifications. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2026;34(2):341–348 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2026-34-2-341-348>

**For correspondence:** Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Department of History of Medicine of the Federal State Budgetary Scientific Institution “The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: [zatravkine@mail.ru](mailto:zatravkine@mail.ru)

**Conflict of interests.** The authors declare absence of conflict of interests.

**Acknowledgment.** The study had no sponsor support.

Received 15.10.2025  
Accepted 12.01.2026

«Краткая записка о санитарных организациях по губерниям Дальнего Востока и проекте создания новых организаций на текущий год» хранится среди делопроизводственной документации Дальневосточного отдела здравоохранения за 1923—1925 гг. [1]. Это были первые годы жизни при советской власти в регионе, которая напоминала палимпсест со следами предшествующих правлений и их разнородных институций: Российская империя, белое «Омское правительство» Александра Колчака, фрагментация региона на мелкие государства, «атаманщина», создание красной Дальневосточной республики (ДВР), японская оккупация Приморья. Тот же палимпсест и гибридность обнаруживаются при чтении данного текста. Он начинается, как типичное медико-топографическое описание XIX в., с рассказа о географических осо-

бенностях, ландшафте и климате, влияющих на здоровье населения [2, с. 162—215], что явно отсылает к имперским практикам медицинского обслуживания регионов. Но далее авторы переходят к социальным факторам заболеваемости и высокой смертности. Это то, что большевики намеревались ликвидировать или оздоровить с помощью социал-гигиенической системы здравоохранения. Ее предстояло создать либо посредством советизации старого, либо на совершенно голом месте. С точки зрения Москвы и Народного комиссариата здравоохранения, авторы «Записки» должны были преобразовать имевшуюся систему и сделать из нее советскую медицину. М. И. Барсуков и Д. В. Писарев убеждали столичное руководство в том, что строить советское здравоохранение им приходится заново.

Точная дата «Записки» в тексте не указана. У нас есть основания полагать, что она написана в марте 1924 г. На это указывает упоминание в документе факта открытия в Чите Дома санитарного просвещения. Оно состоялось 13 марта 1924 г. Как сообщала местная газета «Дальневосточный путь», российский комиссар лично присутствовал при торжественном открытии. Возможно, что к его приезду и готовилась «Записка» лидеров Дальздрава. Барсуков последовал далее вместе с Н. А. Семашко по Уссурийской железной дороге во Владивосток, с остановкой в Харбине [3]. Вероятно, этот текст предназначался для приватной передачи в руки наркома в ходе личной беседы.

На тот момент Барсуков уже больше года руководил Дальздравом (с 25 января 1923 г.). Кто-кто, а он хорошо знал идеологию своего начальника и намеревался использовать ее в свою пользу. Это была декларация *tabula rasa* («чистый лист»). Все 5 лет своего руководства Н. А. Семашко уверял, что советская власть строит в стране здравоохранение с нуля. Досоветская система медицинских учреждений представляла в его публикациях и выступлениях как нечто недоразвитое, запутанное и неэффективное. Так, в статье, посвященной победному завершению Гражданской войны, Семашко провозглашал: «Мерзость и запустение в военно-санитарной организации получила Советская власть в наследство от прежних режимов. Здесь все приходилось создавать буквально из ничего» [4].

В публикуемом нами тексте Барсуков и его заместитель Писарев демонстрировали верность линии партии и развивали историческую версию Семашко. Подобно наркому, дальневосточные большевики-медики констатировали несовершенство местного здравоохранения, непродуманность прежнего управления им, а затем и тотальное разрушение всего имевшегося в ходе череды политических перемен (*«К моменту образования ДВР все было развезено. Местным самоуправлениям приходилось начинать дело на совершенно пустом месте при отсутствии учреждений, инвентаря, медикаментов, персонала»*). В созданный ими текст инкрустированы идеологические метафоры из советского новояза. Авторы использовали характерный для раннесоветской риторики прием антропологизации политических явлений и процессов (*«началась Великая революция»* и *«поднялась гражданская война»*). Владение языком победителей было призвано убедить читателя в наличии у них «высокого политического самосознания».

Цель обращения состояла, видимо, в том, чтобы, поведав об ужасах запустения, обрести поддержку центральной власти и финансирование мер по созданию медико-санитарной обороны. И если санитарные предложения были основаны на успешном опыте Писарева по борьбе с легочной чумой на границе с Маньчжурией и не требуют проверки историков, то вынесенные двумя большевиками оценки здравоохранения царской России, периода Гражданской войны и времен Дальневосточной респу-

блики (1920—1922) нуждаются в критическом комментарии. Это тем более стоит сделать, что, став частью государственного делопроизводства, утверждения большевистских лидеров здравоохранения обрели статус документального архивного свидетельства и некритично используются исследователями как фиксация реальности. Следствием такой доверчивости стало сосуществование в современной историографии Дальнего Востока контрастно противоречивых оценок состояния досоветского здравоохранения XX в.

### Санитарная запущенность

Авторы обзора уверяли, что до них, т. е. до советской власти, местные медики не могли заниматься профилактикой заболеваний из-за перегруженности бюрократической работой. В этом утверждении есть большая доля правды, но есть и преувеличение. Проанализировав нормативные акты и документальные свидетельства повседневной работы врачей Российской империи, состоявших на гражданской государственной службе, мы составили перечень их служебных обязанностей. Он вобрал в себя 28 пунктов [1]. Большинство из них имеют косвенное отношение к лечебно-профилактической работе. За исключением оспопрививания — важнейшего в то время способа профилактики, а также участия в выявлении и ликвидации эпидемических вспышек, все остальные обязанности врача относились к сфере судебно-следственных, контрольно-надзорных, административных и аттестационных функций государства. Их исполнение действительно требовало много времени и сил.

Оттолкнувшись от идеи перегруженности досоветских медиков, Барсуков и Писарев уверяли Семашко, что приоритетная для большевиков санитарная и профилактическая работа на Дальнем Востоке никогда не велась. Медицинские организации императорской России, по их утверждению, были ориентированы исключительно на лечебное дело. Тяжелое наследие объясняло антисанитарное состояние современных поселений в области и указывало на объем предстоящих Дальздраву работ.

Санитарное состояние Дальнего Востока, уже 5 лет живущего в гражданских войнах, реально не могло быть радужным. Современники живописали грязь и нечистоты. В материалах санитарного освидетельствования Владивостока есть такое заключение: город «в санитарно-эпидемическом отношении находится далеко не в благополучном состоянии. Он до сих пор не имеет ни канализации, ни водопровода... Существующие в городе колодцы устроены примитивно и большей частью загрязнены, причем среди бактериальной флоры в них часто находится кишечная палочка, что в свою очередь указывает на чрезвычайную загрязненность почвы человеческими извержениями... Улицы г. Владивостока загрязнены разным мусором, пыльны и, в общем, город имеет довольно неприятный вид. Сильные ветры поднимают с улиц мусор и пыль, разносят по

городу, и в дыхательные пути граждан попадает немало всяких болезнетворных бактерий»<sup>94</sup>.

Впрочем, в данном случае принцип репрезентативности исторического свидетельства — «в одной капле отражается все море» — не работает. Материалы санитарных обследований всегда и везде фиксировали и фиксируют неустройства. В разоблачительной стилистике написаны не только отчеты советских санинспекторов, но и рапорты их имперских предшественников. Вот один из характерных примеров. «Улицы, ограды и скотские дворы не убраны от нечистот,— записал в путевом журнале Баргузинский окружной врач.— В Верхнеангарском районе в селе Иркана все постройки старые, только один новый дом. Потолки низкие, скамейки и полы грязные, семья располагается в одной небольшой комнате с русской печью посередине, в другой комнате помещаются куры и телята... На берегу озера и в самом озере куча навоза и всяких нечистот. Пища большинства жителей состоит только из хлеба и чая... Питиевую воду получают из озера, которое и загрязняют» [5, с. 289]. Подобные описания можно в изобилии найти и в записках медиков, служивших на Кавказе, в Бессарабии, в Индии, в Британии, в Пруссии.

При этом давно служащие на Дальнем Востоке руководители иных (не Дальздрава) медицинских служб не считали регион антисанитарным. Так, заведующий врачебным отделом Уссурийской железной дороги в том же 1923 г. сообщал Дальздраву, что поселения на подчиненной ему территории различаются в санитарном отношении драматично. Есть ужасающие, но большинство вполне чистые и благоустроенные, где требуется разве что свежая побелка. Причем грязными и неустроенными поселения стали не из-за плохого климата, а вследствие обнищания людей (в том числе во времена ДВР), ради прокорма понастроивших свинарники и курятники. Кроме того, Республика не смогла собрать налоги и потому отказалась от оплаты работ мусорных обозов и ассенизаторов<sup>95</sup>, т. е. антисанитария, по мнению В. Мичурина, порождена социальными условиями жизни в буферной (пробольшевицкой) республике.

Можно считать санитарную систему Российской империи недостаточной и ее работу на Дальнем Востоке не систематичной, но она была, и средства на санитарно-профилактические цели власти выделяли [6]. В позднеимперский период на восточных территориях России действовали межведомственная Областная санитарно-исполнительная комиссия (ОСИК) и ее исполнительное бюро. В имперские времена она имела чрезвычайно широкие полномочия, а закон Наркомздрава 1919 г. еще более расширил ее права. Комиссия могла сама выбирать председателя из своих членов. В годы правления атамана Семенова (1918—1920) санитарно-исполни-

тельные комиссии действовали при губернских земских управах или при городских и уездно-городских управах.

Со времен империи санитарные службы Дальнего Востока были организованы в санитарно-эпидемиологическую организацию, которая руководила отрядами карантинной стражи, морскими санитарно-наблюдательными станциями. Они имели санитарные поезда, обсервационные пункты и бараки, паровые дезинфекторы, гидропульты, паровые камеры, бактериологическую лабораторию в Военном госпитале, а затем при Земской больнице. Здесь действовали три Пастеровские станции (Владивосток, Чита, Благовещенск) с химико-бактериологическими лабораториями для изготовления вакцин и сывороток, хорошо оборудованная бактериологическая лаборатория (Чита). К слову сказать, Барсуков и Писарев упоминали эти организации, что противоречит их заключению о запустении.

Конечно, этого всего не хватало в моменты эпидемий (например, чумы 1910 г. и 1921—1922 гг.) и финансирования всегда было недостаточно. Но в моменты бедствий государственная инфраструктура дополнялась общественными и профессиональными врачебными мобилизациями — летучими отрядами из местных жителей для очистки мест общественного пользования и противочумными отрядами для обследования домов и выявления больных.

Барсуков умолчал и о том, что во время эпидемии легочной чумы 1921—1922 гг. правительство ДВР обратилось ко всем соседям (прежде всего к РСФСР) за помощью. На V Всероссийском съезде бактериологов и эпидемиологов, состоявшемся в Москве 25—31 мая 1921 г., ее представители В. В. Сукнев и Бобров докладывали о характере эпидемии, рассказывали об имеющейся в наличии санитарной инфраструктуре и просили помощи у Наркомздрава и лично Н. А. Семашко. Собственных средств, как признавались тогда посланники, недостаточно, чтобы ликвидировать эндемические очаги и не допустить распространения эпидемии на Россию. Однако реальной помощи они не получили. Скорее всего, тогда средств Советской страны не хватало на подавление собственных эпидемических бед. Практическая помощь на Дальний Восток поступила от японских властей, которые взяли на содержание Владивостокскую участковую санитарно-эпидемиологическую службу и отряд карантинной стражи, а еще периодически поставляли местным санитарным врачам дезинфекторы, противочумную вакцину и сыворотку.

Все трое — создатели и адресат Записки — не могли об этом не знать и, следовательно, сознательно выбрали нарративную стратегию купюр и умолчаний. Рассуждая о санитарной организации Дальнего Востока, они умышленно обходили молчанием известную им историю.

### Ведомственная недостаточность

Развивая посыл комиссара об унаследованной мерзости запустения, лидеры Дальздрава запальчи-

<sup>94</sup> Государственный архив Хабаровского края (ГАХК). Ф. Р393. Оп. 1. Д. 32. Л. 58—58об.

<sup>95</sup> ГАХК. Ф. Р393. Оп. 1. Д. 6. Л. 73об.

во уверяли столичное начальство в том, что медицинская инфраструктура на Дальнем Востоке всегда была скудной: здесь «неизвестны... были врачебно-санитарные организации, построенные по типу земских», «существовала одна правительственная, так называемая участковая медицина и больницы приказов общественного призрения». Мы предлагаем проверить эти утверждения Барсукова и Писарева результатами проведенной нами исторической реконструкции.

Вплоть до 1917 г. на Дальнем Востоке действительно не было земств. Однако из этого не следует, что там царил «мерзость запустения». Имперское здравоохранение было дробным и сегментированным: медико-санитарные учреждения находились в управлении многочисленных министерств и ведомств, органов городских самоуправлений, частных, благотворительных и общественных организаций.

В ведении Министерства внутренних дел находились вся сельская участковая медицина (так называемая сельская врачебная часть) и большинство городских больниц Дальнего Востока<sup>96</sup>. Авторы документа упоминали их, но запутались в их ведомственной принадлежности и исторической генеалогии. Городские больницы относились не к приказам общественного призрения, а к органам городского самоуправления и подчинялись врачебным отделениям губернских и областных управ<sup>97</sup>, что позволяло финансировать их за счет городских бюджетов и больничных сборов. Видимо, это было достаточное содержание, поскольку организация и уровень медицинской помощи в городах Дальнего Востока в начале XX в. стали превосходить уровень сельской медицины [7].

Но и сельское здравоохранение развивалось весьма динамично благодаря внедрению земского участкового принципа. Безусловно, она была слабее своего прототипа и работала не столь эффективно, но была подобной. Кроме того, на Дальнем Востоке было две разновидности сельской медицины: одна для крестьян, другая для казачьих поселений. В одном только Забайкальском казачьем войске в 1914 г. лечебных пунктов и врачебных покоев насчитывалось 58. Они тоже ориентировались на земские образцы. Плюс к этому с 1910 г. на Дальнем Востоке сначала появились бесплатные земские койки в нескольких городских больницах, а затем были устроены целые земские больницы. Они, в частности, работали в Чите и Верхнеудинске.

Во времена Российской империи организаторы дальневосточного здравоохранения стремились не только обеспечить доступность медицинской помощи (и потому наращивали число больниц и врачей), но и поднять ее качество (в том числе за счет специ-

ализированной помощи и оснащения современным оборудованием). К началу Первой мировой войны местное здравоохранение располагало тремя рентгеновскими установками и несколькими клиническими лабораториями, что было неплохо.

Правда, «Высочайше учрежденная междуправительственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства» (так называемая комиссия Г. Е. Рейна 1912—1916 гг.) оценила дальневосточную лечебную сеть как недостаточную и вынесла вердикт о ее несоответствии потребностям региона [7]. Однако для местных большевистских врачей уровень дореволюционного здравоохранения вплоть до конца 1920-х годов будет представляться высоким и желаемым.

Сегодня историки Дальнего Востока считают, что имевшейся медицинской инфраструктуры было, скорее всего, достаточно для потребностей отнюдь не густонаселенного региона. Во всяком случае, она позволила переломить недоверие поселян к естественнонаучной медицине. «Развитие местной системы здравоохранения на рубеже веков способствовало тому,— уверяет профессор Бурятского университета Т. В. Паликова,— что все больше местных жителей обращались за профессиональной медицинской помощью» [8]. «Увеличение сети медицинских учреждений и кадрового состава,— соглашаются с ней иркутские историки Д. А. Шаламов и Л. М. Дамешек,— приводило к тому, что населению квалифицированная медпомощь становилась все более доступной» [9].

В ведении Министерства путей сообщения находились врачебная помощь и санитарный надзор на Транссибирской железнодорожной магистрали, в пределах полосы ее отчуждения и на реках. Железнодорожная медицина относилась к числу наиболее обеспеченных секторов здравоохранения Дальнего Востока в финансовом и материально-техническом отношении. Даже в 1923 г., после лихолетья Гражданской войны, на Уссурийской дороге действовало 14 врачебных участков с приемными покоями в каждом для амбулаторного приема. Хабаровск и Владивосток имели свои собственные (автономные от участков) приемные покои. Их обслуживали 19 врачей, в том числе 4 врача-специалиста. Кроме этой структуры на линии работало 7 фельдшерских пунктов. У этой дороги были четыре больницы с 250 койками. Читинская дорога была разделена на 15 участков<sup>98</sup>. Во врачебных покоях работало по 20 врачей, в том числе 3 специалиста. Кроме этого, вдоль дороги располагались 14 фельдшерских пунктов. Дорздрав Читинской дороги имел 6 больниц по 250 коек каждая. Водздрав обладал несложной здравоохранительной сетью: 4 врачебных участка и 1 больница на 20 коек<sup>99</sup>. Этого было достаточно зимой и в межсезонье, а в летнюю пору, когда рабочих становилось больше, водников принимали в боль-

<sup>96</sup> До 1904 г. непосредственное управление ими осуществлял Медицинский департамент МВД. После 1904 г. его функции были разделены между Управлением главного врачебного инспектора и Отделом народного здоровья и общественного призрения.

<sup>97</sup> Исключение составляли лишь несколько больниц Забайкальской области.

<sup>98</sup> ГАХК. Ф. Р939. Оп. 1. Д. 6. Л. 44.

<sup>99</sup> Там же.

ницы Губздрава на договорных началах. И все это возникло отнюдь не в советские времена.

Военное министерство через свои окружные и областные военно-медицинские управления занималось организацией и оказанием медико-санитарной помощи в Забайкальском, Амурском и Уссурийском казачьих войсках. Так, в Забайкальском казачьем войске на рубеже XIX—XX вв. было 4 войсковые больницы на 190 коек, 8 приемных покоев на 39 коек, 12 лечебных пунктов. При них состояло 14 врачей, 48 фельдшеров и 17 повивальных бабок.

В распоряжении Морского министерства находился Владивостокский военно-морской госпиталь, который мог принять до 500 раненых и больных и служил медицинским учреждением «для всех ведомств, сословий и лиц города» [6].

Довольно разветвленной врачебно-санитарной частью располагало Министерство финансов, обеспечивавшее санитарный надзор и помощь рабочим на казенных винных заводах, пробочных фабриках, спиртоочистительных заводах, а также врачебно-санитарное обслуживание находящегося в ведении этого министерства Отдельного корпуса пограничной стражи. Так, в Заамурском пограничном округе к началу 1913 г. были развернуты: огромный по тем временам 485-коечный госпиталь, 61 лазаретное отделение, 12 приемных покоев (всего на 1198 коек) и 4 санатория.

Собственные больницы и лазареты имелись в распоряжении врачебно-санитарной части Министерства юстиции<sup>100</sup>. Главное управление землеустройства и земледелия обеспечивало врачебно-санитарную помощь переселенцам на пути следования и в местах их водворения. В начале XX в. переселенческая медицина включала в себя временные больницы для борьбы с инфекционными заболеваниями и фельдшерские пункты. Министерство торговли и промышленности осуществляло санитарный надзор и предоставляло медицинскую помощь работникам казенных горных заводов и приисков. Почти на всех крупных дальневосточных приисках работали больницы и лазареты.

Свой вклад в развитие дальневосточного здравоохранения внесли благотворительные организации и частные лица. Например, в Благовещенске на средства Лечебно-благотворительного общества была организована больница на 20 коек с амбулаторным приемом для горожан. Хабаровский отдел Всероссийской лиги по борьбе с туберкулезом открыл амбулаторию для больных туберкулезом и детскую противотуберкулезную оздоровительную колонию. Община сестер милосердия имени великой княжны

Марии Николаевны организовала лечебницу для проходящих больных. В Чите успешно работали две частные больницы: гинеколога-хирургическая лечебница врача В. А. Блинова и гинекологическая лечебница с родильным приютом доктора Я. М. Шольца.

Плюс к официальным возможностям у жителей приморских городов была неофициальная — получить медицинские услуги у иностранных, в частности японских, врачей<sup>101</sup>. Во Владивостоке у них было 5 амбулаторий, в Никольске — 2, в Николаевске — 1. Во Владивостоке и Хабаровске работали даже японские больницы. По российским законам иностранные врачи имели право принимать только соотечественников, а также китайцев и корейцев, но на деле они лечили и коренное население Дальнего Востока, а также русских сезонных рыбаков [10]. Совокупно все эти ведомственные фрагменты здравоохранения образовывали довольно густую сетку лечебных учреждений.

### Военные разрушения

Обнаружив зоны умолчания и искажения исторической реальности, мы заподозрили, что они порождены травматичными впечатлениями авторов «Записки» от разрушений времен Гражданской войны (или, как говорили на Дальнем Востоке, «гражданских войн»). Однако, судя по нашей реконструкции, полного разгрома медицинских организаций Дальнего Востока (как уверял Барсуков, «до голых стен лечебниц и амбулаторий») не произошло даже при разных и частых сменах правительств. После распада Российского правительства генерала Колчака на Дальнем Востоке появилось несколько государственных образований. Да, при отступлениях были грабежи и вывоз медикаментов. Но тот же Д. В. Писарев, будучи заведующим врачебно-санитарным отделом областного земства при атамане Семенове, в 1920 г. сообщал руководителям ДВР, что, несмотря на войны, число стационаров в Забайкалье сократилось незначительно, что врачам удалось сохранить почти все учреждения, закрылись только несколько амбулаторий<sup>102</sup>. И есть еще документальные свидетельства подобного рода, хранящиеся ныне в архивном делопроизводстве. Много лет проработавший в медицинском управлении Уссурийской железной дороги доктор В. Мичурин уверял Дальздрав в том же 1923 г., что за время Гражданской войны из всех железнодорожных больниц разрушена была только Хабаровская. Остальные работают в прежнем режиме<sup>103</sup>.

Истории отдельных больниц Дальнего Востока также ставят под сомнение нигилистические утверждения лидеров Дальздрава. Показательным примером может быть деятельность в годы Гражданской

<sup>100</sup> Например, Верхнеудинская тюремная больница на 20 коек, Читинская тюремная больница на 40 коек (10 палат для мужчин и 5 для женщин). Тюремный лазарет при Алгачинской каторжной тюрьме имел 40 коек (35 для ссыльнокаторжных и 5 коек в отдельном помещении для нижних чинов местной конвойной команды), Акатуевский лазарет — 20 коек. На Карийской каторге, разбросанной на 30 верст, функционировал один лазарет на 280 коек со штатом в 5 фельдшеров. В Зерентуе при тюрьме имелась больница на 40 коек мужских и 10 женских.

<sup>101</sup> Российский государственный исторический архив Дальнего Востока (РГИА ДВ). Ф. 3. Оп. 1. Д. 772. Лл. 66—128.

<sup>102</sup> Отчет Д. В. Писарева в Государственном архиве Забайкальского края (ГАЗК). Ф. 165 Оп. 1 Д. 74. Л. 121—124. Цит. по [9, с. 19].

<sup>103</sup> ГАХК. Ф. Р939. Оп. 1. Д. 6. Л. 65об.

## Лечебная сеть дальневосточных губерний на 1 января 1914 г.

Губерния	Число врачебных участков	Число фельдшерских участков	Число больниц	Число коек в них	Число врачей		Число акушеров	Число зубных врачей	Расходы на медико-санитарное дело в 1913 г., руб.
					в городе	в деревне			
Приморская	18	56	74	1488	99	41	78	26	1 707 743
Амурская	16	23	72	1278	47	29	64	13	1 059 190
Забайкальская	18	57	77	1428	54	47	87	17	801 327
Камчатская	5	7	2	13	4	—	4	—	40 165
Всего...	57	143	225	4207	204	117	233	56	3 608 417

войны главного врача и хирурга Хабаровской окружной больницы Леонида Федоровича Пионтковского. Возглавив больницу в 1906 г., он смог сохранить ее в годы лихолетья и оккупации города частями особого Уссурийского казачьего войска под командованием атамана И. П. Калмыкова, а также войсками союзников (так называемая калмыковщина, сентябрь 1918 г. — февраль 1920 г.). Больница тогда не получала финансирование и медикаменты от правящих временщиков. Чтобы спасти оплот медицинской помощи, Пионтковский и его коллеги начали проводить «дни больного» и собирать по подписке необходимые средства для нормальной работы больницы. Собранных средств оказалось достаточно, чтобы даже расширить лечебные возможности заведения [11]. Видимо, во времена турбулентности не было единого пути для всех и состояние фрагментов здравоохранения зависело от ситуативной комбинации.

Во времена владычества на Дальнем Востоке белого атамана Г. М. Семенова (1918—1920) больницы и амбулатории на селе были разделены на земские и станичные. Д. В. Писарев знал это не понаслышке. А после того как весной 1920 г. Красная армия разбила войска атамана и казачьих подразделений, под контролем большевиков была создана ДВР. В тот момент ее власть распространялась на Прибайкалье, но после вытеснения японских войск, освобождения Читы и Хабаровска к осени 1920 г. территория Республики стала равна почти всему Дальневосточному региону. Постановлением Правительства ДВР в ноябре 1920 г. все лечебные и фармацевтические учреждения были национализированы и подчинены Министерству здравоохранения Республики. Его возглавил большевик Ф. Н. Петров. В 1921 г. в ведении его Минздрава насчитывалось 84 больницы на 3 тыс. коек, 228 амбулаторий, 194 фельдшерских пункта [12]. Это было много меньше, чем при царском режиме, но все еще такие активы невозможно считать «совершенно пустым местом» и «отсутствием учреждений».

Правительство Республики попыталось ввести на Дальнем Востоке провозглашенный в РСФСР принцип доступной и бесплатной медицинской помощи для всех трудящихся<sup>104</sup>. Само по себе это намерение ставит под сомнение утверждение авторов «Записки» о том, что «*принципы Советской медицины в крае*» были «*почти не известны*». Глава ДВР

Александр Краснощек был грамотным человеком, американским юристом и хорошо знал основы советского государства. Правда, реализовать социальное намерение в Республике не удалось из-за экономического кризиса и прежде всего из-за недоверия местных медиков к большевикам.

За 2 года существования ДВР сеть медицинских учреждений сократилась. В феврале 1922 г. она включала 44 сельских и 18 городских больниц на 1060 коек, 349 врачей и 1059 лекарских помощников [12]. Для спасения здравоохранения Правительство отменило бесплатную медицинскую и лекарственную помощь в больницах, ввело больничные сборы, передало часть больниц на содержание страховых касс и хозяйственных организаций, возродило ведомственную медицину. Это не помогло, и в декабре 1921 г. был ликвидирован Минздрав ДВР, а его функции переданы МВД.

Барсуков, безусловно, принял не самое благополучное хозяйство, но тотальной разрухи и выжженной земли, конечно, не было. В этом плане чрезвычайно показательна проговорка авторов «Записки», которые назвали задачу восстановления лечебного дела в регионе шагами «по линии наименьшего сопротивления».

### Осведомленность

Чем порождены искажения в тексте Барсукова и Писарева? Может быть, они плохо представляли полученное наследство? Однако эта гипотеза не подтвердилась. При передаче имущества в руки большевистских организаторов здравоохранения попал архив, в котором содержались статистические материалы о лечебной сети региона<sup>105</sup>. По данным врачебного инспектора, который проводил своего рода аудит системы здравоохранения, лечебная сеть дальневосточных губерний на 1 января 1914 г. выглядела вполне благополучно и была тщательно подсчитанной и учтенной (см. таблицу)<sup>106</sup>.

Другое дело, что в этой сети были асимметрии. Самой обеспеченной врачами и медицинскими учреждениями была Приморская губерния, самой нуждающейся — Камчатская. Из крупных городов выделялись Владивосток и Чита. Но Барсукова и Писарева это не волновало. Они вообще не стали приводить статистику империи и отталкиваться от нее в своей работе.

<sup>104</sup> Постановление Правительства ДВР № 6 от 5 ноября 1920 г.

<sup>105</sup> ГАХК. Ф. Р393. Оп. 1. Д. 12. Л. 45.

<sup>106</sup> Там же.

У нас осталась только одна непротиворечивая версия: по всей видимости, руководство Дальздрава сознательно сгущало краски перед московским начальством. В психологии управления это — так называемая стратегия снижения базы сравнения: сначала принижают исходный уровень, чтобы контрастно выглядеть лучше. Она позволяла руководителям Дальздрава следовать общей версии Наркомздрава и плюс к этому помогала обрести дополнительные финансовые и кадровые ресурсы, к тому же страховала от возможных обвинений в неэффективности, что в 1923 г. стало важным в кадровой политике РКП(б) [13].

Эту версию косвенно подтверждает отправленное Барсуковым тогда же письмо к Н. А. Семашко. «Местный бюджет чрезвычайно скуден, а край не имеет почти никакой санитарно-профилактической сети, — уверял он. — Во всем крае нет ни одной детской консультации. Институт санврачей и санстатистики отсутствует. Противочумная организация слаба. Лечебная помощь в городах в руках коммунхозов, которые перевели ее на платность для всех слоев населения. На периферии лечебная сеть чрезвычайно скудна. Развито шаманство и знахарство. Медпомощь рабочему застрахованному населению — в руках страхкасс, которые упорно не передают страхвзносов, а открывают на них лечебницы и амбулатории, кустарничая и распыляя средства. На железных дорогах до сего времени ведомственная медицина... подчиненная начальникам дорог. Необходимо ваше энергичное содействие» [12].

Глава Дальздрава хорошо понимал, как надо подавать информацию, чтобы иметь от этого пользу. В 1924 г. Дальздрав получил большое финансирование и новые кадры [14], а Барсуков лично расширил свои полномочия, став руководителем здравоохранения путей сообщения и местных курортов. Стратегия «снижения базы сравнения» гарантировала ему признание его активности как эффективного руководителя. Очевидно, все это способствовало его выдвигению на пост комиссара здравоохранения Белоруссии в том же 1924 г.

Скорее всего, ни Семашко, ни Барсуков, ни Писарев в те годы не намеревались внушить современникам (и тем более оставить потомкам) искаженную версию истории советской медицины. Однако их ситуативный и не бескорыстный сговор против прошлого сыграл роковую роль для истории дальневосточного здравоохранения. Слова победителей облеклись в печатную форму отчетов и обрели витальность. А поскольку нарративной тактике *tabula rasa* следовали и другие организаторы советского здравоохранения, то от частого повторения утверждение о руинах и разрухе превратилось в аксиому, не требующую доказательств или проверки.

Вслед за Барсуковым, который в 1950—1960-е годы служил историком советского здравоохранения и контролировал выводы коллег, его советские ученики и соратники (им наследовали многие постсоветские исследователи дальневосточного здравоохранения)

уверенно заверяли: «После революции в России, в период интервенции (1920—1922 гг.), здравоохранение в крае было по существу ликвидировано» [15]. После такой констатации во многих публикациях начинается рассказ о победном шествии Советской власти и о достижениях советского здравоохранения.

Исследование не имело спонсорской поддержки  
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Публикация «Краткой записки о санитарных организациях по губерниям Дальнего Востока и проекте создания новых организаций на текущий [1924] год» с научными комментариями. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2026;34(2):336—340.
2. История медицины и медицинской географии в Российской империи. Под ред. А. Реннера, Е. А. Вишленковой. М.: ШИКО; 2021.
3. Ratmanov P. E. Soviet healthcare on the Chinese Eastern Railway and Harbin in the 1920s—1930s. *History and Philosophy of Medicine*. 2025;7(3):13.
4. Семашко Н. Советская власть и народное здоровье. *Известия ВЦИК*. № 249 (1096) от 4 ноября 1920 г.
5. Батоев С. Д. Зарождение основ системы здравоохранения в Забайкалье (XVIII — конец первой четверти XX вв.): Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2019.
6. Маслов Д. В., Полякова М. В., Будаева И. Б., Некрасова Н. А. История развития государственной санитарно-эпидемиологической службы Приморского края. *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. 2012;(3-4):10—3.
7. Ратманов П. Э. Медицинская помощь застрахованным на Дальнем Востоке в первые десятилетия XX века: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.
8. Паликова Т. В. Организация медицинской помощи в городах Забайкалья второй половины XIX — XX в. *Вестник БГУ. Гуманитарные исследования Внутренней Азии*. 2018;(1):3—10.
9. Шаламов Д. А., Дамешек Л. М. Оказание медицинской помощи в Забайкальском казачьем войске во время второй половины XIX — начала XX века. *Гуманитарный вектор*. 2019;(3):14—23.
10. Гончар В. В., Поволоцкий В. Д. Японские медицинские практики в Приамурском генерал-губернаторстве (1884—1917 гг.). *Японские исследования*. 2022;(3):39—49.
11. Д-р Л. Ф. Пионтковский. *Казанский медицинский журнал*. 1930;(3):331—2.
12. Дьяченко В. Г., Пригорнев В. Б., Солохина Л. В., Капитоненко Н. А., Дьяченко С. В., Ратманов П. Э., Руссу Е. Ю., Костакова Т. А. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ. Хабаровск: Изд-во ДВГМУ; 2013. Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=3375>
13. Халфин И. Автобиография большевизма. Между падением и спасением. М.: Новое литературное обозрение; 2023.
14. Щупак Б. Н. Из истории становления санитарной организации на Советском Дальнем Востоке. *Гигиена и санитария*. 1976;(8):58—60.
15. Андреев В. Ю., Нагирная Л. Н., Титова Ю. В., Шепарев А. А., Скварник В. В., Бектасова М. В. Развитие медико-санитарной помощи детскому населению Приморья с 1860 по 1926 годы (исторический экскурс). *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2017;(3):95—8.

Поступила 15.10.2025  
Принята в печать 12.01.2026

#### REFERENCES

1. Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. Publication of “A Brief Note on Sanitary Organizations in the Provinces of the Far East and the Project for Establishing New Organizations for the Current [1924] Year” with scholarly commentary. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2026;(2):336—340 (in Russian)
2. History of Medicine and Medical Geography in the Russian Empire. Eds A. Renner, E. A. Vishlenkova. Moscow: SHIKO, 2021 (in Russian).

3. Ratmanov P. E. Soviet healthcare on the Chinese Eastern Railway and Harbin in the 1920s–1930s. *History and Philosophy of Medicine*. 2025;7(3):13.
4. Semashko N. Soviet power and public health. *Izvestiya VTsIK*. № 249(1096), Nov 4, 1920 (in Russian).
5. Batoev S. D. The Origins of the Healthcare System in Transbaikalia (18th century — late first quarter of the 20th century): Diss. ... doct. med. sci. Moscow; 2019 (in Russian).
6. Maslov D. V., Polyakova M. V., Budaeva I. B., Nekrasova N. A. The history of the development of the state sanitary-epidemiological service of Primorsky Krai. *Zdorov'e. Meditsinskaya ekologiya. Nauka*. 2012;(3-4):10–3 (in Russian).
7. Ratmanov P. E. Medical assistance for the insured population in the Russian Far East in the first decades of the 20th century: Diss. ... cand. med. sci. Moscow, 2002 (in Russian).
8. Palikova T. V. Organization of medical care in the towns of Transbaikalia in the second half of the 19th — 20th centuries. *Vestnik BGU. Gumanitarnye issledovaniya Vnutrenney Azii*. 2018;(1):3–10 (in Russian).
9. Shalamov D. A., Dameshek L. M. Provision of medical care in the Transbaikal Cossack Host in the second half of the 19th — early 20th century. *Gumanitarnyy vektor*. 2019;(3):14–23 (in Russian).
10. Gonchar V. V., Povolotsky V. D. Japanese medical practices in the Priamur Governor-Generalship (1884–1917). *Yaponskie issledovaniya*. 2022;(3):39–49 (in Russian).
11. Piontkovsky L. F. [Review]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 1930;(3):331–2 (in Russian).
12. Dyachenko V. G., Prigornev V. B., Solokhina L. V., Kapitonenko N. A., Dyachenko S. V., Ratmanov P. E., Russu E. Yu., Kostakova T. A. Healthcare in the Russian Far East under market reforms. Khabarovsk: Izdatel'stvo DVG MU; 2013. Available at: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=3375> (in Russian).
13. Khalfin I. The Autobiography of Bolshevism: Between Salvation and Collapse. Moscow: Novoe literaturnoe obozrenie; 2023 (in Russian).
14. Shchupak B. N. From the history of the establishment of the sanitary organization in the Soviet Far East. *Gigiena i sanitariya*. 1976;(8):58–60 (in Russian).
15. Andreyanov V. Yu., Nagirnaya L. N., Titova Yu. V., Sheparev A. A., Skvarnik V. V., Bektasova M. V. Development of medical and sanitary care for children in Primorye from 1860 to 1926 (a historical review). *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2017;(3):95–8 (in Russian).