

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).

www.journal-nriph.ru
www.nriph.ru

Зав. редакцией

Щеглова Татьяна Даниловна
Тел.: +7 (495) 916-29-60
E-mail: 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, www.pressa-ef.ru,
www.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. 2024. Т. 32. Спецвыпуск 1. 501—686.

Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 05.06.2024.

Подписано в печать 09.07.2024.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная.
Печ. л. 23,25. Усл. печ. л. 22,73.
Уч.-изд. л. 27,51.

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

Специальный выпуск 1

Том 32

2024

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, Российская Федерация)

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 Дарчовна — 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)

АМОЛОВА 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)

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 Исааковна — доктор медицинских наук, профессор (Москва, Россия)

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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.

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

Managing editor

Scheglova T. D.

Tel.: +7 (495) 916-29-60

E-mail: ttcheglova@gmail.com

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

Subscription via the Internet:
www.akc.ru, www.pressa-rf.ru,
www.pochta.ru

Subscription to the electronic version
of the journal: 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

Special Issue 1

Volume 32

2024

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 Benout 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, 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.

Dzumalieva 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

Абесалашвили М. З., Хлебникова А. А., Удычак Д. А. Дисциплинарная ответственность медицинских работников в медицинских организациях	505
Абрамян С. К., Голубкина К. В. Анализ изменений в законодательстве об оказании психиатрической помощи	512
Абрамян С. К., Голубкина К. В. История борьбы с холерными эпидемиями на территории Краснодарского края в 1892 и 1910 гг. (по материалам архивных данных)	519
Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафировва В. Б., Кравченко О. О., Хубиева Д. Х.-Д. Факторы риска и защитные факторы злоупотребления психоактивными веществами у подростков	526
Андрянова Л. С., Баженова С. А., Гаража Н. А., Егоров М. А., Заярная И. А. Анализ востребованности медицинских услуг с применением цифровых программ в системе здравоохранения России: обзор тенденций	530
Баженова С. А., Граммова Е. А., Данилова Л. Г., Ковалева И. П., Корниенко М. В. Исследование рынка российских медицинских строительных объектов: оценка стоимости и инвестиции в строительные программы	536
Безмыанный А. С., Блохина Е. В., Мингазова Э. Н. О возможностях и преимуществах проведения многоцентровых клинических исследований на базе амбулаторно-поликлинических организаций города Москвы	542
Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Меры сохранения психического здоровья моряков при работе на автономных надводных судах	548
Вишневецкая Н. Г., Снегирева Ю. Ю., Филимонова Н. В. Реализация национального проекта «Здравоохранение»: территориальный, организационный и кадровый аспекты ..	555
Волгин В. Н., Кагоянц Р. В., Садыкова Р. Н., Мингазова Э. Н. К оценке эффективности методов лечения пациентов различных возрастных групп с базальноклеточным раком кожи носа и ушных раковин	562
Волошинская А. А., Максимов А. Н., Безвербный В. А. Устойчивость российских городов в условиях международных санкций и последствий эпидемии COVID-19: социологическое исследование	567
Голубкина К. В., Абрамян С. К. Использование гаджетов в студенческой среде и их воздействие на здоровье студентов	577
Гонезжукова Б. Р., Удычак Ф. Н., Бугашова С. А. Медико-правовые аспекты ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи	582
Егоров М. А., Баженова С. А., Растегаева Н. А., Королева Н. В., Ишик И. Н. Обзор инвестиций в развитие российского рынка Medtech и перспектив влияния цифровизации в медицине на экономические показатели компаний до 2030 года	588
Зафировва В. Б., Амлаев К. Р., Хубиева Д. Х.-Д., Кравченко О. О. Некоторые аспекты немедицинского употребления наркотических веществ	594
Захарова Е. Н., Леонтьева А. В., Ордынская М. Е. Социально-демографические аспекты управления качеством жизни населения	601
Казарян О. В., Мишина Е. Ю., Соболева О. С., Уманская М. Б. Иностраный язык как элемент профессионализма медицинских работников	608
Каменева Т. Н., Котлярв С. А., Надуткина И. Э., Тарабаева В. Б., Белых Т. В., Ткаченко П. В., Афанасьева А. Е. Доверие институтам социализации как необходимое социальное условие эффективной интеграции в общество детей-инвалидов	612
Ковалева И. П., Воблая И. Н., Заярная И. А., Корниенко М. В., Стрижак М. С. Региональный аспект развития здравоохранения России (на примере Краснодарского края)	619
Кравченко О. О., Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафировва В. Б., Хубиева Д. Х.-Д. Особенности реализации 12-шаговых программ лечения анонимных алкоголиков и иных программ лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя	625

CONTENTS

Abesalashvili M. Z., Khlebnikova A. A., Udychak D. A. Disciplinary responsibility of medical workers in medical organizations	505
Abramyan S. K., Golubkina K. V. Analysis of changes in legislation on the provision of psychiatric care	512
Abramyan S. K., Golubkina K. V. The history of the fight against cholera epidemics in the Krasnodar territory in 1892 and 1910 (based on archival data)	519
Amlaev K. R., Mazharov V. N., Zafirova V. B., Kravchenko O. O., Khubieva D. Kh.-D. Risk factors and protective factors for substance abuse among adolescents	526
Andrianova L. S., Bazhenova S. A., Garazha N. A., Egorov M. A., Zayarnaya I. A. Analysis of the demand for medical services using digital programs in the Russian healthcare system: an overview of trends	530
Bazhenova S. A., Grammova E. A., Danilova L. G., Kovaleva I. P., Kornienko M. V. Market research of Russian medical construction facilities: cost estimation and investments in construction programs	536
Bezmyannyy A. S., Blokhina E. V., Mingazova E. N. The possibilities and advantages of conducting multicenter clinical trials on the basis of outpatient clinics in Moscow	542
Timchenko T. N., Botnaryuk M. V. Measures to preserve the mental health of sailors when working on autonomous surface vessels	548
Vishnevskaya N. G., Snegireva Yu. Yu., Filimonova N. V. Implementation of the national project «Healthcare»: territorial, organizational and personnel aspects	555
Volgin V. N., Kagoiancz R. V., Sadykova R. N., Mingazova E. N. To assess the effectiveness of treatment methods for patients of different age groups with basal cell cancer of the skin of the nose and ears	562
Voloshinskaya A. A., Maksimov A. N., Bezverbny V. A. Resilience of Russian cities under international sanctions and the consequences of COVID-19: a sociological study	567
Golubkina K. V., Abramyan S. K. The use of gadgets in the student environment and their impact on the health of students	577
Gonezhukova B. R., Udychak F. N., Bugashova S. A. Medical and legal aspects of the responsibility of medical workers in cases of improper provision of medical care	582
Egorov M. A., Bazhenova S. A., Rastegaeva N. A., Koroleva N. V., Ishik I. N. An overview of investments in the development of the Russian Medtech market and the prospects for the impact of digitalization in medicine on the economic performance of companies until 2030	588
Zafirova V. B., Amlaev K. R., Khubieva D. Kh.-D., Kravchenko O. O. Some aspects of non-medical use of narcotic substances	594
Zakharova E. N., Leontieva A. V., Ordynskaya M. E. Socio-demographic aspects of quality of life management	601
Kazaryan O. V., Mishina E. Yu., Soboleva O. S., Umanskaya M. B. Foreign language as an element of professionalism of medical workers	608
Kameneva T. N., Kotlyarov S. A., Tarabaeva V. B., Nadutkina I. E., Belykh T. V., Tkachenko P. V., Afanasyeva A. E. Trust in socialization institutions as a necessary social condition for effective integration of disabled children into society	612
Kovaleva I. P., Voblaya I. N., Zayarnaya I. A., Kornienko M. V., Strizhak M. S. The regional aspect of Russian healthcare development (using the example of the Krasnodar territory)	619
Kravchenko O. O., Amlaev K. R., Mazharov V. N., Zafirova V. B., Khubieva D. Kh.-D. Features of the implementation of 12-step treatment programs for Alcoholics Anonymous and other programs for the treatment of alcohol use disorders	625

- Краснов А. Е., Бакирова Э. А., Мингазова Э. Н.* Комплексный анализ смертности населения по причинам: региональные особенности 628
- Курочкина М. Н., Панеш Б. Х., Буркова Л. Л.* Роль педагогики в профессиональной деятельности современного врача 633
- Лядова А. В., Ананченкова П. И.* Особенности здоровьесбережения современной российской молодежи в условиях цифровизации 640
- Мингазов Р. Н., Попел А. Е., Мингазова Э. Н.* Здоровый образ жизни студентов — ресурс сбережения здоровья трудоспособного населения в ближайшей перспективе 647
- Сафонов А. Л., Некипелова Д. В.* Развитие и совершенствование системы долговременного ухода в России 652
- Тимченко Т. Н.* Ненадлежащая первая медицинская помощь на борту морского судна как фактор риска нарушения здоровья членов экипажа 659
- Тишутин А. А.* Финансовые аспекты развития здравоохранения 664
- Тутарищева С. М., Дзыбова С. Г., Цеева С. К.* Гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность медицинских работников 670
- Хохряков А. Л., Мингазова Э. Н.* Современные проблемы служб донорства плазмы: мировой опыт их решения ... 676
- Хубиева Д. Х.-Д., Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Кравченко О. О., Зафировва В. Б.* Влияние употребления алкоголя и других психоактивных веществ в период пандемии COVID-19: проблемы и последствия 681
- Krasnov A. E., Bakirova E. A., Mingazova E. N.* Comprehensive analysis of population mortality by cause: regional features
- Kurochkina M. N., Panesh B. H., Burkova L. L.* The role of pedagogy in the professional activity of a modern doctor
- Lyadova A. V., Ananchenkova P. I.* Characteristics of youth's health keeping practices under the digitalization
- Mingazov R. N., Popel A. E., Mingazova E. N.* A healthy lifestyle of students is a resource for preserving the health of the working-age population in the near future
- Safonov A. L., Nekipelova D. V.* Development and improvement of the long-term care system in Russia
- Timchenko T. N.* Inadequate first medical aid on board a sea vessel as a risk factor for crew members' health
- Tishutin A. A.* Financial aspects of healthcare development
- Tutarishcheva S. M., Dzybova S. G., Tseeva S. K.* Civil, administrative and criminal liability of medical workers
- Khokhriakov A. L., Mingazova E. N.* Modern problems of plasma donation services: global experience in solving them
- Khubieva D. H.-D., Amlaev K. R., Mazharov V. N., Kravchenko O. O., Zafirova V. B.* The impact of alcohol and other psychoactive substance use during the covid-19 pandemic: problems and consequences

Абесалашвили М. З.¹, Хлебникова А. А.², Удычак Д. А.³

ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

¹Кубанский казачий государственный институт пищевой индустрии и бизнеса (филиал) ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления имени К. Г. Разумовского (Первый казачий университет)», 353500, Темрюк, Россия;

²Кубанский институт социэкономки и права (филиал) ОУП ВО «Академия труда и социальных отношений», 350062, Краснодар, Россия;

³ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», 385000, Майкоп, Россия

Привлечение к дисциплинарной ответственности медицинских работников в условиях реформирования системы подготовки кадров для медицинской сферы, внедрения цифровых технологий в повседневную деятельность врача приобретает ярко выраженные специфические черты. Цель исследования заключается в рассмотрении действующего трудового законодательства, регламентирующего трудовую дисциплину, и выявлении оснований привлечения к дисциплинарной ответственности медицинских работников в медицинских организациях.

Ключевые слова: трудовое законодательство; дисциплинарный проступок; ответственность медицинских работников; трудовые функции; медицинская помощь; медицинская организация

Для цитирования: Абесалашвили М. З., Хлебникова А. А., Удычак Д. А. Дисциплинарная ответственность медицинских работников в медицинских организациях. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(спецвыпуск 1):505—511. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-505-511>

Для корреспонденции: Хлебникова Анна Андреевна; e-mail: stakhova69@mail.ru

Abesalashvili M. Z.¹, Khlebnikova A. A.², Udychak D. A.³

DISCIPLINARY RESPONSIBILITY OF MEDICAL WORKERS IN MEDICAL ORGANIZATIONS

¹Kuban Cossack State Institute of Food Industry and Business — Branch of the Moscow State University of Technology and Management named after K. G. Razumovsky (First Cossack University), 353500, Temryuk, Russia;

²Kuban Institute of Socio-Economics and Law — Branch of the Academy of Labor and Social Relations, 350062, Krasnodar, Russia;

³Maikop State Technological University, 385000, Maikop, Russia

Bringing to disciplinary responsibility of medical workers in the context of reforming the system of personnel training for the medical field, the introduction of digital technologies into the daily activities of a doctor, acquires pronounced specific features. The purpose of the study is to review the current labor legislation regulating labor discipline and identify the grounds for bringing medical workers to disciplinary responsibility in medical organizations.

Keywords: labor legislation; disciplinary misconduct; responsibility of medical workers; labor functions; medical care; medical organization

For citation: Abesalashvili M. Z., Khlebnikova A. A., Udychak D. A. Disciplinary responsibility of medical workers in medical organizations. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):505–511 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-505-511>

For correspondence: Anna A. Khlebnikova; e-mail: stakhova69@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Дисциплинарная ответственность медицинских работников в медицинских организациях является одним из видов юридической ответственности, возникающей вследствие нарушения медицинским работником трудовой дисциплины и должностных обязанностей, и налагающей на виновное лицо обязанность претерпевать неблагоприятные последствия назначенного наказания.

В Трудовом кодексе РФ¹ (ТК РФ) закреплены следующие виды дисциплинарных взысканий: замечание, выговор и увольнение по соответствующим основаниям (ст. 192). Для медицинских работников, помимо предусмотренных ТК РФ мер ответственности за дисциплинарные нарушения, в иных феде-

ральных нормативных правовых актах не содержится дополнительных дисциплинарных взысканий.

Однако медицинский специалист, в силу заключённого трудового договора, обязан в рамках своих профессиональных обязанностей оказывать медицинскую помощь пациентам, обратившимся в медицинское учреждение. Следовательно, основанием для привлечения медицинских работников к дисциплинарной ответственности является и нарушение правил внутреннего трудового распорядка, установленного в медицинской организации, и надлежащее оказание медицинской помощи, а в некоторых ситуациях — нарушение норм медицинской этики [1].

Дисциплинарная ответственность в случае надлежащего оказания медицинской помощи представляет собой вариант воздействия на медицинского работника в более мягкой форме по сравнению с наказанием в уголовном праве, но также ста-

¹Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 14.02.2024). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683 (дата обращения: 16.03.2024).

вит своей целью сдерживание непрофессионального поведения медицинского специалиста [2].

Привлечение к дисциплинарной ответственности медицинских работников в условиях реформирования системы подготовки кадров для медицинской сферы, внедрения цифровых технологий в повседневную деятельность врача приобретает ярко выраженные специфические черты. Поэтому при привлечении медицинских работников к дисциплинарной ответственности следует принимать во внимание особые критерии оценки надлежащего выполнения им своих трудовых и профессиональных функций [3].

Цель исследования заключается в рассмотрении действующего трудового законодательства, регламентирующего трудовую дисциплину, и выявлении оснований привлечения к дисциплинарной ответственности медицинских работников в медицинских организациях.

Материалы и методы

Теоретическую основу статьи составили трудовое законодательство Российской Федерации и исследования отечественных авторов, рассматривающих вопросы привлечения к дисциплинарной ответственности медицинских работников, среди которых следует выделить работы М. А. Жильцова [1], М. В. Кратенко [2], Г. В. Шониной [3], Н. В. Касаткиной и соавт. [4].

В ходе исследования автором были применены анализ научных источников и системный анализ.

Результаты

В ряде случаев, когда работником нарушается трудовая дисциплина, не выполняются локальные нормативные акты организации или ненадлежащим образом исполняются профессиональные обязанности, законодательством предусматриваются меры воздействия в виде дисциплинарной ответственности.

Дисциплинарная ответственность — это вид юридической ответственности работника за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих должностных обязанностей, закреплённых в трудовом законодательстве и локальных актах работодателя, способ наказания сотрудника за совершённый им проступок.

Для привлечения к дисциплинарной ответственности медицинского работника в медицинском учреждении должны иметься основания. Вопрос привлечения работников к ответственности регламентируется гл. 30 ТК РФ. По общему правилу, наказание для работника в виде дисциплинарного взыскания можно применить только в случае совершения им дисциплинарного проступка.

Дисциплинарный проступок представляет собой допущенное сотрудником нарушение, которое вы-

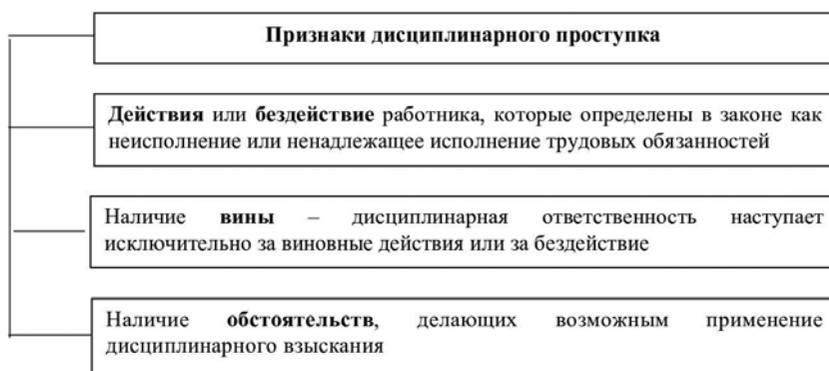


Рис. 1. Основные признаки дисциплинарного проступка, выделяемые в ТК РФ.

ражается в неисполнении или ненадлежащем исполнении предусмотренных для его должности и профессии обязанностей, закреплённых в законодательстве о труде и локальных документах предприятия. При этом круг этих обязанностей должен быть определён и доведён до сведения сотрудника. Если работник предприятия не знал, что входит в его трудовые функции, то требовать их исполнения, а тем более применять меры наказания — нельзя.

Основные признаки дисциплинарного проступка работника, выделяемые в трудовом законодательстве РФ, приведены на рис. 1.

Основными документами, регламентирующими трудовые и профессиональные обязанности медицинского работника в медицинском учреждении, являются:

- трудовой договор, в котором закреплены права и обязанности работника и работодателя. Привлечь к дисциплинарной ответственности можно только штатного работника, с которым заключён срочный или бессрочный трудовой договор (контракт). Если с медицинским работником заключён гражданско-правовой договор, то к такому специалисту не применяются нормы ТК РФ. Следует отметить, что заключить договор гражданско-правового характера можно только с медицинским специалистом, имеющим статус индивидуального предпринимателя и лицензию на ведение медицинской деятельности;
- договор о материальной ответственности, регулирующий правила пользования вверенными материальными ценностями и устанавливающий материальную ответственность работника за необеспечение сохранности этого имущества;
- должностная инструкция медицинского работника, в которой определены задачи, квалификационные требования, функции, права, обязанности, ответственность сотрудника;
- правила внутреннего трудового распорядка, регламентирующие порядок приёма и увольнения работников, права, обязанности и ответственность сторон трудового договора, режим работы, время отдыха, меры поощрения и

Таблица 1

Виды дисциплинарных проступков медицинских работников в медицинских организациях

Дисциплинарные проступки общего характера	Дисциплинарные проступки индивидуального характера
прогул; опоздание; появление в нетрезвом состоянии (под воздействием алкоголя или наркотиков) на территории работодателя в рабочее время; разглашение служебной или коммерческой тайны, иной конфиденциальной информации; отказ от обязательных осмотров и инструктажей; поступки, противоречащие должностным инструкциям; несоблюдение правил охраны труда; нарушение требований пожарной безопасности; умышленное причинение вреда имуществу работодателя; неподчинение законным требованиям руководителя или представителя работодателя	разглашение сведений о пациентах и их заболеваниях неуполномоченным на получение такой информации лицам; несоблюдение правил хранения проб и анализов; нарушение порядка и очередности проведения процедур; нарушение правил обращения с медицинскими отходами; некорректное оформление медицинской документации; нарушение порядка выдачи рецептов; нарушение профессиональной этики; непредоставление пациентам необходимой информации; оказание медицинской помощи ненадлежащего качества; отступление от стандартов и порядков оказания медицинской помощи нарушение регламента работы на медицинском оборудовании

взыскания и иные вопросы трудовых отношений у данного работодателя;

- положение о коммерческой тайне, обеспечивающее сохранность о конфиденциальной информации в организации;
- иные локальные нормативные акты, действующие в медицинском учреждении.

В соответствии со специфическими особенностями деятельности медицинских учреждений законодательством предусмотрено соблюдение ряда ведомственных и внутренних локальных нормативных документов, требования которых также должны выполняться всеми медицинскими работниками в обязательном порядке. К числу таких, в частности, можно отнести:

- правила обращения с сильнодействующими и наркотическими веществами;
- правила обращения с медицинскими отходами;
- правила заполнения медицинских карт и выдачи рецептов;
- регламенты работы на специальном медицинском оборудовании;
- положения о повышении квалификации.

Это далеко не полный список документов, которые могут действовать в медицинском учреждении. Подчеркнём, что закреплённые в этих документах требования становятся обязательными для исполнения медицинским работником только после ознакомления с ними.

Рассмотрим виды и примеры дисциплинарных проступков медицинских работников в медицинских организациях. Дисциплинарную ответственность работников подразделяют на дисциплинарную ответственность общего и индивидуального характера. К общей дисциплинарной ответственности могут быть привлечены все работники за нарушения трудового права. Индивидуальную дисциплинарную ответственность несут работники, на которых распространяются уставы и положения о трудовой дисциплине.

Дисциплинарные проступки общего характера может совершить любой работник вне зависимости от занимаемой в медицинском учреждении должности. При совершении дисциплинарного проступка индивидуального характера учитываются должность и квалификация медицинского специалиста. Основные виды дисциплинарных проступков медицинских работников в медицинских организациях представлены в табл. 1.

Приведённый в табл. 1 перечень проступков, за которые возлагается дисциплинарная ответственность на медицинских работников в медицинском учреждении, не ограничивается представленными примерами. При рассмотрении каждого случая нарушения трудовой дисциплины необходимо соотносить поведение медицинского специалиста с вменяемыми ему должностными и профессиональными обязанностями.

Рассматривая юридический состав дисциплинарного проступка медицинского работника в медицин-

ских учреждениях, необходимо учитывать, что правомочность наложения на работника дисциплинарного взыскания находится в зависимости от совокупности условий: причинение вреда как результат действий медицинского персонала, причинно-следственная связь между действиями медицинского работника и его проступком и виновность лица, совершившего нарушение трудовой дисциплины.

Важным аспектом при рассмотрении дисциплинарной ответственности медицинских работников в медицинских учреждениях является факт причинения вреда. Под вредом, причинённым должностным проступком, понимаются негативные последствия материального и нематериального характера.

В случаях с причинением материального вреда необходимо установить факт его причинения и дать оценку его размеру. Так, в случае порчи имущества размер причинённого вреда будет соответствовать стоимости имущества, в случае утери медицинской документации — затраты на их восстановление.

Рассматривая нематериальные последствия дисциплинарного проступка медицинского работника, следует упомянуть ущерб организационного или управленческого характера в виде нарушения нормального трудового распорядка, производственного цикла или графика работы персонала медицинского учреждения. Так, в случае прогула медицинского специалиста очевидно, что в это время работа не выполнялась или вынужденно выполнялась другим медицинским сотрудником, что могло негативно отразиться на конечном результате деятельности медицинского учреждения. В некоторых случаях для наложения дисциплинарного взыскания достаточно наличия реальной угрозы причинения вреда. Так может произойти, в частности, в случае

разглашения коммерческой тайны, когда лица, получившие конфиденциальные данные, могут и не воспользоваться ими, однако сам факт разглашения секретных данных несёт потенциальный риск негативных последствий для деятельности организации.

Причинно-следственная связь между действиями медицинского работника и соответствующими негативными последствиями имеет особое значение при причинении вреда материального характера. Требуется наличие объективных доказательств, что именно действия медицинского работника привели к указанным последствиям. Важную роль причинно-следственная связь между дисциплинарным проступком медицинского работника и его негативными результатами приобретает при установлении факта нарушения трудовой дисциплины. Устанавливая вред управленческого и организационного характера, причинно-следственную связь отодвигают на задний план, в этом случае достаточно наличия первых двух факторов — дисциплинарного проступка и причинения вреда.

Виновные действия медицинского работника обуславливают совершение дисциплинарного проступка. Наличие вины медицинского работника — главное условие привлечения его к дисциплинарной ответственности, без наличия которого применение дисциплинарного взыскания не допускается.

Вина может существовать в двух формах:

- умысел, когда медицинский работник понимал, предвидел и желал (или равнодушно относился) к возможным последствиям своего поведения;
- вина по неосторожности, когда работник медицинского учреждения мог и должен был осознавать последствия своих действий или бездействия, но по каким-то соображениям не смог оценить их возможные последствия, либо понадеялся, что вред не будет причинён.

В случае, когда неисполнение трудовых обязанностей произошло по причинам, не зависящим от медицинского работника (состояние здоровья, отсутствие на работе из-за дорожно-транспортного происшествия, опоздание из-за задержки транспорта и т. д.), то трудовым законодательством предусмотрено освобождение от дисциплинарной ответственности за такой проступок, т. к. вина работника отсутствует.

При этом для медицинского персонала в медицинском учреждении должны быть созданы необходимые условия труда для надлежащего исполнения работы, а должностные обязанности — соответствовать квалификации специалиста. Отсутствие необходимого медицинского оборудования, нормальных условий труда, достаточных профессиональных компетенций признаются независимыми от работника обстоятельствами.

Общая дисциплинарная ответственность предполагает применение к нарушителю трудового порядка, установленного на предприятии, дисципли-

нарного взыскания, предусмотренного в ст. 192 ТК РФ: замечание; выговор; увольнение по соответствующим основаниям.

Под неисполнением или ненадлежащим исполнением трудовых обязанностей работником подразумевают их полное игнорирование со стороны работника, выразившееся в действии, нарушающем трудовую дисциплину, или бездействии. Так, прогулом будет считаться случай, когда работник не явился на рабочее место или отсутствовал более 4 ч подряд. В случае, когда сотрудник пришёл на работу с опозданием или в течение рабочего времени отлучался несколько раз, это квалифицируется как ненадлежащее исполнение трудовой функции, выражающееся в исполнении профессиональных обязанностей с нарушением установленного на предприятии порядка или частичное исполнение не в полном объёме.

Следует отметить, что факт отказа выполнять незаконные требования непосредственного руководителя не квалифицируются как дисциплинарный проступок. Так, отказ от выполнения приказа вышестоящего должностного лица с нарушением установленных законодательством правил обращения с медицинскими отходами в медицинских учреждениях не свидетельствует о необходимости применения дисциплинарной ответственности к медицинскому работнику.

Бывают случаи, когда медицинские работники ведут себя не совсем корректным образом и нарушают общепринятые нормы поведения вне рабочего времени. Привлечь медицинских работников за такое поведение к дисциплинарной ответственности нельзя. К таким проступкам относится, например, появление на работе в состоянии алкогольного опьянения во время очередного отпуска или в выходной день.

Отметим, что ТК РФ предусмотрено, что за один дисциплинарный проступок в работе на медицинского работника в медицинском учреждении может быть наложено только одно наказание. Трудовым законодательством не предусмотрено, за какие именно дисциплинарные нарушения применяется наказание в виде замечания, а за какие — в виде выговора. Работодатель вправе принимать решение о выборе меры дисциплинарного воздействия на свое усмотрение, учитывая степень вины и тяжесть проступка медицинского работника. При этом для вынесения выговора совершенно необязательно, чтобы у медицинского работника уже имелось ранее наложенное замечание. И после замечания не всегда следует выговор.

Что же касается увольнения, то трудовым законодательством предусмотрен перечень дисциплинарных проступков, за которые может быть наложено такое дисциплинарное наказание. В их число входят:

- прогул;
- состояние алкогольного и наркотического опьянения на рабочем месте;

- несколько непогашенных дисциплинарных взысканий, что свидетельствует о систематическом и неоднократном характере противоправного поведения работника;
- разглашение конфиденциальных данных, служебной и коммерческой тайны;
- хищение;
- виновность в произошедшей аварии, катастрофе или несчастном случае на производстве (либо создание реальной угрозы такой ситуации);
- предоставление подложных документов при устройстве на работу.

Для сотрудников, занимающих руководящие позиции в медицинском учреждении, и медицинских работников, занимающихся обслуживанием материальных ценностей, предусмотрен также дополнительный перечень нарушений, влекущих увольнение.

Для привлечения к дисциплинарной ответственности медицинского работника в медицинском учреждении существует установленный порядок. Нарушение предусмотренных ст. 193 ТК РФ порядка и сроков привлечения к дисциплинарной ответственности обычно приводит к обжалованию наказания и восстановлению в должности работника в ходе судебного разбирательства, поэтому работодателю необходимо соблюдать порядок.

Что касается документирования факта нарушения медицинским работником трудовой дисциплины, законодательство о труде не содержит обязательного требования о фиксации работодателем факта совершения медицинским работником дисциплинарного проступка. Однако правоприменительная практика свидетельствует о целесообразности составления документа, который в дальнейшем станет основанием для издания приказа о дисциплинарной ответственности, а также доказательством на случай спора с сотрудником. Таким документом могут являться акт, служебная записка. Пропуск работника можно подтвердить табелем учёта рабочего времени, а нарушение требований охраны труда, хищение и т. д. — актом служебного расследования, который необязательно оформлять в момент нарушения, можно составить и позднее. Главными условиями являются суть и время совершения дисциплинарного проступка медицинским работником.



Рис. 2. Порядок наложения дисциплинарного взыскания на медицинского работника в медицинских учреждениях.

Перед привлечением медицинского работника к дисциплинарной ответственности руководитель медицинского учреждения обязан полно и всесторонне изучить ситуацию. Именно с этой целью ТК РФ обязывает запрашивать объяснения у виновного лица. Работнику полагаются 2 рабочих дня для того, чтобы изложить свои объяснения в письменном виде. Если за это время медицинский работник не предоставил пояснений, необходимо задокументировать его отказ. Акт об отказе подписывается как минимум 3 свидетелями, также желательно, чтобы этот документ засвидетельствовали непосредственный начальник виновного в дисциплинарном проступке сотрудника, сотрудник отдела кадров и представитель профсоюза (при наличии).

Порядок наложения дисциплинарного взыскания на медицинского работника в медицинских учреждениях представлен на рис. 2.

Для дисциплинарного взыскания существуют сроки давности. При определении сроков для наложения дисциплинарного наказания важно учитывать два момента: день, когда проступок совершён, и день его установления. Чаще всего работодателю становится известно о дисциплинарном нарушении в медицинском учреждении сразу. Однако бывают случаи, что нарушение медицинского работника вы-



Рис. 3. Действия работодателя в случае отмены дисциплинарного наказания

являют позднее. Поэтому срок привлечения к дисциплинарной ответственности исчисляется с момента обнаружения и составляет 1 мес. В некоторых случаях он может быть продлён в связи с нахождением работника в отпуске или в случае болезни. Отметим, что если с момента совершения медицинским работником должностного проступка прошло 6 мес и более, то привлечь его к дисциплинарной ответственности уже нельзя.

Привлечение к дисциплинарной ответственности оформляется приказом, в котором указываются все обстоятельства, сопутствующие нарушению, и прикладываются имеющиеся доказательства вины. Работник должен быть извещён о своем наказании в течение 3 рабочих дней.

Дисциплинарное взыскание погашается автоматически или по приказу руководителя медицинского учреждения. Автоматическое снятие дисциплинарного взыскания происходит по истечении установленного времени — 1 года. Обязательным условием выступает примерное выполнение своих трудовых обязанностей со стороны медицинского работника и отсутствие порицаний в виде повторных дисциплинарных взысканий. Досрочное погашение дисциплинарной ответственности медицинских работников возможно по собственной инициативе работодателя, по просьбе сотрудника и ходатайству трудового коллектива или профсоюза организации. В случаях, если работник выиграл спор с работодателем в судебном порядке, и дисциплинарное наказание было отменено, для работодателя возникают последствия, определённые ТК РФ (рис. 3).

Обсуждение

Мера воздействия на работника в виде дисциплинарного взыскания применяется, если он совершает дисциплинарный проступок, т. е. не выполняет или ненадлежаще исполняет трудовые обязанности общего характера или профессиональные обязанности конкретного сотрудника. Нарушение трудовой и профессиональной дисциплины касается и медицинских работников в медицинских учреждениях. Ключевой функцией медицинских специали-

стов закреплено оказание медицинской помощи обратившимся за ней пациентам в соответствии с профилем и квалификацией, должностными и профессиональными обязанностями. В этой связи дисциплинарная ответственность для медицинских работников предусмотрена как за нарушение трудового распорядка, так и за недостатки в работе, связанные с профессиональной деятельностью.

В силу имеющихся специфических особенностей отечественной системы здравоохранения, регламентирующей в том числе

порядок лицензирования медицинской деятельности, дисциплинарная ответственность медицинских работников не получила широкого развития на практике. Как следствие, даже те незначительные дисциплинарные проступки, которые можно было бы урегулировать во внесудебном порядке, становятся предметом уголовного расследования [2].

Реализация полноценного механизма дисциплинарной ответственности медицинских работников в отечественной системе здравоохранения возможна, на наш взгляд, лишь при условии перехода на индивидуальное лицензирование медицинских специалистов, а не деятельности медицинской организации в целом.

Заключение

Таким образом, рассмотрение вопросов, связанных с привлечением медицинских работников к дисциплинарной ответственности, показало, что имеются специфические особенности привлечения медицинских работников к дисциплинарной ответственности в медицинских организациях. Это связано с требованиями законодательства не только об охране труда, но и нормативных правовых актов в сфере охраны здоровья граждан и необходимостью соблюдения медицинским персоналом правил медицинской этики и деонтологии.

Правоприменительная практика привлечения медицинских работников к дисциплинарной ответственности свидетельствует о том, что расследование дисциплинарного нарушения в медицинских учреждениях и применение мер дисциплинарного взыскания в большинстве случаев заканчиваются судебным разбирательством по заявлению пациента к медицинскому учреждению в связи с ненадлежащим оказанием медицинской помощи больному. Материалы по дисциплинарному проступку медицинского работника и медицинские документы приобщают как доказательства по судебному делу, и от грамотного их оформления зависит содержание судебного решения и репутация медицинского учреждения.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Жильцов М. А. Проблемы привлечения к дисциплинарной ответственности медицинских работников // Трудовое право в России и за рубежом, 2021. № 4. С. 38–41.
2. Кратенко М. В. Вред при медицинском вмешательстве: проблемы компенсации и предотвращения (сравнительно-правовое исследование). М.; 2024. 240 с.
3. Шония Г. В. Привлечение к дисциплинарной ответственности медицинских работников: актуальные проблемы в свете внедрения цифровых технологий в медицинскую деятельность // *Lex russica*. 2023. Т. 76, № 10. С. 36–44.
4. Касаткина Н. В. Гайдаров Г. М. Дисциплинарные и материальные взыскания к работникам медицинской организации как инструмент повышения эффективности работы // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации: материалы Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), посвящённой 100-летию Факультетских клиник ИГМУ (1920–2020). Иркутск; 2020. С. 332–338.

1. Zhiltsov M. A. Problems of bringing medical workers to disciplinary responsibility. *Labor law in Russia and abroad*. 2021;(4):38–41. (In Russ.)
2. Kratenko M. V. Harm in medical intervention: problems of compensation and prevention (comparative legal research). Moscow; 2024. 240 p. (In Russ.)
3. Shonia G. V. Bringing medical workers to disciplinary responsibility: actual problems in the light of the introduction of digital technologies into medical activity. *Lex russica*. 2023;76(10):36–44. (In Russ.)
4. Kasatkina N. V. Gaidarov G. M. Disciplinary and material penalties against employees of a medical organization as a tool for improving work efficiency. Topical issues of public health and healthcare at the level of a constituent entity of the Russian Federation: Materials of the All-Russian scientific and Practical conference (with international participation) dedicated to the 100th anniversary of the Faculty clinics of IGMU (1920–2020). Irkutsk; 2020:332–338. (In Russ.)

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

Абрамян С. К., Голубкина К. В.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», Новороссийск, Россия

Психические расстройства являются серьёзной проблемой современного общества. Они затрагивают миллионы людей по всему миру и оказывают значительное влияние на качество жизни и способность людей функционировать в обычной среде. В связи с этим вопросы обеспечения прав граждан, страдающих психическими расстройствами, не теряют актуальности и требуют особого внимания со стороны врачей, юристов и научного сообщества. Причины этого: 1) рост числа встречаемости психических расстройств у населения, особенно среди социально незащищённых слоёв, таких как беженцы, сироты, пострадавшие от боевых действий и природных катаклизмов; 2) медицинская помощь душевнобольным людям может оказываться в принудительном порядке, а значит требует твёрдо установленных процессуальных нормативов; 3) психически нездоровые люди зачастую представляют опасность как для себя, так и для общества, поэтому необходимо существование справедливых правоограничительных мер; 4) лица, имеющие статус психически больных, должны иметь гарантии социальной защиты и интеграции в общество без нарушения личной свободы (в случае, когда больные не социально опасны).

С 01.09.2024 вступит в силу Федеральный закон от 04.08.2023 № 465-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». В данной работе проведён анализ принятых поправок, как они повлияют на правоприменительную практику, создадут ли ещё больше оснований для ограничения прав пациентов психиатрических стационаров либо направлены на совершенствование правового регулирования оказания психиатрической помощи.

Ключевые слова: закон; гражданин; государство; врач; права; психиатрическая помощь; психиатрическое расстройство; психическое заболевание; оказание медицинской помощи; ответственность

Для цитирования: Абрамян С. К., Голубкина К. В. Анализ изменений в законодательстве об оказании психиатрической помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):512–518. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-512-518>

Для корреспонденции: Абрамян Сюзанна Каровна; e-mail: abrsyuzanna@yandex.ru

Abramyan S. K., Golubkina K. V.

ANALYSIS OF CHANGES IN LEGISLATION ON THE PROVISION OF PSYCHIATRIC CARE

Admiral Ushakov State Maritime University, Novorossiysk, Russia

Mental disorders are a serious problem in modern society. They affect millions of people around the world and have a significant impact on the quality of life and people's ability to function in a normal environment. In this regard, the issues of ensuring the rights of citizens suffering from mental disorders do not lose their relevance and require special attention from doctors, lawyers and the scientific community. There are a number of reasons for this, including: 1) an increase in the incidence of mental disorders among the population, especially among socially vulnerable groups such as refugees, orphans, victims of hostilities and natural disasters; 2) medical care for mentally ill people can be provided forcibly, and therefore requires firmly established procedural standards; 3) mentally ill people often pose a danger to both for themselves and for society, therefore, the existence of fair law-restrictive measures is necessary; 4) persons with the status of mentally ill should have guarantees of social protection and integration into society without violating personal freedom (in the case when patients are not socially dangerous). On September 1, 2024, Federal Law No. 465-FZ dated 08/04/2023 «On Amendments to the Law of the Russian Federation «On Psychiatric Care and Guarantees of Citizens' Rights in its Provision» will enter into force. This paper analyzes the adopted amendments, how they will affect law enforcement practice, whether they will create even more grounds for restricting the rights of patients in psychiatric hospitals, or are aimed at improving the legal regulation of psychiatric care.

Keywords: law; citizen; state; doctor; rights; psychiatric care; psychiatric disorder; mental illness; medical care; responsibility

For citation: Abramyan S. K., Golubkina K. V. Analysis of changes in legislation on the provision of psychiatric care. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(Special Issue 1):512–518 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-512-518>

For correspondence: Susanna K. Abramyan; e-mail: abrsyuzanna@yandex.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» в 2022 г. отметил своё 30-летие. Он принимался совершенно в другой правовой и социальной реальности. В момент своего принятия он должен был играть и играл прогрессивную роль, но к настоящему времени морально устарел. Его формулиров-

ки, касающиеся прав пациентов психиатрических больниц и проживающих в психоневрологических интернатах, поступления и выписки из этих интернатов, были не согласованы и противоречили позднейшим законам, в частности законам «Об основах социального обслуживания граждан в РФ», «Об основах охраны здоровья», а также позиции Конституционного Суда.

В первую очередь это касалось прав проживающих в интернатах (поскольку современное законодательство исходит из того, что люди в интернатах должны пользоваться всеми правами обычных людей, а медицинская, в том числе психиатрическая, помощь оказывается в общем случае добровольно) и выбытия из интернатов (поскольку современное законодательство исходит из принципа добровольности социального обслуживания, в том числе стационарного).

К огромному разочарованию, этого не произошло, и принятые поправки к закону сохранили двусмысленность в этих вопросах. На наш взгляд, в этом смысле Закон № 3185-І пагубно сказался на правах проживающих в психоневрологическом интернате, поскольку раньше можно было бы говорить, что формулировки об ограничении прав по решению врача и о положительном заключении комиссии с участием психиатра как условиях для выписки устарели и фактически не действуют вследствие принятия новых законов. А теперь получается, что эти формулировки получили «новую жизнь» от законодателя.

И, конечно, ещё большим разочарованием, по нашему мнению, стало устранение из Закона № 3185-І ст. 38 о независимой службе защиты прав, поскольку до сих пор ни экспертным сообществом, ни представителями государства и регионов необходимость создать, наконец, эту службу под сомнение не ставилась, как и необходимость распространить деятельность этой службы как на пациентов психиатрических больниц, так и на проживающих в интернатах. Наоборот, в разных регионах осуществлялись пилотные проекты по апробации различных моделей службы, причём вполне успешные.

Устранение службы из Закона № 3185-І ставит под сомнение эти проекты и вообще введение системного подхода к защите прав этой уязвимой категории граждан. Особенность сложившейся ситуации заключается в том, что вопросы, связанные с созданием и деятельности службы, а также с реформированием Закона № 3185-І, обсуждались многие годы, на самых разных площадках, в том числе с участием представителей государства и государственных экспертов [1, С. 5]. Однако принятые поправки как будто проигнорировали всё предыдущее обсуждение и все выработанные позиции.

В России имеется много ведомств, куда пациент может пожаловаться на медицинские учреждения: областные и федеральные минздравы, Росздравнадзор, прокуратура, суды, Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и страховые компании, Роспотребнадзор, депутаты разных уровней, общественные палаты разных уровней, областные и федеральный омбудсмены. Однако ни одно из перечисленных ведомств не способно решать проблемы пациентов и здравоохранения всесторонне и комплексно, поскольку все данные органы имеют свои полномочия и обязанности, которые ограничены. Таким образом, все перечисленные ведомства способны только дополнять друг друга. Однако они ра-

ботают порознь, что значительно уменьшает эффективность борьбы за права пациентов [2, с. 186]. А нередко для решения проблем пациент обращается одновременно во все перечисленные органы либо в несколько из них. Например, чтобы наказать врачей, по вине которых человек от не оказания медицинской помощи погиб, нужно обращаться не только в органы полиции и прокуратуры для вопроса об возбуждении уголовного дела, но и в Росздравнадзор, и в ФОМС, и в Минздрав. Ведь органы следствия и правопорядка не уполномочены налагать на медработников дисциплинарные взыскания, не уполномочены решать вопросы, связанные с полисами ОМС, не способны заменить медицинских специалистов — как и медицинские специалисты не могут заменить правоохранителей. А значит, что пациентам приходится обращаться одновременно в несколько разных органов, чтобы защитить свои права: в органы полиции и прокуратуры — чтобы рассмотрели вопрос об уголовной ответственности за смерть пациента; в министерство здравоохранения — для того, чтобы уволить руководителей больницы, допустивших смерть пациента, а также и не допускать дальнейших таких случаев; в страховую компанию и ФОМС — для того, чтобы наложить штрафные санкции на больницу; в органы Росздравнадзора — для того, чтобы больница получила предостережения о недопустимости; к депутатам — для того, чтобы законодатели учитывали данную трагедию на будущее для своей законотворческой деятельности.

Ведь если, например, пациент погибнет в больнице от не оказания медицинской помощи, вызванного недостатком врачей, то одними наказаниями проблему не решить, здесь необходимо менять законы либо порядки, чтобы решить проблему дефицита врачей. Об этом должны заботиться Минздрав РФ и минздравы субъектов РФ, а также законодательные органы власти РФ и субъектов РФ. Или, например, затронуть случаи смерти пациентов от недостатка мест в больницах: одними наказаниями проблему не решить, необходимо на уровне минздравов и депутатов решать вопрос дефицита койко-мест. А если коснуться случаев смерти пациентов от невыполнения санитарных и эпидемиологических условий медучреждением, то здесь должны разбираться не только органы прокуратуры и полиции, не только минздрав, но и Роспотребнадзор [3, С. 244. Таким образом, ясно: проблемы здравоохранения не решить одним ведомством. Кроме того: не каждый пациент знает, в какой из перечисленных органов ему обратиться для решения конкретной проблемы. В итоге, зря тратится время на пересылки обращений из одного органа в другой.

Объектом исследования настоящей работы выступает правовое положение граждан, страдающих психическими расстройствами (ПР).

Целью данной работы является анализ принятых в 2023 г. изменений в законодательство о психиатрической помощи и обоснование предложений

и рекомендаций по совершенствованию правовых норм, действующих в этой сфере.

Обзор литературы

Исследованием прав граждан на психиатрическую помощь занимались такие учёные, как Ю. Н. Аргунова, А. В. Бахмугов, В. П. Бушуева, В. В. Власенкова, Б. А. Воскресенский, Т. Б. Дмитриева, В. Р. Илейко, Б. А. Казаковцев, М. А. Курбанов, М. Н. Малейна, Т. Ф. Маслова, А. А. Мохов, М. Н. Порубаева, Ю. С. Савенко, Г. М. Усов, М. Ю. Федорова и др. В их трудах нашли отражение вопросы обеспечения и защиты прав граждан, страдающих ПР, деятельности, связанной с оказанием психиатрической помощи как объекта общественного контроля и т. д. Нормативную базу исследования составило действующее законодательство в области оказания психиатрической помощи.

Материалы и методы

Материалами настоящего исследования послужили материальные и процессуальные нормы действующего законодательства, регламентирующие права граждан, страдающих ПР, а также решения судов по рассматриваемым вопросам. Методологическую основу исследования составили общенаучные и частнонаучные методы познания: анализ и синтез, формально-юридический метод исследования, метод толкования норм права.

Результаты

Под ПР следует понимать любое состояние нездоровья у человека, при котором имеет место преимущественное нарушение психической деятельности, обусловленное структурными и функциональными изменениями головного мозга и проявляющееся прежде всего его социальной дезадаптацией [4, С. 151]. Права лиц, страдающих ПР, при оказании им психиатрической помощи являются одной из ключевых тем в области психического здоровья и прав человека. Важно соблюдать и относиться с уважением к правам людей, чтобы обеспечить достойное и эффективное лечение, а также защиту людей, страдающих ПР.

Прежде всего необходимо отметить, что все люди, независимо от своего состояния здоровья, обладают базовыми правами. К ним относятся право на достоинство, право на защиту от насилия и дискриминации, право на справедливое и равноправное обращение. Лица с ПР также имеют право на эти базовые гарантии. Однако, когда дело касается психиатрической помощи, ситуация может стать сложнее. Во-первых, принятие решений относительно медицинского лечения может быть затруднено из-за недостаточной способности воспринимать информацию и оценивать последствия своих действий. Во-вторых, нередко возникают этические вопросы и дилеммы при применении принудительных мер без согласия пациента.

Одним из важных аспектов является обеспечение информированного согласия. Пациент должен

быть проинформирован о состоянии своего здоровья, а также о дальнейшем методе лечения, прежде чем он даст согласие на медицинское вмешательство. В тех случаях, когда имеется ограничение способности восприятия, должны быть приняты меры для защиты прав пациента, например, назначение доверенного лица или представителя, который будет заботиться о его интересах. Этические и правовые нормы также играют важную роль при решении вопросов о принудительных мерах и процедурах.

Граждане, страдающие ПР, сохраняют все права, данные им Конституцией и федеральными законами, а также имеют ряд специфических прав, которые указаны в ст. 5 Закона № 3185-1:

- право на получение правдивой информации о своем состоянии, выбранной методике лечения и имеющихся правах в доступной форме с учётом особенностей диагноза;
- право на оказание помощи в наименее ограниченном режиме;
- нахождение в больничных условиях не более того времени, которое требуется для полного выздоровления;
- право на общение с юристом и законным представителем;
- право на консультацию с врачом любого профиля;
- право на согласие или отказ от участия в клинических исследованиях, в качестве объекта, на любом этапе проведения.

Статьей 29 Закона № 3185-1 установлен ряд случаев, когда человек с подозрением на ПР может быть подвергнут принудительной госпитализации и лечению. Данная мера необходима тогда, когда диагностику и дальнейшее лечение возможно осуществить только в стационарных условиях или состояние является тяжёлым и влечёт за собой ухудшение анамнеза или опасность для самого пациента и окружающих. Принудительные меры лечения применяются в государственных лечебных учреждениях в случае совершения уголовного или административного правонарушения психически нездоровым лицом в соответствии с действующим законодательством по решению суда.

Принятые изменения в Закон № 3185-1 предусматривают выписку из психоневрологического интерната при наличии заключения врачебной комиссии о том, что гражданин по состоянию здоровья может проживать самостоятельно, либо заявления лица, обязывающегося обеспечивать помощь гражданину после его выписки. Такой подход противоречит первоначально спроектированному авторами законопроекта подходу, согласованному Правительством РФ и поддержанному Государственной Думой РФ при принятии законопроекта в первом чтении, что выписка из психоневрологического интерната не может ставиться в полную зависимость от мнения врачей о способности гражданина проживать самостоятельно или от наличия лиц, готовых заботиться о гражданине. Важно отметить, что в данном подходе фактически продолжается недобро-

вольное содержание в интернатах даже дееспособных граждан.

Экспертным сообществом, в том числе психиатрическим, неоднократно отмечалось, что вопрос о возможности жить самостоятельно не является компетенцией врачей. Врачи могут дать заключение об особенностях функционирования гражданина, вызванных ПР, о необходимости получения гражданином психиатрической помощи. Такое заключение должно лишь учитываться при рассмотрении вопросов жизнеустройства инвалидов, имеющих ПР.

Принятые изменения в закон не учли положения законодательства и позицию Конституционного Суда РФ:

1) Конституционный Суд РФ в Определении от 26.05.2011 № 727-О-О указал, что нормы о выписке адресованы, прежде всего, интернатам и направлены на недопущение ситуации, когда гражданин, который не может проживать самостоятельно, оказался выписанным из интерната и остался без помощи;

2) недавние изменения в Федеральном законе от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» предусматривают возможность для инвалидов, не способных вести самостоятельный образ жизни без помощи других лиц, выбрать получение услуг сопровождаемого проживания в домашних условиях;

3) индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида в разделе о способности инвалида вести самостоятельный образ жизни (в целях решения вопроса о предоставлении инвалиду жилья) предусматривает три варианта оценки такой способности: вывод о неспособности вести самостоятельный образ жизни, вывод о способности инвалида вести самостоятельный образ жизни с регулярной помощью других лиц, вывод о способности вести самостоятельный образ жизни.

Законом № 3185-І предусмотрено создание междисциплинарной комиссии по вопросам приёма в психоневрологические интернаты и выписки из них (далее — Комиссия), куда должны входить представители органов социальной защиты, опеки и попечительства, здравоохранения, общественных объединений и негосударственных организаций. По замыслу разработчиков эта Комиссия должна рассматривать в том числе возможность организации сопровождаемого проживания для граждан, желающих выписаться из психоневрологического интерната и не способных вести самостоятельный образ жизни, при отсутствии у них родственников или иных лиц, готовых оказывать им помощь.

При этом нормы Закона № 3185-І не предусматривают возможность обращения в Комиссию в связи с обжалованием решений (бездействия) руководителей психоневрологических интернатов по вопросам временного выбытия граждан (в отпуск, на выходные). Такая возможность была первоначально предусмотрена в законопроекте, чтобы вывести вопросы временного выбытия из-под компетенции только руководителя интерната. Граждане сталкиваются с трудностями временно выбыть из психо-

неврологических интернатов, в том числе для того, чтобы побыть с родителями, членами семьи, другими близкими. В особенно тяжёлом положении оказываются недееспособные граждане и их близкие. В принятых поправках к Закону № 3185-І закреплёно существующее положение полной зависимости недееспособного гражданина от решений руководителя психоневрологического интерната, который несёт ответственность за подопечного. В то же время существуют механизмы временной передачи ответственности тем людям, которые готовы заботиться о недееспособном гражданине во время его отсутствия в интернате. Даже Конституционный Суд возлагал надежды на решение этого вопроса на законодательном уровне¹. Вынесение вопросов временно-го выбытия недееспособных граждан на рассмотрение Комиссии могло бы помочь в решении системной проблемы с реализацией прав этих граждан.

Принятыми изменениями в Закон № 3185-І ст. 38, которая предусматривает создание государством независимой службы защиты прав пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях, признана утратившей силу. Вместе с тем нормы закона допускают осуществление деятельности по защите прав лиц с ПР, в том числе негосударственными организациями и общественными объединениями. Однако при этом любые посещения в целях защиты прав граждан с ПР должны согласовываться с руководством психиатрических больниц и психоневрологических интернатов (п. 3 ст. 46 Закона № 3185-І). На наш взгляд, в подавляющем большинстве случаев это становится непреодолимым барьером для получения инвалидами помощи в защите своих прав.

Осуществление контроля за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи (как отдельный вид защиты прав и законных интересов) предполагается разрешить только профессиональным общественным объединениям, созданным медицинскими работниками (п. 2 ст. 46 Закона № 3185-І). Такой подход представляется нам несбалансированным, поскольку на практике нарушение прав граждан с ПР часто обусловлено соображениями удобства медицинских работников. Кроме того, экспертное сообщество среди активных организаций, включённых в помощь проживающим в психоневрологических интернатах, в которых также оказывается психиатрическая помощь, не видит таких объединений.

Представители общественности, правозащитники считают, что новации в законодательстве не учитывают результаты работы Службы защиты прав граждан с ПР, созданной органами государственной власти Нижегородской области как дополнительной гарантии прав граждан с ПР [5, С. 28]. Аналогичный опыт — у Комиссии по защите прав граждан, проживающих в организациях стационарного

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 17.07.2018 № 1733-О.

социального обслуживания, при Департаменте труда и социальной защиты населения г. Москвы. Так, Комиссия наделяет представителей негосударственных организаций полномочиями по непосредственному консультированию граждан в интернатах, и с участием этих представителей Комиссия рассматривает системные проблемы с осуществлением прав проживающих в интернатах граждан 6, С. 590]. Отмечается большой вклад представителей службы защиты прав и уполномоченных представителей Комиссии в повышении правовой культуры работников интернатов.

Согласно ст. 43 Закона № 3185-І лица, проживающие в стационарных организациях социального обслуживания, предназначенных для лиц, страдающих ПР, пользуются правами, предусмотренными ст. 37. В ст. 37 Закона № 3185-І, кроме прав пациентов, предусматривается также возможность ограничения прав пациентов психиатрических стационаров. На практике положения норм ст. 37 и 43 Закона № 3185-І толкуются расширительно — как допускающие ограничения прав граждан, проживающих в психоневрологических интернатах. В то же время психоневрологический интернат является фактической заменой дома для тех граждан, которые не могут проживать без постоянной помощи; проживание в них является добровольным и регулируется в первую очередь законодательством о социальном обслуживании граждан. Согласно ст. 12 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» поставщики социальных услуг при оказании социальных услуг не вправе ограничивать права, свободы и законные интересы получателей социальных услуг, в том числе при использовании лекарственных препаратов для медицинского применения. Законодательством о психиатрической помощи могут регулироваться лишь вопросы приёма в стационарные организации социального обслуживания и выписки из таких организаций лиц, страдающих ПР (ч. 6 ст. 19 Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»). Необходимо уточнить, что в стационарных организациях социального обслуживания не могут ограничиваться права, предусмотренные ст. 37 Закона № 3185-І.

Обсуждение

Предлагаем обратить внимание на ряд положений. Пунктом 1 ст. 6 Закона № 3185-І предусматривается признание граждан временно «непригодными» вследствие ПР к осуществлению отдельных видов деятельности. На наш взгляд, целесообразно формулировку «непригодными» заменить более уважительным термином, например, «гражданину может быть временно отказано в допуске к осуществлению отдельных видов деятельности».

Часть 3 ст. 37 Закона № 3185-І предусматривает возможность ограничения права граждан иметь одежду и пользоваться ею. Целесообразно уточнить, что имеется в виду возможность ограничения права

на использование одежды, принадлежащей пациенту, а не любой одежды. Содержание пациента без одежды недопустимо.

Предлагаем предусмотреть порядок обжалования решений об ограничении прав пациента, обеспечивающий доступность для пациента, права которого ограничиваются, возможность обжалования и независимого рассмотрения его ситуации.

Согласно поправкам, условия пользования телефоном могут быть определены по рекомендации лечащего врача решением заведующим или главного врача психоневрологического интерната. У них появится право ограничивать круг лиц, с которыми больной может общаться. Может быть уменьшено число сеансов связи в сутки, кроме того, поправки предполагают отойти от принципа конфиденциальности при общении пациентов по телефону или во время встреч с посетителями.

Также поправки описывают основания для временного выбытия из стационара на сутки: для этого будет необходимо заявление самого пациента или его законного представителя, согласие человека, который будет помогать пациенту и ухаживать за ним на время отсутствия в стационаре. Наряду с этим орган соцобслуживания региона должен содействовать в предоставлении срочных соцуслуг по месту жительства или пребывания, в том числе медицинской, юридической, педагогической помощи и другой, которая не относится к социальным услугам. Аналогичный порядок поправки предлагают применить и к выписывающимся пациентам.

Есть в этой поправке, на наш взгляд, положительный момент. К примеру, сейчас врач достаточно легко может запретить пациенту пользоваться телефоном без всяких инструкций, на основании того, что он считает этого человека опасным. Закон № 3185-І требует только занести это в историю болезни. На практике встречаются случаи, когда запрет был вообще устным. теперь эта процедура усложнится, всё должно быть письменно обосновано, то есть, опять же, будет легче обжаловать такое решение. К тому же есть случаи, когда этот запрет необходим. Ведь были ситуации, когда пациенты звонили и угрожали минированием разных объектов. Был случай, когда в одном из учреждений Томской области находился мужчина, который чуть до смерти не забил свою жену. Он ей звонил постоянно с угрозами. Естественно, врач его ограничил в звонках.

Ещё в новой редакции появилась, помимо телефонов, такая формулировка, как «иные технические средства связи», к которым может относиться в том числе планшет. Раньше вообще их не давали пациентам. В старой редакции ст. 37 Закона № 3185-І указано, что пациент может вести переписку без цензуры. В новой редакции этой статьи прямо указали круг лиц, куда можно обратиться с жалобой без цензуры. Хорошо, что там указаны органы власти, адвокаты, прокуратура, государственные юридические бюро, иные государственные органы и негосударственные организации, к которым относятся

уполномоченные по правам человека и общественные некоммерческие организации.

Поправки предлагают значимое нововведение — создание на территории каждого региона России комиссий по рассмотрению вопросов о приёме в психоневрологический интернат. В состав таких комиссий будут включаться представители местных минздравов, общественных объединений и негосударственных организаций, врачи-психиатры. Они будут заниматься вопросами приёма, перевода или выписки пациентов, страдающих ПР, а также определять среди прочего, потребуется ли пациенту уход при выписке из стационара. Наибольшую критику у общественников вызвал отказ от службы защиты прав таких граждан. Такая служба важна для людей с ПР, которые не могут сформулировать проблему ни устно, ни тем более письменно и не способны разговаривать на равных с чиновниками и другими работниками интернатов. Если говорить о сохранении службы, тогда нужно, на наш взгляд, внести следующие изменения: жалобы должны формировать не сами пациенты психоневрологических интернатов, а их добросовестные кураторы или же близкие родственники, если им не все равно, что происходит с человеком.

Для временного выбытия пациента из стационара нужно его заявление или же заявление его законного представителя, а также согласие человека, который будет помогать пациенту и ухаживать за ним на время отсутствия в стационаре [7, С. 564]. Этот пункт, по нашему мнению, весьма рациональный, ведь руководство психоневрологического интерната должно быть уверено, что с их подопечным за время отсутствия ничего не случится [8, С. 439].

Орган социального обслуживания региона обязаны предоставлять срочные соцуслуги (а также не относящиеся к ним) после выписки пациента из психоневрологического интерната [9, С. 70]. Это добротная инициатива при условии, что она будет добросовестно исполняться. В новой редакции расширили перечень лиц, с которыми пациентам стационара можно встречаться наедине, в том числе добавили родственников (странно, но их в старой редакции указать забыли), оговорили возможность беседовать наедине с уполномоченным по правам человека и со своим законным представителем.

Заключение

На основе вышеизложенного, на наш взгляд, необходимо: создать в России и в каждом субъекте РФ федеральные и региональные межведомственные комиссии по защите прав пациентов, которые состояли бы из следующих членов: представителей минздрава региона — если комиссия региональная, представителей Минздрава РФ — если комиссия федеральная, представителей Роспотребнадзора, Росздравнадзора, ФОМС и страховых компаний, Федерального медико-биологического агентства, депутатов региона — в региональной комиссии, депутатов Государственной Думы и сенаторов Совета Федерации — в федеральной комиссии, региональ-

ной общественной палаты — в региональной комиссии, федеральной общественной палаты — в федеральной комиссии, представителей омбудсменов — уполномоченных по правам человека, представителей Президента РФ и администрации Президента РФ — в федеральной комиссии, работников прокуратуры, работников полиции, независимых экспертов в области медицины и медицинской юриспруденции, представителей Министерства социальной защиты в сфере медико-социальной экспертизы и Фонда социального страхования, Министерства образования в сфере медико-психолого-педагогических комиссий.

Основная цель и задача данных комиссий — рассмотрение жалоб и проблем пациентов с комплексным и всесторонним решением проблем здравоохранения и пациентов, а также поиск путей решения проблем здравоохранения совместно и слаженно, в том числе на законодательном уровне. Основные функции таких комиссий — возможность одновременного рассмотрения одной и той же ситуации разными ведомствами без права вмешательства в работу одного ведомства других ведомств, кроме случаев, предусмотренных законом, а также без права вмешательства комиссии в судебные и следственные процессы. Работа данных комиссий должна быть постоянной.

Условия для подачи жалобы пациента и медиков в комиссию — письменный ответ главного врача любой больницы или любой частной клиники, с которым не согласен пациент и(или) медик. Право обжалования пациентов и медиков, не согласных с решением региональной комиссии должно быть предусмотрено в федеральной комиссии и в суде, право обжалования решений федеральной комиссии — в судебном порядке. Руководителям медицинских учреждений необходимо предусмотреть аналогичные права для обжалования решений комиссий.

Срок рассмотрения жалоб пациентов комиссией — в пределах 30 дней со дня подачи жалобы пациентом. При необходимости срок рассмотрения увеличивается до 60 дней с уведомлением пациента. Председатели комиссий, их заместители и секретари не должны быть работниками ни одного из перечисленных ведомств. Все решения комиссий не должны противоречить действующему федеральному законодательству и Конституции РФ. На секретарей комиссий необходимо возложить обязанности по приёму письменных жалоб пациентов. Если жалоба пациента содержит сведения о проблемах в психиатрии и требует соблюдения и сохранения медицинской тайны о диагнозе пациента и течении его заболевания, но одновременно членам комиссии при рассмотрении жалобы невозможно не знать о диагнозе больного и течении его болезни, то заседание комиссий в таких случаях проводится в ограниченном составе с привлечением на заседание только тех лиц, которые компетентны в рассмотрении жалобы пациента, а также с привлечением на заседание независимых психиатров.

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

охранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 1. С. 68–74. doi:
10.32687/0869-866X-2024-32-1-68-74

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Шишков С. Н., Полубинская С. В., Скибина Н. В. Презумпция психического здоровья, презумпция невиновности и презумпция вменяемости // Российский психиатрический журнал. 2021. № 4. С. 4–12.
2. Некрасова И. Е., Мамлина С. Е., Рябченко Д. В. Гражданско-правовые отношения в сфере оказания психиатрической помощи // Современная школа России. Вопросы модернизации. 2022. № 5-1. С. 186–187.
3. Абрамова Л. Н. Волонтерское движение в проектах поддержки психического здоровья населения // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы / под ред. Г. П. Костюка. М., 2022. С. 243–247.
4. Абрамян С. К., Голубкина К. В. Обеспечение и защита прав лиц, страдающих психическими расстройствами: анализ отраслевого законодательства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 6. С. 1510–1515. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1510-1515
5. Гончаров В. В. Организация и осуществление общественного контроля за деятельностью, связанной с оказанием психиатрической помощи: современные проблемы и перспективы развития // Журнал Белорусского государственного университета. Право. 2022. № 2. С. 27–32.
6. Асиян Л. В., Афанасьев А. С., Малашкина В. В. Правовое регулирование оказания первой психиатрической помощи в России // Заметки ученого. 2021. № 5-1. С. 589–592.
7. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Обеспечение сохранения здоровья несовершеннолетних практикантов НА БОРТУ судна // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 4. С. 562–569. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-4-562-569
8. 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. Т. 31, № 3. С. 435–442. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-435-442
9. Тимченко Т. Н., Ботнарюк М. В. Обеспечение сбалансированного питания на борту морского судна как мера защиты здоровья членов экипажа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 1. С. 68–74. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-1-68-74
1. Shishkov S. N., Polubinskaya S. V., Skibina N. V. Presumption of mental health, presumption of innocence and presumption of sanity. *Russian Psychiatric Journal*. 2021;(4):4–12. (In Russ.)
2. Nekrasova I. E., Mamlina S. E., Ryabchenko D. V. Civil law relations in the field of psychiatric care. *Modern school of Russia. Modernization issues*. 2022;(5-1):186–187. (In Russ.)
3. Abramova L. N. Volunteer movement in projects to support mental health of the population. In: G. P. Kostyuk (ed.) *Mental health of man and society. Current interdisciplinary problems*. Moscow; 2022:243–247. (In Russ.)
4. Abrahamyan S. K., Golubkina K. V. Ensuring and protecting the rights of persons suffering from mental disorders: analysis of industry legislation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2021;29(6):1510–1515. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1510-1515 (In Russ.)
5. Goncharov V. V. Organization and implementation of public control over activities related to the provision of psychiatric care: modern problems and development prospects. *Journal of the Belarusian State University. Right*. 2022;(2):27–32. (In Russ.)
6. Asilyan L. V., Afanasyev A. S., Malashkina V. V. Legal regulation of the provision of first psychiatric care in Russia. *Notes of a scientist*. 2021;(5-1):589–592. (In Russ.)
7. Botnaryuk M. V., Timchenko T. N. Ensuring the health of minor trainees ON BOARD the ship. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(4):562–569. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-4-562-569 (In Russ.)
8. 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 history of medicine*. 2023;31(3):435–442. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-435-442 (In Russ.)
9. Timchenko T. N., Botnaryuk M. V. Providing a balanced diet on board a sea vessel as a measure to protect the health of crew members. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(1):68–74. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-1-68-74 (In Russ.)

Абрамян С. К., Голубкина К. В.

ИСТОРИЯ БОРЬБЫ С ХОЛЕРНЫМИ ЭПИДЕМИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В 1892 И 1910 ГГ. (ПО МАТЕРИАЛАМ АРХИВНЫХ ДАННЫХ)

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», Новороссийск, Россия

Эпидемии самых разнообразных инфекционных болезней постоянно регистрировались на территории России. Особое место среди эпидемических болезней занимала азиатская холера. В 1892 г. через черноморские порты в Российскую империю была завезена холера, которая к лету того же года добралась до территории Кубанской области. В 1892 г. от холеры в России умерло около 300 тыс. человек. Эту страшную болезнь всё ещё не умели лечить, не знали её механизма распространения, а также особенностей протекания. В статье, подготовленной на основе анализа документальных данных управления архива администрации муниципального образования город Новороссийск и архивного отдела администрации муниципального образования Mostовский район исследуется холерная эпидемия, охватившая в 1892 и 1910 гг. территорию Кубанской области. Авторы характеризуют основные факторы, способствовавшие стремительному распространению инфекции, и дают оценку тем мерам, которые предпринимались по борьбе с болезнью: реализации противохо-лерных мероприятий, организованных властями, сильно мешала необразованность, предрассудки и суеверия подавляющего большинства населения; представители иногороднего населения не только не соблюдали элементарные нормы личной гигиены, но и выражали недоверие, а порой и враждебность по отношению к врачам. Используя архивные данные, авторы исследуют влияние инфекционных заболеваний на демографические показатели этих населённых пунктов.

Ключевые слова: архивные данные; борьба с эпидемией; инфекционные болезни; история; Кубанская область; население; смертность; холера; эпидемия

Для цитирования: Абрамян С. К., Голубкина К. В. История борьбы с холерными эпидемиями на территории Краснодарского края в 1892 и 1910 гг. (по материалам архивных данных). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(спецвыпуск 1):519–525. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-519-525>

Для корреспонденции: Абрамян Сюзанна Кароевна; e-mail: abrsyuzanna@yandex.ru

Abramyan S. K., Golubkina K. V.

THE HISTORY OF THE FIGHT AGAINST CHOLERA EPIDEMICS IN THE KRASNODAR TERRITORY IN 1892 AND 1910 (BASED ON ARCHIVAL DATA)

Admiral Ushakov State Maritime University, Novorossiysk, Russia

Epidemics of a wide variety of infectious diseases were constantly recorded in Russia. Asian cholera occupied a special place among epidemic diseases. In 1892, cholera was imported into the Russian Empire through the Black Sea ports, which reached the territory of the Kuban region by the summer of the same year. In 1892, about 300 thousand people died of cholera in Russia. They still did not know how to treat this terrible disease, did not know its mechanism of spread, as well as the peculiarities of its course. The article, prepared on the basis of an analysis of documentary data from the Archive Department of the administration of the municipal formation of the city of Novorossiysk and the archival Department of the Administration of the municipal formation of the Mostovsky district, examines the cholera epidemic that swept the territories of the Kuban region in 1892 and 1910. The authors characterize the main factors that contributed to the rapid spread of infection and assess the measures that were taken to combat the disease: the implementation of anti-cholera measures organized by the authorities was greatly hampered by the lack of education, prejudices and superstitions of the vast majority of the population; representatives of the nonresident population not only did not comply with basic standards of personal hygiene, but also expressed distrust, and sometimes and hostility towards doctors. Using archival data, the authors investigate the impact of infectious diseases on the demographic indicators of these settlements.

Keywords: archival data; epidemic control; infectious diseases; history; Kuban region; population; mortality; cholera; epidemic

For citation: Abramyan S. K., Golubkina K. V. The history of the fight against cholera epidemics in the Krasnodar territory in 1892 and 1910 (based on archival data). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):519–525 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-519-525>

For correspondence: Susanna K. Abramyan; e-mail: abrsyuzanna@yandex.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024
Accepted 07.05.2024

Введение

На фоне современной пандемии COVID-19 особый интерес вызывают причины возникновения инфекций и способы борьбы с ними в далекие годы. Пока теория микробов не получила широкого распространения (вирусы были открыты лишь в 1890-х гг.), образованные люди видели причины

распространения эпидемий в окружающей среде и антисанитарии. Эпидемии периодически захватывали наши территории, что подтверждают записи в метрических книгах. Распространению заразных заболеваний способствовали низкий уровень медицины и пренебрежение санитарными нормами. В архивах мы обнаружили любопытный документ 1897 г., в котором говорится: «Лихорадочные болез-

ни (тифы), скарлатины и дифтерит свили себе прочное гнездо в селе Белая Глина, благодаря грязи, навозу и разным отбросам, которые можно здесь встретить на каждом шагу». Такое же положение наблюдалось и в остальных населённых пунктах, расположенных в северо-восточной части Кубани, а по большому счету и по всей России.

Во второй половине XIX в. — начале XX в. одной из главных причин смертности в населённых пунктах Кубани были инфекционные болезни (малярия, корь, натуральная оспа, холера и т. д.). В холодное время года большинство из них уступало место простуде, которая в основном забирала детские жизни. Но оспа, чей возбудитель отличается стойкостью и к низким, и к высоким температурам, не сдавала своих позиций практически круглогодично, в том числе с ноября по февраль. Вплоть до начала XX в. массовые эпидемии были обычным явлением российской действительности как в масштабах всей страны, так и в большинстве её губерний и областей.

Основные факторы и тенденции распространения болезней, их влияние на демографические процессы в региональном аспекте хорошо иллюстрируются на примере Новороссийска и Мостовского района Краснодарского края. Основное внимание мы сконцентрировали на двух эпидемиях холеры (1892 и 1910 гг.). В статье рассматривается набор субъективных и объективных факторов, способствовавших распространению инфекции среди населения.

По метрическим книгам видно, что в станице Новопокровской люди часто умирали от эпидемий. Так, в 1845 и 1918 гг. свирепствовала оспа, в 1910 г. — холера. Периодически возникали эпидемии кори, тифа, вспышки сибирской язвы. Исходя из архивных данных, особенно страдали от эпидемий дети. Так, в селе Горькая Балка в 1892 г. из 333 умерших было 239 мальчиков и девочек в возрасте до 10 лет. Много народа умирало от простудных заболеваний, дизентерии, туберкулёза. Не хватало нужных лекарств, хотя наравне с коммерческими аптеками были общественные, где их выдавали бесплатно. В некоторых населённых пунктах врачей заменяли знахари. Людей спасали, как могли. Больных холерой изолировали в бараках. Невдалеке и хоронили, чтобы не распространять заразу. И всякий раз удавалось усмирить инфекционные заболевания. К концу 1894 г. удалось погасить эпидемию тифа и холеры, бушевавшую на всем побережье Черного моря — от Батуми до Феодосии. Об этом рассказывают документы, хранящиеся в архиве Новороссийска и Мостовского района.

Объектом настоящего исследования являются холерные эпидемии на территории Краснодарского края в 1892 и 1910 гг.

Целью данной работы является анализ основных факторов, способствовавших стремительному распространению холеры в 1892 и 1910 гг., и оценка мер, которые предпринимались властями по борьбе с инфекционными болезнями.

Обзор литературы

При написании статьи нами использовались документальные сведения управления архива администрации муниципального образования город Новороссийск и архивного отдела администрации муниципального образования Мостовский район (фонд Р-123 «Коллекция метрических книг церковей Мостовского района за 1863–1920 гг.» архивного отдела администрации муниципального образования Мостовский район, фонд 2 «Новороссийская городская управа», фонд 19 «Контора 17-го участка службы пути Владикавказской железной дороги ст. Новороссийск» управления архива администрации муниципального образования город Новороссийск). В официальных данных имеются материалы, которые в то время призваны были служить руководством к действию для населения региона (постановления областного начальства, рекомендации врачей и т. п.), а также бюллетени о движении болезней. Кроме того, при написании статьи использованы труды Н. С. Коваленко, М. Г. Леонова, В. Г. Василенко, в которых проведён анализ истории здравоохранения Новороссийска и Мостовского района.

Материалы и методы

Методологической основой нашей работы послужили принципы историзма, объективности, системности. Принцип историзма позволил рассмотреть эпидемиологические процессы в условиях конкретной исторической действительности. Использование принципа научной объективности нашло выражение в привлечении и комплексном анализе нами архивных данных управления архива администрации муниципального образования г. Новороссийск и архивного отдела администрации муниципального образования Мостовский район. В процессе исследования использовался историко-сравнительный метод. При работе со статистическими материалами применяли количественные методы. Изучение эпидемиологических процессов потребовало также систематизации данных.

Результаты

В архивных фондах Новороссийска сохранились сведения о том, какими жёсткими мерами пришлось властям и медикам Новороссийска останавливать эпидемии. Население не всегда было лояльным, потому что рушились многолетние привычки и устои. Хоронить умерших от холеры в отдельных местах на общих кладбищах, выкапывая могилы на установленную законом глубину — в 3 аршина и насыпая гробы сначала известью на небольшой слой земли и потом землей, — таким было распоряжение медиков. Умершие от холеры отпевались дома и хоронились в течение суток, а квартиры дезинфицировали. При отпевании в церкви или часовне умерший должен был быть завернут в клеёнку, а гроб закрыт¹.

В некоторых случаях вообще запрещалось присутствие родственников при захоронении. Люди

умирали везде. Трупы умерших от холеры находили даже в лесу на местах сбора кизила. В повседневной жизни новоросийцам также предписывалось много запретов [1]. Запрещались, например, продажа и употребление в пищу свежих фруктов. Нельзя было злоупотреблять спиртными напитками. Действовал запрет на продажу квасов и мороженого. Для питья разрешалась только кипяченая вода. От жителей требовалось поддержание чистоты во дворах и на улицах.

По заявлению директора Новороссийского карантина, холерная эпидемия в Новороссийске настолько ослабла, что появилась надежда на совершенное её прекращение и объявление порта в ближайшем будущем благополучным по холере, — поспешила отписаться в 1892 г. Новороссийская карантинно-таможенная контора².

Однако 24.07.1904 новороссийская городская Дума собралась на экстренное заседание. Дело было в том, что на город надвигалась холерная эпидемия. По предложению Черноморского губернатора от 30 июня была образована санитарная исполнительная комиссия по принятию мер для предотвращения заноса из Персии холеры³. Вновь образованная комиссия 3 июля постановила просить Думу об избрании санитарных попечителей. В обязанности последних входило осуществление контроля за очисткой и приведением в порядок всех мест потребления питьевой воды в городе, а также составление смет денежных средств, нужных для осуществления мероприятий по борьбе с холерой, заготовление дезинфекционных средств.

Санитарными попечителями для Мефодиевского поселка были выбраны Кириндасов Никифор, Стрелецкий Иван, Еропкин М., Даниленко Афанасий, Усков Иван, Агаджанов С. М., Лисицын Тимофей, Культе Е. Я., Авилов Е. Г., Фанайлов В. В. и Головань А. Т.

Уже принятые меры — углубление старых и устройство новых колодцев — были признаны недостаточными, поэтому городская Управа посчитала нужным доставку привозной воды. Городской голова ходатайствовал перед управлением Владикавказской железной дороги о выделении цистерн для доставки воды с ближайших станций. Железнодорожное начальство выделило 4 цистерны по 800 ведер в каждой, за плату по 10 руб. за цистерну.

Кроме того, в трудные для города дни откликнулись и Коммерческое агентство. исполняющий обязанности заведующего агентством Н. М. Мельников согласился предоставлять жителям Мефодиевского поселка воду, оставшуюся в цистернах, бесплатно⁴.

Доставка воды была организована и по морю. Для этого портовое управление в лице начальника работ порта инженера Прушинского бесплатно уступило городу баржу ёмкостью 6–8 тыс. ведер. Воду предполагалось брать из имения Шесхарис, принадлежащего Обществу цементного производства. Директор цементного производства О. П. Ливен также дал на это свое согласие. На Шесхарисе на берегу моря устраивался водоём, из которого насосами вода перекачивалась в цистерну. Затем через бухту баржу буксировал арендованный пароход. На Каботажной пристани были установлены цистерны и ёмкости, и доставленная вода перекачивалась вновь. Далее воду разбирали городские водовозы и развозили её жителям 1-й части города.

На принятие противохолерных мер Дума из запасных капиталов ассигновала 1500 руб. Из этих денег приобретались дезинфекционные средства и оплачивалась доставка воды по железной дороге и морем. Так, при доставке морем вода продавалась по заготовочной цене 1/2–3/4 коп. за ведро, а при доставке по железной дороге — 1/2 коп.

Анализ источников показывает, что во второй половине XIX в. — начале XX в. на территории Кубанской области периодически вспыхивали очаги эпидемий. В конце 1870 — начале 1880-х гг. здесь свирепствовал дифтерит. В наибольшей степени от него пострадало население Баталпашинского уезда. Вот что писал об этом в 1878 г. анонимный корреспондент из Баталпашинской станицы (ныне — г. Черкесск): «В Усть-Джегутинской станице почти всё детское население вымерло от дифтерита; в Отрадной с прошлого июля месяца считается уже 400 человек умершими от этой болезни; да и теперь, в данное время, ежедневно по 2, по 3 и по 4 гроба несут на кладбище — это всё несчастные жертвы страшного дифтерита. В Баталпашинске и в других местах тоже ежедневные случаи заболевания, ежедневная смертность».

На территории современного Мостовского района Краснодарского края смерти от «гнилой жабы», как называли дифтерит в простонародье, фиксировались в 1879–1881 гг. Так, в станице Андрюковской от этой инфекции умерли 38 человек, в Баговской — 9, в Костромской — 2, в Псебайской — 23, в Ярославской — 27. Вместе с тем станицы Губская, Махоньская, Переправная и Хамкетинская, судя по данным метрических книг местных православных церквей, эпидемией охвачены не были. Всего на территории нынешнего Мостовского района в 1879–1881 гг. от дифтерита скончались по меньшей мере 99 человек (при этом 74% из них приходилось на детей до 10 лет). По ряду причин эта цифра нуждается в дополнительном уточнении. Во-первых, она не учитывает потери неправославного населения бассейна Верхней Лабы. Во-вторых, метрические книги не всех станиц современного Мостовского района за 1870-е гг. сохранились, что затрудняет полноценное исследование статистических итогов данной эпидемии.

¹ Управление архива администрации муниципального образования город Новороссийск. Ф. 2. Оп. 1. Д. 16. Л. 15.

² Управление архива администрации муниципального образования город Новороссийск. Ф. 19. Оп. 1. Д. 3. Л. 28–30.

³ Управление архива администрации муниципального образования город Новороссийск. Ф. 2. Оп. 1. Д. 227. Л. 75–78.

⁴ Управление архива администрации муниципального образования город Новороссийск. Ф. 2. Оп. 1. Д. 569. Л. 10.

В 1892 г. в предгорной полосе Кубанской области бушевала холера, которую современники зачастую называли «азиатская гостья», подчёркивая таким образом, что её первоначальным ареалом являлась дельта реки Ганг в Индии. Точное число жертв этой эпидемии на территории современного Мостовского района даже среди православного населения установить нельзя. Однако сохранившиеся метрические книги поражают количеством смертей от холеры: в станице Костромской, по нашим подсчётам, их было зафиксировано 211, в Переправной — 203, в Хамкетинской — 106. Эти цифры наводят на мысль, что общее число жертв «азиатской гостьи» на территории нынешнего Мостовского района в 1892 г., скорее всего, значительно превышало 1000 человек. На сегодняшний день сохранившиеся материалы православных метрических книг позволяют достаточно подробно проанализировать развитие и демографические итоги холерной эпидемии 1910 г., охватившей, кроме Кубанской области, ещё 77 губерний и областей Российской империи.

При характеристике факторов распространения заболеваемости следует обратить внимание на неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, являвшиеся важнейшей предпосылкой распространения в кубанских предгорьях всевозможных инфекций. Вот что по этому поводу сообщает один из источников: «Во всех станицах и сёлах области, за немногими исключениями (село Армавир, хутор Романовский, станица Крымская), улицы нигде не мощены и загрязнены навозом в большей или меньшей степени» [2].

Отметим, что в подобное состояние кубанские поселения погрузились не в начале XX в. Они пребывали в нём с момента своего основания. Именно антисанитария в конце 1870 — начале 1880-х гг. спровоцировала упоминавшуюся нами выше эпидемию дифтерита. При этом, по многочисленным свидетельствам современников, гигиена представителей различных слоев населения находилась на неудовлетворительном уровне. Бедные жители чаще всего не использовали при мытье рук мыло, также немывыми употребляли в пищу фрукты и различную зелень. В дешёвых харчевнях и так называемых «обжорках» царила антисанитария, посуда споласкивалась в грязной воде, для приготовления блюд использовались некачественные продукты⁵.

Санитарные условия населённых пунктов бассейна Верхней Лабы ничем не отличались от подобных условий других станиц и сёл Кубанской области. В этом отношении весьма показательным примером станицы Переправной. На главной площади этого населённого пункта, по данным за 1915 г., располагались глубокие овраги. Станичное правление вместо того, чтобы засыпать их камнями или песком, предпринимало меры косметического характера (причём только тогда, когда появлялись слухи о якобы готовящемся приезде в станицу атамана

Майкопского отдела). Между тем станичники успешно приспособили овраги под свои бытовые нужды: они выливали в них всевозможные нечистоты, которые летом начинали гнить, наполняя центр Переправной неприятным запахом.

Первые случаи заболевания холерой на территории Кубанской области были зафиксированы в конце мая 1910 г. в станице Павловской (Ейский отдел) и в военном лагере у села Армавир (Лабинский отдел). Через месяц инфекцией было охвачено уже 140 населённых пунктов Кубанской области, главным образом, относившихся к Лабинскому, Баталпаинскому и Кавказскому отделам.

Ещё в первых числах июня «азиатская гостья» фиксируется в станицах Майкопского отдела: 5 июня появились первые случаи заражения в Петропавловской, 9 июня — в Дондуковской и Темиргоевской, 12 июня — в Абхазской и Некрасовской. На территории современного Мостовского района эпидемия зафиксирована в субботу 19 июня и продолжалась здесь около 2,5 мес.

Первыми под удар попали станицы Губская и Переправная. Во вторник, 22.06.1910, в печати появилось сообщение о том, что Кубанская область была признана неблагополучной по холере. В связи с этим 30 июня наказной атаман Кубанского казачьего войска генерал-лейтенант М. П. Бабыч подписал приказ № 396, которым отменялись все предстоящие июльские ярмарки. Несмотря на эти меры, в течение июля заболеваемость холерой в Кубанской области, по сравнению с предшествующим периодом, увеличилась почти в 2,5 раза. Самым пострадавшим от эпидемии оказался именно Майкопский отдел, часть территории которого занимает современный Мостовской район. 1 июля 1910 г. холерные смерти были зафиксированы здесь сразу в 3 довольно удалённых друг от друга местах: в станице Костромской и сёлах Мостовом и Унароково.

Первоначально распространение инфекции носило очаговый характер, но в течение следующих 17 дней болезнь охватила весь бассейн Верхней Лабы. 19 июля, т. е. ровно через месяц после прихода «азиатской гостьи» на территорию современного Мостовского района, временным эпидемическим врачом для борьбы с холерой в станицах Майкопского отдела был назначен окончивший университетский курс медик Алексей Сократов. Жители населённых пунктов, охваченных эпидемией, должны были не препятствовать его работе и при необходимости выдавать ему обывательских лошадей⁶. Отметим, что без привлечения дополнительных источников оценить вклад А. Сократова в победу над холерой в предгорной полосе трудно.

Обсуждение

В феврале 1892 г. староста деревни Кирилловка писал начальнику Черноморского округа: «В 8 ущелье, напротив деревни Кирилловки, на городской

⁵ Архивный отдел администрации муниципального образования Мостовский район. Ф. Р-123. Оп. 1. Д. 81. Л. 14.

⁶ Архивный отдел администрации муниципального образования Мостовский район. Ф. Р-123. Оп. 1. Д. 44. Л. 2.

земле проживает Франц Бразда, у коего 10-го января умер сын, а 3 февраля — дочь, и больно третье дитя». Письма от фельдшера и пристава дополняют картину: «Заболела старшая дочь Устинья, у нее был угар, боль в горле и лёгкая сыпь на руках и ногах. Вслед за этим заболели остальные дети: Франц, Юспор, Анна и Тереза. Болезнь длилась недели 4. После болезни окончилось шелушением кожи, попухли руки, ноги и лица, из ушей текла жидкость. Юспор и Анна умерли. Усмагривая в симптомах скарлатину, проведена дезинфекция 4% раствором карболки». 7 марта идет сообщение начальнику Кубанской области от полицмейстера Новороссийска: «Городовой врач в Станичке в доме Верта обнаружил сыпной тиф между пришедшими из Симферопольской губернии лицами 7 человек. Больные были изолированы, их вещи сожжены, а остальные подвергнуты тщательной дезинфекции [11].

19 марта начальник работ Черноморского берегового шоссе докладывал: «Довожу до сведения, что из 10 тысяч прибывших на постройку рабочих, больных тифом числится 48 человек. Заболевание прекращено». Л. Тер-Степанов рассказывает о ситуации на скотобойне на краю Станички: «Она окружена жильем, а земля вокруг насквозь пропитана кровью и распространяет зловоние. Свиньи туда лезут, валяются в крови, а потом кровавой вереницей направляются в Станичку». Местный лазарет пишет в полицию, что «не имеет совершенно изолированного казённого здания для холерных больных и просит отвести таковое».

Принятые городскими чиновниками своевременные профилактические меры по предотвращению заразной болезни сыграли свою роль, и эпидемия холеры обошла Новороссийск стороной к всеобщей радости горожан.

Датой окончания эпидемии на территории нынешнего Мостовского района мы предлагаем считать 04.09.1910, когда были зафиксированы последние холерные смерти в селе Унароково. В то же время эта дата впоследствии может быть скорректирована, т. к. неизвестным остаётся точное число жертв и продолжительность эпидемии в Баговской, Бесленевской, Махошевской и Переправной, т. е. в тех 4 станицах, чьи метрические книги за 1910 г. либо не сохранились вообще, либо сохранились фрагментарно. В связи с этим холерная эпидемия 1910 г. может быть изучена на материалах только 10 крупных населённых пунктов бассейна Верхней Лабы из 14 [3].

Средняя продолжительность эпидемии в каждом из означенных поселений составляла, по нашим подсчётам, 42,5 дня. Практически столько же холера свирепствовала и в селе Мостовом, в котором смерти от неё фиксировались в течение 44 дней, с 1 июля по 14 августа⁷. Дольше всего эпидемия сохранялась в Унароково, Костромской и Хамкетинской — 65, 62 и 60 дней соответственно. В Баракаевской и Псебай-

ской её продолжительность была более чем в 2 раза ниже средней — 17 и 19 дней соответственно. За 2,5 мес в 10 рассмотренных нами населённых пунктах от холеры умерло 368 православных жителей, половину из которых составляли иногородние⁸. Сгруппировав для большего удобства губернии, из которых они происходили, по принципу экономического районирования, предложенному Д. И. Менделеевым в работе «Фабрично-заводская промышленность и торговля России» (он выступил редактором этого издания), можно увидеть, что 51% этих людей приходится на уроженцев Чернозёмного района, 27% — Малороссийского края (Полтавская, Харьковская и Черниговская губернии), 12,5% — Южного края (Астраханская, Бессарабская, Екатеринославская, Таврическая и Херсонская губернии, а также Область войска Донского)⁹. Оставшиеся 9,5% — крестьяне из прочих экономических районов.

Приведённые цифры служат дополнительным подтверждением тому, что одну из главных ролей в освоении Закубанья (в том числе бассейна Верхней Лабы) играли выходцы из российского Черноземья (Воронежской, Курской, Орловской, Пензенской, Рязанской, Саратовской и других губерний). При этом почти треть умерших от холеры иногородних (28,3%) составляли крестьяне из Воронежской губернии. В среднем «азиатская гостыя» в пределах 10 рассмотренных нами поселений ежедневно уносила жизни 5 человек. Самым выдающимся по смертности от холеры днём стала суббота 17 июля, когда в 9 населённых пунктах из 10 скончались 26 заболевших [4]. Для сравнения: за 18 лет до этого, во время предыдущей холерной эпидемии, в одной только станице Костромской 14.08.1892 погибло почти столько же (20 человек)¹⁰.

В 1910 г. ни в одном из рассмотренных населённых пунктов больше 8 человек в день от холеры не умирало. И в этом смысле тогдашняя эпидемия может показаться менее масштабной, чем эпидемия 1892 г. Но силу инфекции не стоит измерять только количеством её жертв, ведь число людей, заразившихся холерой, в любом случае, было гораздо выше — как минимум, в несколько раз. Так, по официальным данным, в 1910 г. в 74 населённых пунктах Майкопского отдела холерой заболели почти 5,5 тыс. человек, из которых половина умерла. Немалое влияние на распространение холеры оказали проводившиеся в Майкопском отделе традиционные ярмарки по торговле скотом. Об этом свидетельствует приказ № 458 от 29.07.1910 за подписью временно исполняющего дела начальника Кубанской области генерал-майора П. И. Косякина. В свя-

⁸ Архивный отдел администрации муниципального образования Мостовский район. Ф. Р-123. Оп. 1. Д. 81. Л. 187об., 188об., 189об., 190об., 191об., 192об.

⁹ Архивный отдел администрации муниципального образования Мостовский район. Ф. Р-123. Оп. 1. Д. 96. Л. 474.

¹⁰ Архивный отдел администрации муниципального образования Мостовский район. Ф. Р-123. Оп. 1. Д. 81. Л. 247.

⁷ Архивный отдел администрации муниципального образования Мостовский район. Ф. Р-123. Оп. 1. Д. 81. Л. 151об., 152об., 153об.

зи с продолжавшейся эпидемией он запрещал все указанные мероприятия [5].

Нужно признать, что в начале XX в. наблюдался определённый прогресс в развитии противоэпидемической медицины (например, в 1910 г. в Майкопском отделе было сделано более 24 тыс. прививок против оспы). Однако результативности самоотверженной работы врачей сильно мешали необразованность, предрассудки и суеверия подавляющего большинства станичников. Представители казачьего и иногороднего населения не только не соблюдали элементарные нормы личной гигиены, но и выражали недоверие, а порой и враждебность по отношению к врачам. Например, в станице Кореновской (Кавказский отдел) во время вспышки холеры 1908 г. доходило до того, что казаки не только скрывали инфицированных от врачебно-санитарного персонала, но и угрожали медикам расправой, если те будут навещать больных без их просьбы. Не исключено, что нечто подобное спустя 2 года могло наблюдаться и в бассейне Верхней Лабы. Во время холерной эпидемии 1910 г. начальник Кубанской области издал обязательное постановление, предписывавшее всем домовладельцам и квартиро-хозяевам немедленно сообщать в местное отделение полиции о появлении в их домах заболеваний, схожих по симптоматике с холерой. В этом источнике также оговаривалось, что делать, если больной не желает ложиться в холерный барак, — не допускать к нему никого, кроме тех, кто за ним ухаживает. В таком случае жилище инфицированного по сути становилось местом его изоляции. То, насколько тщательно на местном уровне выполнялись предписания вышеупомянутого постановления, известно: жители Кубанской области в основной своей массе их проигнорировали, чем обеспечили чрезвычайно быстрое распространение холерной эпидемии. Свою долю ответственности за это также несут представители станичной, сельской и хуторской власти, большинство из которых по складу ума, образу мышления и уровню образованности мало отличались от рядовых обывателей вверенных им поселений [6].

Как правило, руководители низовой администрации относились к противохолерным мероприятиям с большим скептицизмом и недоверием, а необходимые действия (закупка медикаментов, открытие холерных барачков, установка баков с бесплатной кипяченой водой, широкое информирование населения о соблюдении правил санитарии и гигиены и т. д.), осуществлялись ими с запозданием и далеко не в полной мере. Реализация противохолерных мероприятий в значительной степени нивелировалась стремлением жителей Кубанской области соблюдать традиции похоронных обрядов. Тела тех, кто умер от болезни дома, в кругу семьи, не изолировались, а помещения, где находился гроб с покойником, не обеззараживались. В этой связи весьма показательной является опубликованная в «Кубанских областных ведомостях» корреспонденция Вячеслава Гофмана, в которой сообщалось о том,

что атаман станицы Келермесской Майкопского отдела И. С. Иванченко и его жена последовательно заразились холерой. Женщина, никогда не отличавшаяся крепким здоровьем, умерла первой, а Иван Сергеевич начал было идти на поправку, но, отправившись по совету родни проводить супругу в последний путь, заболел ещё сильнее и умер на следующий день после похорон. Для людей начала XX в. было дикостью хоронить умерших в закрытых гробах, к тому же предварительно посыпав труп известью.

Жителям кубанских станиц и сел категорически не нравились запреты участия в похоронной процессии посторонних лиц и устройства массовых поминальных трапез. В соседнем от Майкопского Лабинском отделе были известны случаи, когда священники, чтобы облегчить себе работу, дожидались, когда в церковь будут доставлены трупы всех людей, умерших накануне от холеры. В итоге некоторые покойники могли находиться в церковном помещении по несколько часов, пока их наконец-то не начинали предавать земле. Учитывая жаркую погоду июля и августа, это создавало самую благоприятную почву для размножения холерных вибрионов.

Заключение

Согласно официальной статистике, к 15.08.1910 доля выздоровевших жителей в каждом из 14 населённых пунктов современного Мостовского района составляла в среднем 41%, т. е. меньше половины всех заразившихся. Аналогичная картина, как утверждает В. Г. Василенко, наблюдалась и среди православных жителей села Армавир за всё время холерной эпидемии. В августе, особенно в его второй половине, «азиатская гостья» стала постепенно отступать. Об этом свидетельствуют следующие факты. Если в июле в 10 рассмотренных нами поселениях в среднем суммарно умирало 9 человек в день, то в августе — только 3. Если в июле и в первой половине августа холерные смерти фиксировались регулярно, то в две последние недели лета между ними стали появляться интервалы в 1–3 дня. К 15.08.1910 в станице Переправной умерли 93 человека — значит, по числу холерных смертей она занимала 1-е место, а Костромская — 2-е. Станица Ярославская и село Унароково, находившиеся ранее на 2-м и 3-м местах, остались позади Баговской, в которой к середине августа холера унесла жизни 63 человек.

Нужно понимать, что основными информаторами областной администрации в Екатеринодаре были станичные власти, участковые врачи и фельдшеры, которые подчас тоже не располагали точной информацией о числе холерных смертей. Даже в метрических книгах хронологический порядок записей мог нарушаться. Тем не менее именно они остаются важнейшим источником, способным дать развёрнутые и наиболее приближенные к действительности ответы на вопросы, связанные с эпидемией 1910 г.

В большинстве населённых пунктов предгорной полосы, метрические книги которых сохранились до наших дней, холера оказала пагубное влияние на естественный прирост населения, низведя его до близких к нулю положительных, а иногда даже до отрицательных значений [7].

Сохранившиеся метрические книги 10 станиц и селений, находящихся в границах современного Мостовского района Краснодарского края, дают также материал о распределении умерших от холеры по возрастам. Показательно, что от эпидемии больше всего пострадали представители взрослого трудоспособного населения от 20 до 60 лет. При этом, судя по всему, узнать точное число людей, умерших от холеры в 1910 г. на территории современного Мостовского района, невозможно.

Таким образом, в дореволюционный период среди причин смертности на первых местах находились инфекционные болезни, часто провоцировавшие эпидемии. Эти болезни охватывали территорию как всей Кубанской области, так и земли Новороссийска и Мостовского района, в частности [8]. Эпидемии оказывали отрицательное, порой пагубное, влияние на естественный прирост населения станиц и сёл данного субрегиона. Изучение истории хода эпидемий затрудняется плохой сохранностью метрических книг. Вместе с тем внимательный и всесторонний анализ доступных нам источников подобного рода в значительной степени формирует представления о специфике региональных исторических процессов, в том числе в демографическом измерении. Холера и в 1892, и в 1910 г. отрицательно сказалась на демографии Новороссийска и Мостовского района. Эпидемия 1892 г. была менее продолжительной, но более масштабной.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Тория Т. Г., Епихин А. И., Хекерт Е. В., Модина М. А. Разработка системы самообучения интеллектуальных агентов для управления судовым двигателем // *Морские интеллектуальные технологии*. 2023. № 2-1. С. 85–91.
2. Василенко В. Г. История одного заболевания (холерные эпидемии в дореволюционном Армавире) // *Археология, этнография и краеведение Северного Кавказа: Материалы 18-й межрегиональной научно-практической конференции*. Армавир, 2011. С. 45–49.
3. Коваленко Н. С. К вопросу о влиянии инфекционных болезней на демографию станицы Костромской Майкопского отдела (на примере холерных эпидемий 1892 и 1910 гг.) // *История и общественное образование: научный и учебно-методический ежегодник*. Армавир, 2020. № 15. С. 82.
4. Объяснительная записка к отчёту государственного контроля по исполнению государственной росписи и финансовых смет за 1911 год. СПб., 1912. С. 72.
5. О состоянии области и войска за 1910 г. (извлечение из отчёта начальника области и наказного атамана войска) // *Кубанский сборник*. 1912. Т. 17. С. 67.
6. Коваленко Н. С. Эпидемии дифтерита в предгорной полосе Кубанской области в конце 1870 — начале 1880-х гг. // *Вестник архивиста Кубани*. 2020. № 15. С. 124.
7. Каракеев А. Б., Хекерт Е. В., Галиев Г. А. Методические основы структурно-функционального подхода в системном анализе // *Морские интеллектуальные технологии*. 2019. № 1-2. С. 78.
8. Врачеватели Новороссийска: (от штаб-лекаря до академика медицины) / под ред. М. Г. Леонова. Новороссийск, 2019. С. 89.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Toriya T. G., Epikhin A. I., Heckert E. V., Modina M. A. Development of a self-learning system for intelligent agents to control a ship's engine. *Marine intelligent technologies*. 2023;(2-1):85–91.
2. Vasilenko V. G. The history of one disease (cholera epidemics in pre-revolutionary Armavir). *Archeology, ethnography and local history of the North Caucasus: Materials of the 18th interregional scientific-practical conference*. Armavir, 2011:45–49.
3. Kovalenko N. S. On the issue of the influence of infectious diseases on the demography of the village of Kostromskaya, Maikop department (using the example of cholera epidemics of 1892 and 1910). *History and social science: scientific and educational yearbook*. Armavir: 2020;(15):82.
4. Explanatory note to the report of state control on the implementation of state registration and financial estimates for 1911. St. Petersburg, 1912:72.
5. On the state of the region and the troops for 1910 (extract from the report of the head of the region and the ataman of the army). *Kuban collection*. 1912;17:67.
6. Kovalenko N. S. Epidemics of diphtheria in the foothills of the Kuban region in the late 1870s – early 1880s. *Bulletin of the Kuban archivist*. 2020;(15):124.
7. Karakaev A. B., Heckert E. V., Galiev G. A. Methodological foundations of the structural-functional approach in system analysis. *Marine intellectual technologies*. 2019;(1-2):78.
8. Doctors of Novorossiysk (from staff doctor to academician of medicine) / ed. M. G. Leonova. Novorossiysk, 2019:89.

Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафировва В. Б., Кравченко О. О., Хубиева Д. Х.-Д.

ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТНЫЕ ФАКТОРЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

В статье представлен краткий описательный обзор, который направлен на определение факторов риска и защитных факторов злоупотребления наркотических средств среди подростков в трех важных сферах: личности, семье и обществе. Описаны индивидуальные факторы риска: высокая импульсивность, бунтарство, нарушение эмоционального баланса, алекситимия. Семейными факторами риска были пренатальное курение матери, и её плохой психологический статус, низкое образование родителей, наличие членов семьи, употребляющих психоактивные вещества. Среди факторов риска в обществе было наличие в окружении подростка сверстников, злоупотребляющих наркотиками. Также определены защитные факторы: индивидуальный оптимизм, стремление сохранить свое здоровье и т. д.

Ключевые слова: факторы риска; защитные факторы; психоактивные вещества; подростки

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафировва В. Б., Кравченко О. О., Хубиева Д. Х.-Д. Факторы риска и защитные факторы злоупотребления психоактивными веществами у подростков. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(спецвыпуск 1):526—529. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-526-529>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Mazharov V. N., Zafirova V. B., Kravchenko O. O., Khubieva D. Kh.-D.

RISK FACTORS AND PROTECTIVE FACTORS FOR SUBSTANCE ABUSE AMONG ADOLESCENTS

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article presents a brief descriptive review aimed at identifying risk factors and protective factors of drug abuse among adolescents in three important areas — personality, family and society. Individual risk factors are described: high impulsivity, rebelliousness, violation of emotional balance, alexithymia. Family risk factors were prenatal smoking of the mother, and her poor psychological status, low education of parents, the presence of family members who use psychoactive substances. Among the risk factors in society was the presence of peers who abuse drugs in the environment of a teenager. Protective factors are also identified: individual optimism, the desire to preserve their health, etc.

Keywords: risk factors; protective factors; psychoactive substances; adolescents

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N., Zafirova V. B., Kravchenko O. O., Khubieva D. Kh.-D. Risk and protective factors for substance abuse among adolescents. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):526—529 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-526-529>

For correspondence: Karen R. Amlaev; e-mail: kum672002@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Актуальность злоупотребления наркотиками молодыми людьми

Злоупотребление наркотиками является глобальной проблемой¹. Исследование глобального бремени болезней показывает растущий гнёт злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) среди подростков и молодых людей [1]. Примерно 14% негативных последствий для здоровья среди молодых мужчин приходится на злоупотребление алкоголем и наркотиками². При этом каннабис является одним из наркотиков выбора для молодых людей, которые злоупотребляют ПАВ [2].

Подростки, действительно, являются одной из самых уязвимых групп в отношении наркозависимости [3]. Этот возраст является критическим для

начала употребления наркотиков. Подростки ещё только начинают искать свое место в обществе, получать новый опыт, экспериментировать с разными видами поведения, включая употребление наркотиков [4]. В подростковом возрасте основной процесс развития обычно включает изменения в отношениях человека со средой, к которой молодой человек привык. Различия в характере и сроках этих отношений способствуют разнообразию в подростковом возрасте и представляют собой источники риска или защитных факторов на разных этапах жизни [5]. Злоупотребление ПАВ, такими как алкоголь, наркотики и табак, может иметь серьёзные последствия для подростков. Оно влияет на их психическое и физическое здоровье. Первое, что следует отметить, это то, что злоупотребление ПАВ отрицательно влияет на формирование критического мышления и развитие когнитивных навыков у подростков [6]. Кроме того, злоупотребление ПАВ у подростков связано с повышенным риском развития физических и психических заболеваний [7].

¹ World Drug Report. 2018. URL: <https://www.unodc.org/wdr2018/> (дата обращения: 10.06.2020).

² Ritchie H., Roser M. Drug Use — Our World in Data: Global Change Data Lab; 2019. <https://ourworldindata.org/drug-use> (дата обращения: 10.06.2020).

Факторы риска злоупотребления психоактивными веществами

Некоторые факторы риска включают недостаток знаний о наркотиках и их последствиях, низкую самооценку, проблемы в школе (например, низкие оценки, пропуск занятий), нежелание общаться с родителями или другими взрослыми, желание принадлежать к определённой группе или быть принятым в определённых социальных группах, отсутствие навыка оказывать сопротивление групповому давлению, потребность в экспериментировании и новых ощущениях.

Сочетание этих факторов риска, особенно в условиях отсутствия защитных факторов (например, поддержки со стороны семьи и доверительных отношений с родителями), значительно увеличивает вероятность развития наркозависимости у подростков [8].

Индивидуальные факторы риска

Исследование С. W. I. Chuang и соавт. показывает, что подростки с высокой импульсивностью имеют повышенный риск наркозависимости [9]. Интересно отметить, что импульсивность является независимым фактором риска, что значительно увеличивает вероятность употребления наркотиков у этой группы.

Другое исследование, проведённое К. Guttman-пача и соавт., показало, что бунтарские черты положительно связаны с использованием каннабиса в качестве наркотика. Авторы считают, что бунтарство может быть индикатором склонности к рискованному поведению у молодых людей [10].

J. D. Wilson и соавт., проведя исследование с подростками, находящимися в процессе выздоровления от опиоидной зависимости, обнаружили, что большинство из них имеют проблемы с эмоциональной регуляцией, а значит, могут стать зависимыми от опиоидов в более раннем возрасте [11].

Исследование «случай–контроль» с амбулаторными подростками показало, что подростки, злоупотребляющие марихуаной, имеют более выраженную алекситимию по сравнению с контрольной группой [12]. Алекситимия отражает сложность в определении и выражении эмоций. Эти результаты говорят о том, что подростки, имеющие трудности в распознавании и понимании своих эмоций, имеют повышенный риск злоупотребления марихуаной.

В целом все эти исследования указывают на связь между определёнными личностными чертами и наркозависимостью.

Жестокое обращение в семье

Жестокое обращение в семье имеет положительную связь со злоупотреблением наркотиками подростками. Согласно исследованию J. M. Kobulsky, дети родителей, злоупотребляющих ПАВ, имеют более высокий риск развития наркотической зависимости во взрослом возрасте [13]. Жестокое обращение в семье может привести к распространённости

употребления каннабиса на уровне 85,7% в течение всей жизни и до 31,7% в отношении распространённости употребления каннабиса в течение последних 3 мес [14].

В целом эти исследования подчёркивают важность обращения внимания на истории жестокого обращения, физического и психологического насилия, а также на условия, в которых дети вынуждены жить. Эти факторы могут значительно повлиять на уровень злоупотребления ПАВ среди подростков и требуют проведения дальнейших исследований и внедрения соответствующих программ и мер для предотвращения такого поведения.

Восприятие наркотика как безвредного

Подростки, не считающие употребление марихуаны фактором риска, имели более высокую вероятность риска злоупотребления марихуаной (ОШ = 8,22; 95% ДИ 7,56–10,30) [15]. Этот вывод подтверждён и в другом исследовании [10]. Интересно отметить, что некоторые из опрошенных молодых людей считали, что употребление наркотиков принесло им пользу [16]. Дискуссии в фокус-группах показали, что подростки ощущают положительную мотивацию и способность справляться с негативными состояниями с помощью наркотиков. Кроме того, те подростки, которые считали, что в их районе имеется высокий уровень наркотиков, с большей вероятностью увеличивали потребление марихуаны [15]. Низкая цена на это вещество и присутствие торговцев наркотиками возле школ являются факторами, способствующими приобретению ПАВ подростками [16]. Слабое соблюдение законов о наркотиках также предсказывает рост употребления марихуаны подростками [10]. Исследование отношения к синтетическим наркотикам, основанное на вероятностной выборке 8076 студентов Макао, показало, что те, у кого имеется стойкое позитивное отношение к употреблению синтетических наркотиков, почти в 3 раза чаще становятся потребителями марихуаны на протяжении всей жизни [17]. Кроме того, общее время, проведённое подростками перед дисплеем компьютера, увеличивает вероятность регулярного употребления марихуаны. Подростки, которые ежедневно употребляют марихуану, в среднем проводят перед экраном компьютера 12,56 ч, в то время как те, кто не употребляет марихуану, проводят перед экраном в среднем 6,93 ч. Многочасовое присутствие в интернете, отправка текстовых сообщений, видеоигры и просмотр телевизора/фильмов коррелируют с повышенным потреблением марихуаны [18].

Биологические факторы риска

В нескольких исследованиях сообщалось о биологических факторах злоупотребления ПАВ среди подростков. Такие исследования показывают, что эпигенетические изменения, вызванные курением и злоупотреблением алкоголем, могут передаваться от матери к плоду во время беременности путём влияния на развитие мозга и нейробиологию у плода, в ре-

зультате чего у него может возникнуть склонность к злоупотреблению ПАВ в будущем [19]. Кроме того, тип отношений между родителем и ребёнком имеет глубокое влияние на развитие ребёнка. Исследование J. W. Luk и его коллег показало, что материнский психологический контроль является важным фактором злоупотребления ПАВ, он был в 2 раза более эффективен других мер [20]. Другое исследование выявило косвенные факторы риска злоупотребления ПАВ среди подростков, в которых более низкий уровень образования родителей предсказывал более высокий риск злоупотребления ПАВ в будущем за счёт снижения восприятия подростками вреда [10]. Пренебрежение родителями своими обязанностями также может стать причиной этой проблемы. По данным Н. El Kazdough и соавт., отсутствие родительского присмотра и употребление ПАВ членами семьи являются наиболее распространёнными факторами риска [21].

Социальные факторы — давление сверстников

Исследование выявило положительную связь между употреблением наркотиков подростками и общением со сверстниками, употребляющими наркотики [17]. У сверстников, употреблявших синтетические наркотики, в 2,5 раза увеличивались шансы стать пожизненными потребителями марихуаны ($p < 0,001$). Этот фактор создаёт давление на молодых людей, которые стремятся быть, как все [16]. Доступность наркотиков также вносит свой вклад в рост употребления марихуаны [22].

Существуют и защитные факторы от развития пристрастия к наркотикам.

Выявлен ряд качеств личности, которые могут защитить подростков от наркозависимости. Исследование 1104 иранских студентов S. Margin и соавт. показало, что молодые люди с оптимистичным характером реже становятся наркоманами (ОШ = 0,90; 95% ДИ 0,85–0,95) [23]. Другое исследование выявило, что высокий уровень осознанности, измеряемый с помощью шкалы принятия и осознанности детей, состоящей из 25 пунктов, замедляет прогрессирование злоупотребления инъекционными наркотиками у подростков с опиоидной зависимостью (1,67 года; $p = 0,041$) [11]. По данным Н. El Kazdough и соавт., люди, которые решительно выступают против злоупотребления наркотиками и имеют сильное желание оставаться здоровыми, с большей вероятностью будут защищены от злоупотребления наркотиками [21].

Заключение

Таким образом, для предотвращения злоупотребления ПАВ у подростков необходимо учитывать не только биологические и социальные факторы риска, но и защитные факторы, включая личностные черты, информированность отца [21], религиозную принадлежность и др. [10]. Такой подход поможет создать эффективные программы и стратегии по предотвращению злоупотребления ПАВ среди подростков. Психологическая поддержка и совет могут быть также защитными факторами [21]. В свою оче-

редь употребление электронных сигарет может привести к более выраженному злоупотреблению наркотиками [24], что требует более решительных мер в отношении существенного ограничения их использования, особенно подростками.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Degenhardt L., Stockings E., Patton G. et al. The increasing global health priority of substance use in young people // *Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, N 3. P. 251–264.
- Holm S., Sandberg S., Kolind T., Hesse M. The importance of cannabis culture in young adult cannabis use // *J. Subst. Abus.* 2014. Vol. 19, N 3. P. 251–256.
- Luikinga S. J., Kim J. H., Perry C. J. Developmental perspectives on methamphetamine abuse: exploring adolescent vulnerabilities on brain and behavior // *Progress Neuro Psychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2018. Vol. 87, Pt A. P. 78–84.
- Degenhardt L., Stockings E., Patton G. et al. The increasing global health priority of substance use in young people // *Lancet Psychiatry*. 2016. Vol. 3, N 3. P. 251–264.
- Ismail R., Ghazalli M. N., Ibrahim N. Not all developmental assets can predict negative mental health outcomes of disadvantaged youth: a case of suburban Kuala Lumpur // *Mediterr. J. Soc. Sci.* 2015. Vol. 6, N 1. P. 452–459.
- Crews F., He J., Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction // *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2007. Vol. 86, N 2. P. 189–199.
- Schulte M. T., Hser Y. I. Substance use and associated health conditions throughout the lifespan // *Public Health Rev.* 2013. Vol. 35, N 2. doi: 10.1007/BF03391702
- Somani S., Meghani S. Substance abuse among youth: a harsh reality // *Open Access Emergency Medicine*. 2016. Vol. 6, N 4. doi: 10.4172/2165-7548.1000330
- Chuang C. W.I., Sussman S., Stone M. D. et al. Impulsivity and history of behavioral addictions are associated with drug use in adolescents // *AddictBehav.* 2017. Vol. 74. P. 41–47.
- Guttmanova K., Skinner M. L., Oesterle S. et al. The interplay between marijuana-specific risk factors and marijuana use over the course of adolescence // *Prev. Sci.* 2019. Vol. 20, N 2. P. 235–245.
- Wilson J. D., Vo H., Matson P., Adger H. et al. Trait mindfulness and progression to injection use in youth with opioid addiction // *Subst. Use Misuse*. 2017. Vol. 52, N 11. P. 1486–1493.
- Dorard G., Bungener C., Phan O. et al. Is alexithymia related to cannabis use disorder? Results from a case-control study in outpatient adolescent cannabis abusers // *J. Psychosom. Res.* 2017. Vol. 95. P. 74–80.
- Kobulsky J. M. Gender differences in pathways from physical and sexual abuse to early substance use // *Child Youth Serv. Rev.* 2017. Vol. 83. P. 25–32.
- Gabrielli J., Jackson Y., Brown S. Associations between maltreatment history and severity of substance use behavior in youth in Foster Care // *Child Maltreat.* 2016. Vol. 21, N 4. P. 298–307.
- Schleimer J. P., Rivera-Aguirre A. E., Castillo-Carniglia A. et al. Investigating how perceived risk and availability of marijuana relate to marijuana use among adolescents in Argentina, Chile, and Uruguay over time // *Drug Alcohol Depend.* 2019. Vol. 201. P. 115–126.
- Dash G. F., Feldstein Ewing S. W., Murphy C. et al. Contextual risk among adolescents receiving opioid prescriptions for acute pain in pediatric ambulatory care settings // *Addict. Behav.* 2020. Vol. 104. P. 106314.
- Li S. D., Zhang X., Tang W., Xia Y. Predictors and implications of synthetic drug use among adolescents in the gambling Capital of China // *SAGE Open*. 2017. Vol. 7, N 4. P. 215824401773303.
- Doggett A., Qian W., Godin K. et al. Examining the association between exposure to various screen time sedentary behaviours and cannabis use among youth in the COMPASS study // *SSM Population Health*. 2019. Vol. 9. P. 100487.
- Cecil C. A.M., Walton E., Smith R. G. et al. DNA methylation and substance-use risk: a prospective, genome-wide study spanning gestation to adolescence // *Transl Psychiatry*. 2016. Vol. 6, N 12. P. e976.
- Luk J. W., King K. M., McCarty C. A. et al. Prospective effects of parenting on substance use and problems across Asian/Pacific is-

- lander and European American youth: tests of moderated mediation // *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2017. Vol. 78, N 4. P. 521–530.
21. El Kazdough H., El-Ammari A., Bouftini S. et al. Adolescents, parents and teachers' perceptions of risk and protective factors of substance use in Moroccan adolescents: a qualitative study // *Substance Abuse Treat. Prevent. Policy*. 2018. Vol. 13, N 1. P. 31.
22. Spillane N. S., Schick M. R., Kirk-Provencher K. T. et al. Structured and unstructured activities and alcohol and marijuana use in middle school: the role of availability and engagement // *Substance Use Misuse*. 2020. Vol. 55, N 11. P. 1765–1773.
23. Marin S., Heshmatian E., Nadrian H. et al. Associations between optimism, tobacco smoking and substance abuse among Iranian high school students // *Health Promot. Perspect*. 2019. Vol. 9, N 4. P. 279–284.
24. Krishnan-Sarin S., Morean M., Kong G. et al. E-Cigarettes and "dripping" among high-school youth // *Pediatrics*. 2017. Vol. 139, N 3. P. e20163224. doi: 10.1542/peds.2016-3224
- Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024
- REFERENCES
1. Degenhardt L., Stockings E., Patton G. et al. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):251–264.
2. Holm S., Sandberg S., Kolind T., Hesse M. The importance of cannabis culture in young adult cannabis use. *J. Subst. Abus*. 2014;19(3):251–256.
3. Luikinga S. J., Kim J. H., Perry C. J. Developmental perspectives on methamphetamine abuse: exploring adolescent vulnerabilities on brain and behavior. *Progress Neuro Psychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2018;87(Pt A):78–84.
4. Degenhardt L., Stockings E., Patton G. et al. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):251–264.
5. Ismail R., Ghazalli M. N., Ibrahim N. Not all developmental assets can predict negative mental health outcomes of disadvantaged youth: a case of suburban Kuala Lumpur. *Mediterr. J. Soc. Sci*. 2015;6(1):452–459.
6. Crews F., He J., Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol. Biochem. Behav*. 2007;86(2):189–199.
7. Schulte M. T., Hser Y. I. Substance use and associated health conditions throughout the lifespan. *Public Health Rev*. 2013;35(2). doi: 10.1007/BF03391702
8. Somani S., Meghani S. Substance abuse among youth: a harsh reality. *Open Access Emergency Medicine*. 2016;6(4). doi: 10.4172/2165-7548.1000330
9. Chuang C. W.I., Sussman S., Stone M. D. et al. Impulsivity and history of behavioral addictions are associated with drug use in adolescents. *AddictBehav*. 2017;74:41–47.
10. Guttmannova K., Skinner M. L., Oesterle S. et al. The interplay between marijuana-specific risk factors and marijuana use over the course of adolescence. *Prev. Sci*. 2019;20(2):235–245.
11. Wilson J. D., Vo H., Matson P., Adger H. et al. Trait mindfulness and progression to injection use in youth with opioid addiction. *Subst. Use Misuse*. 2017;52(11):1486–1493.
12. Dorard G., Bungener C., Phan O. et al. Is alexithymia related to cannabis use disorder? Results from a case-control study in outpatient adolescent cannabis abusers. *J. Psychosom. Res*. 2017;95:74–80.
13. Kobulsky J. M. Gender differences in pathways from physical and sexual abuse to early substance use. *Child Youth Serv. Rev*. 2017;83:25–32.
14. Gabrielli J., Jackson Y., Brown S. Associations between maltreatment history and severity of substance use behavior in youth in Foster Care. *Child Maltreat*. 2016;21(4):298–307.
15. Schleimer J. P., Rivera-Aguirre A. E., Castillo-Carniglia A. et al. Investigating how perceived risk and availability of marijuana relate to marijuana use among adolescents in Argentina, Chile, and Uruguay over time. *Drug Alcohol Depend*. 2019;201:115–126.
16. Dash G. F., Feldstein Ewing S. W., Murphy C. et al. Contextual risk among adolescents receiving opioid prescriptions for acute pain in pediatric ambulatory care settings. *Addict. Behav*. 2020;104:106314.
17. Li S. D., Zhang X., Tang W., Xia Y. Predictors and implications of synthetic drug use among adolescents in the gambling Capital of China. *SAGE Open*. 2017;7(4):215824401773303.
18. Doggett A., Qian W., Godin K. et al. Examining the association between exposure to various screen time sedentary behaviours and cannabis use among youth in the COMPASS study. *SSM Population Health*. 2019;9:100487.
19. Cecil C. A.M., Walton E., Smith R. G. et al. DNA methylation and substance-use risk: a prospective, genome-wide study spanning gestation to adolescence. *Transl Psychiatry*. 2016;6(12):e976.
20. Luk J. W., King K. M., McCarty C. A. et al. Prospective effects of parenting on substance use and problems across Asian/Pacific islander and European American youth: tests of moderated mediation. *J. Stud. Alcohol Drugs*. 2017;78(4):521–530.
21. El Kazdough H., El-Ammari A., Bouftini S. et al. Adolescents, parents and teachers' perceptions of risk and protective factors of substance use in Moroccan adolescents: a qualitative study. *Substance Abuse Treat. Prevent. Policy*. 2018;13(1):31.
22. Spillane N. S., Schick M. R., Kirk-Provencher K. T. et al. Structured and unstructured activities and alcohol and marijuana use in middle school: the role of availability and engagement. *Substance Use Misuse*. 2020;55(11):1765–1773.
23. Marin S., Heshmatian E., Nadrian H. et al. Associations between optimism, tobacco smoking and substance abuse among Iranian high school students. *Health Promot. Perspect*. 2019;9(4):279–284.
24. Krishnan-Sarin S., Morean M., Kong G. et al. E-Cigarettes and "dripping" among high-school youth. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20163224. doi: 10.1542/peds.2016-3224

Андрянова Л. С., Баженова С. А., Гаража Н. А., Егоров М. А., Заярная И. А.

АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦИФРОВЫХ ПРОГРАММ В СИСТЕМЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ: ОБЗОР ТЕНДЕНЦИЙ

Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353900, Новороссийск, Россия

Проведённое исследование определило, что среди россиян предпочтение услугам частной медицине, в том числе посредством онлайн-технологий, отдают по следующим причинам: скорость оказания услуги (45,1%); отсутствие очередей (44%); качество медицинской процедуры (39,8%); простота записи на приём (32,1%); высокий профессиональный уровень доктора (24,4%). Учитывая, что стоимость медицинских услуг при личном приёме растёт, можно с уверенностью сказать, что виды и формы услуг в формате удалённого медицинского обслуживания, будут, безусловно, увеличиваться в количестве и могут стать самой важной тенденцией в 2024 г. и далее. Немаловажным фактором в доступности и удовлетворённости медицинской услугой, а отсюда и её востребованности, является применение цифровых технологий и развития программ с применением искусственного интеллекта в медицине. В статье сделан обзор ресурсов искусственного интеллекта, применяемых и реализуемых в медицине и здравоохранении России, и перспектив их развития в краткосрочной перспективе.

Ключевые слова: цифровизация; медицина; искусственный интеллект; медицинские услуги; востребованность услуг в медицине; цифровые технологии в здравоохранении; MedTech

Для цитирования: Андрянова Л. С., Баженова С. А., Гаража Н. А., Егоров М. А., Заярная И. А. Анализ востребованности медицинских услуг с применением цифровых программ в системе здравоохранения России: обзор тенденций. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):530—535. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-530-535>

Для корреспонденции: Баженова Светлана Анатольевна; e-mail: sabazhenova@fa.ru

Andrianova L. S., Bazhenova S. A., Garazha N. A., Egorov M. A., Zayarnaya I. A.

ANALYSIS OF THE DEMAND FOR MEDICAL SERVICES USING DIGITAL PROGRAMS IN THE RUSSIAN
HEALTHCARE SYSTEM: AN OVERVIEW OF TRENDSNovorossiysk Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation, 353900,
Novorossiysk, Russia

The research conducted in this article has determined that among Russians, preference for private medical services, including through online technologies, is given for the following reasons: the speed of service provision — 45.1%; lack of queues (44%); quality of medical procedure (39.8%); ease of making an appointment (32.1%); high professional level of the doctor (24.4%). Given the fact that the cost of medical services at a personal appointment is increasing, it is safe to say that the types and forms of services in the format of remote medical care will certainly increase in number and may become the most important trend in 2024 and subsequent years. An important factor in the availability and satisfaction of medical services, and hence its demand, is the use of digital technologies and the direction of development of programs using artificial intelligence in medicine. The article provides an overview of the artificial intelligence resources used and implemented in medicine and healthcare in Russia, and the prospects for their development in the short term.

Keywords: digitalization; medicine; artificial intelligence; medical services; demand for medical services; digital technologies in healthcare; MedTech

For citation: Andrianova L. S., Bazhenova S. A., Garazha N. A., Egorov M. A., Zayarnaya I. A. Analysis of the demand for medical services using digital programs in the Russian healthcare system: an overview of trends. *Problemy socialnoi gigieni, zdравookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):530—535 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-530-535>

For correspondence: Svetlana A. Bazhenova; e-mail: sabazhenova@fa.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

По итогу 2023 г. рынок предоставления медицинских услуг с использованием MedTech вырос более чем на 39%. Все сегменты на рынке медицинских услуг продемонстрировали рост к концу 2023 г. по сравнению с предыдущим периодом до 49,3%¹.

Большую часть рынка медицинских услуг с применением цифровых технологий во втором полугодии 2023 г. по-прежнему занимают услуги телемеди-

цины — они составили 61,19% объёма выручки топ-40 крупнейших компаний медицинской сферы (выручка более 7,9 млрд руб.).

Услуги телемедицины очень разные — дистанционное консультирование; предоставление и оформление цифровых полисов добровольного медицинского страхования; сеансы онлайн-психотерапии и т. п.². Однако, кроме телемедицины, среди востре-

¹ Отчет о работе 40 ведущих медицинских организаций РФ за 2022 год. URL: [MED_2022_otchet_top40_.pdf](#) (дата обращения: 24.03.2024).

² Медицина в регионах: как частные клиники в России поддерживают технологический прогресс. URL: <https://delovymir.biz/medicina-v-regionah-kak-chastnye-kliniki-v-rossii-podderzhivayut-tehnologicheskii-progress.html?ysclid=lu5ijoh1j9161957522> (дата обращения 25.03.2024).

бованных онлайн-сервисов медицинского характера стоит отметить также обучение медицинских работников, цифровое страхование, диагностические симуляторы и др.

В статьях и онлайн-дискуссиях большого количества авторов, пишущих на темы востребованности медицинских услуг, прослеживается зависимость востребованности от применяемых цифровых сервисов и технологий.

На первом месте с 2020 г. (в период начала пандемического кризиса и по сей день), как мы отметили выше, стоит телемедицина. Внедрение таких технологий позволяет медицинскому учреждению, как правило, частного характера, быстрее и качественнее обслуживать пациентов, успешно проводить оптимизацию пользовательского пути пациентов, позволяя им получить нужную услугу быстро, удобно, комфортно.

Технология предоставления услуг телемедицины имеет несколько вариантов, каждый из которых достаточно востребован. Ниже представлены виды наиболее востребованных услуг и их удельный вес к общему количеству услуг телемедицины (в скобках указан процент востребованности услуг телемедицины на конец 2023 г.):

- разовая консультация онлайн узкого специалиста (48% востребованности), очень востребованная у жителей небольших населенных пунктов, вдали от крупных городов;
- повторные (уточняющие) консультации, в процессе которых можно получить дополнительное мнение (например, в сервисе «Второе мнение»), рекомендации врачей, расшифровку анализов и комментарии по другим исследованиям (31% востребованности);
- постоянное медицинское сопровождение больных, страдающих хроническими заболеваниями (в первую очередь в период обострения) (21% востребованности).

Удалённое здравоохранение как направление предоставления медицинской услуги посредством онлайн-технологий, как мы указали выше, достаточно широко представлено на современном рынке медицинских услуг России. Стабильный рост использования различных программ, онлайн-сервисов и устройств для мониторинга на дому показывает востребованность этих услуг. Кроме этого на пользование этими сервисами ещё и косвенно влияет желание пациента быть дома, рядом с семьей, в комфортной среде, что нельзя не назвать положительным моментом в лечении и выздоровлении по сравнению с лечением в стационаре.

Обзор литературы

Телемедицина в России имеет законодательную основу. 1 сентября 2023 г. вступило в силу Постановление Правительства РФ № 1164, которое уста-

³ Отчет о работе 40 ведущих медицинских организаций РФ за 2022 год. URL: [MED_2022_otchet_top40_.pdf](https://med2022.otchet_top40.pdf) (дата обращения: 24.03.2024).

навливает экспериментальный правовой режим в сфере цифровых инноваций, в том числе в телемедицине⁴.

Вплоть до конца 2023 г. на лидирующих позициях находится телемедицинский сервис «СберЗдоровье». Генеральный директор компании Денис Швецов по поводу факторов, влияющих на востребованность услуги телемедицины, и рост числа телеконсультаций сказал, что «...по количеству запросов на наши услуги со стороны компаний, а также записей к врачу и онлайн-консультаций мы видим стремительный рост количества предоставленных ранее и предоставляемых в текущем году услуг».

Уже к лету 2023 г. заметили обычный для этого сезона уровень спроса в B2B- и B2C-сегментах, а осенью востребованность наших сервисов значительно выросла. ...В первую очередь это произошло из-за спроса на корпоративные гибридные продукты — бизнес стремился улучшить компенсационный пакет для сотрудников, внедряя удобные для них сервисы и well-being программы⁵.

На втором месте — сервис онлайн-консультаций с врачами «Доктис». Генеральный директор компании Сергей Лежнин отметил, что продажи услуг «Доктиса» выросли на 7,6% в отношении к предыдущему отчетному периоду: «это чуть ниже плановых значений, так как сервис столкнулся с перестройкой маркетинговой активности, переносом запуска ряда новых продуктов и общим снижением экономической активности населения»⁶.

Вырос также спрос на онлайн-услуги медицинского характера со стороны компаний, а также записей к врачу и онлайн-консультаций. С. Лежнин также отметил, что в компании были запущены две крупномасштабные программы, которые интегрированы на платформу «Гостелемед»: «Был запущен сервис дистанционного мониторинга пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом, больных COVID-19, а также беременных женщин, в том числе с помощью медицинских гаджетов».

На этой же платформе мы также запустили первый в России сервис дистанционного мониторинга пациентов с онкологическими заболеваниями — пилот проходит в Нижегородском областном клиническом онкологическом диспансере (НОКОД). На данный момент полностью проинтегрированы в платформу «Гостелемед» фетальный монитор, тонометр, глюкометр, холтер. Проходят интеграции ми-

⁴ Постановление Правительства Российской Федерации от 18.07.2023 № 1164 «Об установлении экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций и утверждении Программы экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по направлению медицинской деятельности, в том числе с применением телемедицинских технологий и технологий сбора и обработки сведений о состоянии здоровья и диагнозах граждан». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202307200023?ysclid=lw1inng9g496116272> (дата обращения: 24.03.2024)

⁵ Рейтинги крупнейших технологических рынков России. URL: <https://smartranking.ru/> (дата обращения: 24.03.2024).

⁶ Официальный сайт сервиса онлайн-консультаций с врачами «Доктис» // URL: <https://www.doctis.ru/?ysclid=lw1e5u13j745608105> (дата обращения: 24.03.2024).

ни-УЗИ, домашние анализы мочи на базе тест-полосок, стетоскоп»⁷.

Третье место рейтинга компаний, предоставляющих услуги телемедицины, занял сервис онлайн-обучения медицинских работников «Актион Медицина». Директор направления «Клиническая медицина» группы «Актион» Дмитрий Зацепин отметил, что «на это повлияло внедрение клинических рекомендаций по новым нормативным документам, особенно по непрофильным или смежным направлениям»⁸.

Важное место занимают услуги, связанные с применением медицинских устройств, — рост востребованности составил 12% в 2022 г. в отношении 2021 г. Далее по востребованности идут медицинские и научные исследования — рост в отношении к предыдущему периоду более 25%; программное обеспечение (20,31%); онлайн-обучение медработников (20,12%).

Лидером продаж онлайн-услуг медицинского страхования недавно стал новый участник рейтинга — телемедицинская страховая компания от группы «Ренессанс страхования» Вуду, которая нашла «новые возможности в условиях кризиса, вывела на рынок новый продукт — технологичный ДМС — Цифровую клинику Вуду»⁹.

Однако компании, использующие онлайн-технологии в предоставлении медицинских услуг в 2022–2023 гг., столкнулись с внешними и внутренними проблемами, такими как необходимость стремительных технологических разработок новых продуктов, их быстрый вывод на рынок; нехватка новых IT-продуктов, дефицит квалифицированных кадров и др.

Материалы и методы

При написании статьи нами были использованы законодательные акты в рамках исследования темы, статистические данные, данные кабинетных исследований востребованности медицинских услуг в России с применением MedTech, отчёт о деятельности 40 ведущих медицинских компаний России за 2022, 2023 гг., а также данные интервью директоров медицинских компаний, услуги которых наиболее были востребованы в 2022–2023 гг.

При написании статьи были использованы методы кабинетных маркетинговых исследований, исследования рейтинга рыночной привлекательности, экономического анализа, анализа и исследова-

⁷ Официальный сайт РБК. URL: <https://www.rbc.ru/?ysclid=lu5xqfllmi808885396> (дата обращения: 23.03.2024); Рейтинги крупнейших технологических рынков России. URL: <https://smartranking.ru/> (дата обращения: 24.03.2024).

⁸ Медицина в регионах: как частные клиники в России поддерживают технологический прогресс. URL: <https://delovoyimir.biz/medicina-v-regionah-kak-chastnye-kliniki-v-rossii-podderzhivayut-tehnologicheskii-progress.html?ysclid=lu5ijoh1j9161957522> (дата обращения 25.03.2024).

⁹ Маркетинговые исследования рынка и потребителя по всей России от независимого агентства ResearchView. URL: <https://researchview.ru/?ysclid=lu5t7yoom2122103250> (дата обращения: 25.03.2024).

ния статистических данных и интернет-ресурсов; репрезентативной выборки по тематике статьи, данные рейтинговых российских агентств; данные о состоянии частных медицинских услуг в России в 2022–2023 гг.

Результаты

Полный цикл предоставления медицинской онлайн-услуги — от видеозвонка врачу до проведения манипуляций роботом в области удалённой хирургии — набирает обороты. Ещё одной моделью в удалённом медицинском обслуживании можно назвать виртуальную больничную палату.

Важную роль играют онлайн-сообщества, возглавляемые часто пациентом, а не медицинским работником, или представителем благотворительной организации. Они связывают людей с похожими проблемами, и в форме нетворкинга дают участникам сообщества необходимую информацию для последующего мониторинга и лечения. В качестве онлайн-консультаций важны советы и рекомендации по лечению конкретного заболевания (объединившего это сообщество) от докторов, например в проектах Care Opinion, Cancer.org, «Пациенты вроде меня» и др.

Кроме вышеперечисленных направлений, в рейтинге востребованных медицинских услуг есть услуги по различному протезированию. Так, лидером роста данного вида услуг, явилась в 2023 г. компания «Моторика», которая разрабатывает бионические протезы. Андрей Давидюк, генеральный директор «Моторики», отметил, что компания расширяет свое присутствие на рынке и прекрасно осваивает международный рынок — Индию, Юго-Восточную Азию, страны ШОС и ЕАЭС, наращивая объём продаж.

В одном из интервью он отметил, что: «Наши активные тяговые протезы полностью производятся в России, а бионические содержат лишь 5–10% зарубежных комплектующих, поэтому опасений, что возникнет дефицит, нет. Мы сможем обеспечить людей протезами любой сложности, без потери качества и со всеми нашими новыми технологиями»¹⁰.

На рис. 1 представлен удельный вес выручки от предоставления медицинских услуг с применением цифровых технологий и без них в России по разным направлениям.

Одним из важных направлений среди востребованных медицинских услуг с применением цифровых технологий являются качественные сервисы психологической помощи, такие как сервис «Ясно», площадка онлайн-психотерапии «Alter» и др.

СЕО площадки онлайн-психотерапии «Alter» Рамиль Альшин отметил, что: «компания внедрила собственную систему видеосвязи. Для психотерапии вопросы масштабирования и эффективности становятся всё более актуальными: по наблюдениям пси-

¹⁰ Artificial Intelligence in Healthcare Market Size, Report 2022–2030. URL: <https://www.precedenceresearch.com/artificial-intelligence-in-healthcare-market> (дата обращения: 22.03.2024).

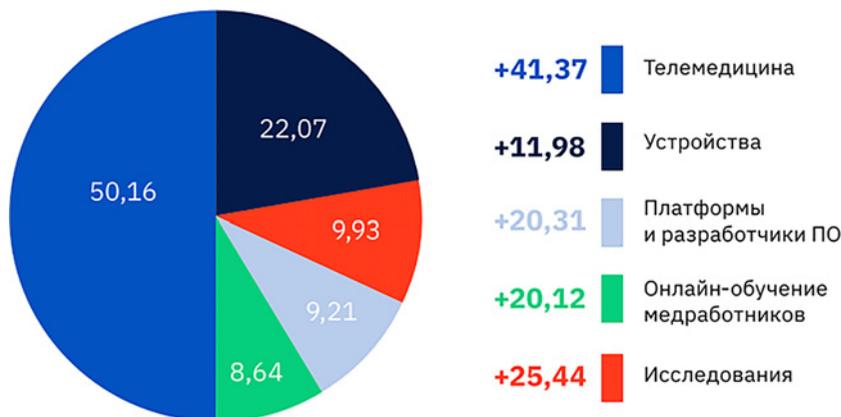


Рис. 1. Распределение выручки от предоставления самых востребованных медицинских услуг в России в 2022 г., %.

Источник: Ориентация на Восток, дистанционная диагностика и киберпротезирование: итоги 2022 на MedTech-рынке. URL: <https://smartranking.ru/ru/analytics/medicinskie-tehnologii/russian-medtech-2022/> (дата обращения 12.03.2024).

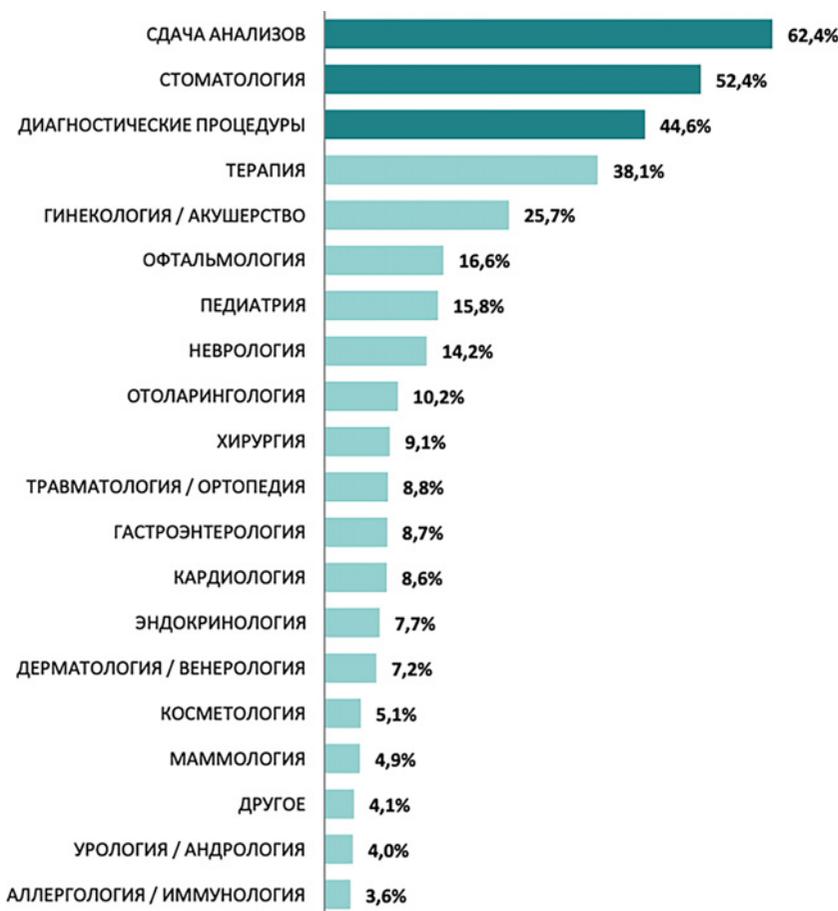


Рис. 2. Основные виды медицинских услуг, предоставленные пациентам, данные на июль 2022 г.

Источник: РБК. Исследования рынков, 16.02.2023. Востребованность медицинских услуг потребителями. URL: <https://marketing.rbc.ru/articles/14014/> (дата обращения 12.03.2024).

хологов «Alter», состояния, которые беспокоят клиентов, всё чаще переходят в хронические формы — многие демонстрируют симптомы депрессии и ПТСР»¹¹.

Согласно проведённому агентством РБК опросу¹², в 2022–2023 гг. в рейтинге среди самых востре-

бованных медицинских услуг, в том числе с применением онлайн-технологий, первое место заняла позиция «сдача анализов и различные медицинские процедуры» (более 62% опрошенных из более чем 150 тыс. респондентов); 2-е место — стоматология (52,4% опрошенных), 3-е — диагностические исследования (рис. 2)

Большое количество сложностей и факторов, влияющих на востребованность медицинских услуг, в том числе с применением MedTech, способствуют дальнейшему развитию сервисов, программ и онлайн-ресурсов для более качественного и разностороннего предоставления медицинской услуги в России.

Обсуждение

Мы уже отметили, то среди востребованных медицинских услуг на первых позициях — сдача анализов и медицинские исследования. Однако важно обратить внимание и на услуги в медицине, которые предоставляются с помощью MedTech и касаются не услуг для населения, а онлайн-образования для медицинских работников, а также сервисов по онлайн-мониторингу и ведению пациентов — уникальные цифровые продукты для B2B- и B2C-рынков с функциями индивидуального подхода и персонализации, например «Здоровье.ру», программ «Этнамед», «Доктор рядом» и др.¹³

Кроме этого, для части участников рынка в предоставлении услуг с применением цифровых технологий (качественный компьютерный продукт, новые технологии и т. п.) существенной является проблема финансирования: в связи с санкциями ряд иностранных инвесторов ушел из России, а государственные программы страны не могут охватить всех желающих.

Важными, на наш взгляд, среди перспектив 2023–2026 гг. в рамках предоставления качественной медицинской услуги с применением цифровых технологий являются технологические продукты, связанные с искусственным интеллектом (ИИ), например, всё более

¹¹ Ориентация на Восток и киберпротезирование: итоги-2022 на рынке MedTech. URL: <https://dzen.ru/a/ZCLGvTNUg3GvLKJn> (дата обращения: 23.03.2024).

¹² РБК. Исследования рынков, 16.02.2023. Востребованность медицинских услуг потребителями. URL: <https://marketing.rbc.ru/articles/14014/> (дата обращения 20.03.2024).

¹³ Официальный сайт бесплатного приложения «Забота о здоровье». URL: <https://zdorovie.ru/> (дата обращения: 22.03.2024).

усложняющиеся алгоритмы распознавания изображений; программы компьютерного зрения; ресурсы обработки естественного языка; разработки программ по открытию лекарственных средств и обновлению состава имеющихся с помощью нейросетей; компьютерные продукты по совершенствованию прогнозирования результатов клинических испытаний лекарств; программы исследования потенциальных побочных эффектов новых лекарств; программы по обнаружению патологий на ранних стадиях (например, по рентгеновским снимкам, МРТ) при анализе медицинских изображений; программные ресурсы по выявлению неврологических расстройств, в первую очередь болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера и др., и разработки персонализированных протоколов их лечения.

Кроме этого, важно отметить, что, по данным Forrester, объём медицинских услуг, осуществляемых посредством онлайн-платформы, удвоился в течение 2023 г. в сравнении с 2022 г.¹⁴ Как показало исследование Forrester: «В 2023 году пациенты будут выбирать розничные медицинские услуги для удовлетворения своих потребностей в первичной медико-санитарной помощи, поскольку системы здравоохранения ограничены ресурсами и не могут соответствовать более высокому уровню обслуживания пациентов в розничных магазинах».

В 2022–2023 гг. постоянно расширялся и пополнялся полезными новинками «интернет медицинских вещей», особенно за счёт простых устройств, которые предназначены для отслеживания жизненно важных показателей пациентов: уровня кислорода в крови, частоты сердечных сокращений, артериального давления, электрокардиограммы, риска сердечных приступов и др.; «умные» перчатки, уменьшающие тремор для страдающих болезнью Паркинсона.

Это направление развивается стремительно и перспективно, в том числе в рамках повышения качества самостоятельного слежения за своим здоровьем у пациентов (возможно, снизится количество медицинских услуг, связанных с простыми медицинскими манипуляциями и процедурами, и услуга трансформируется в персональный комментарий доктора при онлайн-общении).

Важным перспективным направлением развития цифровых «гаджетов» по отслеживанию заболеваний является разработка носимых устройств, отслеживающих и обнаруживающих признаки психических заболеваний (уровень активности, характер сна, частота сердечных сокращений) для определения подверженности риску депрессии.

Кроме этого, используются нейросети в работе аппаратов по определению генетической информации или генома человека, чтобы использовать лекарства эффективно, без осложнений и побочных эффектов, а также для проведения дистанционных нейрохирургических операций, онлайн-сервисов

для восстановления и развития мозга, сервисов для автоматического моделирования имплантов и др., что, несомненно, улучшает качество, скорость и комфорт предоставления медицинской услуги¹⁵.

В последние годы медицина в регионах России переживает глобальную трансформацию — только в 2023 г. учреждения приобрели медицинские продукты с использованием ИИ на 500 млн руб.¹⁶ По данным за 2023 г. уже в 70 регионах России медицинские решения принимаются с помощью ИИ¹⁷. Это подборка диагноза на основе симптомов, анализ и расшифровка рентген-, КТ-, МРТ-, УЗИ-снимков, отслеживание физиологических показателей с помощью мобильных приложений. Здесь ИИ максимально освобождает время врача для работы с пациентом и позволяет минимизировать ошибки в диагностике. Так, в клинике «Л7» в Махачкале предлагают автоматизированное исследование молочных желез на аппарате «ABUS». Устройство позволяет создать 3D-модель молочных желез и интерпретировать её за 60 секунд с точностью 95%, позволяя вовремя определить или предотвратить риск возникновения болезни.

Заключение

Развитие медицины в сотрудничестве современных клиник и ИИ будет способствовать качественному и точному предоставлению многих видов медицинских услуг. Основная сила современных технологий в медицинских организациях заключается в том, что они помогают врачам делать свою работу быстрее, а также усиливают качество диагностики, позволяя определить заболевания на ранних стадиях, т. е. предоставляют человеку, обратившемуся в медучреждение, качественную (востребованную) услугу.

В 2022 г., например, было выяснено, что технологии виртуальной реальности помогают справиться с болью. В России эти технологии также активно внедряют в психотерапию для борьбы с симптомами апатии, утомления, тревоги и сниженного настроения. ИИ становится важной частью здравоохранения: происходит оптимизация рабочих процессов, осуществляется интеллектуальная обработка данных, раннее обнаружение и диагностика заболеваний. Благодаря ИИ радиологи превращаются в специализированных клиницистов и, совместно с ИИ, повышают качество работы с пациентами с использованием многопараметрической визуализации.

¹⁵ Marr B. The Top 5 Healthcare Trends In 2023. URL: <https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2022/12/06/the-top-5-healthcare-trends-in-2023/?sh=503b50b2565b> (дата обращения: 23.03.2024); MobiHealthNews. NTU scientists develop predictive tech to detect depression. URL: <https://www.mobihealthnews.com/news/asia/ntu-scientists-develop-predictive-tech-detect-depression> (дата обращения: 25.03.2024).

¹⁶ Здравоохранение в регионах: влияние частных медицинских центров на развитие технологий в России. URL: <https://dzen.ru/a/ZcXL5bP31DwOfbvA> (дата обращения 10.03.2024).

¹⁷ Там же.

¹⁴ Официальный сайт компании Forrester. URL: <https://www.forrester.com> (дата обращения: 24.03.2024).

Весной 2023 г. запущен проект онлайн-продажи рецептурных лекарств — пилотный проект начался в 5 регионах страны, что также улучшит комфорт и заботу о здоровье пациентов.

Медицинская услуга, условия и форма её предоставления, в том числе с помощью цифровых технологий, находится в постоянном изменении, как и вся система здравоохранения. Последствия пандемического кризиса, санкции, стремительное внедре-

ние технологий и цифровизации влияют не только на всех участников предоставления медицинской услуги: и пациентов, и практикующих врачей, но также на востребованность ряда услуг: их скорость предоставления, качество и индивидуальный подход.

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

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

Баженова С. А., Граммова Е. А., Данилова Л. Г., Ковалева И. П., Корниенко М. В.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЫНКА РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СТРОИТЕЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ: ОЦЕНКА СТОИМОСТИ И ИНВЕСТИЦИИ В СТРОИТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Новороссийский филиал ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353900, Новороссийск, Россия

В рамках исследования проанализированы условия, представлены оценка стоимости и другие характеристики крупных строительных объектов медицинской сферы. В статье проведён анализ инвестиционных проектов строительных медицинских объектов в России, кратко освещены планы по развитию некоторых крупных медицинских сетей. Проведён обзор источников литературы по программам развития здравоохранения субъектов Российской Федерации, рассмотрены федеральные целевые программы, инвестиционные проекты строительства медицинских объектов, планируемые к завершению в 2023–2025 гг. Приведены некоторые аналитические результаты мониторинга за 2020–2023 гг. по активности инвестиционного рынка в направлении российского стратегического и институционального проектирования строительства объектов медицинских услуг в России.

Ключевые слова: строительные объекты; медицинский рынок; оценка стоимости; инвестиции

Для цитирования: Баженова С. А., Граммова Е. А., Данилова Л. Г., Ковалева И. П., Корниенко М. В. Исследование рынка российских медицинских строительных объектов: оценка стоимости и инвестиции в строительные программы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):536–341. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-536-341>

Для корреспонденции: Баженова Светлана Анатольевна; e-mail: sabazhenova@fa.ru

Bazhenova S. A., Grammova E. A., Danilova L. G., Kovaleva I. P., Kornienko M. V.

MARKET RESEARCH OF RUSSIAN MEDICAL CONSTRUCTION FACILITIES: COST ESTIMATION AND INVESTMENTS IN CONSTRUCTION PROGRAMS

Novorossiysk Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation, 353900, Novorossiysk, Russia

Within the framework of the study, conditions are analyzed, cost estimates and other characteristics of large construction projects in the medical field are presented. The article analyzes investment projects of construction medical facilities in the Russian Federation. Plans for the development of some large medical networks are also briefly highlighted. A review of literature sources on health development programs of the subjects of the Russian Federation was conducted, federal target programs were considered, investment projects for the construction of medical facilities planned for completion in 2023–2025 were studied. Some analytical results of monitoring for 2020–2023 on the activity of the investment market in the direction of the Russian strategic and institutional design of the construction of medical facilities in the Russian Federation are presented.

Keywords: construction sites; medical market; valuation; investments

For citation: Bazhenova S. A., Grammova E. A., Danilova L. G., Kovaleva I. P., Kornienko M. V. Market research of russian medical construction facilities: cost estimation and investments in construction programs. *Problemi socialnoi gigieni, zdoravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):536–341 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-536-341>

For correspondence: Svetlana A. Bazhenova; e-mail: sabazhenova@fa.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Медицинские объекты в стадии планирования, проектирования и строительства всегда требуют значительных инвестиционных средств, поскольку, безусловно, их строительство сопряжено с существенными расходами на строительные процессы, установку сложного оборудования, инфраструктурные инженерные процессы и др. Сами проектировочные процессы — создание макетов и проектов, могут составить 5–10% стоимости строительных медицинских объектов. А вот стоимость инженерной инфраструктуры, медицинское оборудование для строящихся медицинских объектов и его установка могут превышать до 50% и более от суммы, инвестированной в строительство медицинского объекта.

В 2022–2023 гг. более всего заявлено строительство медицинских объектов, которые является государственным заказом. Это касается не только Москвы и Московской области, но и строящихся медицинских объектов в других регионах РФ. Это, прежде всего, такие направления строительства, как обновление, реконструкция, строительство новых корпусов больниц, новых медицинских центров и др. Так, по данным пресс-службы комплекса социального развития г. Москвы, до конца 2022 г. было запланировано завершить строительство 40 новых медицинских объектов, 11 поликлиник, 7 больничных корпусов, 1 подстанции скорой медицинской помощи, вертолётных площадок и других сооружений, относящихся к инфраструктуре здравоохранения. Идёт строительство лечебно-диагностического комплекса МКНЦ им. Логина, многопрофильно-

го лечебного комплекса ДГКБ святого Владимира, 6 стационарных комплексов для скорой помощи, а в ходе капремонта в Боткинской больнице отремонтировано 8 корпусов¹.

Обзор литературы

Направляющим документом в рамках исследования данного вопроса, безусловно, является государственная программа «Развитие здравоохранения». Отметим, что на строительство медицинских объектов по этой программе Правительство РФ выделило 38,8 млрд руб., 26,4 млрд руб. из которых планировалось передать в ряд федеральных субъектов до конца 2023 г., а остальные — 11,8 млрд руб. — до конца 2024 г.

Одним из важных документов, регламентирующих строительство медицинских объектов и непосредственно связанных с оценкой их стоимости, является Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.02.2016 № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения». Несмотря на то что Приказ издан в 2016 г., он не потерял актуальности.

Поскольку наша работа связана ещё и с оценкой стоимости объектов медицинского назначения, несомненно, важным можно считать все распоряжения и приказы в 2023–2025 гг. по рамках федерального бюджета по здравоохранению, где определены расходы федерального бюджета на реализацию или окончание строительства того или иного медицинского объекта и изменение первоначальной суммы инвестиций более 3 млрд руб. Это в том числе ремонт, проведение сложной инфраструктуры, установка специфичного медицинского оборудования в более чем 17 регионах России к концу 2024 г. Эти значительные инвестиции были направлены на создание и ремонт более 8 тыс. объектов здравоохранения в регионах России. Стоимость возведения и обновления крупных объектов медицинского назначения, в которых на качественном уровне может быть оказана высокотехнологичная медицинская помощь, превышающая 2 млрд руб., в рамках госпрограммы как окончательная оценка объекта здравоохранения представлена, например, в распоряжениях от 28.12.2022 № 4296-р², от 26.01.2024 № 142-р³, касающихся выделения Правительством

более 2,2 млрд руб. на строительство объекта здравоохранения — Камчатской краевой больницы. И это только один пример системной работы, направленной на организацию общественного пространства, создание социальной инфраструктуры, реорганизацию, ремонт и переоборудование только одного медицинского объекта в одном из регионов нашей страны — на Дальнем Востоке.

М. В. Мишустин на заседании Правительства 25.01.2024 отметил, что «мы рассчитываем, что принятое решение позволит ускорить создание высокотехнологичного медицинского учреждения, чтобы жители региона могли получать необходимое лечение в комфортных условиях, проходить обследование на современном оборудовании»⁴.

Ещё один пример — по распоряжениям Правительства от 15.12.2023 № 3679-р, № 3680-р Правительства будет профинансировано строительство инфекционной больницы в Республике Коми, а также оснащение двух больниц в Калужской области⁵.

Так, согласно ежемесячному обзору «Инвестиционные проекты в строительстве общественных зданий РФ», в анализе состояния рынка строительства новых объектов медицинского назначения, в оценке их стоимости, инвестиционных программ и анализе объёмов рынка медицинского строительства, а также анализе конкурентов в этой сфере и исследовании факторов, которые влияют на этот рынок, безусловно, необходимым является ежедневный мониторинг документов государственного уровня: государственных программ, поручений Президента, распоряжений Правительства (изменений и дополнений в них, а также в перечнях строящихся, обновляемых и реконструируемых инвестируемых медицинских объектов и их стоимости), инвестиционных проектов государственно-частного партнёрства, чтобы иметь полное представление о тенденциях развития, в том числе финансировании и стоимости строительства и реконструкции медицинских объектов⁶.

³ Распоряжение от 26.01.2024 № 142-р «О выделении денежных средств на объекты здравоохранения Камчатского края». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202401260030?ysclid=lsekqrptlv259100664> (дата обращения: 07.02.2024).

⁴ Официальный сайт Правительства РФ // URL: <http://government.ru/> (дата обращения 12.02.2024).

⁵ Распоряжение Правительства от 15.12.2023 № 3679-р «О выделении в 2023 году Минздраву России из резервного фонда Правительства Российской Федерации бюджетных ассигнований в целях предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету Республики Коми для софинансирования капитальных вложений в объект капитального строительства «Республиканская инфекционная больница в г. Сыктывкаре (I этап)». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202312180041?ysclid=lsekugh5yww633660407> (дата обращения: 06.02.2024); Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2020 № 3680-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по развитию и укреплению системы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора на 2021–2028 г.». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400065888/?ysclid=lsekzek78j507674007> (дата обращения: 08.02.2024).

⁶ Ежемесячный обзор «Инвестиционные проекты в строительстве общественных зданий РФ» // URL: <https://infoline.spb.ru/shop/periodicheskie-obzory/page.php?ID=160748> (дата обращения 08.02.2024).

¹ Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/programs/health/info> (дата обращения: 09.02.2024); Федеральная адресная инвестиционная программа России. URL: <https://fair.economy.gov.ru/> (дата обращения: 09.02.2024); Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27.02.2016 № 132н «О Требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71260614/?ysclid=lsekwhu8es21478103> (дата обращения: 09.02.2024).

² Распоряжение от 28.12.2022 № 4296-р. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202212290079?ysclid=lsek775c9691730995> (дата обращения: 08.02.2024).

Материалы и методы

Материалами для анализа и исследования по данной теме явились информация в открытом доступе на Интернет-ресурсах, прежде всего, статистического характера, сведения для инвесторов на официальных сайтах крупнейших государственных и частных реализуемых программ, информация о государственных заказах на строительство объектов медицины либо их реконструкции в столице и в регионах России.

Важными материалами для написания статьи стали подробные описания структуры инвестирования медицинских строительных проектов, где указаны первоначальная стоимость инвестиций, окончательная или промежуточная стоимость и причины их изменения: усложнение инфраструктуры, закупка более дорогостоящего медицинского оборудования, смена поставщиков оборудования и организационная информация — данные об основных игроках сделок на рынке строительства в медицине и здравоохранении.

Важной частью исследования явилось изучение правовых документов: поручений Президента, распоряжений Правительства, государственных программ, программ регионов по здравоохранению, справочных данных об их реализации, официальных сайтов строительных компаний за 2022–2023 гг. и в краткосрочной перспективе до 2025 г.

Проведены статистический и экономический анализ данных; инвестиционный анализ; применены методы оценки стоимости объектов (затратный, доходный, остаточный, распределения, капитализации и др.), структурно-аналитический и др. Частично были использованы методы маркетинговых исследований: анализ клиентов, конкурентов, маркетинговое стратегическое планирование в рамках реализации в здравоохранении и др. Были использованы методы мониторинга тендеров — как государственного, так и коммерческого направления — на проведение строительных работ, поставку медицинского оборудования, материалов и др. в медицинском строительстве и его ресурсном обеспечении в рамках реализации целевых государственных программ по здравоохранению.

Результаты

При оценке стоимости и сравнения инвестиционных вложений в строящиеся медицинские объекты и их реконструкцию в 2023–2025 гг. выяснено, что наиболее значимо по количеству объектов были проинвестированы медицинские строительные проекты в Центральном и Приволжском федеральных округах (19 объектов в 17 регионах страны), а по суммам инвестиций — в Южном федеральном округе.

В 2023 г. было внесено инвестиций на 450 млрд руб. Из них государством было выделено более 38,8 млрд руб. по государственной программе «Развитие здравоохранения» (остальные инвестиции носят частно-государственный и частный характер,

в основном в аспекте корпоративных инвестиций). Речь прежде всего идёт о медицинских учреждениях, стоимость строительства которых превышает 3 млрд руб. Менее дорогостоящие объекты получили финансирование и будут профинансированы в рамках действующих федеральных проектов.

Стоит отметить, что значительные инвестиционные средства были внесены в строительство крупных медицинских объектов в Краснодарском крае и Республике Крым. Например, на строительство нового корпуса ГБУ РК «Многопрофильный комплексный реабилитационный центр для детей-инвалидов» (Евпатория, Республика Крым) с объектами инфраструктуры, необходимыми для его функционирования. Это строительство в соответствии с законодательной базой было анонсировано летом 2020 г. Стоимость проекта — более 18 млрд руб. Реализация проекта осуществляется в рамках федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Крым и г. Севастополя до 2022 года».

Одной из характеристик медицинского строительства в России является активное строительство фармацевтических заводов, компаний, реализующих товары фармацевтического производства, смежных производств (медицинская техника, медицинское оборудование и т. п.). Среди крупных отечественных предприятий фармацевтического производства и компаний, производящих медицинское оборудование, как и малых предприятий этой сферы, происходит расширение производств в виде достраивания новых и перестраивания старых цехов, участков и поточных линий, строительства объектов административно-производственного характера в медицинском строительстве. Примеры таких объектов: производственный корпус завода «Северная Звезда» в Санкт-Петербурге; строительство в Северной Осетии фармацевтического предприятия, производящего инфузионные растворы и концентраты; начало строительства в Обнинске (Калужская область) крупного фармацевтического предприятия по производству радиофармпрепаратов; строительство завода фармацевтического направления в Москве в районе «Алабушево» и др.

Отметим, что специфической чертой строительства медицинских и фармацевтических объектов (больниц, поликлиник, медицинских центров, амбулаторий) является довольно сложная система самого строительства как при закупке строительных материалов, оборудования для строительства (например, производства на участке строительных материалов для отделки, для установки приборов отопления и др.), а также установка освещения, конвекторов, проведение работ по полам, стенам, потолкам и др. — всё это требует соответствия СанПиНам, санитарно-гигиенической сертификации и требованиям эпидемиологического контроля, что достаточно трудоёмко и осложняет многие этапы строительного процесса медицинских учреждений и, безусловно, в конечном итоге влияет на оценку стоимо-

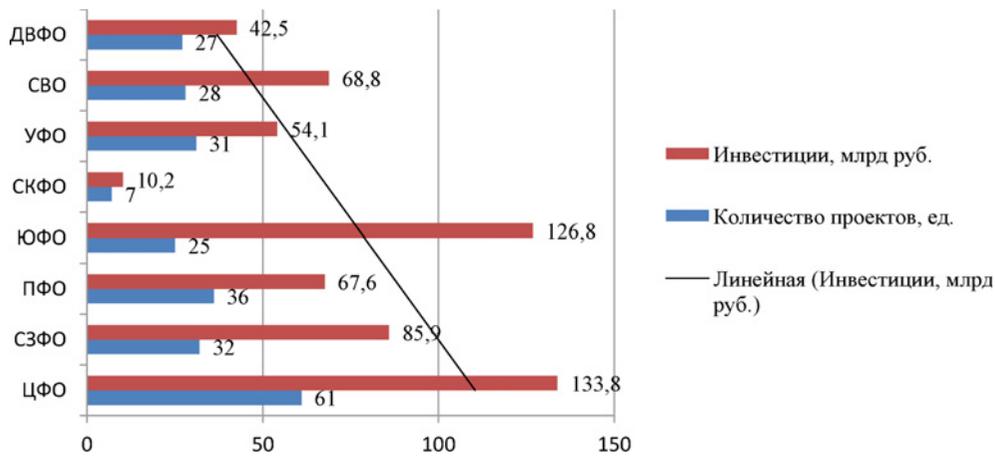


Рис. 1. Распределение инвестиционных проектов по федеральным округам, количеству проектов и объёму инвестиций в строительство медицинских объектов в России в 2023 г.

сти объекта как при его планировании, так и при введении в эксплуатацию.

На расходную часть при оценке стоимости проекта в медицинском строительстве — как в определении рыночной стоимости, так и остаточной — могут влиять и такие инфраструктурные процессы, как установка интеллектуальной вентиляционной системы (поддерживающей определённую температуру в отдельных помещениях, что является важным условием для бесперебойной и отлаженной работы сложного и дорогостоящего медицинского оборудования); установка систем водоснабжения с многоступенчатой очисткой; изоляционные работы повышенной сложности при проведении электро-снабжения; установка контуров аварийного питания согласно специфических электро- и ресурсных требований к медицинскому оборудованию, чтобы электроэнергия поступала бесперебойно в аварийной ситуации; установка специальных напольных покрытий, задерживающих посторонние частицы, в гардеробных для сотрудников; достаточно сложное и специфическое оборудование мест хранения медицинских отходов и др.

Все эти процессы, сопряжённые с проектированием и строительством медицинского объекта, очень важны не только для строительных компаний, но и для заказчиков, подрядчиков, инвесторов ещё и потому, что большое количество экономической информации и финансовой документации требует углублённого, кропотливого и многоаспектного анализа для уточнения ресурсозатратности и проведения предварительной и окончательной оценки стоимости медицинского объекта, будь то новое строительство или реконструкция уже действующего объекта медицинского назначения. Отметим, что во многих документах, например, в Федеральной адресной инвестиционной программе России в рамках реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения», представлена стоимость проектов, которые находятся на различных стадиях строительства или реконструкции: пла-

нирования, проектирования, подготовительных работ, нулевого цикла, закупки стройматериалов и др.

Среди основных крупных медицинских объектов, запущенных и финансируемых частными инвесторами, — многопрофильный медицинский центр со стационаром «Мать и дитя» (Москва; объём инвестиций — 600 млн руб.); многопрофильный медицинский центр со стационаром «Медицея» (Ижевск; объём инвестиций — 500–700 млн руб.); многопрофильный медицинский центр со стационаром «СМ-Клиника» (Москва; объём инвестиций — 250 млн руб.); корпус с круглосуточным стационаром «Медассист/Медскан» (Курск; объём инвестиций — 700 млн руб.); поликлиника с лучевой диагностикой и стоматологией (Пермь; объём инвестиций — 350 млн руб.); многопрофильный медицинский центр со стационаром «Инздрав» (Омск; объём инвестиций — 500 млн руб.), а также ещё по 2 объекта в Москве (сумма инвестиций — 3180 млн руб.) и Санкт-Петербурге (сумма инвестиций — 960 млн руб.) Отметим, что российские инвестиции в строительство медицинских объектов (амбулаторных клиник, диагностических центров, многопрофильного медицинского центра со стационаром) в Объединённых Арабских Эмиратах, Армении, Грузии составили в 2023 г. 5600 млн долл. К открытию уже готовятся несколько заметных объектов, самый значительный запуск в 2024 г. состоится в Казани — «Millenium Clinic»⁷.

В среднем стоимость строительства либо реконструкции медицинского объекта составляет не менее 300 млн. руб. Общий объём инвестиций в медицинские проекты составил более 450 млрд руб. в 2023 г.⁸ (рис. 1, 2). По стоимости строящихся меди-

⁷ Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2020 № 3680-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») по развитию и укреплению системы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора на 2021–2028 г.». // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400065888/?ysclid=lsekzek78j507674007> (дата обращения: 08.02.2024); EstateLine: база контактов отделов закупок и снабжения строительных фирм. URL: <https://estateline.ru/?ysclid=lse12gw7ga926190925> (дата обращения: 10.02.2024).

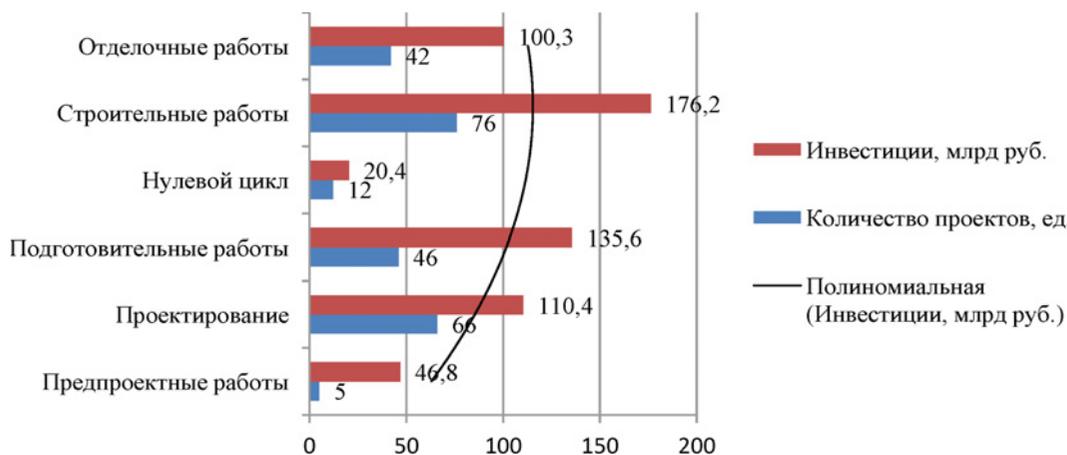


Рис. 2. Распределение инвестиционных проектов по стадиям строительства, количеству проектов и объёму инвестиций в строительство медицинских объектов в России в 2023 г.

цинских объектов и инвестициям в них в 2022–2023 гг. наиболее выделяется Центральный федеральный округ (61 объект и 133,8 млрд. руб.), менее всего инвестиций для медицинского строительства получил Северо-Кавказский федеральный округ (7 объектов и 10,2 млрд. руб. инвестиций).

Анализируя данные рис. 2, отметим, что более всего — 76 строительных объектов медицинского назначения — находятся на стадии проведения строительных работ (стоимость — 176,2 млрд. руб.); на 2-м месте — проектные работы (66 строительных медицинских объектов и 110,4 млрд. руб.), по инвестированным средствам на 2-м месте — подготовительные работы (135,6 млрд. руб.).

Таким образом, можно сделать следующий вывод: факторы, которые определяют развитие строительного медицинского рынка и оценку стоимости объектов на нём на краткосрочную перспективу, — это всё более ёмкое привлечение внешнего инвестирования, консолидация финансирования и участие в государственных программах. Консолидация финансирования и привлечение инвестирования как для строительства новых медицинских объектов, так и для реконструкции и обновления старых объектов, проходят с такой тенденцией, как ориентация на покупку крупных активов, оцениваемых по стоимости более чем в 1 млрд руб., ещё и при слиянии больниц, поликлиник с другими игроками, например, профильными или общеклиническими лабораториями, диагностическими центрами и т. п.

Обсуждение

Непрофильным инвесторам в перспективе получения будущей прибыли крайне интересно не строительство медицинских объектов среднего уровня, а крупномасштабные проекты. К такому инвестиционному поведению в оценке строительных объектов медицинского характера многих инвесторов подтолкнул пандемический кризис, а сейчас и санкци-

онные факторы, не дающие возможности работать за границей, которые и привели к созданию многих направлений сотрудничества и вливания инвестиций непрофильными инвесторами, такими как банки, крупные корпорации («Росатом», «Газпром», «Сбер» и др.), в строительство объектов здравоохранения.

Увеличивается не только инвестирование и стоимость возводимых медицинских объектов, но и объём частного инвестирования в строительство крупных центров. Так, объём частных инвестиций только в 2023 г. в частные медицинские структуры в разных регионах России (Москва, Московская область, Санкт-Петербург, Омск, Пермь, Ижевск, Курск и др.) превысил 7,39 млрд руб. Это средства были направлены не только на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения, но и на оснащение новейшим оборудованием, вводом в строй новой инфраструктуры и др.

В рамках оценки стоимости этих объектов стоит подчеркнуть, что средняя стоимость 1 м² таких помещений в конце 2023 г. составляла уже порядка 155,9 тыс. руб., и это не учитывая сроки реализации проекта строительства объекта здравоохранения.

Ещё одним направлением обсуждения и выявления важных тенденций в определении стоимости и инвестиций в строительство медицинских объектов является работа с государственными заказами. Государственными заказчиками только в первой половине 2023 г. было размещено закупок на строительство и реконструкцию больниц, поликлиник, фельдшерских участков и др. более чем на 129 млрд руб., что наравне с участием крупных игроков инвестирования в медицинское строительство играет немаловажную роль в снижении социальной напряжённости и оздоровлении нации. Эти показатели на 3% больше, чем за тот же период 2022 г.

Важными являются такие показатели, как выделение из государственного бюджета денежных средств на реализацию государственной программы «Развитие здравоохранения», что можно проиллюстрировать такими цифрами: на строительство и

⁸ Торгово-административное строительство в РФ. URL: <https://infoline.spb.ru/services/1/stroitelstvo/index.php?ysclid=lsc79h45fr715556850> (дата обращения: 07.02.2024).

реконструкцию больниц и поликлиник в регионах РФ «было выделено из государственного бюджета в 2020 г. 148 млрд руб., в 2021 г. — 252 млрд руб., в 2022 г. — 248 млрд руб. За первую половину 2023 г. было уже размещено госзакупок на строительство и реконструкцию больниц и поликлиник на 129 млрд руб. Это на 3% больше, чем в первом полугодии 2022 г.»⁹

Ещё одной тенденцией, ведущей к увеличению стоимости строящихся медицинских объектов, является увеличение количества сделок слияний и поглощений. Крупные сети медицинского направления («Мать и дитя», «Медси», «СМ-клиника», ГК «Мединвестгрупп» и др.) активно наращивали свои финансовые показатели, в первую очередь, за счёт проведения сделок по слиянию и поглощению и строительства новых объектов медицины. Эти группы строят и открывают новые центры и клиники, наращивая показатели прибыли, выручки и тем самым увеличивая темпы прироста и стоимости компаний.

Заключение

Строительство объектов здравоохранения на российском рынке принято считать одним из наиболее перспективных, что связано в первую очередь с такими факторами, как высокая численность насе-

ления, необходимость и высокая потребность в строительстве, ремонте, переоснащении, улучшении инфраструктуры, модернизации в медицинских организациях России. При оценке стоимости строящихся и реконструируемых медицинских объектов в столице и регионах России мы пришли к следующим заключениям.

Одним из современных факторов строительства медицинских объектов в России является высокий уровень внедрения цифровых технологий, причём на каждом этапе строительства медицинских зданий. Это включает тендерные процессы, процесс проектирования, реализацию облачных решений для исполнительного документооборота, работу мобильного сервиса при найме персонала, при проведении определённых строительных расчётов, цифровизацию всех этапов строительства и эксплуатации медицинских объектов (как система «Умный дом»).

Таким образом, комплекс цифровых решений расширяется, уточняется и всё больше принимает участие в строительстве медицинских субъектов, что в свою очередь, повышает эффективность строительства, помогает оптимизировать все процессы и этапы строительства, улучшать строительную логистику, ускорять прохождение согласования, договоренностей, сокращения расходной части строительства в рамках «бережливого производства».

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

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

⁹ EstateLine: база контактов отделов закупок и снабжения строительных фирм. URL: <https://estateline.ru/?ysclid=lsel2gw7ga926190925> (дата обращения: 10.02.2024).

Безымянный А. С.¹, Блохина Е. В.¹, Мингазова Э. Н.^{2,3}**О ВОЗМОЖНОСТЯХ И ПРЕИМУЩЕСТВАХ ПРОВЕДЕНИЯ МНОГОЦЕНТРОВЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА БАЗЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГОРОДА МОСКВЫ**¹ГКУ «Дирекция по координации деятельности медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы», 115280, г. Москва, Россия;²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;³ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия

В статье представлена особая роль амбулаторного звена (городские поликлиники) в системе городских медицинских организаций, имеющего значительный потенциал развития в области проведения клинических исследований. Данная деятельность стала возможной благодаря планомерной работе по оснащению амбулаторно-поликлинических организаций современным диагностическим оборудованием, наличию специалистов, прошедших обучение по организации и проведению клинических исследований по международным правилам надлежащей клинической практики. Особая ценность заключается в том, что у поликлинической сети существует обширная база данных, включающая миллионы пациентов и обеспечивающая возможность выполнения высочайшего уровня медицинской экспертизы и проведения исследований.

Ключевые слова: клинические исследования; поликлиники; медицинские организации; медицинская экспертиза; амбулаторно-поликлинические организации; здравоохранение Москвы

Для цитирования: Безымянный А. С., Блохина Е. В., Мингазова Э. Н. О возможностях и преимуществах проведения многоцентровых клинических исследований на базе амбулаторно-поликлинических организаций города Москвы. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):542–547. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-542-547>

Для корреспонденции: Мингазова Эльмира Нурисламовна, e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Bezymyanny A. S.¹, Blokhina E. V.¹, Mingazova E. N.^{2,3}**THE POSSIBILITIES AND ADVANTAGES OF CONDUCTING MULTICENTER CLINICAL TRIALS ON THE BASIS OF OUTPATIENT CLINICS IN MOSCOW**¹Directorate for the coordination of the activities of medical organizations of the Moscow Department of Health, 115280, Moscow, Russia;²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;³Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia

The article presents the special role of the outpatient unit (urban polyclinics) in the system of urban medical organizations, which has significant development potential in the field of clinical research. This activity became possible due to the systematic work on equipping outpatient clinics with the most modern diagnostic equipment, the availability of specialists trained in the organization and conduct of clinical trials according to the international rules of good clinical practice. A special value lies in the fact that the polyclinic network has an extensive database that includes millions of patients and provides the opportunity to perform the highest level of medical expertise and research.

Keywords: clinical trials; polyclinics; medical organizations; medical expertise; outpatient clinics; Moscow health-care

For citation: Bezymyanny A. S., Blokhina E. V., Mingazova E. N. The possibilities and advantages of conducting multicenter clinical trials on the basis of outpatient clinics in Moscow. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):542–547 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-542-547>

For correspondence: Elmira N. Mingazova; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Проведение клинических исследований является комплексной задачей с привлечением большого количества разнообразных ресурсов. В процессе клинического исследования необходимо проведение многих специфических процедур и мероприятий, которые нередко выходят за пределы рутинной медицинской и административной практики, а также требуют использования мультикомандного подхода с одновременным участием в процессе многих подразделений и специалистов [1–4]. Нельзя забывать и о регуляторных особенностях клинических исследований, о постоянном развитии и совершен-

ствовании законодательства в области их проведения [5–7]. Несмотря на то что за последние десятилетия в России сформировался зрелый и перспективный рынок клинических исследований с международным участием, компании, проводящие клинические исследования, продолжают сталкиваться с проблемами и сложностями, которые отрицательно влияют на скорость и качество проведения клинических исследований, а также на их экономическую составляющую [8–12].

Цель исследования: провести оценку преимуществ проведения многоцентровых клинических исследований на базе амбулаторно-поликлинических организаций города Москвы.

Методы исследования: аналитический, библиографический.

Результаты и обсуждение

Решение задачи систематизации и унификации работы в рамках проведения клинических исследований способно значительно улучшить качество их проведения и дать дополнительные преимущества спонсорам, медицинским организациям и вовлечённому персоналу, а также минимизировать риски и стоимость проведения исследований [13].

В различных регионах приняты свои подходы к решению этой задачи. В Москве с целью улучшения качества, методологии, повышения безопасности и скорости проведения клинических исследований, а также ускорения вывода новых лекарственных средств в клиническую практику Правительством города было принято решение о комплексной поддержке проведения клинических исследований новых лекарственных препаратов на базе городских медицинских организаций на постоянной основе¹.

Особую роль в системе городских медицинских организаций играет амбулаторное звено (городские поликлиники), имеющее значительный потенциал в области проведения клинических исследований. Заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова утверждает, что «в ближайшие 2–3 года в Москве будет создана совершенно новая амбулаторная среда: 200 поликлиник уже реконструированы по новому московскому стандарту, начинается второй этап программы, который затронет еще 140 зданий, проводятся беспрецедентные проекты, аналогов которых в России ещё не было»².

Бесспорно, на протяжении десятилетий медицинские организации Москвы являются лидерами в области предоставления медицинских услуг, а в последние годы столичные поликлиники всё активнее становятся и участниками научно-исследовательской деятельности, внося свой ценный вклад в развитие медицины, поиск новых подходов к лечению различных заболеваний. Проведение масштабных клинических исследований стало возможным благодаря планомерной работе по оснащению амбулаторно-поликлинических организаций современным диагностическим оборудованием, наличию специалистов, прошедших обучение по организации и проведению клинических исследований по международным правилам надлежащей клинической практики. Особая ценность заключается в том, что у поликлинической сети существует обширная база данных, включающая миллионы пациентов и обеспечивающая возможность выполнения меди-

цинской экспертизы высочайшего уровня и проведение исследований.

В недавнем прошлом пандемия COVID-19 предстала вызовом для медицинской индустрии, требующим не только дополнительных ресурсов, но и высококвалифицированных специалистов, способных оперативно реагировать на новую ситуацию. Медицинские организации первичного звена во всём мире активно включились в клинические исследования и стали неотъемлемой частью борьбы с коронавирусом, поскольку результаты исследований оказались критически важными для принятия решений о масштабах проведения вакцинации и об использовании конкретных препаратов.

За последние 3 года в исследовательских центрах на базе поликлиник города Москвы были проведены более 90 клинических исследований. Этот впечатляющий результат говорит о сформированности стройной системы организации данного вида деятельности. Яркими примерами такой работы являются успешно реализованные проекты по проведению клинических исследований разработанной специалистами ФГБУ «Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени академика Н. Ф. Гамалеи» Минздрава России первой отечественной и первой зарегистрированной в мире вакцины для профилактики COVID-19 Гам-КОВИД-Вак (Спутник V), Спутник Лайт, а также других вакцин от COVID-19: МИР-19 (ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России) и интраназальной вакцины GNR-099 (АО «Генерум») [14].

Для эффективного проведения массовых клинических исследований по безопасности и эффективности вакцин медицинскими организациями Москвы были разработаны новые методы работы и внедрены самые передовые технологии. В результате были налажены эффективные системы мониторинга побочных эффектов и быстрого реагирования на непредвиденные события. Этот уникальный опыт с учётом особенностей проведения исследований во время пандемии COVID-19, который соответствует лучшим мировым практикам, был проанализирован, модифицирован и стал применяться для клинических исследований препаратов других терапевтических групп [15].

На базе столичных поликлиник был разработан универсальный стандартизированный методологический подход, который позволяет проводить исследования с максимальной эффективностью. Он включает оптимальную навигацию с вовлечением медицинского персонала и специфических групп субъектов исследования, а также использование стандартизированной электронной документации в рамках единой цифровой платформы системы ЕМИАС, содержащей информацию о пациентах, прикрепленных к медицинским организациям Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ). При этом не следует забывать и о внедрении валидированных технологий дистанционной оценки состояния здоровья субъектов исследования.

¹ Собянин С. Продолжим поддержку исследований лекарств в городских медучреждениях. MOS.RU. URL: <https://www.mos.ru/mayor/themes/18299/10499050>

² Ракова А. За 2–3 года в Москве создадут новую амбулаторную среду. Аргументы и Факты. URL: https://aif.ru/society/healthcare/vice-mer_rakova_zh_2_3_goda_v_moskve_sozdadut_novuyu_ambulatornuyu_sredu

Использование разработанного стандартизированного методологического подхода при проведении клинических исследований увеличило их доступность, оптимизировало процесс их проведения и, в конечном счёте, дало возможность получить более точную и полную информацию о состоянии здоровья пациентов. Это открывает перспективы развития и совершенствования медицинской науки и практики.

Чтобы согласовать и ускорить процесс подготовки, запуска и проведения клинических исследований на базе медицинских учреждений ДЗМ, для спонсоров клинических исследований и контрактных исследовательских организаций организован процесс взаимодействия с медицинскими организациями города по принципу одного окна. Заявки компаний, касающихся проведения той или иной научно-исследовательской деятельности, включая оценку и организацию проведения клинических исследований, принимаются и обрабатываются Департаментом клинических исследований, который является подразделением АНО «Московский центр инновационных технологий в здравоохранении», — единым официальным центром коммуникации, помогающим проведению клинических исследований в Москве. Центр создан для осуществления программы комплексной поддержки проведения клинических исследований в амбулаторных и стационарных медицинских организациях г. Москвы, которая реализуется посредством предоставления консультационной, организационной и финансовой поддержки разработчикам лекарственных средств, проводящим и/или планирующим проведение клинических исследований на базе медицинских организаций системы здравоохранения ДЗМ.

Важным организационным этапом повышения эффективности и контроля в области проведения клинических исследований амбулаторного звена стало создание на базе «Дирекции по координации деятельности медицинских организаций» ДЗМ отдела сопровождения научной и исследовательской деятельности, который за короткие сроки смог применить специально разработанный внутренний универсальный методологический алгоритм координации проведения исследований на базе городских поликлиник.

Дирекция в своей работе использует богатый опыт в проведении многоцентровых клинических исследований. На сегодняшний день на территории Москвы используются 85 амбулаторных центров, каждый из которых имеет 5–6 филиалов. Всего на этих базах трудится свыше 20 тыс. врачей, при этом более 80 специалистов соответствуют критериям Минздрава России и являются главными исследователями в протоколах клинических исследований.

В настоящее время более 5500 сотрудников московских поликлиник успешно прошли обучение по программе дополнительного профессионального образования «Организация и проведение клинических исследований по международным правилам надлежащей клинической практики GCP», проводи-

мым НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ. Этот значительный результат создает огромные возможности для сотрудничества с фармацевтическими, медицинскими и другими организациями в проведении разнообразных исследований, включая исследование реальной клинической практики, в том числе в педиатрической популяции. Сформированный кадровый резерв, состоящий из опытных и квалифицированных специалистов, готов принять активное участие в проведении научных исследований и обеспечить их успешную реализацию, накоплен практически в каждой медицинской организации первичного звена Москвы. Дирекция стремится к дальнейшему развитию и модернизации научно-исследовательской деятельности, чтобы своевременно и качественно отвечать на требования современной медицины, внедряя новейшие методологические приёмы и результаты практических находок (ноу-хау) в области проведения клинических исследований.

Медицинские организации Москвы обладают весомым конкурентным преимуществом в проведении клинических исследований. Благодаря доступу к обширной разновозрастной целевой популяции с самыми разнообразными нозологиями они могут использовать полученные результаты как базу для внедрения новых технологий, лекарственных препаратов и методов лечения в различных группах населения, что является значимым социальным преимуществом и способствует более быстрому выводу на рынок лекарственных препаратов в рамках импортозамещения.

Наличие высокопрофессионального штатного состава сотрудников и современных технических возможностей обеспечивает качественное и своевременное проведение значительного объёма исследований, что способствует достижению поставленных целей и требований заказчика исследования. Команда специалистов, имеющих обширный опыт и глубокие знания в своей области, гарантирует высокий уровень профессионализма и результативность в выполнении каждого проекта клинического исследования.

Важнейшим преимуществом является возможность привлечения к проведению клинических исследований ГБУЗ города Москвы «Диагностический центр (Центр лабораторных исследований) ДЗМ», оснащённого самым современным инновационным оборудованием, позволяющим проводить все нужные исследования с неукоснительным соблюдением в своей работе мировых стандартов качества и минимальным риском ошибок. Организация этической экспертизы и этического сопровождения проводимых исследований возможна при подаче документов в Московский городской этический комитет, в котором рассмотрение документации исследований проводят высококомпетентные в сфере этического сопровождения исследований эксперты. Дать высококвалифицированную консультацию по количеству пациентов с тем или иным заболеванием, соответствующему нужным критериям с учётом

целей и задач исследования, может Департамент больших данных (BigData) [16].

Таким образом, здравоохранение Москвы сформировало хорошо отлаженный технологический механизм с чётко отработанными процессами оценки возможности и поддержки проведения клинических исследований в медицинских организациях Москвы.

Преимущества для спонсора, планирующего проведение клинического исследования на базе амбулаторного звена ДЗМ:

- широкий охват и быстрый доступ к различным группам взрослого и детского населения города Москвы с разнообразными нозологическими группами;
- использование сервиса Big Data для оценки возможности проведения исследования на стадии выполнимости протокола, подбора субъектов исследования, удовлетворяющих всем необходимым критериям, а также длительности отслеживания исходов терапии и нежелательных явлений/побочных эффектов, включая выживаемость;
- «прозрачность» истории субъекта клинического исследования и сквозное накопление медицинской информации в единой информационной системе (ЕМИАС);
- обученный и мотивированный кадровый резерв на базе практически каждой медицинской организации города, способный оперативно подключиться к выполнению того или иного протокола клинического исследования, или его части (в соответствии с требованиями протокола и распределению обязанностей);
- возможность оперативного официального привлечения медицинских специалистов необходимого уровня и квалификации в качестве главного исследователя под тот или иной проект на любой необходимый срок в любой из амбулаторных медицинских организаций города;
- административная поддержка руководства медицинских организаций, в том числе на общегородском уровне;
- единые стандарты сбора и заполнения медицинской информации о субъекте исследования в электронную историю болезни;
- соответствие электронной истории болезни российским и международным требованиям и регуляциям в отношении контроля доступа, логирования информации, сохранения персональных данных субъекта и др.;
- единые унифицированные стандарты проведения подготовительных работ к проведению клинического исследования в соответствии с составляемой под каждое конкретное исследование дорожной картой, значительно сокращающие вариативность пакета документов между медицинскими учреждениями;
- единый координационный центр по согласованию договоров и бюджета на проведение

клинического исследования (принцип одного окна), позволяющий осуществлять сквозное подписание согласованного договора и бюджета на проведение клинического исследования между отобранными в проект амбулаторными медицинскими организациями и спонсором исследования;

- необходимость в заключении только 1 договора (контракта) на проведение клинического исследования между каждой амбулаторной медицинской организацией (клиническим центром) и спонсором исследования;
- стандартизированное и унифицированное оснащение амбулаторных медицинских учреждений оборудованием, в том числе экспертного класса с отлаженным процессом метрологического контроля с возможностью оперативного предоставления (закупка/временное использование) недостающего оборудования по согласованию со спонсором исследования;
- стандартизированная и унифицированная планировка медицинских учреждений, расположение зон работы медицинских специалистов и распределение потоков пациентов с возможностью гибкой реконфигурации любого элемента (изменение характеристик потока пациентов, выделение дополнительных помещений, изменение целевого назначения помещений) на время проведения исследования;
- возможность оперативного привлечения дополнительных служб и/или организаций на уровне города для корректного выполнения того или иного исследования в случае необходимости по согласованию со спонсором исследования, что подтверждается успешным прохождением инспекции Европейского медицинского агентства по одному из протоколов на базе первичного медицинского звена города Москвы;
- рутинное использование единого лабораторного центра для анализа биологического материала всех амбулаторных медицинских организаций города с отработанными процессами сбора, подготовки, транспортировки, обработки и репортирования результатов по единым стандартам;
- опциональное использование Московского городского этического комитета с возможностью сквозной подачи, рассмотрения и одобрения исследования (принцип одного окна) для всех амбулаторных медицинских организаций города с возможностью проведения зонтичного этического сопровождения того или иного исследования для других медицинских организаций.

Выводы

С учётом вышеперечисленных особенностей организации и построения процессов проведения клинических исследований на базе амбулаторных меди-

цинских учреждений ДЗМ может значительно сократить временные и финансовые затраты спонсора клинического исследования на оценку осуществимости того или иного протокола, а также на сроки и качество проведения исследования. Необходимо отметить, что спонсору клинического исследования при определённых условиях доступна опция частичного возмещения затрат на проведение исследования в рамках программы поддержки проведения клинических исследований Правительства города Москвы. Применение всех обозначенных инструментов и опций способствует скорейшему вводу новых технологий здравоохранения и лекарственных средств для широкого медицинского применения и делает инновационные препараты доступными широкому слою пациентов, которым показана такая терапия.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интереса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Knapke J. M., Snyder D. C., Carter K. et al. Issues for recruitment and retention of clinical research professionals at academic medical centers: Part 1 — collaborative conversations Un-Meeting findings // *J. Clin. Transl. Sci.* 2022. Vol. 6, N 1. P. e80. DOI: 10.1017/cts.2022.411
2. Figer B., Gogtay N. J., Thatte U. M. Compliance of Mumbai-based clinical trial sites with the Quality Council of India guidelines and evaluation of the challenges faced by the investigators // *Perspect. Clin. Res.* 2021. Vol. 12, N 3. P. 133–139. DOI: 10.4103/picr.PICR_22_20
3. Bertilsson E., Serhal S., Emmerton L. et al. Pharmacists experience of and perspectives about recruiting patients into a community pharmacy asthma service trial // *Res. Social Adm. Pharm.* 2021. Vol. 17, N 3. P. 595–605. DOI: 10.1016/j.sapharm.2020.05.012
4. Terada M., Nakamura K., Matsuda T. et al. A new era of the Asian clinical research network: a report from the ATLAS international symposium // *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2023. Vol. 53, N 7. P. 619–628. DOI: 10.1093/jjco/hyad033
5. Хохлов А. Л., Полозова Е. А., Комиссарова В. А. и др. Риски, сопряжённые с этическими аспектами проведения клинических исследований // *Качественная клиническая практика.* 2020. № 1. С. 61–68. DOI: 10.37489/2588-0519-2020-1-61-68
6. Дорофеева О. А., Сюняков Т. С., Ивашкина Н. Ю. Оптимизация подходов к проведению клинических исследований новых анксиолитиков и антидепрессантов // *Современная терапия психических расстройств.* 2022. № 2. С. 2–10. DOI: 10.21265/PSYPH.2022.39.23.001
7. Аликов А. В., Марченко С. Д. Нормативная база проведения клинических исследований в мире и в России // *Фармация.* 2018. Т. 67, № 8. С. 3–8. DOI: 10.29296/25419218-2018-08-01
8. Нартова М. А. Модификация рынка клинических исследований в России в условиях санкций // *Моделирование и прогнозирование развития отраслей социально-экономической сферы: сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции.* Курск, 2023. С. 71–73.
9. Лин А. А., Соколов Б. И., Орлов А. С. Фармацевтический рынок: сегмент клинических исследований лекарственных препаратов // *Проблемы современной экономики.* 2015. № 1. С. 288–293.
10. Никитин Е. Н., Семернин Е. Н., Ягмуров О. Д. Качественная клиническая практика: история возникновения и основные

- принципы. Правовые основы проведения клинических исследований в России // *Медлайн-экспресс.* 2004. № 4. С. 56–58.
11. Кузьмин А. А. Состояние и проблемы клинических исследований в Российской Федерации // *Современная онкология.* 2016. Т. 18, № 5. С. 7–9.
 12. Линькова Ю. Н. Отечественная регуляторная система в области клинических исследований соответствует международным подходам // *Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. Регуляторные исследования и экспертиза лекарственных средств.* 2023. Т. 13, № 4. С. 488–492. DOI: 10.30895/1991-2919-2023-13-4-488-492
 13. Апарцин К. А., Демкова О. В., Горохова А. В. Клинические исследования в ИНЦХТ: итоги и перспективы // *Acta Biomedica Scientifica.* 2016. Т. 1, № 4. С. 129–134. DOI: 10.12737/23000
 14. Безымянный А. С. Опыт проведения клинических исследований на базе поликлиник Москвы // *Московская медицина.* 2023. № 6. С. 60–65.
 15. Кит О. И., Геворкян Ю. А., Солдаткина Н. В., Геворкян Э. Ю. Особенности лечения пациентов с онкологическими заболеваниями и проведение клинических исследований в области онкологии в условиях пандемии COVID-19: опыт зарубежных стран // *Вестник РАМН.* 2020. Т. 75, № 4. С. 278–282.
 16. Карева М. А. Департамент клинических исследований — единый центр поддержки исследований в Москве // *Московская медицина.* 2023. № 6. С. 20–28.

Поступила 06.03.2024

Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Knapke J. M., Snyder D. C., Carter K. et al. Issues for recruitment and retention of clinical research professionals at academic medical centers: Part 1 — collaborative conversations Un-Meeting findings. *J. Clin. Transl. Sci.* 2022;6(1):e80. DOI: 10.1017/cts.2022.411
2. Figer B., Gogtay N. J., Thatte U. M. Compliance of Mumbai-based clinical trial sites with the Quality Council of India guidelines and evaluation of the challenges faced by the investigators. *Perspect. Clin. Res.* 2021;12(3):133–139. DOI: 10.4103/picr.PICR_22_20
3. Bertilsson E., Serhal S., Emmerton L. et al. Pharmacists experience of and perspectives about recruiting patients into a community pharmacy asthma service trial. *Res. Social Adm. Pharm.* 2021;17(3):595–605. DOI: 10.1016/j.sapharm.2020.05.012
4. Terada M., Nakamura K., Matsuda T. et al. A new era of the Asian clinical research network: a report from the ATLAS international symposium. *Jpn. J. Clin. Oncol.* 2023;53(7):619–628. DOI: 10.1093/jjco/hyad033
5. Khokhlov A. L., Polozova E. A., Komissarova V. A. et al. Risks associated with ethical aspects of clinical research. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika.* 2020;(1):61–68. DOI: 10.37489/2588-0519-2020-1-61-68 (In Russ.)
6. Dorofeeva O. A., Syunyakov T. S., Ivashkina N. Yu. Optimization of approaches to conducting clinical trials of new anxiolytics and antidepressants. *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv.* 2022;(2):2–10. DOI: 10.21265/PSYPH.2022.39.23.001 (In Russ.)
7. Alikov A. V., Marchenko S. D. Regulatory framework for conducting clinical trials in the world and in Russia. *Farmatsiya.* 2018;67(8):3–8. DOI: 10.29296/25419218-2018-08-01 (In Russ.)
8. Nartova M. A. Modification of the clinical trials market in Russia under sanctions. Modeling and forecasting the development of sectors of the socio-economic sphere: Collection of scientific papers based on materials from the All-Russian Scientific and Practical Conference. Kursk, 2023:71–73. (In Russ.)
9. Lin A. A., Sokolov B. I., Orlov A. S. Pharmaceutical market: segment of clinical trials of drugs. *Problemy sovremennoy ekonomiki.* 2015;(1):288–293. (In Russ.)

10. Nikitin E. N., Semernin E. N., Yagmurov O. D. Qualitative clinical practice: history and basic principles. Legal basis for conducting clinical trials in Russia. *Medline Express*. 2004;(4):56–58. (In Russ.)
11. Kuzmin A. A. State and problems of clinical research in the Russian Federation. *Sovremennaya onkologiya*. 2016;18(5):7–9. (In Russ.)
12. Linkova Yu. N. The domestic regulatory system in the field of clinical trials corresponds to international approaches. *Vedomosti Nauchnogo tsentra ekspertizy sredstv meditsinskogo primeneniya. Regulyatornyye issledovaniya i ekspertiza lekarstvennykh sredstv*. 2023;13(4):488–492. DOI: 10.30895/1991-2919-2023-13-4-488-492 (In Russ.)
13. Apartsin K. A., Demkova O. V., Gorokhova A. V. Clinical studies at the Institute of Chemistry and Technology: results and prospects. *Acta Biomedica Scientifica*. 2016;1(4):129–134. DOI: 10.12737/23000 (In Russ.)
14. Bezymyanny A. S. Experience in conducting clinical trials in Moscow clinics. *Moskovskaya meditsina*. 2023;(6):60–65. (In Russ.)
15. Keith O. I., Gevorkyan Yu. A., Soldatkina N. V., Gevorkyan E. Yu. Features of treatment of patients with cancer and conducting clinical trials in the field of oncology in the context of the COVID-19 pandemic: experience of foreign countries. *Vestnik RAMN*. 2020;75(4):278–282. (In Russ.)
16. Kareva M. A. The Clinical Research Department is a single research support center in Moscow. *Moskovskaya meditsina*. 2023;(6):20–28. (In Russ.)

Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н.

МЕРЫ СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МОРЯКОВ ПРИ РАБОТЕ НА АВТОНОМНЫХ НАДВОДНЫХ СУДАХ

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», Новороссийск, 353924, Россия

В настоящее время все отрасли народного хозяйства подвержены стремительным процессам цифровой трансформации, что требует как перестройки производственных процессов, так и совершенствования системы подбора кадров. Не стала исключением и сфера деятельности морского транспорта, которая в последнее время ориентирована на активное развитие автономного морского судоходства. Введение в эксплуатацию автономных судов кардинально изменяет условия работы членов судового экипажа, в том числе за счёт значительного уменьшения их численности. В результате в недалеком будущем моряки будут вынуждены не только работать в сложных условиях, вызванных морской спецификой, но и испытывать дополнительное воздействие фактора ограниченного состава судовой команды. Отсутствие необходимых навыков и подготовки у действующих членов экипажа судна к работе в новых реалиях, а также высокая степень риска нарушения их психического здоровья показывают объективную необходимость в поиске новых подходов к подготовке и отбору моряков.

С целью разработки рекомендаций по совершенствованию правил подготовки, подбора и отбора моряков для работы в условиях ограниченного состава судовой команды в статье изучены нормативные правовые акты, уровни автономности морских надводных судов. Проведён опрос среди действующих моряков, позволивший определить ключевые проблемы по заявленной проблематике, а также изучены типы темперамента, личности и акцентуации.

Ключевые слова: автономное судно; ограниченный состав; нестандартные условия; психическая пригодность; отбор кадров; рекомендации

Для цитирования: Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Меры сохранения психического здоровья моряков при работе на автономных надводных судах. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):548—554. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-548-554>

Для корреспонденции: Тимченко Татьяна Николаевна; e-mail: timchenkomga@gmail.com

Timchenko T. N., Botnaryuk M. V.

MEASURES TO PRESERVE THE MENTAL HEALTH OF SAILORS WHEN WORKING ON AUTONOMOUS SURFACE VESSELS

Admiral Ushakov State Maritime University, 353924, Novorossiysk, Russia

Currently, all sectors of the national economy are subject to rapid processes of digital transformation, which requires the restructuring of both production processes and the improvement of the personnel selection system. The field of maritime transport is no exception, which has recently been focused on the active development of autonomous maritime shipping. The introduction of autonomous ships into operation radically changes the working conditions of ship crew members, including due to a significant reduction in their number. As a result, in the near future, seafarers will be forced not only to work in difficult conditions caused by maritime specifics, but also to experience the additional impact of a limited ship crew. The lack of necessary skills and training among current ship crew members to work in the new realities, as well as the high risk of impairment of their mental health, shows the objective need to find new approaches to the training and selection of seafarers.

In order to develop recommendations for improving the rules for training, recruiting and selecting seafarers to work in conditions of a limited ship crew, the article studied regulations and levels of autonomy of sea surface vessels. A survey was conducted among active sailors, which made it possible to identify key problems on the stated issues, and also studied the types of temperament, personality and accentuation.

Keywords: autonomous vessel, limited crew, non-standard conditions, mental fitness, personnel selection, recommendations.

For citation: Timchenko T. N., Botnaryuk M. V. Measures to preserve the mental health of sailors when working on autonomous surface vessels. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):548–554 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-548-554>

For correspondence: Tatyana N. Timchenko; e-mail: timchenkomga@gmail.com

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Профессия моряка отличается от береговых профессий не только особыми требованиями к выполняемым обязанностям, но и условиями, в которых члены судового экипажа находятся в течение длительного периода [1–3]. Практикой установлено, что средняя продолжительность рейса составляет от

4 мес. Причём очень часто возникают внештатные ситуации, следствием которых является увеличение времени присутствия моряка на борту судна. Несмотря на создаваемые комфортные условия (отдельная каюта, наличие библиотеки и спортзала, игровых комнат и др.), несение вахты, работа в автономном режиме, ограниченность пространства, минимальное количество членов команды и другие

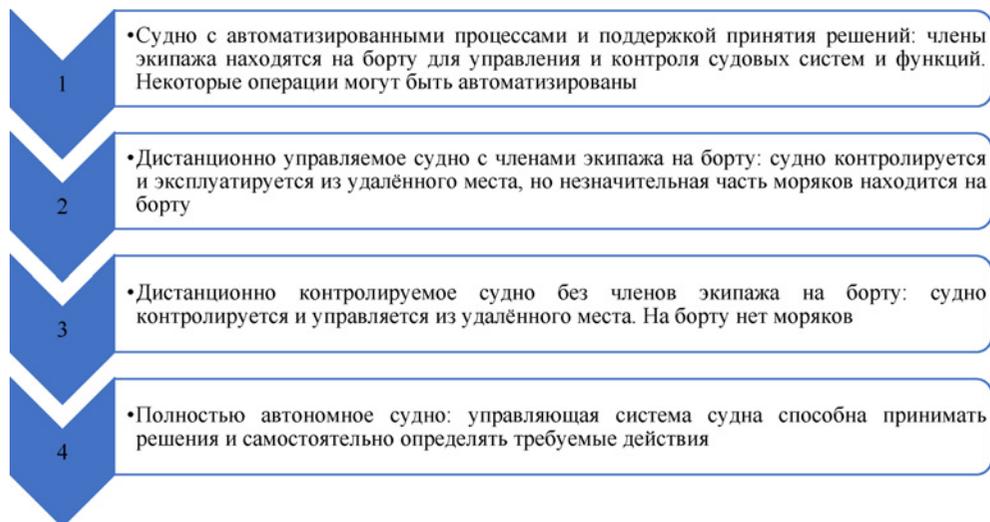


Рис. 1. Классификация уровней автономности морских надводных судов.

факторы могут оказать негативное влияние на психическое здоровье моряков. Например, известны случаи суицидов на судне вследствие несвоевременной репатриации моряков [4]. Для решения данной проблемы, безусловно, принимаются соответствующие меры, которые, тем не менее, не учитывают существующую сегодня устойчивую тенденцию цифровой трансформации морского судоходства. В частности, речь идет о реализации стратегии автономного судоходства, в соответствии с которой численность экипажа существенно уменьшится (до 3–5 человек). Это требует переосмысления подхода к подготовке и отбору членов судовой команды и смещения акцента в сторону особого внимания к психическому здоровью моряка. При этом стоит подчеркнуть, что в настоящий момент отсутствуют как национальные, так и международные нормативные документы, регламентирующие порядок организации труда моряков на автономных судах.

В этой связи **цель** исследования заключается в разработке рекомендаций по подготовке и отбору моряков в условиях развития автономного судоходства с учетом сохранения их психического здоровья и жизни.

Материалы и методы

В качестве объекта исследования выступили члены экипажа водных судов. Предметом исследования стали факторы, оказывающие влияние на процесс подготовки моряков в новых условиях, анализ которых проводился методом кабинетного и полевого исследований. Источником получения информации послужили нормативные правовые документы, научные труды, а также собственные исследования, выполненные методом глубинного интервью. Респондентами выступили члены судового экипажа, занимающие ведущие должности и имеющие значительный опыт работы на водном транспорте.

На первом этапе проанализированы изменения в организации работы судна в связи с переходом к автономному судоходству. На втором этапе исследо-

ваны особенности типов личности, темперамента и акцентуации. На заключительном этапе представлены рекомендации относительно правил подготовки, подбора и отбора моряков, которые будут работать в условиях ограниченного состава судовой команды.

В ходе исследования использованы такие методы контент-анализа, аналитический, социологический.

Результаты

В современных реалиях одним из главных факторов, определяющих рынок труда в сфере водного транспорта, является технологический прогресс. Ключевыми векторами в данном вопросе, по мнению авторов, служат:

1. Долгосрочная стратегия развития транспортной отрасли России (до 2030 г. с прогнозом на период до 2035 г.), предполагающая активное внедрение цифровых сервисов¹.
2. Стратегическое направление в области цифровой трансформации транспортной отрасли Российской Федерации до 2030 года.

Кроме того, в Указе Президента РФ от 28.02.2024 № 145 «О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации»² определена потребность в квалифицированных кадрах, способных противостоять «большим вызовам».

В целях реализации основных положений вышеупомянутых нормативных документов в последние годы в сфере водного транспорта активно развивается автономное надводное судовождение. Так, например, с 01.01.2021 Российским морским регистром судоходства введены новые правила классификации и постройки морских судов, в соответ-

¹ Распоряжение Правительства РФ от 27.11.2021 № 3363-р «О Транспортной стратегии Российской Федерации до 2030 года с прогнозом на период до 2035 года».

² Распоряжение Правительства РФ от 03.11.2023 № 3097-р «Об утверждении стратегического направления в области цифровой трансформации транспортной отрасли Российской Федерации до 2030 года».

ствии с которыми регламентированы различные виды автоматизации судовых систем, включая возможность автономной работы (рис. 1) [5].

Реализация данной концепции будет происходить поэтапно:

- на первом этапе планируется частичная автоматизация процессов, что приведёт к сокращению отдельных должностей из членов экипажа судна;
- на втором этапе предполагается минимальное количество членов экипажа на борту судна и морских специалистов в качестве «сторонних наблюдателей» на берегу, которые будут принимать участие в процессе управления, эксплуатации и контроля.

Начиная с третьего этапа уже следует говорить о дистанционно контролируемом судне:

- на третьем этапе члены экипажа на борту полностью отсутствуют, управление, эксплуатация и контроль осуществляются в дистанционном формате;
- заключительный, четвертый этап предполагает построение и эксплуатацию судов на основе искусственного интеллекта, что не требует присутствия как членов экипажа, так и береговых участников транспортного процесса.

В работе А. Б. Володина и соавт. отмечено, что несомненным плюсом перехода к полной автоматизации работы судна является прогнозируемое снижение на 80% аварийности (вследствие сокращения вероятности влияния человеческого фактора) [6]. В дополнение, эти же авторы показали и экономическую выгоду: уменьшение операционных расходов по судну по причине сокращения количества членов судовой команды ориентировочно на 5–10%. Экономическая целесообразность снижения или полного отказа от присутствия экипажа на борту судна также отражена в работе, в которой отмечается, что решить проблему как расходов судовладельца, так и недостатка квалифицированного кадрового состава можно за счёт применения информационно-коммуникационных технологий, ориентированных на эффективное использование беспилотных судов [7].

Однако ни в одном исследовании не представлена позиция действующих членов экипажей водных судов, представителей круизных компаний, высших учебных заведений, а также судовладельцев касательно готовности моряков к работе в ограниченном составе при выполнении профессиональных задач.

По мнению авторов, в случае применения на судах систем автономного управления, в первую очередь, сократится численность рядового состава (матросы, мотористы, буфетчики, кадеты), командного — помощники капитана и старшего механика, а также повысится уровень интеллектуальных нагрузок ввиду необходимости постоянного контроля работы автоматизированных систем. Во-вторых, потребуется приобретение новых компетенций и навыков, поскольку оставшиеся на борту моряки должны будут не только выполнять свои текущие

обязанности в новых реалиях, но и быть готовыми к решению внештатных ситуаций в малочисленном составе. Все вышесказанное может привести в итоге к усилению психологического дискомфорта и нарушению здоровья.

В целях подтверждения выдвинутой авторами гипотезы, а также разработке мер по предупреждению нарушения психического здоровья моряков при работе на автономных надводных судах был проведён опрос среди членов плавсостава, имеющих опыт работы в море более 20 лет. В качестве респондентов были выбраны моряки, занимающие командные должности, потому что в процессе нахождения на борту судна они не только выполняют свои профессиональные обязанности, но и являются ответственными за жизнь подчинённых и оказание медицинской помощи. Всего было опрошено 95 человек, которые ввиду обширного опыта трудовой деятельности (имеется опыт работы как на отечественных судах, так и в смешанных экипажах) и морского стажа могут отследить влияние изменений условий труда на здоровье моряков.

Результаты проведённого методом глубинного интервьюирования опроса показали следующее:

- отсутствие необходимых навыков и подготовки у действующих членов экипажа судна к работе в море в ограниченном количестве судовой команды;
- высокие риски нарушения психического здоровья членов экипажа при переходе к новому технологическому укладу;
- неготовность большинства членов экипажа судна работать в тяжёлых условиях в ограниченном составе судовой команды.

Проработка нормативных правовых актов выявила, что на законодательном уровне данный вопрос также не урегулирован. В основном международном документе о труде в морском судоходстве определены общие требования к судовладельцу касательно организации достойных условий работы и жизни моряков на судне при полном составе членов экипажа³. Единственный национальный нормативный документ, определяющий правила охраны труда при работе в нестандартных условиях (в ограниченных и замкнутых пространствах), регламентирует только обязанность работодателя до начала работ оценить тяжесть и напряжённость трудового процесса⁴.

Актуальна также проблема оказания медицинской помощи на борту судна при ограниченном составе членов экипажа. На текущий момент, в соответствии с международным медицинским руководством для судов⁵, в полномочия капитана судна и старшего помощника вменены обязанности по ока-

³ Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве // Справочник МФТ для моряков по Конвенции МОТ о труде в морском судоходстве. URL: http://www.sur.ru/upload/files/MLC_s_popravkami_file_48_6617.pdf (дата обращения: 26.12.2023).

⁴ Приказ Минтруда России от 15.12.2020 № 902н «Об утверждении Правил по охране труда при работе в ограниченных и замкнутых пространствах».

занию квалифицированной медицинской помощи на борту судна [8]. При малочисленном составе членов экипажа ни на международном, ни на национальном уровне данный аспект не рассмотрен.

Кроме того, научные изыскания по вопросам суицида на море подтверждают озабоченность исследователей касательно высоких рисков нарушения психического здоровья членов экипажей надводных автономных судов при работе в ограниченном составе.

Резюмируя вышесказанное, можно констатировать, что несмотря на современные тенденции перехода к цифровым трансформациям в рамках внедрения автономного надводного судовождения, актуальной проблемой остается вопрос непроработанности подбора психологически соответствующих кадров для работы в условиях ограниченного состава членов экипажа с целью сохранения их жизни и здоровья.

Обсуждение

Как известно, не каждый человек способен выполнять трудовые функции в замкнутом пространстве и в ограниченном составе трудового коллектива. Это обусловлено неповторимостью психики человека, которая связана, в первую очередь, с его индивидуальным физиологическим, биологическим развитием, а также с особенностями воспитания, уровнем общения и устоями семейной среды. Данные критерии формируют в итоге определённые разновидности темперамента человека, типы акцентуации личности, а также уровень пригодности к определённой профессии в нестандартной обстановке. Сложившийся психотип человека напрямую влияет на оптимальную реализацию его профессиональных навыков и умений в правильно выбранной сфере деятельности. Социальная изоляция также оказывает значительное влияние на психическое состояние.

Согласно теории Карла Юнга различают два основных типа личности: экстравертов и интровертов (табл. 1).

Поскольку интроверты и экстраверты по-разному воспринимают и обрабатывают информацию, то, соответственно, решают поставленные профессиональные задачи, исходя из своего типа личности. Кроме того, необходимо отметить, что большинство людей в мире — это так называемые «амбиверты», которые находятся где-то посередине между интровертами и экстравертами.

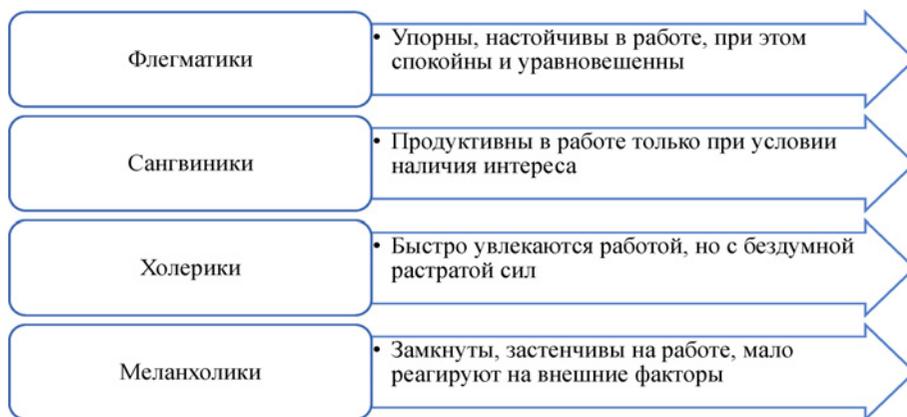


Рис. 2. Типы темперамента, проявляющиеся на рабочем месте.

Кроме того, на сегодняшний день многие исследователи выявили зависимость между определённым типом темперамента и результатами деятельности на рабочем месте [9–12]. Обобщённые мнения различных учёных по данному вопросу наглядно представлены на рис. 2.

В соответствии с типологией Майерса Бриггса, основанной на учениях Юнга, различают 16 типов личности с учётом их приспособленности для реализации профессиональных навыков и умений на рабочем месте (табл. 2).

Что касается влияния акцентуации типа личности (индивидуальные личностные черты, подверженные переходу в патологическое состояние под воздействием неблагоприятных факторов) на выполнение профессиональных обязанностей, то согласно теории К. Леонгарда⁶, можно отметить следующее:

1. Человек с демонстративным типом обладает высокой приспособляемостью к людям, умеет чувствовать аудиторию, способен увлечь других неординарностью мышления.
2. Педантичный тип личности добросовестно выполняет трудовые функции. Однако нере-

Таблица 1

Типы личности по теории К. Юнга

Тип личности	Характеристика личности
Интроверт	Способен проводить время наедине с собой. Предпочитает общение с 1 или 2 персонами. Ориентирован на выполнение поставленных задач в одиночестве, с учётом обдуманных действий и шагов. В своей деятельности создаёт тихую и спокойную рабочую среду. Эффективность деятельности проявляется в технических профессиях
Экстраверт	Способен работать только в коллективе. Свободно чувствует себя в динамичной рабочей среде, суете и активности. Склонен к генерированию новых идей. Эффективность деятельности проявляется в туризме, журналистике, менеджменте, юриспруденции и т. д.

⁵ Международное медицинское руководство для судов. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43814/9789240682313_eng.pdf;jsessionid=6CA974416BEC6D67E4480A0021B52FA0?sequence=1 (дата обращения: 27.12.2023).

⁶ Леонгард К. Акцентуированные личности. URL: https://lib.undubna.ru/search/files/psy_leongard/1.pdf (дата обращения 27.12.2023).

Типы личности по теории Майерса Бриггса

Индикатор типа личности	Характеристика типа личности	Подходящие профессии
Интровертное восприятие, чувство, оценка	Выполняют профессиональные задачи, исходя из чувства долга	Воспитатели, учителя, педагоги высшей школы, фельдшеры
Интровертное восприятие, мышление, оценка	Контролируют окружение на рабочем месте и ответственно подходят к выполнению профессиональных задач	Юристы, врачи, государственные служащие контролирующих органов
Интровертное ощущение, мышление, восприятие	Вдумчивые личности, с удовольствием занимающиеся проектной деятельностью	Механики, криминалисты, звукорежиссеры
Интровертное ощущение, мышление, восприятие	Креативные личности, испытывающие необходимость в самовыражении	Деятели искусства, живописи, скульптуры и музыки
Интровертная интуитивная оценка чувств	Личности с высокоразвитой интуицией и ценящие глубину характера коллег (менее 1% населения)	Дипломаты, советники, педагоги высшей школы
Оценка интровертного интуитивного мышления	Глубоко аналитические личности, реализующие себя как в домашней, так и в научной атмосфере	Инженерные профессии, компьютерные программисты
Интровертное интуитивное мышление, восприятие	Сложные и замкнутые личности, способные решать профессиональные задачи креативно, логично и непредубежденно	Специалисты по стратегическому планированию, учёные, инженеры
Интровертное интуитивное чувственное восприятие	Перфекционисты, тяготеющие к высоким стандартам	Профессии в области религии и преподавания
Экстравертное интуитивное чувственное суждение	Личности, наиболее ориентированные на людей и заботящиеся о них	Консультанты, учителя
Экстравертное ощущение, мышление, восприятие	Личности, способные оценивать ситуацию и разрабатывать стратегические планы для достижения поставленной цели	Аналитики, предприниматели, специалисты по маркетингу, бизнес-профессионалы
Оценка экстравертного интуитивного мышления	Продвигают свои идеи и подают пример подчиненным	Юрист, предприниматель, руководитель компании, бизнес-аналитик, учёный
Экстравертное интуитивное мышление, восприятие	Полны энтузиазма, общительны и харизматичны. Такие личности любят быть в центре внимания, но легко взаимодействуют с окружающими	Отличные продавцы, юристы, политики, педагоги высшей школы
Экстравертное интуитивное чувственное восприятие	Личности, любящие учиться и получать удовольствие от перемен	Писатели, консультанты, актеры
Экстравертная сенсорная оценка	Теплые, дружелюбные личности, тяготеющие к работе в группе	Специалисты по обслуживанию клиентов, обучению и консультированию
Экстравертное ощущение, ощущение, восприятие	Обаятельные, харизматичные, энергичные и азартные личности	Артист, специалист по продажам, педагог
Экстравертное восприятие, мышление, оценка	Личности, способные организовывать не только свою жизнь, но и жизнь других, не боясь конфликтов	Бухгалтер, пилот

шительность и осторожность затрудняют принятие решений в быстро меняющихся условиях.

3. Застревающий тип склонен к конфликтам и обидам. Несговорчив, но упорен в достижении поставленной цели. Может работать в различных сферах.
4. Для возбудимого типа личности характерны низкая контактность в общении, повышенная импульсивность, склонность к накоплению отрицательных эмоций. Редко задерживается на одном рабочем месте.
5. Гипертимный тип тяготит одиночество, однообразие деятельности и ограниченное пространство. Плохо переносит контроль над собой.
6. Низкая контактность и немногословность характера для дистимного типа личности. Такой человек может достигать высоких результатов в профессиональной среде только при условии отсутствия постоянного общения, необходимости принятия быстрых решений и энергичной деятельности.
7. Аффективно-лабильный тип склонен к частой смене настроения, быстрой утомляемости и снижению творческой активности. Кроме того, не приспособлен к работе в команде.
8. Представителям экзальтированного типа присуща бурная реакция на радостные события и отчаяние от печальных. Бурно реагируют на любые происходящие события.

9. Тревожный тип личности обладает низкой контактностью, обидчивостью и неуверенностью в себе. Не способен работать в условиях повышенных психологических нагрузок.
10. Эмоциональность, чувствительность, сопереживание людям, отзывчивость, мягкосердечность, впечатлительность отличают эмотивный тип личности. Высокая продуктивность профессиональной деятельности возможна только в доброжелательной обстановке.
11. Экстравертированный тип характеризуется импульсивностью поступков и коммуникабельностью. Легко приспосабливается к новой работе. Хороший исполнитель только при четко поставленных задачах.
12. Человек интровертированного типа малообщителен, медлителен и нерешителен в поступках. Живёт, как правило, в мире нереальных идей. Внешние факторы оказывают значительное влияние на результаты профессиональной деятельности.

Таким образом, по мнению авторов, подбор моряков для работы на автономных надводных судах должен осуществляться крьюинговыми и судоводными компаниями исключительно с учётом типа личности кандидата, его темперамента и типа акцентуации в целях предупреждения потери психического здоровья членов экипажей, а также достижения максимального эффекта производственной деятельности в новых условиях.

Заключение

Результаты изучения основных положений международных, национальных документов в области организации труда моряков и медицинского сопровождения, опросов действующих членов экипажей судов, теорий известных психологов по вопросам влияния типа личности на готовность к работе в нестандартных условиях, а также личное видение авторов позволили выявить актуальный и значимый аспект неподготовленности морских кадров для работы на автономных надводных судах. В целях предупреждения случаев нарушения психического здоровья моряков при осуществлении профессиональной деятельности в ограниченном количестве судовой команды на автономных судах в работе предлагаются следующие предупредительные меры:

1. Пересмотр действующих рабочих программ дисциплин по оказанию первой медицинской помощи и охране труда в высших учебных образовательных учреждениях при подготовке плавсостава (судоводители, механики, электромеханики).
2. Внесение изменений в действующие международные конвенции по вопросам организации труда моряков при ограниченном составе судовой команды.
3. Разработка национального нормативного документа по охране труда моряков при работе на автономных надводных судах.
4. Применение комплексной методики обязательного психологического исследования по определению профессиональной пригодности моряка для работы в ограниченном составе судовой команды на надводных автономных судах до подписания контракта.
5. Организация и проведение регулярных психологических стресс-тестов на борту судна.

Внедрение предложенных процедур позволит предотвратить возможные риски нарушения психического здоровья на борту автономных судов, повысит эффективность выполняемых рейсов, а также сократит страховые выплаты клубов взаимного страхования при наступлении несчастных случаев в море.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимченко Т. Н., Коперчак О. П. Исследование проблемы профессиональной потери слуха у членов экипажей водных судов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 6. С. 1337–1343.
2. Конфино К. В. Влияние производственных факторов на здоровье членов экипажа нефтеналивного флота // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 1. С. 61–67.
3. Тимченко Т. Н., Ботнарюк М. В. Обеспечение сбалансированного питания на борту морского судна как мера защиты здоровья членов экипажа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 1. С. 68–74.

4. 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. Т. 30, № 6. С. 1306–1312.
5. Правила классификации и постройки морских судов. Часть XV Автоматизация. Российский морской регистр судоходства. СПб., 2021. 94 с.
6. Володин А. Б., Преснов С. В., Якунчиков В. В. На пути к автономному судоходству // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Инженерные исследования. 2021. Т. 22, № 4. С. 355–363.
7. Морские суда без экипажей — реальность и перспективы: сборник научных докладов по итогам «круглого стола», проводимого совместно кафедрой «Морское право» Юридического института Российского университета транспорта (РУТ) и Ассоциацией международного морского права / под ред. В. Н. Гуцуляка. М.; 2020. 41 с.
8. 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. Т. 29, № 5. С. 1125–1131.
9. Магакян А. К., Воробьева Л. В., Антипов И. А. Исследование влияния темперамента и акцентуированных черт характера на поведение подростков и выбор профессии // Инновации. Наука. Образование. 2021. № 36. С. 2319–2322.
10. Шутова О. И. Формирование субъективного отношения личности к осваиваемым компетенциям профессий помогающего типа в образовательной среде вуза // Logos et Praxis. 2021. Т. 20, № 1. С. 100–108.
11. Ковалевич М. С. Личность преподавателя как модель субъектного становления будущего профессионала в области помогающих профессий // Вестник ГГУ. 2017. № 2. С. 74–82.
12. Кошелева Ю. П., Жамбеева З. З., Гут Ю. Н. и др. Типологические различия общих и специальных способностей студентов при подготовке к социономическим профессиям // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2023. Т. 46, № 4. С. 157–185.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Timchenko T. N., Koperchak O. P. Study of the problem of occupational hearing loss among crew members of water vessels. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(6):1337–1343. (In Russ.)
2. Konfino K. V. The influence of production factors on the health of crew members of the oil tanker fleet. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(1):61–67. (In Russ.)
3. Timchenko T. N., Botnaryuk M. V. Providing a balanced diet on board a sea vessel as a measure to protect the health of crew members. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(1):68–74. (In Russ.)
4. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Untimely repatriation of ship crew members as a threat to mental health problems. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(6):1306–1312. (In Russ.)
5. Rules for the classification and construction of sea vessels. Part XV Automation. Russian Maritime Register of Shipping. St. Petersburg; 2021.94 p. (In Russ.)
6. Volodin A. B., Presnov S. V., Yakunchikov V. V. On the way to autonomous shipping. *Bulletin of the Russian Peoples' Friendship University. Series: Engineering Research*. 2021;22(4):355–363. (In Russ.)

7. Gutsulyak V. N. (ed.) Sea vessels without crews — reality and prospects: a collection of scientific reports based on the results of the “round table”, held jointly by the Department of Maritime Law of the Law Institute of the Russian University of Transport (RUT) and the Association of International Maritime Law. Moscow; 2020. 41 p. (In Russ.)
8. Botnaryuk M. V., Timchenko T. N., Tonkonog V. V. Problematic aspects of providing medical care on board a sea vessel to crew members. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2021;29(5):1125–1131. (In Russ.)
9. Magakyan A. K., Vorobyova L. V., Antipov I. A. Study of the influence of temperament and accentuated character traits on the behavior of adolescents and choice of profession. *Innovations. Science. Education*. 2021;(36):2319–2322. (In Russ.)
10. Shutova O. I. Formation of a person’s subjective attitude towards the mastered competencies of helping professions in the educational environment of a university. *Logos et Praxis*. 2021;20(1):100–108. (In Russ.)
11. Kovalevich M. S. The personality of a teacher as a model of the subjective formation of a future professional in the field of helping professions. *Vestnik GSU*. 2017;(2):74–82. (In Russ.)
12. Kosheleva Yu. P., Zhambeeva Z. Z., Gut Yu. N., Osnitsky A. K., Khabardov M. K. Typological differences in general and special abilities of students in preparation for socionomic professions. *Bulletin of Moscow University. Seria 14: Psychology*. 2023;46(4):157–185. (In Russ.)

Вишневская Н. Г.¹, Снегирева Ю. Ю.², Филимонова Н. В.³

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»: ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ, ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И КАДРОВЫЙ АСПЕКТЫ

¹ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий», г.Уфа, Республика Башкортостан, Россия;

²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

³ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», Москва, Россия

В статье рассмотрены ключевые аспекты развития российского здравоохранения через призму реализации Национального проекта «Здравоохранение»: повышение качества жизни россиян с помощью поиска действенных механизмов; получение социального эффекта за счёт использования новых возможностей государства и имеющегося потенциала. В настоящее время обеспечение доступности медицинской помощи для жителей отдалённых местностей, в том числе за счёт развития профилактических мероприятий и использования современных средств диагностики, имеет первостепенное значение для сохранения численности населения и обеспечения благополучия граждан. Сделан вывод о том, что за годы реализации региональных проектов развития здравоохранения были достигнуты значительные позитивные результаты, которые позволили положительным образом повлиять на результативность и качество медицинской помощи, улучшить показатели общей заболеваемости населения.

Ключевые слова: развитие здравоохранения; сохранение населения; национальные проекты; приоритетные направления развития; здоровье и благополучие; повышение продолжительности жизни

Для цитирования: Вишневская Н. Г., Снегирева Ю. Ю., Филимонова Н. В. Реализация Национального проекта «Здравоохранение»: территориальный, организационный и кадровый аспект. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):555—561. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-555-561>

Для корреспонденции: Снегирева Юлия Юрьевна; e-mail: u.snegireva@mail.ru.

Vishnevskaya N. G.¹, Snegireva Yu. Yu.², Filimonova N. V.³

IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PROJECT «HEALTHCARE»: TERRITORIAL, ORGANIZATIONAL AND PERSONNEL ASPECTS

¹Ufa University of Science and Technology, Ufa, Republic of Bashkortostan, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

³Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia

The article examines the key aspects of the development of Russian healthcare through the prism of the implementation of the National Project «Healthcare»: improving the quality of life of Russians through the search for effective mechanisms; obtaining a social effect through the use of new state capabilities and existing potential. Currently, ensuring the availability of medical care for residents of remote areas, including through the development of preventive measures and the use of modern diagnostic tools, is of paramount importance for maintaining the population and ensuring the well-being of citizens. In conclusion, it is concluded that over the years of the implementation of regional health development projects, significant positive results have been achieved, which have allowed a positive impact on the effectiveness and quality of medical care, and improve the overall morbidity of the population.

Keywords: health care development, population preservation, national projects, priority areas of development, health and well-being, increasing life expectancy.

For citation: Vishnevskaya N. G., Snegireva Yu. Yu., Filimonova N. V. Implementation of the National project «Healthcare»: territorial, organizational and personnel aspects. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):555–561 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-555-561>

For correspondence: Yulia Yu. Snegireva; e-mail: u.snegireva@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Приоритетные национальные проекты в условиях развития современного общества, достижений в науке и инновациях выступают в роли эффективного стимулирующего триггера для развития отечественной экономики, инструментом повышения качества жизни российского населения и инвестициями в человеческий капитал. Национальный проект «Здравоохранение»¹ разработан и реализуется с целью совершенствования медицинской по-

мощи в российской системе здравоохранения. Ключевыми задачами на пути к поставленной цели являются повышение качества жизни россиян с помощью поиска действенных механизмов, получение социального эффекта за счёт использования

¹ Паспорт национального проекта «Здравоохранение» (утв. президентом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_319209 (дата обращения: 13.03.2024).

новых возможностей государства и имеющегося потенциала.

В условиях негативных последствий пандемии COVID-19 обеспечение доступности медицинской помощи для жителей отдалённых местностей, в том числе за счёт развития профилактических мероприятий и использования современных средств диагностики, имеет первостепенное значение для сохранения численности населения и обеспечения благополучия граждан. Направления по формированию сети медицинских организаций первичного звена позволяют значительно сократить время ожидания приёма врача, упростить запись к медицинским специалистам, устранить нехватку медицинских кадров.

Внедрение цифровых технологий и платформенных решений в повседневную практику медицинских организации в сфере здравоохранения призвано создать эффективную систему защиты прав пациентов.

Развитие экспорта медицинских услуг положительным образом оказывает воздействие на отечественный рынок медицинских услуг, формируя свободную конкуренцию, которая стимулирует прогресс в сфере медицины и способствует повышению уровня оказания медицинской помощи как для наших соотечественников, так и для иностранных граждан, пользующихся услугами российского здравоохранения.

Проектами также запланировано снижение смертности от болезней системы кровообращения и новообразований, которые являются сегодня самыми частыми причинами смерти.

Развитие детского здравоохранения, являющегося приоритетным направлением в сфере здравоохранения как в России, так и во всём мире, предусматривает усовершенствование оказания медицинской помощи детям для повышения её доступности и обеспечения профилактики первичной заболеваемости.

Цель исследования заключается в рассмотрении целей и задач региональных проектов развития здравоохранения, анализе достигнутых результатов и перспектив развития в этом направлении.

Материалы и методы

Теоретическую основу исследования составили нормативные правовые документы, регулирующие развитие здравоохранения, работы отечественных авторов, рассматривающих результаты и тенденции в развитии современного здравоохранения [1–3]. Практическая часть исследования опирается на статистические показатели реализации региональных проектов развития здравоохранения², данные Всероссийского центра изучения общественного мнени-

² Региональные бюджеты по государственной программе «Развитие здравоохранения» 2022 г. и 2023–2024 гг. URL: https://www.hwcompany.ru/blog/expert/regionalnye_budgety_razviriye_zdravookhraneniya_2022 (дата обращения: 13.03.2024).

ния, представившего результаты опроса об отношении россиян к реализации национальных проектов³, и итоги реализации региональных проектов здравоохранения, опубликованные Министерством здравоохранения РФ⁴.

В ходе исследования автором были применены методы системного и сравнительного анализа.

Результаты

Для достижения национальных целей развития России, ориентированных на сохранение численности населения, охрану общественного здоровья и благополучие, повышение средней продолжительности жизни наших соотечественников до 78-летнего возраста до конца 2024 г. и 80-летнего возраста — к 2030 г., в России реализуется одна из ключевых национальных программ социальной ориентации — Национальный проект «Здравоохранение».

По каждому из региональных проектов развития здравоохранения на основе динамики предыдущего периода продолжительностью 5–10 лет были поставлены к достижению региональные целевые значения, которых необходимо добиться до конца реализации приоритетных проектов. В 2019 г. были подписаны региональные соглашения о старте реализации сегментов национального проекта «Здравоохранение» в субъектах РФ. Основной целью региональных проектов также ставится повышение ожидаемой продолжительности жизни населения регионов.

Национальный проект «Здравоохранение» за 6 лет своей реализации призван сохранить более 200 тыс. человеческих жизней, в рамках реализации запланированных мероприятий предполагается осуществить снижение смертности на 17%. Основные мероприятия по снижению показателей смертности направлены на профилактику и борьбу с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Показатели смертности от этих заболеваний должны снизиться на 24 и 8% соответственно.

Паспорт приоритетного национального проекта «Здравоохранение» был разработан Министерством здравоохранения РФ, реализуется в соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и включает в себя федеральные проекты, указанные на рис. 1.

Региональные проекты развития здравоохранения главный акцент ставят на развитии первичной медико-санитарной помощи. Также в рамках реализации региональных проектов развития здравоохранения планируется обеспечение доступности для

³ Национальные проекты-2023: итоги и ожидания // ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/nacionalnye-proekty-2023-itogi-i-ozhidaniya> (дата обращения: 13.03.2024).

⁴ Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография» // Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravookhranenie> (дата обращения: 13.03.2024).



Рис. 1. Региональные проекты развития здравоохранения и их цели.

граждан, в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдалённых местностях, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь; охват населения профилактическими медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год [1].

Для нашей страны сегодня на первый план выходит проблема разработки и реализации государственной политики, направленной на:

- увеличение доли человеческого капитала в объёме национального богатства;
- повышение отдачи от накопленного человеческого капитала [2].

В этой связи интерес представляет квалификационный рост медицинских работников в рамках реализации региональных проектов развития здравоохранения и совершенствование системы здравоохранения по приоритетным направлениям: профилактика, диагностика, протоколы лечения, система контроля качества и пр.

Необходимо отметить, что наряду с реализацией региональных проектов развития здравоохранения, в регионах с 2016 г. запущен пилотный проект «Бережливая поликлиника» с целью повышения доступности медицинской помощи за счёт оптимизации внутренних процессов работы медицинских



Рис. 2. Региональные бюджеты по финансовому обеспечению региональных проектов развития здравоохранения, 2021–2022 гг.

организаций с минимизацией потерь времени и ресурсов. Для его запуска были созданы рабочие группы, в задачу которых входит определить проблемные места медицинской организации и вместе с медицинским персоналом разработать пути решения.

Реализация национального проекта «Здравоохранение» взяла старт с января 2019 г., и до начала 2024 г. уже достигнуты большие результаты: по итогам 2023 г. удалось достичь 25 основных показателей национального проекта «Здравоохранение», являющегося самым масштабным инструментом повышения ожидаемой продолжительности жизни населения России. Общий объём региональных бюджетов по государственной программе «Развитие здравоохранения» по планируемому показателю на 2022 г. составил 2394 млрд руб. (рис. 2).

Лидирующие позиции по увеличению бюджетов здравоохранения занимают Белгородская область с увеличением объёмов финансирования сферы здравоохранения на 61%, Республика Крым (рост на 47%), Мурманская область (рост на 36%), Курская область (рост на 34%) и Новосибирская область (рост на 26%). В Москве объёмы государственной программы «Развитие здравоохранения» также имеют тенденции к росту на 11%, в Московской области — на 8%. В то же время наблюдается и уменьшение бюджетного финансирования региональных проектов развития здравоохранения: в Республике Марий Эл снижение составило 44%, в Республике Ингушетия — 27%, в Еврейской автономной области — 22%, в Томской области — 10%, в Сахалинской области — 8%.

В рамках проектов развития здравоохранения в регионах предусмотрено финансирование различных программ и мероприятий, имеющих прикреплённое к разным ведомствам. Так, по государственной программе «Развитие здравоохранения» финансовое обеспечение предоставляется по статьям расходов в направлении работы по молодёжной политике, мероприятиям в сфере образования и т. д. Основная часть расходов, не относящихся непосредственно к здравоохранению, идёт на реализацию направлений социальной политики и предусматривает различные выплаты как медицинскому персоналу, так и некоторым категориям населения. Непосредственно на развитие и функционирование системы здравоохранения в рамках реализации региональных проектов выделяется от 19 до 88% от общего финансирования государственной программы.

Реализация национальных проектов, запущенных президентом России с 2019 г., осуществляется уже в течение 5 лет, и можно подводить промежуточные итоги, в том числе оценивать результаты региональных проектов развития здравоохранения. Важным моментом при оценке проводимых в обществе реформ выступает общественное мнение.

Всероссийский центр изучения общественного мнения в конце 2023 г. представил результаты мониторингового опроса об отношении россиян к реализации национальных проектов. В ходе исследования было опрошено 1600/1600/2000 респондентов в возрасте 18 лет, опрос проводился с 26 ноября по 5 декабря 2023 г. Данные опроса свидетельствуют о том, что за последние 3 года имеет тенденцию к росту средний уровень осведомлённости населения о реализуемых мероприятиях национальных проектов и оценка вклада государства в осуществление отдельных планов по этим проектам. Иными словами, за столь малый период времени национальные проекты стали ближе и понятнее большому числу наших соотечественников, о чём в некоторой степени говорит запрос со стороны общества на продолжение их реализации.

Так, сегодня в числе лидирующих по осведомлённости гражданами о реализуемых национальных проектах следующие:

- демография — 77% опрошенных;
- малое и среднее предпринимательство и поддержка индивидуальной предпринимательской инициативы — 76%;
- безопасные качественные дороги — 74%;
- здравоохранение — 73%;
- образование — 72%.

Рассматривая среднюю информированность по отдельным направлениям национальных проектов

за последние 3 года, следует отметить её рост с 57 до 62%. В то же время осведомлённость граждан о мероприятиях в сфере здравоохранения, в частности, о диспансеризации населения достигла 92%, увеличившись на 6 п.п.

Оценка вовлечённости государства в сферы реализации национальных проектов также показывает позитивные тенденции: средний показатель «стали уделять больше внимания» по различным направлениям работы властных структур и компетентных органов с 2020 г. увеличился с 35 до 48%.

Лидером среди наиболее полезных для российского общества национальных проектов, по версии россиян, стало «Здравоохранение», набрав 31% и опередив «Безопасные качественные дороги» с показателем 29% и «Жилье и городская среда» с оценкой в 19%. Отметим, что пользу от реализации национального проекта «Здравоохранение» чаще отмечают молодые люди в возрасте 18–34 лет, составив 37–45%, россияне с хорошим финансовым достатком (38%), граждане, не имеющие детей (36%), и население Центрального федерального округа (36%).

Несмотря на то, что реализация мероприятий в рамках национальных проектов находит положительный отклик среди наших сограждан, ещё предстоит приложить много усилий для повышения благосостояния и качества жизни российских граждан. В этом солидарны и участники исследования: доля желающих, чтобы национальные проекты продолжили в ближайшие 5 лет своё существование, колеблется в пределах от 72% до 98%, показывая явное преимущество. Отметим, что в числе самых востребованных национальных проектов находится «Здравоохранение» с показателем 98%.

Следовательно, все реализуемые сегодня национальные проекты имеют важность для населения нашей страны, но национальный проект «Здравоохранение» представляет особую важность, ведь благодаря мероприятиям этого проекта, проводимым регионами, удаётся найти решение самых сложных вопросов в отрасли здравоохранения и в вопросах охраны здоровья и повышения качества жизни.

Обсуждение

Национальный проект «Здравоохранение» сегодня является одним из ключевых государственных программ развития здравоохранения в стране и в регионах, помогает оснастить современным оборудованием медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, сделать эффективнее работу медицинских специалистов, доступнее и качественнее медицинскую помощь.

Модернизация организаций первичного звена отечественного здравоохранения – ведущее направление проекта развития здравоохранения. За первые 4 года реализации региональных проектов открыли свои двери для оказания медицинской помощи свыше 1760 фельдшерско-акушерских пунктов и

врачебных амбулаторий. До конца 2025 г. в рамках реализации национального проекта планируется дополнительно ввести в эксплуатацию еще более 3800 фельдшерско-акушерских пунктов и амбулаторий, осуществив ремонт и модернизацию 2800 таких объектов. За 2022–2023 гг. в эти медицинские организации было закуплено более 55 тыс. единиц оборудования медицинского назначения и поставлено 11,1 тыс. специализированных автомобилей.

В российском здравоохранении в настоящее время активно развивается направление санитарной авиации, благодаря которому в отдалённых и труднодоступных населённых пунктах у пациентов появилась возможность получить своевременную медицинскую помощь. В 2023 г. медицинские специалисты совершили свыше 10,4 тыс. вылетов, в результате которых было эвакуировано более 13 тыс. граждан, нуждающихся в медицинской помощи.

В рамках направления борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в субъектах России оснащено 538 специализированных медицинских центров и отделений, подключено 15,2 тыс. единиц медицинского оборудования. Отметим, что реализация этого направления региональных проектов развития здравоохранения на 16,1% позволила увеличить число рентгенэндоваскулярных вмешательств. Реализация проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» предусматривает для пациентов, перенесших инфаркт, аортокоронарное шунтирование, нарушение мозгового кровообращения и другие болезни, что в течение следующих 2 лет им бесплатно выделяются необходимые лекарственные препараты, перечень которых пересматривается и расширяется.

Реализация проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» показала, что отлаженная система медицинской помощи и оснащение медицинской сферы современным инновационным оборудованием способствует росту пациентов, вылечившихся от рака. За период реализации этого направления в рамках региональных проектов были запущены 449 центров амбулаторной онкологической помощи. Планируется, что до конца 2024 г. будут функционировать 540 таких пунктов. За время мероприятий, направленных на развитие отечественного здравоохранения, построены и реконструированы 6 региональных онкологических диспансеров. На конец 2022 г. было завершено переоснащение 215 региональных медицинских организаций, оказывающих помощь больным с онкологическими заболеваниями, введено в эксплуатацию более 12,3 тыс. единиц медицинских изделий, в том числе 763 ед. «тяжёлого» оборудования, включая 191 аппарат компьютерной томографии, 122 линейных установки, 84 аппарата магнитно-резонансной томографии.

Развитие детского здравоохранения — ещё одна важная задача национального проекта по развитию здравоохранения в нашей стране. С целью сниже-

ния младенческой и детской смертности в рамках реализации региональных проектов за последние 2 года открылись 9 обновленных детских больниц, а к 2025 г. будет построено и реконструировано еще 35 объектов детского здравоохранения. Также более 40 человек медицинских специалистов осуществили профессиональную переподготовку в сфере перинатологии, неонатологии и педиатрии в симуляционных центрах.

Для систематизации медицинской информации в организациях здравоохранения идёт формирование единого цифрового контура, в рамках которого 18,9 млн человек уже смогли протестировать данную услугу в личном кабинете пациента «Моё здоровье» на портале «Госуслуги». Более 1 млн автоматизированных рабочих мест медицинских работников в 2022 г. было подключено к информационным системам во всех регионах страны.

Снижение нехватки медицинских кадров входит в ключевые цели реализации региональных проектов развития здравоохранения. С этой целью успешно развиваются программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер», в которых уже приняли участие свыше 51,7 тыс. медицинских работников. По состоянию на конец 2022 г. количество медицинских специалистов, участвующих в системе непрерывного образования, достигло 1,7 млн обучающихся. За последние 4 года реализации этого направления в рамках региональных проектов здравоохранения численность врачей в государственных медицинских организациях увеличилась до 694 тыс. человек, а средних медицинских работников — почти до 1,5 млн человек.

В настоящее время в России ведут работу 36 национальных медицинских исследовательских центров, сеть которых активно развивается. За 2023 г. в республиках, областях, округах и краях было проведено 129 тыс. консультаций и консилиумов медицинских специалистов с использованием телемедицинских технологий. Среди достижений в этой области отметим введение в действие более 650 систем контроля качества медицинской помощи, 50 новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, технические средства прошли клиническую апробацию. Объёмы оказанной населению в 2022 г. высокотехнологичной медицинской помощи превысили 1,1 млн операций.

В рамках реализации региональных проектов развития здравоохранения следует остановиться и на направлении по развитию экспорта медицинских услуг: в настоящее время создан координирующий центр, который занимается методической поддержкой и координацией реализации проекта «Развитие экспорта медицинских услуг», разрабатывает меры по увеличению экспорта медицинской помощи, информирует граждан о медицинских услугах, оказываемых в организациях здравоохранения России. Объём экспортных медицинских услуг за 2020–2023 гг. в денежном выражении уже превы-

сил 300 млн долл., в рамках этого направления лечение получили свыше 6 млн граждан иностранных государств. С целью повышения осведомлённости о медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях в России, запущен в работу портал «Медицинский туризм в России». Среди востребованных профилей оказания медицинской помощи в региональных центрах следует выделить: профилактические комплексные осмотры (check-up), стоматологическую помощь, лечение по направлениям: офтальмология, травматология, ортопедия, акушерство и гинекология, в том числе использование репродуктивных технологий. В числе федеральных направлений лечения в рамках экспорта медицинской помощи — онкология, офтальмология, травматология и ортопедия, нейрохирургия, эндокринология.

Заключение

В системе российского здравоохранения за годы реализации региональных проектов развития здравоохранения были достигнуты значительные позитивные результаты. Использование региональных проектов для развития здравоохранения вызвано необходимостью воплощения в жизнь приоритетов стратегического значения, которые поставлены перед отечественным здравоохранением с целью формирования системы оказания медицинской помощи населению высокого уровня качества.

Однако остаются ещё актуальные проблемы в системе здравоохранения, основные из которых представляют определённые трудности и требуют применения системного подхода в управлении здравоохранением, внедрения эффективных практик профилактической работы, результативности использования искусственного интеллекта, командной работы в медицинской отрасли.

Тем не менее приоритетный национальный проект «Здравоохранение», несмотря на то что не охватывает всех проблем системы здравоохранения, достоин высокой оценки как с позиции важности, так и благодаря достигнутым результатам. Для дальнейшей успешной реализации мероприятий национального и региональных проектов развития здравоохранения важную роль играет информационное обеспечение процесса оказания медицинской помощи и формирование эффективной системы управления системой здравоохранения.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Суварова Н. Н. О реализации региональных проектов в рамках национального проекта «Здравоохранение» // Современные научные исследования и инновации. 2022. № 2. URL: <https://web.snauka.ru/issues/2022/02/97730> (дата обращения: 13.03.2024).
- Ярашева А. В., Макара С. В. Региональные особенности реализации национального проекта «Здравоохранение»: потребность и доступность квалификационного роста медицинских работников // Экономика. Налоги. Право. 2020. № 13. С. 102–111.

3. Лебедев Н. В., Сокольская Т. И. Анализ эффективности реализации проектного управления здравоохранением в регионе // *Лидерство и менеджмент*, 2022. Т. 9, № 3. С. 917–932.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Suvarova N. N. On the implementation of regional projects within the framework of the national project «Healthcare». *Modern scientific research and innovation*. 2022;(2). URL: <https://web.snauka.ru/issues/2022/02/97730> (date of access: 03.13.2024). (In Russ.)
2. Yarasheva A. V., Makar S. V. Regional features of the implementation of the national project «Healthcare»: the need and accessibility of the qualification growth of medical workers. *Economy. Taxes. Law*. 2020;(13):102–111. (In Russ.)
3. Lebedev N. V., Sokolskaya T. I. Analysis of the effectiveness of the implementation of project management of healthcare in the region. *Leadership and management*. 2022;9(3):917–932. (In Russ.)

Волгин В. Н.¹, Кагоянц Р. В.², Садыкова Р. Н.³, Мингазова Э. Н.^{4,5,6}**К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ КОЖИ НОСА И УШНЫХ РАКОВИН**¹ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н. Н. Бурденко», 105094, Москва, Россия;²ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Ростов-на-Дону», 344011, Ростов-на-Дону, Россия;³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;⁴Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, 123098, Москва, Россия;⁵ГНБУ «Академия наук Республики Татарстан», 420111, Казань, Россия;⁶ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия

Актуальность проблем диагностики и лечения рака кожи в настоящее время определяется не только высоким уровнем заболеваемости, но и существующими сложностями в дифференциальной диагностике и лечении традиционными методами. При «неудобных» для лечения локализациях базальноклеточного рака кожи (БКРК), таких как наружный слуховой проход, ушная раковина, крыло носа, лечение сопряжено с определёнными трудностями, возможным появлением косметического дефекта, поэтому при выборе метода лечения учитываются анатомические особенности этих органов. Определено, что эффективность лечения первичного БКРК носа и ушных раковин выше, чем рецидивного, а среди различных методов лечения наиболее эффективным и радикальным является хирургический метод. Непосредственные результаты лечения БКРК хирургическим методом в виде полной резорбции составили 86,7%, что статистически значимо по сравнению с другими видами лечения ($p < 0,05$). Отдалённые результаты лечения при хирургическом методе также являются более высокими (77%) по сравнению с другими методами ($p < 0,05$).

Ключевые слова: рак кожи; базальноклеточный рак; карцинома; базалиома; население; методы лечения

Для цитирования: Волгин В. Н., Кагоянц Р. В., Садыкова Р. Н., Мингазова Э. Н. К оценке эффективности методов лечения пациентов различных возрастных групп с базальноклеточным раком кожи носа и ушных раковин. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):562—566. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-562-566>

Для корреспонденции: Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Volgin V. N.¹, Kagoianc R. V.², Sadykova R. N.³, Mingazova E. N.^{4,5,6}**TO ASSESS THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT METHODS FOR PATIENTS OF DIFFERENT AGE GROUPS WITH BASAL CELL CANCER OF THE SKIN OF THE NOSE AND EARS**¹Main Military Clinical Hospital named after Academician N. N. Burdenko, 105094, Moscow, Russia;²Clinical hospital «RZD-Medicine» of the city of Rostov-on-Don, 344011, Rostov-on-Don, Russia;³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;⁴Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 123098, Moscow, Russia;⁵Tatarstan Academy of Sciences, 420111, Kazan, Russia;⁶Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia

The relevance of the problems of diagnosis and treatment of skin cancer is currently determined not only by the high incidence rate, but by the existing difficulties in differential diagnosis and treatment with traditional methods. For localizations of basal cell skin cancer (BCSC) that are "inconvenient" for treatment, such as the external auditory canal, auricle, and wing of the nose, treatment is associated with certain difficulties and the possible appearance of a cosmetic defect, therefore, when choosing a treatment method, the anatomical features of these organs are taken into account. It has been determined that the effectiveness of treatment for primary BCSC of the nose and auricles is higher than recurrent one, and among the various treatment methods, the most effective and radical is the surgical method. The immediate results of treatment of BCSC in the form of PR by surgical method were 86.7%, which is statistically significant compared with other types of treatment ($p < 0.05$). Long-term treatment results with the surgical method are also higher (77%) compared to other methods, which is also statistically significant ($p < 0.05$).

Key words: skin cancer; basal cell carcinoma; carcinoma; population; treatment methods

For citation: Volgin V. N., Kagoianc R. V., Sadykova R. N., Mingazova E. N. To assess the effectiveness of treatment methods for patients of different age groups with basal cell cancer of the skin of the nose and ears. *Problemi socialnoi gigieny, zdoravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(Special Issue 1):562—566 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-562-566>

For correspondence: Elmira N. Mingazova; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

В 2021 г. в России было выявлено 580 415 новых случаев злокачественных новообразований (ЗНО):

54,4% — у женщин, 45,6% — у мужчин. ЗНО кожи являются ведущими локализациями среди онкологических заболеваний, составляя 11,2% от всех вы-

явленных случаев. В структуре заболеваемости ЗНО населения России данные виды патологии являются ведущими как среди женского, так среди мужского населения, причём в структуре данной заболеваемости у мужчин они находятся на 2-м месте после рака лёгкого [1–3]. Исследования свидетельствуют, что в последние годы в мире наблюдается постоянный рост заболеваемости раком кожи: прирост в России и за рубежом составляет 3–10% в год [3–7].

В России, как и во многих зарубежных странах, базальноклеточный рак кожи (БКРК) не учитывается отдельно от других немеланомных опухолей кожи, однако, по некоторым данным, на БКРК приходится до 80% случаев немеланомных опухолей кожи, тем самым данный вид опухоли относится к самым распространённым среди населения [8–12].

Несмотря на то что показатели смертности от рака кожи — самые низкие среди остальных нозологических форм ЗНО, в 2018 г. от немеланомных опухолей кожи в России умерли 780 мужчин и 797 женщин, стандартизованный показатель смертности (оба пола) — 0,48 на 100 тыс. населения (0,34 у женщин и 0,73 у мужчин). Рак кожи встречается преимущественно в пожилом возрасте [4]. Чаще всего поражается кожа головы и шеи (89%), при этом кожа носа — в 30% случаев, век — в 20%, лба — в 10%, ушных раковин — в 14%. Солитарные опухоли встречаются в 80–85% случаев, множественные диагностируются в 10–20% [13–15].

Актуальность проблем диагностики и лечения рака кожи в настоящее время определяется не только высоким уровнем заболеваемости, но и существующими сложностями в дифференциальной диагностике и лечении традиционными методами. При «неудобных» для лечения локализациях БКРК (наружный слуховой проход, ушная раковина, крыло носа) лечение сопряжено с определёнными трудностями, возможным появлением косметического дефекта, поэтому при выборе метода лечения учитываются анатомические особенности этих органов.

Цель исследования — оценить эффективность методов лечения пациентов различных возрастных групп с диагнозом БКРК носа и ушных раковин.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко» Минобороны России. Сроки наблюдения за пациентами составили от 6 мес до 10 лет. При лечении пациентов использовали хирургическое иссечение опухоли, лазерную деструкцию и лучевую терапию. Методы исследования: клинические, социологические, статистические, инструментальные.

Результаты

С использованием различных методов было пролечено 180 (136 мужчин и 44 женщины) больных раком кожи носа и ушных раковин в возрасте 30–95 лет (средний возраст $71,6 \pm 11,8$ года). У всех больных был верифицирован БКРК. Большинство пациентов относились к группе пожилого — 84

Таблица 1

Распределение больных БКРК носа и ушных раковин по возрастным группам

Возрастная группа	Возраст, лет	Количество больных	
		абс.	%
I период зрелого возраста	21–35	6	3,3
II период зрелого возраста	36–55 (женщины) и 36–60 (мужчины)	16	8,9
Пожилой возраст	56–74 (женщины), 61–74 (мужчины)	84	46,7*
Старческий возраст	75–89	60	33,3*
Долгожители	90 и старше	14	7,8
Всего...		180	100

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3, 7–10: * $p < 0,05$.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от места проведения лечения

Распределение по полу	Лечение в стационаре	Амбулаторно	Всего
Мужчины	126 (92,6%)*	10 (7,4%)	136 (100%)
Женщины	14 (31,8%)*	30 (68,2%)	44 (100%)
Итого...	140 (77,8%)	40 (22,2%)	180 (100%)

(46,7%) человек и старческого возраста — 60 (33,3%). Во II периоде зрелого возраста было 16 (8,9%) пациентов, долгожителей — 14 (7,8%), в I периоде зрелого возраста — 6 (3,3%). Распределение больных с БКРК носа и ушных раковин по возрасту представлено в табл. 1. Пациентов пожилого и старческого возрастов было статистически значимо больше по сравнению с другими группами ($p < 0,05$).

Распределение больных в зависимости от места проведения лечения представлено в табл. 2. Пациентов, получающих лечение в стационаре, было статистически значимо больше по сравнению с группой амбулаторных больных ($p < 0,05$). Это объясняется профилем лечебного учреждения и проводимыми методами лечения.

Распределение пациентов с БКРК носа и ушных раковин по полу и характеру опухолевого процесса представлено в табл. 3. Число пациентов мужского пола было статистически значимо выше по сравнению с женщинами ($p < 0,05$). Это объясняется преобладанием военного контингента среди пациентов госпиталя.

Распределение больных БКРК носа и ушных раковин по локализации и количеству опухолей пред-

Таблица 3

Распределение больных БКРК носа и ушных раковин по полу и характеру роста опухоли

Распределение по полу	Характер роста опухоли		Всего
	первичные	рецидивные	
Мужчины	92 (67,6%)*	44 (32,4%)*	136 (100%)
Женщины	34 (77,3%)	10 (22,7%)	44 (100%)
Итого...	126 (70%)	54 (30%)	180 (100%)

Таблица 4

Распределение больных БКРК носа и ушных раковин по локализации и количеству опухолей

Локализация опухоли	Число больных с опухолями		Всего
	с единичными	с множественными	
Нос	88*	8	96 (53,3%)
Ушная раковина и наружный слуховой проход	76*	8	84 (46,7%)
Итого...	164 (91,1%)*	16 (8,9%)	180(100%)

Таблица 5

Распределение больных БКРК носа и ушных раковин по методам их лечения

Метод лечения	БКРК	
	абс.	%
Хирургический	60	33,3
Лазерная деструкция	60	33,3
Лучевая терапия	60	33,3
Всего...	180	100

ставлено в табл. 4. В исследуемой группе больных БКРК носа и ушных раковин у большей части пациентов (96 человек) выявлено поражение носа. С единичными опухолями кожи носа было 88 пациентов, с множественными — 8. Поражение ушных раковин и наружного слухового прохода выявлено у 84 пациентов. С единичными опухолями ушной раковины и наружного слухового прохода было 76 пациентов, с множественными — 8. Из данных табл. 4 видно, что больных с единичными опухолями кожи носа было больше, чем больных с единичными опухолями кожи ушных раковин и наружного слухового прохода, а больных с множественными опухолями носа ($p < 0,05$) и с множественными опухолями кожи ушных раковин и наружного слухового прохода было одинаковое количество.

Распределение пролеченных больных БКРК носа и ушных раковин по методам их лечения приведено в табл. 5.

Распределение пациентов БКРК с учётом рецидивности опухолей носа и ушных раковин по методам их лечения приведено в табл. 6. Во всех группах преобладали пациенты с первичным БКРК. При этом статистически значимых различий в распределении пациентов между группами по методам лечения не было.

Таблица 6

Распределение пациентов БКРК носа и ушных раковин по методам их лечения и рецидивности опухолей

Метод лечения	БКРК			
	первичный	%	рецидивный	%
Хирургический	45	75,0	15	25,0
Лазерная деструкция	41	63,3	19	36,7
Лучевая терапия	40	66,7	20	33,3
Всего...	126	70,0	54	30,0

Таблица 7

Эффективность лечения больных БКРК носа и ушных раковин различными методами

Метод лечения	Число больных	Результаты лечения через 2 мес			
		ПР		ЧР	
		абс.	%	абс.	%
Хирургический	60	52	86,7*	8	13,3*
Лазерная деструкция	60	47	78,3	13	20,7
Лучевая терапия	60	43	71,7	17	28,3
Всего...	180	142	78,9	38	21,1

Проанализированы непосредственные и отдалённые результаты лечения БКРК носа и ушных раковин различными методами. Непосредственные результаты оценивали через 2 мес после проведённого лечения. Эффективность лечения больных БКРК носа и ушных раковин различными методами указана в табл. 7. При хирургическом лечении полная резорбция (ПР) была достигнута у 86,7% пациентов, частичная резорбция (ЧР) — у 13,3%.

При хирургическом методе эффективность лечения (ПР) статистически значимо выше по сравнению с другими методами лечения ($p < 0,05$). ЧР при этом значимо ниже по сравнению с другими методами лечения ($p < 0,05$). Отдалённые результаты лечения больных БКРК носа и ушных раковин приведены в табл. 8.

При хирургическом методе анализ отдалённых результатов показал статистически значимо более высокое число пациентов без рецидива по сравнению с другими методами лечения ($p < 0,05$). При этом число рецидивов было значимо ниже по сравнению с другими методами лечения ($p < 0,05$).

При анализе отдалённых результатов видно, что наиболее эффективным методом лечения БКРК носа и ушной раковины явился хирургический метод. Наблюдение за пациентами осуществлялось в срок от 2 мес до 10 лет. Рецидивы возникали с 4-го по 40-й месяц. В среднем сроки возникновения рецидивов составили 13,2 мес.

Сравнительная характеристика результатов лечения различными методами первичного и рецидивного БКРК носа и ушных раковин приведены в табл. 9.

Непосредственные результаты оценивали через 2 мес после проведённого лечения. ПР у больных

Таблица 8

Частота рецидивов БКРК носа и ушных раковин при лечении больных различными методами

Метод лечения	Число больных	Отдалённые результаты			
		без рецидива		рецидивы	
		абс.	%	абс.	%
Хирургический	52	40	77*	12	23*
Лазерная деструкция	47	34	72,3	13	27,7
Лучевая терапия	43	29	67,4	14	32,6
Всего...	142	103	72,5	39	27,5

Таблица 9

Сравнительная характеристика результатов лечения различными методами первичного и рецидивного БКРК носа и ушных раковин

Метод лечения	Число больных	Результаты лечения через 2 мес			
		ПР		ЧР	
		абс.	%	абс.	%
Хирургический					
первичный БКРК	45	40	88,9*	5	11,1
рецидивный БКРК	15	12	80,0*	3	20,0
Лазерная деструкция					
первичный БКРК	41	33	80,5	8	19,5
рецидивный БКРК	19	14	73,7	5	26,3
Лучевая терапия					
первичный БКРК	40	31	77,5	9	22,5
рецидивный БКРК	20	12	60,0	8	40,0
Всего...	180	142	78,9	38	21,1

Таблица 10

Сравнительная характеристика отдалённых результатов лечения различными методами первичного и рецидивного БКРК носа и ушных раковин

Метод лечения	Число больных	Отдалённые результаты лечения			
		ПР		ЧР	
		абс.	%	абс.	%
Хирургический					
первичный БКРК	40	31	77,5*	9	22,5
рецидивный БКРК	12	9	75,0*	3	25,0
Лазерная деструкция					
первичный БКРК	33	25	75,8	8	24,2
рецидивный БКРК	14	10	77,4	4	22,6
Лучевая терапия					
первичный БКРК	31	21	67,7	10	32,3
рецидивный БКРК	12	7	66,7	5	33,3
Всего...	142	103	72,5	39	27,5

первичным БКРК носа и ушных раковин, пролеченных хирургическим методом, отмечена у 40 (88,9%) пациентов, ЧР — у 5 (11,1%); при рецидивном БКРК — у 12 (80,0%) и 3 (20%) соответственно. При лазерной деструкции ПР у первичных больных наступила у 33 (80,5%) пациентов, ЧР — у 8 (19,5%); при рецидивном БКРК — у 14 (73,7%) и 5 (26,3%) соответственно. При лучевой терапии ПР отмечена у 3 (60%) пациентов, ЧР — у 2 (40%). При лазерной деструкции ПР у первичных больных достигнута у 31 (77,5%) пациентов, ЧР — у 9 (22,5%); у рецидивных больных — у 12 (60,0%) и 8(40,0%) соответственно. Таким образом, наиболее эффективным методом лечения первичного и рецидивного БКРК носа и ушных раковин явился хирургический ($p < 0,05$).

Сравнительная характеристика отдалённых результатов лечения различными методами первичного и рецидивного БКРК носа и ушных раковин приведена в табл. 10. При анализе отдалённых результатов лечения хирургическим методом рецидивного БКРК носа и ушных раковин опухоли вновь возникла у первичных больных в 22,5% случаев, у рецидивных — в 25,0%. При лазерной деструкции рецидивы выявлены у первичных больных в 24,2% слу-

чаев, у рецидивных — в 22,6%. При лучевой терапии рецидивы выявлены у первичных больных в 32,3% случаев, у рецидивных — в 33,3%.

При сравнительная характеристике отдалённых результатов лечения различными методами первичного и рецидивного БКРК носа и ушных раковин наиболее эффективным методом лечения явился хирургический как при первичном, так и при рецидивном процессе, что является статистически значимым ($p < 0,05$).

Заключение

На основании анализа полученных результатов можно сделать выводы о том, что эффективность лечения первичного БКРК носа и ушных раковин выше, чем рецидивного, а среди различных методов лечения наиболее эффективным и радикальным является хирургический метод. Непосредственные результаты лечения БКРК в виде ПР хирургическим методом составили 86,7%, что статистически значимо по сравнению с другими видами лечения ($p < 0,05$). Отдалённые результаты лечения при хирургическом методе также являются более высокими (77%) по сравнению с другими методами ($p < 0,05$).

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

ЛИТЕРАТУРА

- Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. М.; 2019. 236 с.
- Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). М.; 2018. 250 с.
- Каприн А. Д., Старинский В. В., Состояние онкологической помощи населению России в 2021 году. М.; 2022. 239 с.
- Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М.; 2019. 250 с.
- Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma // Br. J. Dermatol. 2007. Vol. 157, Suppl 2. P. 47–51. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.08273.x
- Tanese K. Diagnosis and management of basal cell carcinoma // Curr. Treat. Options Oncol. 2019. Vol. 20, N 2. P. 13. DOI: 10.1007/s11864-019-0610-0
- Хабриев Р. У., Садыкова Р. Н., Мингазова Э. Н., Беспятовых Ю. А. Молекулярно-генетические аспекты базальноклеточной карциномы с позиций здоровьесбережения населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 5. С. 946–950. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-5-946-950
- Клинические рекомендации: базальноклеточный рак кожи. М.; 2020. 91 с.
- Khan N. H., Mir M., Qian L. et al. Skin cancer biology and barriers to treatment: Recent applications of polymeric micro/nanostructures // J. Adv. Res. 2021. Vol. 36. P. 223–247. DOI: 10.1016/j.jare.2021.06.014
- Lopez A. T., Carvajal R. D., Geskin L. Secondary prevention strategies for nonmelanoma skin cancer // Oncology. 2018. Vol. 32, N 4. P. 195–200.
- Thomson J., Hogan S., Leonardi-Bee J. et al. Interventions for basal cell carcinoma of the skin // Cochrane Database Syst. Rev. 2020. Vol. 11, N 11. P. CD003412. DOI: 10.1002/14651858
- Хабриев Р. У., Садыкова Р. Н., Мингазова Э. Н., Беспятовых Ю. А. Социально-генетические аспекты высокой распространенности и профилактики базальноклеточной карциномы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 4. С. 527–534. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-4-527-534

13. Dika E., Scarfi F., Ferracin M. et al. Basal cell carcinoma: a comprehensive review // *Int. J. Mol. Sci.* 2020. Vol. 21, N 15. P. 5572. DOI: 10.3390/ijms21155572
14. Heath M. S., Bar A. Basal cell carcinoma // *Dermatol. Clin.* 2023. Vol. 41, N 1. P. 13–21. DOI: 10.1016/j.det.2022.07.005
15. Basset-Seguín N., Herms F. Update in the management of basal cell carcinoma // *Acta Derm. Venereol.* 2020. Vol. 100, N 11. P. adv00140. DOI: 10.2340/00015555-3495

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Kaprin A. D., Starinsky V. V., Petrova G. V. The state of cancer care for the population of Russia in 2018. Moscow; 2019. 236 p. (In Russ.)
2. Kaprin A. D., Starinsky V. V., Petrova G. V. Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality). Moscow; 2018. 250 p. (In Russ.)
3. Kaprin A. D., Starinsky V. V. The state of cancer care for the population of Russia in 2021. Moscow; 2022. 239 p. (In Russ.)
4. Kaprin A. D., Starinsky V. V., Petrova G. V. Malignant neoplasms in Russia in 2018 (morbidity and mortality). Moscow; 2019. 250 p. (In Russ.)
5. Roewert-Huber J., Lange-Asschenfeldt B., Stockfleth E., Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br. J. Dermatol.* 2007;157(Suppl 2):47–51. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.08273.x
6. Tanese K. Diagnosis and management of basal cell carcinoma. *Curr. Treat. Options Oncol.* 2019;20(2):13. DOI: 10.1007/s11864-019-0610-0
7. Khabriev R. U., Sadykova R. N., Mingazova E. N., Bespyatykh J. A. Molecular and genetic aspects of basal cell carcinoma from the standpoint of public health care. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdra-voookhraneniya i istorii meditsiny.* 2023;31(5):946–950. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-5-946-950(In Russ.)
8. Clinical guidelines: Basal cell carcinoma. Moscow; 2020. 91 p. (In Russ.)
9. Khan N. H., Mir M., Qian L. et al. Skin cancer biology and barriers to treatment: Recent applications of polymeric micro/nanostructures. *J. Adv. Res.* 2021;36:223–247. DOI: 10.1016/j.jare.2021.06.014
10. Lopez A. T., Carvajal R. D., Geskin L. Secondary prevention strategies for nonmelanoma skin cancer. *Oncology.* 2018;32(4):195–200.
11. Thomson J., Hogan S., Leonardi-Bee J. et al. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2020;11(11):CD003412. DOI: 10.1002/14651858
12. Khabriev R. U., Sadykova R. N., Mingazova E. N., Bespyatykh J. A. The social genetic aspects of higher prevalence and prevention of basal cell carcinoma. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdra-voookhraneniya i istorii meditsiny.* 2023;31(4):527–534. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-4-527-534(In Russ.)
13. Dika E., Scarfi F., Ferracin M. et al. Basal cell carcinoma: a comprehensive review. *Int. J. Mol. Sci.* 2020;21(15):5572. DOI: 10.3390/ijms21155572
14. Heath M. S., Bar A. Basal cell carcinoma. *Dermatol. Clin.* 2023;41(1):13–21. DOI: 10.1016/j.det.2022.07.005
15. Basset-Seguín N., Herms F. Update in the management of basal cell carcinoma. *Acta Derm. Venereol.* 2020;100(11):adv00140. DOI: 10.2340/00015555-3495

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2024
УДК 614.2

Волошинская А. А.¹, Максимов А. Н.¹, Безвербный В. А.^{2,3}

УСТОЙЧИВОСТЬ РОССИЙСКИХ ГОРОДОВ В УСЛОВИЯХ МЕЖДУНАРОДНЫХ САНКЦИЙ И ПОСЛЕДСТВИЙ ЭПИДЕМИИ COVID-19: СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

¹ФГАОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», Москва, 119571, Россия;

²ФГАОУ ВО «Московский государственный институт международных отношений МИД Российской Федерации», Москва, 119454, Россия;

³Институт демографических исследований — обособленное подразделение Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН», Москва, 119333, Россия

В работе представлены результаты глубинных интервью и анкетного опроса представителей городской администрации в рамках исследования «шокоустойчивость городов в условиях санкционного давления недружественных стран и эпидемии COVID-19». Опрос проведён Центром территориальных изменений и городского развития ИПЭИ РАНХиГС в марте–мае 2023 г., в нём приняли участие представители администрации более 50 городов России. Как показали результаты опроса, в целом ситуация стабильна: социальные программы выполняются в полном объёме, безработица снижается, продолжается строительство муниципальных объектов, решаются проблемы со сбоями в поставках запасных частей, оборудования и комплектующих. При этом санкции повлияли на городскую экономику и хозяйство совершенно по-разному: в то время как в одних городах отмечен значительный негативный эффект, в других влияние санкций незначительно. Вместе с тем возник ряд новых вызовов: нарушение цепочек поставок, отказ от поставок оплаченного оборудования, невозможность найти аналоги импортного оборудования с нужными характеристиками, рост цен на запчасти, комплектующие и строительные материалы, разрыв налаженных каналов сбыта в недружественные страны, падение доходов муниципальных бюджетов и т. п.

Руководители городской администрации работают сверхурочно, чтобы решить возникающие проблемы, организуют взаимодействие между предприятиями, налаживают и углубляют деловые контакты с дружественными странами, выдвигают предложения по улучшению ситуации на федеральном уровне. Новые задачи успешно решаются, хотя это требует серьёзных усилий.

Для ответа на новые вызовы нужен новый, более децентрализованный и ориентированный на местные потребности стиль государственного управления, процесс налаженной обратной связи. Хотя представители местных администраций открыты к диалогу, процесс обратной связи ещё не налажен.

Ключевые слова: шокоустойчивость российских городов; COVID-19; города; анкетирование; глубинные интервью; городское хозяйство; предложения муниципальных органов власти; диалог федеральной власти и местной администрации

Для цитирования: Волошинская А. А., Максимов А. Н., Безвербный В. А. Устойчивость российских городов в условиях международных санкций и последствий эпидемии COVID-19: социологическое исследование. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(спецвыпуск 1):567—576. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-567-576>

Для корреспонденции: Волошинская Анна Аскольдовна; e-mail: voloshinskaya-aa@ranepa.ru

Voloshinskaya A. A.¹, Maksimov A. N.¹, Bezverbny V. A.^{2,3}

RESILIENCE OF RUSSIAN CITIES UNDER INTERNATIONAL SANCTIONS AND THE CONSEQUENCES OF COVID-19: A SOCIOLOGICAL STUDY

¹Russian Academy of National Economy and Public Administration (RANEPa), Moscow, 119571, Russia;

²Moscow State Institute of International Relations (MGIMO-University), Moscow, 119454, Russia;

³Institute for Demographic Research — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, 119333, Russia

The paper presents the results of in-depth interviews and a questionnaire survey of the Russian cities administration representatives about cities resilience under the sanctions pressure and COVID-19. The survey was conducted by the Center for Territorial Changes and Urban Development of IPEI RANEPa in March–May 2023, it was attended by representatives of the administration of more than 50 cities of the Russian Federation.

We found overall situation as stable: social programs are being implemented in full, unemployment is decreasing, construction of municipal facilities continues, problems with failures in the supply of spare parts, equipment and components are being solved. At the same time, the sanctions have affected the urban economy in completely different ways: while in some cities show significant negative effect, in others the impact of sanctions is insignificant.

Cities face number of new challenges: disruption of supply chains, refusal to supply paid equipment, inability to find analogues of imported equipment with the necessary characteristics, rising prices for spare parts, components and construction materials, the rupture of established sales channels to unfriendly countries, a drop in municipal budget revenues, etc.

The heads of the city administration work overtime to solve emerging problems, organize interaction between enterprises, establish and deepen business contacts with friendly countries, put forward proposals to improve the situation at the federal level. New tasks successfully solved, although it requires serious efforts. To respond to new challenges, we need a new, more decentralized and local-oriented style of public administration, a process of well-established feedback.

Keywords: shock resistance of Russian cities; COVID-19; cities; questionnaires; in-depth interviews; urban economy; proposals of municipal authorities; dialog between the federal government and local administration

For citation: Voloshinskaya A. A., Maksimov A. N., Bezverbny V. A. Resilience of Russian cities under international sanctions and the consequences of COVID-19: a sociological study. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):567–576 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-567-576>

For correspondence: Anna A. Voloshinskaya; e-mail: voloshinskaya-aa@ranepa.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на социально-экономическое развитие городов России. Ограничительные меры, введённые для сдерживания распространения вируса, привели к снижению экономической активности, росту безработицы и сокращению доходов населения. В 2022–2023 гг. проблема устойчивости городов приобрела ещё более серьёзное значение: наша страна столкнулась с самым масштабным в своей истории санкционным давлением недружественных государств, ставшим серьёзным испытанием для самых разных отраслей экономики и городского хозяйства. В начале 2023 г. уже чётко проявились как последствия влияния санкций на российские города, так и результаты первичной адаптации городов к новым санкциям, что позволяет предложить дополнительные инструменты для повышения городской устойчивости.

Сегодня тема устойчивости российских городов к шоку широко обсуждается в научной литературе, однако большинство исследований охватывают либо какой-либо один аспект шокоустойчивости города, либо устойчивость территории в целом. Так, исследуется устойчивость бюджетов муниципальных образований [1], цепочек поставок [2], рынка труда [3], отраслевой структуры экономики [4], экономики территорий с применением PEST-анализа [5], экономики на макро- и мезоуровнях [6]. Устойчивость городов часто рассматривается в парадигме устойчивого развития, что предполагает постепенную городскую трансформацию, а не измерение реакции на шок [7, С. 4].

Однако при применении данных подходов к измерению шокоустойчивости российских городов в современных условиях беспрецедентного санкционного давления возникает ряд технических сложностей.

К дефициту (и неполноте) качественной муниципальной статистики, которая традиционно отмечается российскими исследователями, добавляются сложности определения хронологической базы для оценки влияния шока и разделения влияния разных типов шоков в случае их наложения в рамках одного временного интервала. Традиционно оценка шоков была связана преимущественно с оценкой последствий кризисов, имеющих экономическую природу (прежде всего, это циклические спады в экономике, финансово-валютные кризисы), в то время как переплетение нескольких глобальных факторов разной природы в рамках короткого интервала (пандемия, глобальный геополитический кризис) пока не имеет достаточной методической базы для оценки. Так, применительно к российским городам мы имеем частичное календарное совмещение шо-

ка, вызванного пандемией новой коронавирусной инфекции (от которого к 2022 г. города ещё не в полной мере оправались) и шока от усиленного санкционного давления, проявившегося в 2022 г. уже в полной мере.

Негативный социально-экономический эффект пандемии COVID-19 стал заметен уже в первый год эпидемии, когда меры ограничения («локдаун») были наиболее внезапными и продолжительными. По данным Росстата, в 2020 г. ВВП России сократился на 3,1%. Наиболее пострадавшими отраслями стали туризм, общественное питание, сфера услуг и транспорт. Уровень же безработицы в России в 2020 г. составил 5,9%, увеличившись на 1,2 процентных пункта по сравнению с 2019 г.¹ Однако уже в 2021 г. экономика России показала рост на 4,7%, а уровень безработицы к концу 2021 г. снизился до 4,3%². Однако восстановление экономики происходит неравномерно, и некоторые отрасли, такие как туризм и общественное питание, в ряде городов ещё испытывают трудности.

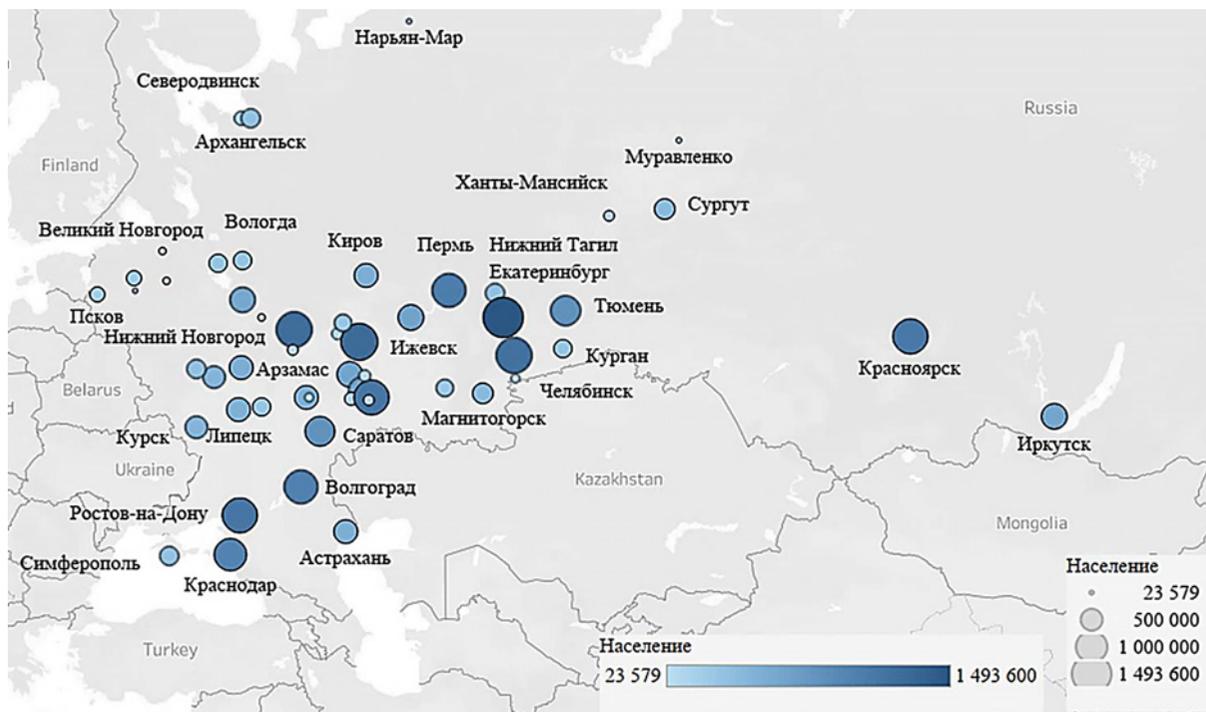
Важно также отметить запаздывание поступления статистической и иной количественной информации, индицирующей влияние шоков, что особенно характерно для статистических данных по городам России. Из-за отсутствия актуальных данных управленческая реакция и коррекция государственной, муниципальных и корпоративных политик в связи с проявлением шока происходит чаще всего до понимания его параметров и динамики. И, наконец, до начала исследования не понятно, какие именно аспекты городской экономики и хозяйства в наибольшей степени пострадали от санкций и COVID-19, и что конкретно должно стать предметом исследования.

В результате традиционных количественных методов оценки шокоустойчивости (в частности, анализа данных статистического учёта, построения регрессий) оказывается явно недостаточно для своевременной оценки проявления и динамики шока.

Требуется дополнение их социологическим инструментарием и современными возможностями краудсорсинга, включая экспресс-анкетирование и интервьюирование акторов, столкнувшимся с шоком и управлением адаптацией к нему.

¹ ВВП России в 2020 году снизился на 3,1%. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Ytm0IG1M/GDP-2020-1.pdf> (дата обращения: 12.01.2024); Занятость и безработица в Российской Федерации в декабре 2020 года. URL: https://gks.ru/bgd/free/B04_03/IssWWW.exe/Stg/d02/17.htm (дата обращения: 12.01.2024).

² Минэкономразвития оценило рост ВВП России в 2021 году в 4,7%. URL: https://www.economy.gov.ru/material/news/minekonomrazvitiya_ocenilo_rost_vvp_rossii_v_2021_godu_v_47.html (дата обращения: 12.01.2024); Занятость и безработица в Российской Федерации в декабре 2021 года. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/trud_12-2021.pdf (дата обращения: 12.01.2024).



Города, представители которых заполнили анкеты, и численность их населения.

Соответственно, метод анализа и прогноза шокоустойчивости обязательно должен включать качественные интервью, проводимые после наступления шока, содержащие преимущественно открытые вопросы, а не только возможности выбора ответа из ограниченного круга предложенных альтернатив: сам список альтернатив до проведения исследования еще не известен. Качественные интервью необходимо дополнить результатами анкетирования, а также статистическими данными.

Полученные результаты должны быть полезны не только для составления краткосрочных и среднесрочных прогнозов (сроки падения и восстановления после шока), но и иметь ценность для долгосрочных, стратегических решений, заключающихся в устранении или снижении самой зависимости российских городов от внешнего шока.

Для формирования более целостной картины Центр территориальных изменений и городского развития ИПЭИ РАНХиГС в марте–мае 2023 г. провёл серию глубинных интервью и анкетирование. В качестве целевой группы респондентов были выбраны руководители органов местного самоуправления российских городов разных типов (рисунок), чтобы сделать оценку устойчивости более содержательной и практически полезной.

Так, для анкетирования были отобраны:

- представители администраций 83 крупнейших городов России с численностью населения свыше 100 тыс. человек; данные города были выбраны, т. к. в них проживает примерно две трети городского населения России;
- представители администраций малых и средних городов России, моногородов, туристических и приграничных городов (выборочно),

что даёт возможность оценить ситуацию в городах разных типов.

Представителям муниципалитетов было разослано более 150 анкет, из которых 54 были заполнены; также было дополнительно проведено 29 глубинных интервью с руководителями органов местного самоуправления, руководителями сферы жилищно-коммунального хозяйства (ЖКХ) и транспорта (при личных встречах и по видеосвязи).

При проведении анкетирования и глубинных интервью был сделан акцент на качественных аспектах городской устойчивости, определении основных проблем и уязвимостей городского хозяйства, а не на сборе количественной или статистической информации. Таким образом, проведённое исследование позволило описать общую ситуацию с городской устойчивостью и не претендует на точные количественные результаты.

Методология исследования

Общепринятого определения городской устойчивости к шоку не существует; так, например, методом метаанализа научной литературы выделено 28 ключевых определений городской устойчивости [8, С. 7–9], а путём анализа наиболее цитируемых статей — 25 определений [9, С. 41].

Поэтому для проведения исследования авторами было разработано определение устойчивости, учитывающее сложную геополитическую обстановку и специфику городского развития. Устойчивость трактовалась как:

- 1) способность города (муниципального образования) сохранить, улучшить или восстановить текущие показатели деятельности по сравнению с 2021 г.;

Таблица 1

Определение городской устойчивости в рамках данного исследования

Элемент определения	Описание
Стадия и тип кризиса, вызванного шоком	Кризис уже наступил, он был внезапным, является среднесрочным и, возможно, долгосрочным
Городская устойчивость определяется применительно к конкретной задаче	Задачами исследования являются: анализ устойчивости российских городов; классификация российских городов по степени устойчивости; выявление факторов, делающих города более устойчивыми; анализ устойчивости российских городов по их типам (крупные города, моногорода, туристические города); разработка предложений по мерам государственной политики на федеральном, региональном и муниципальном уровнях с целью повышения устойчивости российских городов
Специфичные для города измерения устойчивости	Стратегия городского развития, планы городского развития, транспортная система, городское хозяйство
Статистические показатели, качественная информация	Статистические данные Росстата; результаты глубинных интервью с представителями городской администрации
Географические границы городов	Соответствуют административным границам городов, т. к. статистические данные соответствуют административным границам, а представители городской администрации обычно имеют информацию о ситуации в пределах официальных городских границ
Определение городской устойчивости должно соотноситься с лучшими мировыми практиками и концепциями городского развития	Оцениваются параметры городского хозяйства, городская стратегия развития, развитие туризма
Определение должно быть информативно с точки зрения устранения зависимости города от внешнего шока	Оценивается как само воздействие шока (возникшие проблемы), так и реакция со стороны властей и их запрос на разработку новых мер поддержки

2) способность городской администрации эффективно отреагировать на внешний шок, принять необходимые меры, возможно, найти новые пути развития в текущих условиях;

3) способность городской администрации понимать существующие проблемы, получать и запрашивать необходимую федеральную поддержку.

Отдельные элементы определения городской устойчивости представлены в табл. 1.

Чтобы оценить устойчивость городского развития в данной трактовке, в структуру анкеты и гайда для глубинного интервью были включены 3 блока вопросов:

1. Блок «Что произошло в 2022 году?»: вопросы для оценки влияния внешнего шока на различные показатели городского развития, выявления наиболее актуальных проблем и новых направлений развития.

2. Блок «Реакция»: что именно было сделано для нивелирования воздействия внешнего шока, какие меры приняты.

3. Блок «Государственная поддержка»: какие именно меры государственной поддержки были получены, и какие еще нужны.

Три перечисленных блока вопросов применялись для оценки разных сфер деятельности, поэтому анкета имела матричный характер.

Результаты

Ниже представлены основные результаты исследования реакции городов на шок, включающие результаты опросов и глубинных интервью.

Городская экономика в целом

В апреле 2022 г. многие респонденты отметили приостановку поставок, нарушение логистических цепочек. В начале 2022 г. резко возросли цены на импортное оборудование и комплектующие, но потом ближе к июлю–августу ситуация стабилизировалась, нашлись новые поставщики, цены, конечно, подросли, но не так сильно, как ожидалось.

Санкции и последствия эпидемии COVID-19 повлияли на отрасли народного хозяйства в разных городах совершенно по-разному: в одних городах отмечен значительный негативный эффект, в то время как в других влияния санкций не отмечено. Крупные города или города, включённые в международную систему связей, первыми приняли удар пандемии, поскольку в них степень контакта с внешним миром была больше, распространение коронавируса шло чаще всего по центрo-периферийной модели. Это означает, что вирус проникал в страну через крупные транспортные узлы, такие как международные аэропорты и морские порты, расположенные в крупных городах, а затем распространялся в менее населённые и менее связанные с внешним миром регионы.

Такая модель распространения вируса имеет несколько экономических последствий.

1. Крупные города, являющиеся экономическими центрами, пострадали сильнее всего из-за введения ограничительных мер и снижения деловой активности. Это привело к значительному сокращению валового внутреннего продукта в этих городах и негативно повлияло на национальную экономику в целом.

2. Нарушение международных связей и цепочек поставок оказало серьёзное влияние на предприятия, зависящие от импорта сырья или экспорта своей продукции. Многие компании были вынуждены приостановить производство или сократить объёмы из-за логистических проблем и снижения спроса на международных рынках.

3. Сектор услуг, особенно туризм и общественное питание, которые также в значительной степени сосредоточены в крупных городах, пострадал наиболее сильно. Закрытие границ, ограничения на передвижение и снижение потребительской активности привели к резкому падению доходов в этих отраслях и росту безработицы.

Однако по мере адаптации к новым условиям и ослабления ограничений экономика крупных городов начала восстанавливаться быстрее, чем периферийные регионы. Это объясняется их большей экономической устойчивостью, наличием развитой инфраструктуры и концентрацией человеческого капитала.

Таким образом, центрo-периферийная модель распространения коронавируса оказала значительное влияние на экономику городов и регионов, подчеркнув важность международных связей и диверсификации экономики для обеспечения устойчивости к внешним шокам.

Больше всего ответов «отрасль очень пострадала» пришлось на сферы автомобилестроения, самолетостроения, строительства, туризма, финансов.

Больше всего ответов «отрасль пострадала» в сферах: промышленность в целом, обрабатывающие производства, торговля и общественное питание, строительство, информационно-коммуникационные технологии, транспорт, туризм, пищевая промышленность. Намного меньше негативное влияние санкций отмечено на сферы культуры и досуга, химическую и нефтехимическую промышленность, здравоохранение, консалтинг и образование.

Вместе с тем экономика оказалась достаточно устойчива, в том числе на муниципальном уровне; 2022 г. стал как годом санкционного давления, так и годом новых возможностей. За последние полгода (вторая половина 2022 г.) активно идет импортозамещение, причём преимущественно за счёт внутреннего производства. Хотя проблемы есть, они решаются за счёт поиска новых поставщиков и выхода на новые рынки сбыта.

Многие респонденты оценивали санкции как новые возможности. Так, например, компания — крупный якорный производитель хлебобулочных изделий — производила макароны на европейском оборудовании. Комплектующих для линии по производству макарон не стало из-за санкций, поэтому выпуск макарон был полностью прекращен. Но компания нарастила выпуск других изделий, и за 2022 г. показала рост оборотов и выручки, и сейчас набирает новых сотрудников.

В ряде городов были зафиксированы остановки конвейера сборочных производств, однако удалось найти новых поставщиков комплектующих из дружественных стран, сохранить рабочий коллектив и вновь запустить конвейер. Таким образом, в целом города хорошо справились со стрессом, не было ни уволенных, ни роста безработицы, ни длительной остановки производства, ни значительного снижения выпуска, ни потери поступлений налогов.

Представители городских администраций рассказывали, как они работали по налаживанию цепочек поставок, начиная с микропредприятий. Например, при участии мэрии города были собраны на рабочем совещании представители всех предприятий, включая оборонные предприятия и весь сельскохозяйственный сектор. В ходе совещания выяснили, какие именно недостающие комплектующие и сырье можно производить в городе, в результате удалось наладить производственные связи.

Полученные результаты можно рассматривать как качественное подтверждение ранее сделанных выводов экспертов Высшей школы экономики: устойчивость российской экономики объясняется её рыночным характером, высокой адаптивностью

бизнеса и государственной поддержкой [10, С. 34]. К ключевым факторам устойчивости экономики российских городов также стоит добавить высокую адаптационную способность сотрудников городских администраций, включая высшее руководство города, их способность работать в нестандартных стрессовых условиях и эффективно решать новые задачи.

В чём именно состоит негативный эффект от санкций?

Наиболее частый негативный эффект от введения санкций звучит как «разрыв цепочек поставок и отсутствие по этой причине запчастей и комплектующих». На втором месте по количеству ответов — «ограничения на покупку российской продукции», далее со значительным отрывом идёт ответ «снижение потока иностранных клиентов». Таким образом, наибольшее влияние санкций проявляется именно в разрыве логистических цепочек и введённых ограничениях на покупку российской продукции.

Кроме того, в нефтедобывающих регионах снизились инвестиции в основной капитал крупных и средних предприятий, что связано с нефтяным комплексом и ограничением цен, которое ввел Европейский союз, т. к. объёмы производства не упали. Менее всего затронута санкциями отрасль информационно-коммуникационных технологий.

Уровень занятости

Как отметили многие респонденты, высвобождённые из-за ухода зарубежных компаний работники идут работать на отечественные заводы. Безработица не растёт, есть небольшой дефицит квалифицированных кадров. Так, респонденты отмечают рост потребности в специалистах предприятий оборонно-промышленного комплекса и других отраслей в кадрах, а также позитивное влияние на уровень занятости мероприятиями, проводимыми в целях содействия занятости граждан. Возможно, на снижение уровня безработицы повлияли изменения в Законе РФ «О занятости населения в РФ» в части назначения пособия по безработице.

Подавляющее большинство ответов свидетельствуют о том, что уровень безработицы существенно снизился (упал более чем на 5%), снизился (падение на 1–5%) или почти не изменился (6,2%). О росте безработицы сообщил только город Тихвин, но это нельзя назвать проблемой, т. к. в городе достаточно высокий уровень занятости: уровень безработицы на начало 2023 г. составил 0,66%, что на 7% выше аналогичного показателя начала 2022 г. (0,5%).

Таким образом, можно сделать однозначный вывод: введённые санкции и сложная геополитическая обстановка привели к падению уровня безработицы практически во всех опрошенных городах. Вместе с тем, похоже, в городах наблюдается кадровый дефицит, что может снизить темпы экономического развития.

Стоит подчеркнуть, что в опросе речь идёт о результате, достигнутом на начало 2023 г., в то время как в середине 2022 г. ситуация была намного хуже. Города могут отличаться по административным функциям (столичный город, районный центр и т. п.), специализации промышленности, плотности и составу населения, уровню образования населения [11]. Логично предположить, что и реакция городов разных типов на разные типы шоков будет значительно различаться, как и их способность адаптироваться к шоку.

Социальные программы

Представители муниципалитетов отмечали стабильность городского бюджета, несмотря на снижение доходов. Вместе с тем многие из опрошенных подняли проблему перехода на единый налоговый счет (ЕНС); из-за недостаточной отлаженности новых процессов городские доходы стали непрозрачными и непредсказуемыми, что затрудняет планирование расходов и финансирование новых проектов. Тем не менее стабильность бюджетов позволяет городам выполнять свои обязательства в полном объёме. Так, практически все респонденты отметили отсутствие влияния санкций недружественных государств на развитие социальной сферы: на социальные программы, работу организаций образования, культуры, здравоохранения, социальной защиты, спорта, молодёжной политики. Социальные программы не сворачиваются, продолжают, крупные объекты вводятся в эксплуатацию, строительство осуществляется по утверждённому графику. В то же время были паузы и задержки сроков ввода социальных объектов в эксплуатацию, что вызвано как санкциями, так и сложностью привлечения внебюджетных средств. В 2022 г. отмечались задержки поставок оборудования (например, задержка поставок мебели в школу по концессионному соглашению).

В то же время некоторые города отметили существенное влияние санкций на возможности участия российских спортсменов в международных соревнованиях, а также ограничения доступа к инфраструктуре профессионального спорта.

Сфера жилищно-коммунального хозяйства

В сфере ЖКХ респондентами отмечены достаточно серьёзные проблемы, которые напрямую с санкциями в большинстве случаев никак не связаны, хотя и усугубились из-за санкционного давления.

Основная проблема состоит в том, что сфера ЖКХ долгое время финансировалась по остаточному принципу: городская инфраструктура не обновлялась, не получала федеральной поддержки, в отличие от других типов инфраструктуры. Многие годы не было своевременной модернизации котельных, ремонта теплотрасс, инфраструктуры водоснабжения и канализации. Поэтому в ЖКХ ситуация намного хуже, чем в сфере благоустройства и

дорожного строительства: средства от национальных проектов в ЖКХ не вкладывались.

Недофинансирование ЖКХ приводит к многократному росту количества аварий на сетях водоснабжения, вот как об этом говорят респонденты: «Раньше директору Водоканала за каждую раскопку улицы, за каждую аварийную ситуацию, которая была устранена не в нормативный срок, могли как минимум сделать замечание, поставить на вид, лишить премии. А сегодня в нескольких местах сильные утечки, а ремонтируют только две самые главные, а то два квартала останутся без воды; на остальное ресурсов нет, остальные потерпят». Исключение составляют отдельные проекты, которые финансировались за счёт федеральных средств. Например, продолжается модернизация очистных сооружений в Ульяновске, профинансированная в рамках региональной программы «Оздоровление Волги» национального проекта «Экология» (станции ультрафиолетовой очистки воды с применением новой технологии безосадочной обработки стоков).

Респонденты возлагают большие надежды на опережающее финансирование инфраструктуры в 53 регионах России³ и ждут, когда будет принята конкретная программа, включая точный объём и сроки поступления средств.

С зарубежной спецтехникой респонденты отметили следующие проблемы: рост цен, сбои поставок, трудности заказа, сложности ремонта, вынужденная замена спецтехники на менее мощные и более доступные аналоги. Поставки стали сложнее, через другие страны зарубежная техника идет дольше и стоит дороже.

Для решения проблемы респонденты собираются перейти полностью на отечественную спецтехнику, а зарубежную технику заказывать только при отсутствии российских аналогов.

Капитальное строительство

Как отметили многие респонденты, на строительство дорог санкции пока никак не отражаются, финансирование идет в рамках национального проекта «Безопасные и качественные дороги» (БКД), а также на общественные пространства и дворы в рамках национального проекта «Формирование комфортной городской среды». Есть небольшие проблемы в части зарубежной дорожной техники, но идёт замещение за счёт техники Республики Беларусь и Китая.

Некоторые респонденты отметили замедление поступления финансирования в рамках проекта БКД, что затягивает сроки проектов; в то же время финансирование крупных инфраструктурных проектов (например, мостов) продолжается.

Раньше была возможность запросить неосвоенные средства из других регионов, чтобы закончить текущий проект, то сейчас такой возможности нет:

³ Одобрено опережающее финансирование инфраструктуры в 53 регионах России URL: <http://government.ru/news/4817/> (проверено 11.04.2023)

сокращения сроков строительства не будет. Таким образом, хотя финансирование по крупным инфраструктурным проектам продолжается, регионы лишились важного инструмента для ускорения производства работ и возможности привлечения дополнительных ресурсов. Хотя, скорее, это результат не действия санкций, а общей экономической ситуации. В то же время некоторые регионы успешно решили свои проблемы до наступления санкций: так, например, в Ханты-Мансийске большинство дорог приведено в нормативное состояние.

Жилищное строительство

Как отметили респонденты, по вводу жилых домов есть спад, но он связан со снижением во время пандемии COVID-19, и напрямую не зависит от санкций. В 2022 г. очень сильно подорожали стройматериалы, эту проблему решают в ручном режиме: например, в Липецке создали специальную рабочую группу из представителей нескольких министерств. В результате работы группы в Липецке идет активная выдача разрешений на строительство, и в 2023 г. ожидается увеличение объёма ввода жилья.

На вопрос, какие возникли проблемы в отношении объектов строительства и реконструкции, большинство респондентов указали затягивание сроков строительства, в том числе из-за отсутствия возможности привлечения внебюджетного финансирования.

Общественный транспорт

Наибольшее число ответов об ухудшении ситуации в городском хозяйстве из-за санкционного давления приходится на городской общественный транспорт: отмечены значительный рост стоимости материалов и комплектующих, увеличение сроков поставок, вынужденный переход на запасные части других производителей.

В целом с общественным транспортом в 2022 г. ситуация благоприятная, т. к. автобусный, троллейбусный и трамвайный парки — в основном отечественного производства, реже — производства Республики Беларусь. При этом как самый сложный отмечают 2020 г., когда пассажиропоток резко упал из-за эпидемии коронавируса. Так, в Ульяновске за последние годы произошло обновление общественного транспорта, в 2021 и 2022 гг. были закупки порядка 30 трамваев отечественного производства, что помогло сохранить устойчивость транспортной системы в текущих условиях.

Отмечаются следующие проблемы: рост стоимости запчастей, увеличение срока поставок запчастей, снижение рентабельности перевозок, небольшой рост количества схода транспорта с линии из-за технической неисправности. Проблемы решаются за счёт импортозамещения, закупки отечественного парка транспортных средств, а также заключения контрактов с перевозчиками, которые самостоятельно решают возникшие проблемы. Многие респонденты отметили, что город будет закупать только продукцию отечественных производителей.

В то же время не все транспортные средства закупает именно город, поэтому респонденты отмечают растущую конкуренцию, которую российским производителям автопрома составляют китайские предприятия: «К частным перевозчикам (с которыми город заключает брутто-контракты) сейчас активно заходят китайские производители. И если сейчас китайской техники не так много именно в городском сегменте, то она всё чаще появляется на междугородних рейсах. В 2025 г., когда будет обновляться автобусный парк, китайские производители представят свой ценник, который может оказаться интереснее предложений отечественных предприятий. Поэтому частные перевозчики выберут автопарк, исходя из стоимости автомашин».

В сфере авиации отмечены наибольшие проблемы, связанные с отсутствием возможностей для импортозамещения, а также реализацией инвестиционных проектов из-за срыва поставок оборудования. Выход заключается в поиске альтернативных зарубежных поставщиков, и проблема постепенно решается.

Внутренний туризм

Почти все респонденты отметили внутренний туризм как перспективное направление, которое они планируют активно развивать, для чего реализуют многие проекты как по благоустройству городской среды, так и по продвижению города внутри России. При этом каждый город ищет уникальный путь привлечения туристов.

Например, Ханты-Мансийск продвигает бренд «Новогодняя столица Сибири». Сдана крупная гостиница-резиденция, где в начале 2023 г. начата реализация проекта «Новый год круглый год». Проект включает возможность покататься на лыжах в течение всего года и предусматривает собственное хранилище снега.

Ульяновск делает упор на развитие городских общественных пространств, предназначенных как для горожан, так и для туристов, включая население соседних городов и регионов. Липецк также планирует развивать внутренний туризм.

Программное обеспечение

Иностранное программное обеспечение не перестало обслуживаться и работать, но пришли директивы, что надо перейти на отечественные программные продукты. Как это будет реализовано на практике, сказать сложно, т. к. некоторые отечественные разработки по дистанционному учёту теплоснабжения (съёму показаний приборов, умных сетей), разработаны на базе зарубежных программных продуктов. Также была директива всем переходить на платформу «ГосВеб», но пока она не готова.

Влияние санкций на документы стратегического планирования

Как показали результаты интервью, документы стратегического планирования постепенно меняются с учётом новой экономической ситуации, при

этом часть муниципалитетов не только решает с помощью изменения стратегии возникшие проблемы, но и активно использует новые открывающиеся возможности. Однако, возможно, изменения недостаточны.

Результаты опроса позволили выявить 2 факта.

С одной стороны, значительных изменений в стратегиях муниципальных образований не произошло (т. к. нет изменений в документах стратегического планирования), что говорит о значительной устойчивости и независимости от санкций реализации социальных и иных муниципальных программ и программ в условиях санкционного давления. Изменения отдельных программ и мероприятий в ряде городов есть, но в целом ситуация благоприятная. Цели, задачи и мероприятия пересматривают только отдельные города.

С другой стороны, результаты показывают инертность системы муниципального управления, нежелание перестраивать деятельность с учётом новых реалий, например, принимать специальные программы для поиска или переобучения кадров, чтобы ликвидировать кадровый дефицит, развивать внутренний туризм, импортозамещение, захватывать новые рыночные ниши, налаживать экономическое сотрудничество с другими регионами Российской Федерации и дружественными странами и т. д. Если изменения и вносятся, они, как правило, направлены на сохранение текущего состояния (что трактуется как главное достижение), а не на развитие, использование новых ресурсов и новых возможностей.

Муниципально-частное партнерство

Респонденты высказали неоднозначное отношение к механизму муниципально-частного партнёр-

ства (МЧП): данный механизм активно применяется для благоустройства городской среды и строительства муниципальных объектов, но даёт сбой при финансировании инфраструктуры ЖКХ.

В частности, о применении МЧП в сфере ЖКХ были высказаны следующие опасения:

- многочисленные отрицательные примеры: применение МЧП приводит к утрате муниципального имущества, сильному сокращению штата, неплатежам;
- МЧП отмечено как популистское решение, приводящее к большим долгосрочным проблемам за счёт краткосрочных выгод;
- в отсутствие роста доходов населения трудно и неправильно с социальной точки зрения поднимать тариф на услуги ЖКХ, а без роста тарифов сложно применять МЧП;
- МЧП улучшило бы ситуацию только незначительно, без больших денег проблему замены систем водоснабжения не решить.

Обсуждение

Результаты глубинных интервью подтверждают данные анкетного опроса. Респонденты также высказали много заслуживающих внимания предложений по оптимизации мер федеральной поддержки и повышению шокоустойчивости, которые систематизированы в табл. 2.

Заключение

Несмотря на санкционное давление, городская экономика оказалась достаточно устойчива, в том числе на муниципальном уровне; 2022 год стал как годом санкционного давления, так и годом новых возможностей. Основные результаты исследования состоят в следующем.

Таблица 2

Некоторые предложения, высказанные респондентами глубинных интервью

Предложение	Комментарий
Перераспределение средств из нацпроектов в сферу ЖКХ	Разрешить перенаправлять часть средств, выделяемых в рамках нацпроекта «Создание комфортной городской среды» и нацпроекта БКД, на ремонт сетей водоснабжения и теплосетей: из-за разрыва труб результаты работ могут быть полностью уничтожены
Централизованный сбор заявок на оборудование	Создать единый портал, куда бы все муниципалитеты и, возможно, предприниматели поставляли информацию о том, какое оборудование им нужно, чего не хватает, что вышло из строя. Наши производители оборудования бы видели, на какое оборудование есть спрос, напрямую общались бы к предпринимателям, обсуждали цену и технические детали
Стандартизация оборудования для ЖКХ (водоканала, теплосетей и т. п.)	Сделать оборудование для Водоканала по всей стране типовым, насколько это возможно с учётом климата и других местных особенностей. За счёт массового производства получить эффект масштаба, наладить массовое производство запчастей и массовое обслуживание оборудования
Целевая федеральная программа для строительства ливневой канализации	доотвода и отсутствие в муниципалитетах собственного финансирования ливневой канализации; предлагается создать целевую федеральную программу для финансирования ливневой канализации
Центры инвестиционного развития муниципально-уровня	Агентство инвестиционного развития региона занимается крупными проектами, которые больше определённого порога. Предлагают создать единые центры инвестиционного развития на муниципальном уровне, эти центры занимались бы более мелкими проектами и проблемами
Отладить процессы внедрения ЕНС	Необходимо отладить новую систему перехода на ЕНС: нужна ясность, когда придут налоговые поступления, почему их объём изменился, нужна аналитика — расшифровка отчислений по налогам и предприятиям-налогоплательщикам. В таких условиях невозможно планировать доходы и расходы бюджета
Единые методика и программное обеспечение для расчёта кадастровой стоимости	Сделать единую методику и/или единый программный продукт для всех муниципальных образований, всех субъектов РФ, который рассчитывал бы кадастровую стоимость как объектов недвижимости, так и земельных участков. Сейчас каждый регион проводит расчёты кадастровой стоимости с помощью разных программных продуктов, и нет гарантии, что разные программные продукты дадут один и тот же результат расчётов
Предложения для северных городов	1. Для определённых видов деятельности внедрить двухставочный тариф «день-ночь», как у населения. Тогда предприниматели могли бы запускать производство ночью и снизить затраты. 2. Ввести субсидирование тарифов на электроэнергию и коммунальных услуг для бизнеса, потому что сейчас они могут занимать до 50% в себестоимости продукции

1. Санкции оказали негативное влияние на городское хозяйство и привели к приостановке поставок, нарушению логистических цепочек, даже имели случаи отказа от поставок предоплаченных заказов. Отмечены значительный рост цен на импортное оборудование, запчасти и комплектующие, отсутствие физической возможности заменить отдельные виды оборудования (отечественные аналоги не имеют нужных размеров и характеристик), негативное влияние «эффекта колеи» (сложно совместно эксплуатировать оборудование различных производителей).

2. Городское хозяйство и городская экономика оказались достаточно устойчивы, городской администрации в целом удалось решить возникшие проблемы. Социальные программы реализуются в полном объёме, социальные объекты строятся, хотя некоторые проекты идут с задержкой. Задержки со вводом в эксплуатацию жилых домов, как правило, связаны со снижением темпов строительства во время пандемии; также в 2022 г. очень сильно подорожали стройматериалы.

3. Как правило, представители муниципалитетов отмечают стабильность бюджета, несмотря на снижение доходов, отмечая сложности с переходом на единый налоговый счёт.

4. В сфере ЖКХ отмечены самые серьёзные проблемы, которые, как правило, напрямую не связаны с санкциями и вызваны многолетним недофинансированием, необходимостью «лоскутного» ремонта вместо массовой замены аварийных участков труб. Также отмечено полное отсутствие координации между графиками ремонта подземных коммуникаций (труб водоснабжения, канализации, теплотрасс) и благоустройством городской среды, ремонтом дорог, что приводит к уничтожению результатов выполненных работ по благоустройству и многократному перерасходу муниципальных средств.

5. С общественным транспортом в 2022 г. ситуация в целом благоприятная, т. к. автобусный, троллейбусный и трамвайный парки — в основном производства России и Республики Беларусь. Многие города решили переориентироваться только на продукцию отечественных производителей.

6. Муниципально-частное партнерство активно применяется для благоустройства городской среды и строительства социальных объектов, но даёт сбой при реализации проектов для инфраструктуры ЖКХ.

7. Документы стратегического планирования постепенно меняются с учётом новой реальности, однако эти изменения слишком медленные и встречаются далеко не у каждого города; в целом система стратегического планирования муниципального уровня достаточно консервативна.

Пожалуй, самый главный результат исследования заключается в следующем: на местах в сфере городского управления существует огромный человеческий потенциал, который и является основой городской устойчивости. Руководители городской администрации работают сверхурочно, чтобы решить

возникающие проблемы, организуют взаимодействие между предприятиями, налаживают и углубляют деловые контакты с дружественными странами.

При этом администрация муниципалитетов и высшие должностные лица готовы к диалогу с федеральными властями, у них есть много интересных идей, как лучше организовать федеральную поддержку городов в общероссийском масштабе; они высказали много организационных предложений по оптимизации процессов управления и изменению законодательства.

Для ответа на вызовы, с которыми столкнулась Россия на современном этапе, нужен новый, более децентрализованный и более ориентированный на местные потребности стиль государственного управления, нужен процесс налаженной обратной связи и реализации предложений на практике. К сожалению, пока этого процесса нет.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Яшина Н. И., Яшин С. Н. Мониторинг бюджетной устойчивости муниципалитетов в условиях санкционного давления с целью формирования их финансовой стратегии // Развитие и безопасность. 2023. № 2. С. 103–114.
2. Ковалёв М. Н. Устойчивость цепей поставок в условиях западных санкций // Логистические системы в глобальной экономике. 2023. № 13. С. 96–98.
3. Исаев З. Э. Меры по восстановлению и повышению устойчивости рынка труда в условиях внешних санкций // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2023. № 5. С. 249–251.
4. Иванов П. А. К вопросу о методике экспресс-оценки устойчивости экономики территорий к внешним шокам // Экономика и бизнес: теория и практика. 2022. № 6-1. С. 172–175.
5. Плотников В. А., Юсуфова А. М. Устойчивость региональных экономических систем в условиях макроэкономических шоков // Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии. 2022. № 3. С. 5–9.
6. Жиронкин С. А., Таран Е. А., Алешина О. Г. Устойчивость экономики к шокам на макро- и мезоуровнях: типология и условия // Вестник Томского государственного университета. Экономика. 2023. № 61. С. 225–249.
7. Рейтинговое агентство SGM. Рейтинг устойчивого развития городов России. 10-й выпуск, март 2023. М., 2023. С. 4–6.
8. Zeng E. A. Urban resilience for urban sustainability: concepts, dimensions, and perspectives // Sustainability. 2022. Vol. 14. P. 2481.
9. Meerow S., Newell J. P. Defining urban resilience: a review // Landscape and Urban Planning. 2016. No. 147. P. 38–49.
10. Экономика России под санкциями: от адаптации к устойчивому росту: доклад к XXIV Ясинской (Апрельской) международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества (Москва, 2023 г.) / под ред. Н. В. Акиндиновой. М.; 2023. 63 с.
11. Трунова Н. А., Максимов А. Н., Козьмин А. Л., Лагунов И. В. Формирование и совершенствование качественной городской среды. М.; 2021. С. 32–50.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Yashina N. I., Yashin S. N., Monitoring the budget stability of municipalities under the conditions of sanction pressure to form their financial strategy. *Razvitiye i Bezopasnost'*. 2023;(2):103–114. DOI: 10.46960/2713-2633_2023_2_103 (In Russ.)
2. Kovalyov M. N. Sustainability of supply chains in the face of western sanctions. *Logisticheskie sistemy v global'noj ekonomike*. 2023;(13):96–98. (In Russ.)

3. Isaev Z. E. Measures to restore and increase the stability of the labor market in the face of external sanctions. *Gumanitarnye, social'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki*. 2023;(5):249–251. (In Russ.)
4. Ivanov P. A. To the question of the method of the express assessment of the stability of the economy of the territories to external shocks. *ECONOMY AND BUSINESS: theory and practice*. 2022;(6-1):172–175. (In Russ.)
5. Plotnikov V. A., Yusufova A. M. Stability of regional economic systems under macroeconomic shocks. *Teoriya i praktika servisa: ekonomika, social'naya sfera, tekhnologii*. 2022;(3):5–9. (In Russ.)
6. Zhironkin S. A., Taran E. A., Aleshina O. G. The economy's resilience to shocks at the macroand meso-levels: typology and conditions. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Ekonomika*. 2023;(61):225–249. (In Russ.)
7. SGM, Russian Federation cities Sustainable Development Rating. Moscow; 2023. pp. 4-6.
8. Zeng E. A. Urban resilience for urban sustainability: concepts, dimensions, and perspectives. *Sustainability*. 2022;14:2481.
9. Meerow S., Newell J. P. Defining urban resilience: a review. *Landscape and Urban Planning*. 2016;(147):38–49.
10. Akudinova N. V. (ed.) The Russian economy under sanctions: from adaptation to sustainable growth: report to the XXIV Yasinsky (April) international scientific conference on problems of economic and social development (Moscow, 2023). Moscow; 2023. 63 p. (In Russ.)
11. Trunova N. A., Maksimov A. N., Kozmin A. L., Lagunov I. V. Formation and improvement of high-quality urban environment. Moscow; 2021. (In Russ.)

Голубкина К. В., Абрамян С. К.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГАДЖЕТОВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ И ИХ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», 353924, Новороссийск, Россия

В информационном XXI веке практически каждый человек взаимодействует с техническими приборами, в том числе с гаджетами. Гаджет — это небольшое устройство, предназначенное для облегчения и усовершенствования жизни. К гаджетам чаще всего относят смартфоны, компьютеры, планшеты, наушники, колонки для смартфона, «умные» часы и многое другое. В данной статье мы заострим внимание на наиболее распространённых гаджетах — смартфоне и компьютере, а также рассмотрим их влияние на организм студента. Статья посвящена ряду аспектов нового фактора роста, развития, воспитания и образования ребёнка — использования подростками различных устройств доступа к информации. Приводятся результаты социального опроса студентов Государственного морского университета им. адмирала Ф. Ф. Ушакова по показателю использованного экранного времени смартфона, их самочувствия от этого. Авторы показывают, что злоупотребление временем, проведённым в гаджетах, отрицательно сказывается на состоянии как физического, так и психического здоровья студентов. В статье даются рекомендации безболезненного взаимодействия подростков с устройствами. Подчёркивается важная связь педагогической составляющей данной проблемы с социальным контекстом развития отдельной семьи и общества в целом.

Ключевые слова: цифровизация; гаджеты; здоровье; студенты; экранное время; смартфон; дети; ребёнок

Для цитирования: Голубкина К. В., Абрамян С. К. Использование гаджетов в студенческой среде и их воздействие на здоровье студентов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):577—581. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-577-581>

Для корреспонденции: Абрамян Сюзанна Кароевна; e-mail: abrsyuzanna@yandex.ru

Golubkina K. V., Abramyan S. K.

THE USE OF GADGETS IN THE STUDENT ENVIRONMENT AND THEIR IMPACT ON THE HEALTH OF STUDENTS

Admiral Ushakov State Maritime University, 353924, Novorossiysk, Russia

In the information 21st century, almost everyone interacts with technical devices, including gadgets. A gadget is a small device designed to make life easier and better. Gadgets most often include smartphones, computers, tablets, headphones, smartphone speakers, smart watches and much more. In this article, we will focus on the most common gadgets — a smartphone and a computer, and also consider their effect on the student's body. The results of a social survey of students of the Admiral F. F. Ushakov State Maritime University on the indicator of smartphone screen time used and their well-being from this are presented. The authors show that the abuse of time spent in gadgets negatively affects the state of both physical and mental health of students. The article provides recommendations for a painless interaction

Keywords: digitalization; gadgets; health; students; screen time; smartphone; children; child

For citation: Golubkina K. V., Abramyan S. K. The use of gadgets in the student environment and their impact on the health of students. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):577–581 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-577-581>

For correspondence: Susanna K. Abramyan; e-mail: abrsyuzanna@yandex.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Быстрое проникновение современных технологий во все сферы нашей жизни создаёт новые возможности и удобства. Но как это сказывается на здоровье и организме студента? При работе с гаджетом от человека требуются максимальное внимание и концентрация. Из-за многозадачности и постоянного переключения внимания при работе с гаджетом у людей наблюдается нарушение когнитивных функций. Они с трудом могут или вовсе не могут сосредоточиться на какой-либо информации во внешнем мире. Из-за этого их внимание рассеивается, а способности к обучению у студентов страдают. Относительно новый тип педагогических отношений «студент — электронное устройство — преподаватель» довольно быстро захватил множество семей

во всем мире. Если раньше, до широкого распространения интернета и гаджетов, в педагогике поднимались вопросы о связи ребёнка с телевизором, то уже более 15 лет акценты существенно изменились: теоретики и практики забили тревогу относительно использования детьми, подростками различных гаджетов, прежде всего, смартфонов и планшетных компьютеров.

Озабоченность различными негативными последствиями детской «гаджетомании» разделяют как за рубежом, так и в России [2, С. 563]. Всё чаще в научных публикациях можно фиксировать тревожные эмпирические данные о влиянии гаджетов как на физическое, так и на психическое здоровье несовершеннолетних [1, С. 1510]. Не обходит стороной эта проблематика и педагогику, ведь предоставление электронных устройств и доступа в интернет,

организация в процессе потребления так называемого «медиаконтента» (фильмов и мультфильмов, картинок и роликов, игр и информации из мессенджеров и социальных сетей) — это непосредственная зона ответственности взрослых, прежде всего, родителей и педагогов.

Проблема использования детьми гаджетов простирается куда шире границы, связанной с вопросами обучения и получения знаний. Достаточно упомянуть несколько направлений разработки этой проблематики, чтобы понять серьёзный, почти радикальный характер того вызова, который встаёт уже перед всем обществом, а не только перед узким кругом экспертов:

- «экранное время» и его психолого-педагогические аспекты;
- взаимодействие студентов с цифровыми устройствами с точки зрения ограничений и модерации;
- влияние гаджетов на студентов и новый тип зависимости;
- гаджеты и воспитательный процесс;
- гаджеты и подростковые фобии.

На фоне многообразия педагогических затруднений, вызванных современными электронными устройствами, следует подчеркнуть один важный момент, который нередко упускается из вида. Дети используют гаджеты для различных целей (игр, просмотра видео, прослушивания песен, общения с друзьями, просмотра сайтов), и смартфон или компьютер в этом смысле представляет собой точку доступа к информационному насыщению мозга и сознания. Поэтому акцент в рассмотрении роли гаджетов должен делаться не на устройстве, а на его функции, главная из которых — получение развлекательной информации в различных её формах.

Объектом исследования настоящей работы выступает проблема гаджет-зависимости среди студентов (на примере зависимости от использования смартфонов).

Целью работы — анализ влияния ежедневного использования гаджетов на организм студента, а также предложение рекомендаций по безопасному обращению студента с гаджетами.

Обзор литературы

Исследованием прав граждан на психиатрическую помощь занимались такие ученые, как И. Э. Александрова, А. Ю. Бушманов, Ю. Г. Григорьев, А. Л. Еремин, А. М. Курганский, В. Р. Кучма, А. С. Самойлов, С. В. Саньков и др. В их трудах нашли отражения данные о влиянии на организм человека физических факторов, связанных с техническими характеристиками гаджетов и электронных устройств, анализом рисков формирования интернет-зависимости у студентов от использования гаджетов в досуговой деятельности.

Материалы и методы

Материалами настоящего исследования послужил опрос студентов Государственного морского

университета им. адмирала Ф. Ф. Ушакова 1-го и 2-го курсов направлений подготовки «Государственное и муниципальное управление», «Юриспруденция». Методологическую основу исследования составили общенаучные и частнонаучные методы познания, такие как анализ и синтез, исторический.

Результаты

Учёные К. В. Кириш и Маунтс исследовали гипотезу о том, что видеоигры мешают людям распознавать эмоции, передаваемые через мимику. Они изучили влияние видеоигр на распознавание мимики, эмоций у 197 студентов в возрасте от 17 до 23 лет. Перед наблюдением изменения лиц других людей из спокойных в сердитые или счастливые участники играли в жестокие видеоигры. После этого участников попросили быстро определить эмоцию человека напротив, пока меняется его выражение лица. Авторы обнаружили, что счастливые лица распознаются медленнее, чем сердитые, что жестокие видеоигры задерживают время распознавания счастливых лиц. Таким образом, гаджеты как бы «программируют» сознание человека на более быстрое восприятие негативных эмоций и ситуаций. Это может повлечь за собой психологическую нестабильность, раздражительность и эмоциональную подавленность [3, С. 436]. Также людям, слишком много времени проводящим в гаджетах, грозит нарушение эмоционального и социального интеллекта. Из-за притупления восприятия эмоций и состояния другого человека у гаджетозависимых появляются проблемы с построением качественных социальных связей, со способностью коммуницировать.

Одна из самых злободневных массовых проблем — зависимость от гаджетов, от Интернета. И хотя гаджеты с интернетом сосредотачивают в себе полезные для жизни функции (карты местности, банковские карты, приложения для вызова такси и пр.), их использование переходит в злоупотребление. Люди, а в особенности молодёжь, пользуются телефонами, даже когда в них нет надобности. Каждые полчаса, а то и меньше, появляется потребность проверить телефон. Это не может не сказаться и на учебном процессе. Студенты с интернет-зависимостью больше подвержены невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Из-за отвлечения на телефон свои социальные, профессиональные роли студенты выполняют хуже. По мнению учёных, жестокие компьютерные игры (особенно у детей и подростков) приводят к формированию таких негативных состояний, как агрессия, конфликтность, безразличие к окружающим, жестокость, неуправляемость своими эмоциями [4, С. 23].

Следующая немаловажная проблема — влияние гаджетов на сон. Светящийся экран гаджета негативно воздействует на качество сна. Сон — крайне важный фактор для психического и физического здоровья человека, нарушение которого приводит к ухудшению когнитивных функций. Мониторы гаджетов излучают синий свет, к которому становится чувствительна сетчатка глаза. Активное использова-

ние гаджетов перед сном заставляет мозг неправильно воспринимать время суток: ведь вечером должно быть темно. А синий свет стимулирует активность организма, что ведёт к сбою циркадных ритмов человека — циклических колебаний различных биологических процессов в нашем организме, связанных со сменой дня и ночи. Соответственно, человек засыпает позже и просыпается тяжелее. А студентам такой режим мешает качественно воспринимать информацию и осуществлять образовательную деятельность [5, С. 25]. Гаджеты наносят урон и зрению. При использовании любого гаджета с ярким экраном человек начинает в 2–3 раза реже моргать, что приводит к уменьшению выделения слёзной жидкости, нарушению её распределения и повышению испаряемости. От этого возникают дискомфорт в глазах и даже временное помутнение зрения. В глазах может появиться ощущение сухости, рези, что при регулярном повторении рискует привести к ухудшению остроты зрения [6, С. 32].

Исследования показывают, что дети не обращают внимания на свою позу, яркость экрана и расстояние экрана от глаз не потому, что их «очаровывает» устройство (подобно, например, увлечённостью традиционной игрушкой), а от того, что их «зомбирует контент», т. е. информация, транслируемый визуальный ряд. Следовательно, на сегодняшний день актуально уже не обоснование того, что просмотр электронного экрана в течение длительного времени вызывает как физиологические, так и психические отклонения, а поиск способов решения этой проблемы. Основной, а возможно, и единственный принципиально действенный способ профилактики негативного влияния гаджетов на детей лежит в плоскости психологического и педагогического влияний. Именно взрослые, чаще всего родители, определяют то, каким будет настоящее и будущее ребёнка в цифровой среде. Поэтому корень решения проблемы заключается не в методах компенсации ухудшения зрения, концентрации внимания и снижения коммуникативных навыков, а всё-таки в методах воспитания определённого отношения к информации и устройствам её получения.

Как минимум, три важных составляющих проблемы остаются вне поля зрения или, по крайней мере, пока без окончательного теоретического единства:

- 1) Как правильно ограничивать детей в использовании гаджетов?
- 2) Каковы критерии оценки правильного режима и характера доступа детей к информации?
- 3) Как именно фильтровать, цензурировать, модерировать информацию, получаемую детьми через гаджеты?

Все эти вопросы, очевидно, выводят педагогические поиски далеко в область культуры, политики, философии и психологии, однако сложность здесь не только в том, чтобы выработать конкретные рекомендации, но и в том, чтобы понять в целом наступление новой информационной эпохи. В наше

время полностью оградить себя и своих детей от электронных устройств означает примерно то же самое, что отказаться сто лет назад от электричества или вакцинации. Поэтому педагогика в данном вопросе должна пытаться искать пути сведения к минимуму влияния электронных устройств на детей. Вместе с тем нельзя забывать и о пользе гаджетов, которая, безусловно, имеется в широком контексте случаев (например, улучшение мелких моторных навыков и др.). Электронные устройства предоставляют детям огромные возможности для обучения в увлекательной форме. Визуальные презентации, учебные видеофильмы, интерактивные программы, учебные пособия произвели за последние годы своеобразную революцию в образовании. Таким образом, теоретически и практически нужно формулировать проблему детей, подростков с гаджетами не в терминах безусловного вреда, а в терминах разумных и гибких ограничений.

Чтобы заботиться о своём здоровье, при использовании компьютера необходимо соблюдать следующие рекомендации: не проводить за компьютером более часа (или делать каждый час перерыв 10–15 мин); не находиться от монитора на расстоянии менее 50 см; выполнять «гимнастику для глаз» после работы за компьютером, чтобы избавить их от длительного напряжения. Долгое и неправильное сидение за компьютером может привести к искривлению позвоночника [7, С. 32].

Для выявления частоты использования гаджетов мы провели опрос среди студентов 1-го и 2-го курсов Государственного морского университета им. адмирала Ф. Ф. Ушакова направлений подготовки «Государственное и муниципальное управление», «Юриспруденция». В опросе приняли участие 155 человек.

Результаты показали, что у 112 из 155 опрошенных студентов экранное время ежедневно составляет 6,0–7,5 ч. Почти половину (46%) из этого занимают социальные сети и мессенджеры. Карты занимают ~3% экранного времени, книги и подкасты — ~20%, браузер — 21%, музыка — 10%. При этом студенты отметили состояние вялости, сонливости при длительном пользовании телефоном, конкретно — социальными сетями, а также прокрастинацию. У 35 опрошенных зафиксировано 3–4 ч экранного времени в день. Его они также преимущественно тратят на социальные сети (40%), 30% — на поиск информации в браузере, оставшиеся 30% — на просмотр фильмов или сериалов. Эти студенты сообщили, что они успевают выполнить практически все дневные задачи и найти время на отдых вечером. Оставшиеся 8 человек показали результат в 1,5–3,0 ч экранного времени. Равное и наибольшее количество минут занимают социальные сети и браузер. А малое — подкасты и музыка. Эта категория опрошенных говорит об отсутствии острой надобности в социальных сетях и более высоком интересе в поиске информации в Интернете для учёбы.

Обсуждение

Если оставить ребёнка со смартфоном или планшетом, то бесконтрольно он может проводить у экрана часы напролёт со всеми вытекающими из этого процесса неутешительными последствиями. Если же лишить ребёнка любой возможности взаимодействовать с электронными мультимедийными устройствами, он постепенно десоциализируется, неминуемо отстанет от сверстников по целому ряду аспектов. Это отставание не будет носить драматический характер, оно принципиально преодолимо, поэтому некоторые родители сознательно обрубают любые контакты ребенка до 7–14 лет с гаджетами и интернетом. А впоследствии подростки в возрасте 15–20 лет осознанно меньше времени проводят с гаджетами [8, с. 179].

Следует понимать, что каждая минута, которую ребёнок проводит у экрана гаджета, крадёт минуту, которую он мог бы общаться, играть или иным образом взаимодействовать с окружающими людьми в реальном мире. То есть время с гаджетами и время с людьми — это система «переливающихся сосудов». Но готова ли данная семья дать данному ребёнку в данных конкретных социальных условиях эту живую и прекрасную возможность: общаться, играть, взаимодействовать? К сожалению, гаджет в современном мире стал своего рода «палочкой-выручалочкой» для тех семей, где не могут или не хотят целенаправленно заниматься с ребёнком. Роль гаджетов тем самым можно определить с точки зрения помощника родителей, который в неблагоприятных условиях становится их заменой. В запущенных ситуациях, когда у ребёнка начинает проявляться ярко выраженный «синдром отмены», гаджеты могут приобретать даже роль специфических цифровых наркотиков [9]. Особенно в этом плане опасны компьютерные игры.

Опираясь на понимание того, что связи ребёнка с гаджетом во многом продиктованы спецификой его семейного окружения и связями родителей друг с другом, будем исходить из «презумпции правильных родителей», т. е. предположения, что большинство родителей, желая лучшего своим детям, способны уделять достаточно времени и сил соответствующим воспитательным мерам. Родители, естественно, беспокоятся о том, что их дети получают доступ к неподобающему контенту в интернете, что слишком много экранного времени повлияет на здоровое развитие и что их дети станут привязанными к гаджетам.

Как и в большинстве других ситуаций, лучше всего помогает сбалансированный подход к решению этих новых проблем. Самый важный шаг здесь для профессиональных педагогов и родителей — установить устойчивые сбалансированные отношения с технологиями [10]. Это можно сравнить со стремлением к здоровому питанию, когда дети постарше интуитивно понимают концепцию баланса и осознают, что важно есть здоровую пищу наряду с

чипсами и сладким. То же самое относится к трате времени, глядя на экран электронного устройства.

Есть ли единый для всех семей и детей рецепт такого баланса между реальным и виртуальным, человеческим и компьютерным? Очевидно, что определённые рамки педагогически обоснованы физиологическими показателями, например, удалённостью глаз от экрана, длительностью просмотра экрана и т. п.

Однако суть далеко не в этом. По-видимому, главная опасность таится в том, что родители и педагоги недооценивают роль гаджетов в формировании сознания ребёнка, в выработке определённых поведенческих реакций и ценностей. Более того, порой непреодолимая тяга к технологиям и развлечениям привлекает родителей не меньше, чем детей, создавая модель подражания, функционирующую по принципу замкнутого круга. Не расставаясь со смартфоном и проверяя его множество раз за день, современный взрослый и сам становится объектом для копирования. Говоря же сугубо о технологии внедрения ограничений на практике, следует заметить, что установление границ для «гаджетного» времени включает в себя определение максимального количества времени в сутки для данного возраста, определение разрешённых и запрещённых приложений и получаемой информации для данного возраста, определение режима доступа к самому гаджету для данного возраста (включая важный вопрос о том, со скольких лет следует покупать ребёнку личный смартфон). Эти три вопроса первостепенны, и единого подхода к ним пока не выработано.

Заключение

Подводя итоги нашей работы, можно выделить следующие последствия длительного ежедневного использования гаджетов: нарушение когнитивных функций, рассеянное внимание, психологическая нестабильность, раздражительность, эмоциональная подавленность, снижение социального интеллекта, нарушение циркадных ритмов, ухудшение качества сна, снижение зрения. Студенты с интернет-зависимостью больше подвержены невнимательности, гиперактивности и импульсивности, чаще страдают от симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности. И хотя гаджеты имеют множество полезных функций для облегчения жизни, люди должны помнить об угрозах злоупотребления ими, заботиться о своём физическом и психическом здоровье.

Единственный общий для всех семей принцип должен проявляться в непосредственном отказе от лицемерного подхода взрослого «делай, как я говорю, хотя сам я делаю по-другому». Использование цифровых технологий должно планироваться таким образом, чтобы у всех в семье или школе были одинаковые ожидания, основанные на общих правилах для всех. Не лишним будет, например, составление семейного плана/графика использования средств доступа к электронной информации и раз-

влечением. Чем старше ребенок и чем более ответственно от подходит к своим обязанностям как члена семьи, тем больше времени он может проводить за гаджетом. Разумеется, постепенное увеличение «экранного времени» должно быть в физиологически безопасных рамках.

Подводя итог, надо отметить, что опасения о вреде гаджетов небезосновательны. Появление нового термина «цифровой маугли» — лишь верхушка айсберга этой проблемы. Психологическая литература пока не дает однозначных ответов по данной проблеме, поскольку технологии слишком стремительно ворвались в нашу жизнь, не дав науке возможности в полной мере осмыслить пути гармонизации новых типов социальных отношений. С появлением и широким распространением различных устройств и сервисов, основанных на работе искусственного интеллекта, ситуация в масштабах страны и мира будет продолжать усугубляться. Поэтому крайне важно с раннего детства ограничивать детей, а затем планомерно и правильно учить их использовать технологии, прививая им навыки и привычки, которые сделают их успешными не только в цифровом мире, но и в мире реальном. В решении этой задачи мало уповать на одну только родительскую сознательность или равнодушие к данной проблеме самих педагогов. Нужна широкая общественная дискуссия по ряду вопросов, которая должна стать источником формирования новых психологических и педагогических норм, касающихся детей и гаджетов. В самые ближайшие годы эти нормы необходимо транслировать в различных формах на всю страну, к чему уже с 2017 г. призывает ЮНИСЕФ. В докладе, опубликованном 6 лет назад, содержится призыв к правительствам, сектору цифровых технологий и телекоммуникационной отрасли отрегулировать ряд проблем путём разработки политики, практик и продуктов, которые помогут детям безопасно использовать цифровые возможности и защитить их от вреда гаджетов. Следовательно, педагогические разработки в решении проблемы детей и гаджетов не могут оставаться вне общих рамок поиска общественного консенсуса.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян С. К., Голубкина К. В. Обеспечение и защита прав лиц, страдающих психическими расстройствами: анализ отраслевого законодательства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 6. С. 1510–1515. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1510-1515
2. Ботнарюк М. В., Тимченко Т. Н. Обеспечение сохранения здоровья несовершеннолетних практикантов НА БОРТУ судна // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 4. С. 562–569. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-4-562-569
3. 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. Т. 31, № 3. С. 435–442. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-435-442
4. Елуева Э. З. Влияние гаджетов на психику детей // Вестник науки и творчества. 2017. № 5. С. 22–25.
5. Иванова А. В. Влияние гаджетов на здоровье подростков // Юный ученый. 2020. № 2.1. С. 24–26.
6. Пивоварова А. М., Шабельникова Е. И., Горчханова З. К. Влияние цифровых технологий на здоровье детей // Практика педагога. 2021. № 4. С. 12–20.
7. Пияйкина Д. В., Миронова А. П. Влияние гаджетов на развитие детей // Студенческий вестник. 2022. № 43-5. С. 31–34.
8. Тимофеева А. М. Влияние современных гаджетов на детей и подростков // Образование и наука в современных реалиях // Сборник материалов III Международной научно-практической конференции. Чебоксары, 2017. С. 178–179.
9. Карнеев Р. К., Карнеева О. А., Лысенко Е. Н., Сухоносов А. П. Особенности тревожности и агрессивности как показателей психологической безопасности подростков, обучающихся в образовательных организациях разного типа // Антропологическая дидактика и воспитание. 2023. Т. 6, № 1. С. 79–91.
10. Тимченко Т. Н., Ботнарюк М. В. Обеспечение сбалансированного питания на борту морского судна как мера защиты здоровья членов экипажа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 1. С. 68–74. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-1-68-74

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Abrahamyan S. K., Golubkina K. V. Ensuring and protecting the rights of persons suffering from mental disorders: analysis of industry legislation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2021;29(6):1510–1515. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-6-1510-1515 (In Russ.)
2. Botnaryuk M. V., Timchenko T. N. Ensuring the health of minor trainees ON BOARD the ship. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(4):562–569. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-4-562-569 (In Russ.)
3. 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 history of medicine*. 2023;31(3):435–442. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-3-435-442 (In Russ.)
4. Elueva E. Z. The influence of gadgets on the psyche of children. *Bulletin of science and creativity*. 2017;(5):22–25. (In Russ.)
5. Ivanova A. V. The influence of gadgets on the health of adolescents. *Young scientist*. 2020;(2.1):24–26. (In Russ.)
6. Pivovarova A. M., Shabelnikova E. I., Gorchkhanova Z. K. The influence of digital technologies on children's health. *Pediatrician practice*. 2021;(4):12–20. (In Russ.)
7. Piyaikina D. V., Mironova A. P. The influence of gadgets on the development of children. *Student Bulletin*. 2022;(43-5):31–34. (In Russ.)
8. Timofeeva A. M. The influence of modern gadgets on children and adolescents // Education and science in modern realities. *Collection of materials of the III International Scientific and Practical Conference*. Cheboksary, 2017:178–179. (In Russ.)
9. Karneev R. K., Karneeva O. A., Lysenko E. N., Sukhonosov A. P. Features of anxiety and aggressiveness as indicators of psychological safety of adolescents studying in educational organizations of various types. *Anthropological didactics and education*. 2023;6(1):79–91. (In Russ.)
10. Timchenko T. N., Botnaryuk M. V. Providing a balanced diet on board a sea vessel as a measure to protect the health of crew members. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(1):68–74. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-1-68-74 (In Russ.)

Гонезжукова Б. Р.¹, Удычак Ф. Н.², Бугашова С. А.³**МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СЛУЧАЯХ
НЕНАДЛЕЖАЩЕГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**¹ФГБОУ ВО «Майкопский государственный технологический университет», 385000, Майкоп, Россия;
²НОК «Институт права» ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», 385000, Майкоп, Россия;
³ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», 350059, Краснодар, Россия

В статье рассмотрено понятие медицинских инцидентов «ненадлежащего оказания медицинской помощи», подразумевающих действие или бездействие медицинского работника, нарушающего порядок оказания медицинской помощи, установленный нормативными правовыми актами и стандартами. Актуальность исследования вопросов, связанных с медико-правовыми нормами привлечения к ответственности медицинских работников, когда медицинская помощь оказывается ненадлежащего качества, обусловлена важностью понимания правонарушений в медицинской сфере и оценки ответственности медицинских работников, которые выступают критериями наличия проблем в медицинской сфере и толчком для реформирования системы здравоохранения.

Ключевые слова: ответственность медицинских работников; ненадлежащее оказание медицинской помощи; медицинское право; порядок оказания медицинской помощи

Для цитирования: Гонезжукова Б. Р., Удычак Ф. Н., Бугашова С. А. Медико-правовые аспекты ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(спецвыпуск 1):582–587. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-582-587>

Для корреспонденции: Гонезжукова Бэла Руслановна; e-mail: bgonezhukova@inbox.ru

Gonezhukova B. R.¹, Udychak F. N.², Bugashova S. A.³**MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF THE RESPONSIBILITY OF MEDICAL WORKERS IN CASES
OF IMPROPER PROVISION OF MEDICAL CARE**¹Maikop State Technological University, 385000, Maikop, Russia;
²Institute of Law of the Adygea State University, 385000 Maikop, Russia;
³Kuban State Medical University, 350059, Krasnodar, Russia

The article considers the concept of medical incidents of «improper provision of medical care», implying the action or inaction of a medical worker who violates the procedure for providing medical care established by regulatory legal acts and standards. The relevance of the study of issues related to the medical and legal norms of holding medical workers accountable when medical care is of inadequate quality is due to the importance of understanding offenses in the medical field and assessing the responsibility of medical workers, who act as criteria for the presence of problems in the medical field and the impetus for reforming the health system.

Keywords: responsibility of medical workers; improper provision of medical care; medical law; procedure for providing medical care

For citation: Gonezhukova B. R., Udychak F. N., Bugashova S. A. Medical and Legal aspects of the responsibility of medical workers in cases of improper provision of medical care. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(Special Issue 1):582–587 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-582-587>

For correspondence: Bela R. Gonezhukova; e-mail: bgonezhukova@inbox.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024
Accepted 07.05.2024**Введение**

В последние годы в правоприменительной практике растёт число преступлений, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, расследование которых характеризуется рядом сложных моментов в связи с тем, что процесс расследования совершённого медицинским работником преступления, анализ и оценка полученной информации неразрывно связаны с пониманием понятийно-терминологического аппарата и необходимостью обращения к специальным знаниям [1].

В условиях тесного переплетения медицинской деятельности и её законодательного регулирования проблемы медико-правового характера в части ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи ста-

новятся всё более актуальными и активно обсуждаются в обществе. Важность понимания правонарушений в медицинской сфере и оценка ответственности медицинских работников выступают критериями наличия проблем в здравоохранении и толчком для реформирования системы [2].

В научной литературе медицинского и правового характера имеется порядка 15 вариантов трактования случаев «ненадлежащего оказания медицинской помощи». Ненадлежащее оказание медицинской помощи как юридическая дефиниция на текущий момент является недостаточно чётко определённая [1].

По сути, понятие «ненадлежащее оказание медицинской помощи» подразумевает действие или бездействие медицинского работника, нарушающего

порядок оказания медицинской помощи, регламентируемый нормативными правовыми актами и стандартами. В научной литературе понятие «ненадлежащее оказание медицинской помощи» часто является составным элементом ещё одного медико-правового понятия — «дефекта медицинской помощи». Следовательно, можно предположить, что выявление дефекта медицинской помощи объективно свидетельствует о том, что медицинская помощь ненадлежащего качества, неправильно оказана. Поэтому получается, что дефект медицинской помощи представляет собой нарушение порядка оказания медицинской помощи [3].

В связи с вышеизложенным проблема эффективного противодействия фактам ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей в медицинской сфере в условиях неясного терминологического понимания данного явления является актуальной и требует рассмотрения.

Цель работы состоит в исследовании ответственности медицинских работников в ситуациях ненадлежащего оказания медицинской помощи с учётом медико-правовых аспектов.

Материалы и методы

Теоретическая часть работы базируется на исследованиях, рассматривающих медико-правовые аспекты ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи [1–3] и нормах законодательства России. В работе использованы данные, представленные в докладах на Международном конгрессе «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики — 2023». В ходе исследования автором были применены методы обзора научной литературы, системного и сравнительного анализа.

Результаты

Вопросы медико-правового характера ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи, следствием которого явился вред здоровью человека либо летальный исход, приобретают всё большую актуальность на современном этапе развития медицины. И связано это с тем фактом, что здоровье человека является наивысшей ценностью, а его надлежащая охрана должна выступать неотъемлемым условием нормального качества жизни граждан страны.

Статья 41 Конституции РФ каждому гражданину в нашей стране гарантировано право на охрану здоровья и медицинскую помощь надлежащего качества. Доверяя свое здоровье работнику медицинской сферы, пациент рассчитывает на высокий уровень профессиональной подготовки медицинского специалиста и желает получить качественную медицинскую помощь.

Согласно положениям ст. 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ключевым принципом охраны здоровья и жизни населения выступает ответственность уполномоченных органов в сфере здравоохра-

нения, должностных лиц медицинских организаций государственной и частной форм собственности за реализацию прав граждан в сфере охраны здоровья, а также безопасность, доступность и высокий уровень качества медицинского обслуживания; недопустимость отказа медицинского работника в оказании медицинской помощи больному.

Нарушения законодательства в сфере здравоохранения или несоблюдение порядка оказания медицинской помощи являются наиболее опасными из всех видов профессиональных правонарушений, т. к. деятельность медицинских работников связана с риском причинения вреда здоровью и жизни человека.

В соответствии со ст. 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории России всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи, которые утверждаются Министерством здравоохранения РФ.

Порядки оказания медицинской помощи — это нормативные правовые акты, регламентирующие комплекс организационных мероприятий в системе здравоохранения, направленных на обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества, своевременно и в полном объёме. Всего на текущий момент Министерством здравоохранения РФ утверждены 60 документов по различным видам, профилям, заболеваниям и состояниям здоровья к применению медицинскими работниками и медицинскими организациями и более 100 стандартов первичной медико-санитарной и скорой медицинской помощи¹.

Под качеством медицинской помощи в отечественном законодательстве понимается ряд признаков, характеризующих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Таким образом, качество медицинской помощи характеризуется совокупностью существенных характеристик: правильностью выполнения медицинских технологий; риском прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса; оптимальностью использования ресурсов здравоохранения; удовлетворённостью потребителей медицинской помощью.

Можно заключить, что качество медицинской помощи состоит из следующих компонентов:

- выполнения медицинских технологий согласно установленным порядкам и стандартам;

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации. Порядки оказания медицинской помощи населению Российской Федерации. URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-naseleniyu-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 09.03.2024).

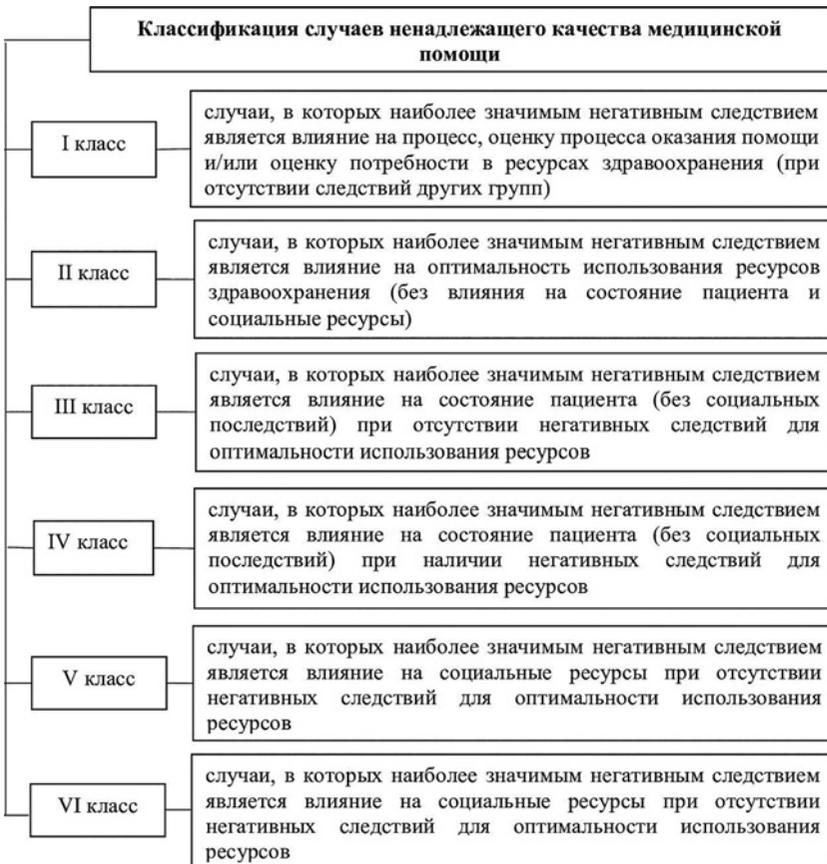


Рис. 1. Виды ненадлежащего оказания медицинской помощи.

- риска для здоровья и жизни пациента в процессе оказания медицинской помощи;
- оптимальностью использования ресурсов здравоохранения;
- удовлетворённостью потребителей качеством полученной медицинской услуги.

Рассматривая сущность дефекта оказания медицинской помощи, являющимся одним из случаев понятия «ненадлежащее оказание медицинской помощи», можно сказать, что это действие или бездействие медицинского персонала, заключающееся в невыполнении и (или) оказания медицинской помощи и (или) стандартов медицинской помощи и иных обязательных требований, предусмотренных в установленном порядке.

Медицинская помощь надлежащего качества — это медицинская помощь, отвечающая установленным стандартам качества и порядкам оказания медицинской помощи, а медицинская помощь ненадлежащего качества — медицинская помощь, предоставленная пациенту с дефектами медицинского характера.

Случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи по наиболее существенным негативным факторам для пациента и (или) медицинской организации классифицируют по классам в

зависимости от наиболее значимого негативного следствия (рис. 1).

Правовое регулирование охраны здоровья граждан в России являются важнейшими государственными приоритетами, предопределяя характер решений в сфере медицины, принимаемых уполномоченными органами в форме законов и иных нормативных правовых документов. При оказании медицинской помощи складываются и взаимодействуют три группы общественных отношений (рис. 2).

Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством России за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. На основании закона федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ осуществляется ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и медицинских организаций.

Вред, причинённый здоровью или жизни граждан при оказании им медицинской помощи, а также моральный вред может быть возмещён в судебном порядке в соответствии с требованиями ст. 151, 1064 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ).

Гражданин имеет право подать исковое заявление в судебные органы в письменной форме по месту нахождения медицинской организации, в котором должны быть указаны обязательные атрибуты искового заявления:

- наименование суда, в который подается заявление о нарушении права гражданина на медицинскую помощь надлежащего качества;

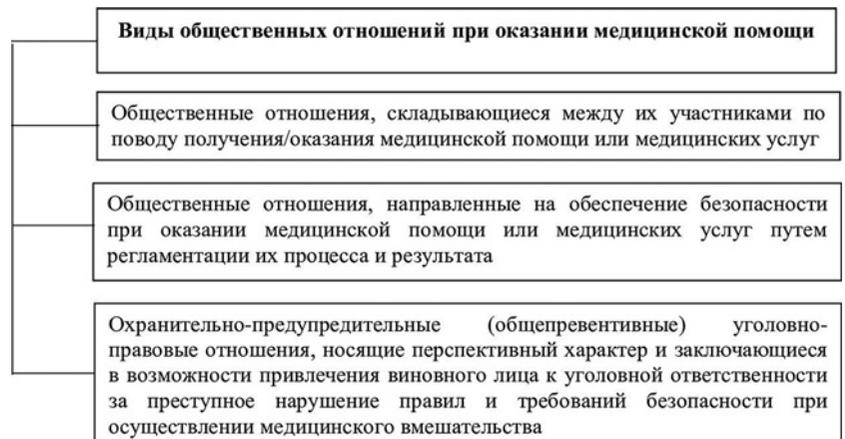


Рис. 2. Виды общественных отношений при оказании медицинской помощи.

- фамилия, имя и отчество истца, его место жительства или, если истцом является организация, её наименование и место нахождения, а также наименование представителя и его адрес, если заявление подается представителем;
- фамилия, имя, отчества медицинского работника, в отношении которого зафиксирован случай ненадлежащего оказания медицинской помощи, его место жительства или, если ответчиком является организация, её наименование и место нахождения;
- суть нарушения либо угроза нарушения прав, свобод или законных интересов истца в процессе получения медицинской помощи и его требования;
- обстоятельства, на которых истец основывает свои требования, и доказательства, подтверждающие эти обстоятельства;
- цена иска, если он подлежит оценке, а также расчёт взыскиваемых или оспариваемых денежных сумм;
- сведения о соблюдении досудебного порядка обращения к ответчику, если это установлено федеральным законом или предусмотрено договором сторон;
- перечень прилагаемых к заявлению документов.

Ответственность медицинских работников может вытекать из договора возмездного оказания медицинских услуг в соответствии с положениями ст. 779–783 ГК РФ.

Согласно ст. 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане имеют право на получение также медицинских услуг на платной основе, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных услуг немедицинского характера (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

Согласно ст. 1064 ГК РФ вред, причинённый личности или имуществу гражданина, в том числе при потреблении медицинских услуг, а также вред, причинённый имуществу юридического лица-медицинской организации, подлежит возмещению в полном объёме лицом, причинившим вред.

Возмещение вреда, причиненного здоровью или жизни гражданина, осуществляется по правилам параграфа 2 гл. 59 ч. 2 ГК РФ.

В соответствии со ст. 1085 ГК РФ при причинении гражданину увечья или ином повреждении его здоровья в случаях ненадлежащего оказания медицинских услуг возмещению виновным лицом подлежит утраченный пострадавшим лицом заработок (доход), который он получал либо мог получить, а также дополнительно понесённые издержки, вызванные нанесением вреда его здоровью, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобрете-

ние специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

За ненадлежащее исполнение медицинскими работниками обязанностей в профессиональной сфере Уголовным кодексом РФ (УК РФ) предусмотрена ответственность за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей при наступлении смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей в соответствии с ч. 2 ст. 109 УК РФ, причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенного вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей — в соответствии с ч. 2 ст. 118 УК РФ, заражение ВИЧ-инфекцией — в соответствии со ст. 122 УК РФ, неоказание помощи больному — в соответствии со ст. 124 УК РФ, халатность — в соответствии со ст. 293 УК РФ.

Ежегодно по поводу случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи обращаются более 6 тыс. человек. В последние годы источником информации о ненадлежащем оказании медицинской помощи выступают зачастую средства массовой информации. В судебной практике по обращениям, связанным с ненадлежащим оказанием медицинской помощи, чаще отмечается применение ст. 109 УК РФ (более 90% от всех уголовных дел), ст. 238 УК РФ (около 10%), ст. 124 УК РФ (2,8%)².

Эксперты отмечают, что в последнее время выросло количество случаев неясных фактов в постановлениях о назначении судебно-медицинской экспертизы; ответы на них требуют времени на исполнение и не способствуют эффективности производства самой судебно-медицинской экспертизы. К тому же для проведения судебно-медицинской экспертизы привлекаются специалисты узкой направленности, такие специалисты, как морфологи, генетики и т. д.

Следует отметить, что сегодня наблюдаются проблемы и в деятельности самих экспертных организаций, обусловленных увеличением заявлений от граждан для проведения медицинских экспертиз. Вопросы, вызывающие беспокойство: увеличение количества экспертиз, связанных с делами медицинских работников; отсутствие у экспертов единого подхода к установлению причинно-следственной связи, при проведении судебно-медицинских экспертиз; рост стоимости экспертиз в негосударственных экспертных организациях; длительные сроки проведения экспертиз по медицинским делам; необходимость повышения профессиональных компетенций следователей, рассматривающих медицинские дела.

² Федеральная палата адвокатов Российской Федерации. Проблемы на стыке медицины и юриспруденции. URL: <https://fparf.ru/polemic/opinions/problemny-na-styke-meditsiny-i-yurisprudentsii> (дата обращения: 09.03.2024).



Рис. 3. Виды преступлений, применяемые к медицинским работникам в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи в России.

В рамках настоящего исследования необходимо рассмотреть основные составы преступлений, по которым привлекают медицинских работников к ответственности и факторы, которые являются смягчающими или отягчающими при вынесении решения о наказании (рис. 3, таблица).

Наиболее часто к ответственности в уголовном производстве привлекаются медицинские специалисты следующих направлений:

- врачи хирургического профиля;
- врачи анестезиологи-реаниматологи;
- врачи терапевтического профиля;
- врачи акушеры-гинекологи;
- фельдшеры отделения скорой помощи.

Анализ судебной практики в отношении медицинских работников свидетельствует о том, что часть возбужденных дел, квалифицируемых в соответствии с УК РФ, с участием медицинских работников составляет более 90%³, а за ненадлежащее оказание медицинской помощи медицинские работ-

ники привлекаются к уголовной ответственности по ст. 109, 118, 122, 235, 236, 237 УК РФ.

В контексте преступлений, совершаемых в медицинской деятельности, смягчающие обстоятельства при вынесении решения судом играют особую роль. Анализ практики уголовных преступлений за 2017–2022 гг. показал, что смягчающие обстоятельства были применены в 90% случаев, 30% медицинских специалистов были освобождены от наказаний⁴.

При наличии обстоятельств исключительного характера судебный орган может применить один из представленных в таблице способов смягчения наказания.

Среди наиболее часто встречающихся смягчающих обстоятельств в делах с участием медицинских работников эксперты выделяют следующие:

- 1) совершение преступления в первый раз небольшой или средней тяжести вследствие случайного стечения обстоятельств;
- 2) наличие детей, не достигших 14-летнего возраста, у виновного лица;
- 3) явка с повинной и активное способствование раскрытию и расследованию преступления;
- 4) оказание медицинской и иной помощи потерпевшему непосредственно после совершения преступления, добровольное возмещение имущественного ущерба и морального вреда, причиненных в результате преступления.

Анализ практики уголовных преступлений, совершённых медицинскими работниками за 2017–

Применение судами смягчающих и отягчающих обстоятельств в отношении медицинских работников в РФ

Смягчающие обстоятельства (ч. 1 ст. 64 УК РФ)	Отягчающие обстоятельства (п. «в» и «з» ч. 1 ст. 63 УК РФ)
Назначение наказания ниже минимального предела	Совершение преступления в составе группы лиц, группы лиц по предварительному сговору, организованной группы или преступного сообщества (преступной организации)
Назначение более мягкого вида наказания	Совершение преступления в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, а также в отношении малолетнего, другого беззащитного или беспомощного лица либо лица, находящегося в зависимости от виновного
Неприменение дополнительного вида наказания, предусмотренного в качестве обязательного	

³ Сазонова М. Уголовная ответственность медицинского работника: когда лечение становится преступлением? URL: <https://www.garant.ru/article/1626099> (дата обращения: 09.03.2024).

⁴ Там же.

2022 г., показал, что только к 4% виновных лиц были примененыотягчающие обстоятельства, приведённые в таблице, среди признаков совместного преступления можно выделить следующие⁵:

1) взаимосвязанный характер поведения соучастников;

2) общий для группы соучастников преступный результат;

3) причинно-следственная связь между действиями каждого соучастника и преступным результатом.

Установление виновности медицинского работника при рассмотрении вопросов ответственности за ненадлежащее оказание медицинской помощи является также достаточно сложным вопросом. Медицинский персонал, исполняя свой профессиональный долг, может совершать ошибки, которые не всегда ведут к уголовной ответственности. Медицинская деятельность имеет риск неисполнения своей главной задачи — оказание больному медицинской помощи и медицинской услуги высокого качества. Поэтому неумышленное причинение вреда с применением обоснованного риска призваны защитить медицинского работника от уголовной ответственности.

Обсуждение

Вопросы медико-правового характера ответственности медицинских работников в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи представляют ряд сложностей при их квалификации и оценке, т. к. находятся на стыке медицины и юриспруденции, каждый случай оказания медицинской помощи ненадлежащего качества подлежит идентификации, а все его обстоятельства — экспертной оценке.

Ненадлежащее оказание медицинской помощи медицинскими работниками в случаях недобросовестного поведения при исполнении профессиональных обязанностей очень часто вызвано субъективными причинами:

- недостатком практического опыта и теоретических знаний в профессиональной сфере у начинающих медицинских специалистов;
- отсутствием необходимого оборудования для достаточной диагностики в медицинской организации;
- переоценкой собственных знаний и навыков у опытных медицинских специалистов;
- несвоевременным назначением лечения и т. д.

⁵ Там же.

Заключение

Таким образом, отсутствие в нормативных правовых актах терминологического определения явления «ненадлежащее оказание медицинской помощи» значительно усложняет квалификацию ответственности для медицинских работников и препятствует оказанию юридической помощи пострадавшему лицу. Правовое регулирование отношений медицинского работника и пациента сегодня нуждается в законодательном закреплении базовых понятий и критериев квалификации с правовой точки зрения инцидентов в медицинской сфере.

На наш взгляд, данное понятие должно содержать медико-правовые составляющие, являясь стержнем при рассмотрении и разрешении уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Следовательно, юридическая оценка в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи должна осуществляться на основе тщательного изучения законодательства, регулирующего порядок оказания медицинской помощи и с учётом медико-правовых аспектов, определяющих общественные отношения в сфере медицинской деятельности.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Чаплыгина В. Н. Терминологический подход к понятиям «врачебная ошибка» и «ятрогения» при расследовании ятрогенных преступлений // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики. Сборник статей по материалам Всероссийского научно-практического круглого стола: 3 марта 2017 г. / Под ред. Е. Н. Рахмановой. СПб.; 2017. 216 с.
2. Винокурова М. А. Оказание медицинской помощи ненадлежащего качества: научное и юридическое содержание понятия // Вестник ННГУ, 2017. № 5. С. 79–85.
3. Данилов Е. О. Юридическая квалификация дефектов медицинской помощи // Актуальные проблемы российского права. 2021. № 5. С. 123–138.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Chaplygina V. N. Terminological approach to the concepts of «medical error» and «iatrogeny» in the investigation of iatrogenic crimes. In: E. N. Rakhmanova (ed.) Criminal liability of medical workers: issues of theory and practice. Collection of articles based on the materials of the All-Russian scientific and practical round table: March 3, 2017. St. Petersburg; 2017. 216 p. (In Russ.)
2. Vinokurova M. A. Provision of medical care of inadequate quality: scientific and legal content of the concept. *Bulletin of the National University of Economics*. 2017;(5):79–85. (In Russ.)
3. Danilov E. O. Legal qualification of defects in medical care. *Actual problems of Russian law*. 2021;(5):123–138. (In Russ.)

Егоров М. А., Баженова С. А., Растегаева Н. А., Королева Н. В., Ишик И. Н.

ОБЗОР ИНВЕСТИЦИЙ В РАЗВИТИЕ РОССИЙСКОГО РЫНКА МЕДТЕХ И ПЕРСПЕКТИВ ВЛИЯНИЯ ЦИФРОВИЗАЦИИ В МЕДИЦИНЕ НА ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОМПАНИЙ ДО 2030 ГОДА

Новороссийский филиал ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353900, Новороссийск, Россия

Сегодня тема цифровизации, внедрения инноваций на основе Big Data, усложнения технологий, благодаря внедрению искусственного интеллекта в медицине и здравоохранении — одна из самых актуальных в этой отрасли, безусловно способствующая её быстрому развитию. Как результат этого развития — огромного количества сервисов, приложений, интернет-ресурсов, не только для отслеживания здоровья (доступно более 3500 приложений к концу 2023 г.), но и развитие диагностических ресурсов, телемедицины и др. Применение технологий искусственного интеллекта и цифровых решений в сфере российского здравоохранения открывают большие перспективы как для врачей и пациентов, так и для многих государственных структур, поскольку важным является развитие нормативно-правового регулирования и государственного контроля и управления нововведениями в сфере медицины и здравоохранения. Для развития цифровой медицины крайне важны не только государственные программы по развитию здравоохранения, но и инвестиции.

Ключевые слова: цифровизация в медицине; искусственный интеллект; инновационные технологии в здравоохранении; инвестиции в медицинскую инноватику; MedTech

Для цитирования: Егоров М. А., Баженова С. А., Растегаева Н. А., Королева Н. В., Ишик И. Н. Обзор инвестиций в развитие российского рынка Medtech и перспектив влияния цифровизации в медицине на экономические показатели компаний до 2030 года. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):588—593. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-588-593>

Для корреспонденции: Баженова Светлана Анатольевна; e-mail: sabazhenova@fa.ru

Egorov M. A., Bazhenova S. A., Rastegaeva N. A., Koroleva N. V., Ishik I. N.

AN OVERVIEW OF INVESTMENTS IN THE DEVELOPMENT OF THE RUSSIAN MEDTECH MARKET AND THE PROSPECTS FOR THE IMPACT OF DIGITALIZATION IN MEDICINE ON THE ECONOMIC PERFORMANCE OF COMPANIES UNTIL 2030

Novorossiysk Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation, 353900, Novorossiysk, Russia

Today, the topic of digitalization, the introduction of innovations based on Big Data, the complexity of technologies due to the introduction of artificial intelligence in medicine and healthcare is one of the most relevant in this industry, undoubtedly contributing to its rapid development.

As a result of this development, there is a huge number of services and applications. Internet resources, not only for health tracking (more than 3,500 applications are available by the end of 2023), but also the development of diagnostic resources, telemedicine, etc. Quite quickly, it was the pandemic and its consequences that changed the format of interaction between doctors, communication in the community of doctors, and their interaction with patients. Saving time when making an appointment with a doctor, visiting him, constant monitoring of the condition of patients, becoming better and more multidirectional day by day, make it possible to provide timely, relevant care to more people.

The use of artificial intelligence technologies and digital solutions in the field of Russian healthcare opens up great prospects for both doctors and patients, as well as for many government agencies, since the development of regulatory and legal regulation and state control and management of innovations in the field of medicine and healthcare is important. An important factor is that not only government programs for the development of healthcare, but also investments are extremely important for the development of digital medicine.

Keywords: digitalization in medicine; artificial intelligence; innovative technologies in healthcare; investments in medical innovation; MedTech

For citation: Egorov M. A., Bazhenova S. A., Rastegaeva N. A., Koroleva N. V., Ishik I. N. An overview of investments in the development of the Russian Medtech market and the prospects for the impact of digitalization in medicine on the economic performance of companies until 2030. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):588—593 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-588-593>

For correspondence: Svetlana A. Bazhenova; e-mail: sabazhenova@fa.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

MedTech в современной медицине — одно из важных направлений применения цифровых решений в здравоохранении и с этим связаны не только внедрения инноваций и новых технологий в медицинской сфере, но и увеличение объёмов инвестиций. Акцентируя внимание на таких показателях, как рост вложений в этой сфере с 2014 по 2023 г. более чем в 10 раз — с 62 млн руб. частных инвестиций

до более чем 70 млрд руб., можно подтвердить не только рекордность цифр, но и сделать вывод о том, что это одна из самых динамично развивающихся сфер как в здравоохранении России, так и во всей российской экономике. Темпы роста рынка здравоохранения в России, по мнению аналитиков, к 2025 г. составят в среднем 17% в год¹.

MedTech — достаточно новое направление в здравоохранении. Medtech — это медицинские тех-

нологии, улучшающие качества жизни и позволяющие проводить диагностику, отслеживать и проводить контроль состояния здоровья и мониторинг предупреждения болезней. Эта сфера состоит из большого набора технологий и направлений медицинского характера, таких как разработка приложений, создание программного обеспечения по анализу, обработке и обмену медицинскими данными, разработка нового оборудования и программ по использованию биохимических продуктов и др.

Этот рынок, по аналитическим данным, по объёму уже в 2019 г., ещё до пандемического кризиса, составлял более 900 млн руб. А аналитики медииндустрии России спрогнозировали рост объёмов к концу 2023 г. до более чем 100 трлн руб.² Все направления медииндустрии сегодня — это достаточно привлекательная сфера для инвестиций. Так только в первом полугодии 2023 г. сумма инвестиций в цифровизацию здравоохранения в России составила более 4,5 млрд руб.³

На 1-м месте по объёму инвестиционных вложений стоит направление услуг телемедицины, цифровых технологий и искусственного интеллекта (ИИ) в здравоохранении (54%), на 2-м — разработки приложений по отслеживанию и диагностике здоровья для пациентов (35%), на 3-м — проекты в области медицинского страхования и обработки данных.

Обзор литературы

Министерство здравоохранения совместно с Росздравнадзором разработало и продолжает разрабатывать связанные с цифровизацией в медицине и здравоохранении важные изменения в нормативных правовых актах в области медицинских технологий, касающихся, например, программирования медицинских приложений, программирования производства и применения медицинских изделий, программ биотехнологического характера, диагностики и контроля болезней и др.

Напомним, что в России с 2018 г. действует закон о телемедицине и предоставлении телемедицинских услуг, поскольку этот вид рынка медицины и здравоохранения стремительно развивается. Так, в 2020 г. Минздрав России официально принял закон, регламентирующий проведение онлайн-приёмы для пациентов с вирусными и инфекционными заболеваниями. В 2020 г. в Москве стал работать Центр телемедицины, где врачи — сотрудники медицинских учреждений удалённо консультируют пациентов с инфекционными заболеваниями, которые лечатся

¹ Крупнейшие компании российского MedTech: тренды и будущее рынка. URL: <https://trends.rbc.ru/trends/industry/62d650069a794754d215a613?from=copyhttps://trends.rbc.ru/trends/industry/62d650069a794754d215a613?from=copy> (дата обращения: 11.02.2024).

² Медицинские объекты в России: инвестиции, проекты, холдинги. URL: <https://investprojects.info/sectors/medical-facilities?ysclid=lrwikaoy6n773232569> (дата обращения: 11.02.2024).

³ Анализ рынка оборудования для телемедицины — маркетинговое исследование ГидМаркет — gidmar. URL: <https://gidmark.ru/cat/marketingovoe-issledovanie-rynka-oborudovaniya-dlya-telemedicin.k.ru> (дата обращения 10.02.2024).

дома, а это более 7 тыс. онлайн-консультаций. На конец 2023 г. количество таких консультаций пре-высило 25 тыс.

Указ Президента РФ от 10.10.2019 № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации» утвердил «Национальную стратегию развития искусственного интеллекта в Российской Федерации на период до 2030 г.». Эта стратегия, прежде всего, содержит ряд важных понятий в этой сфере и представляет основной комплекс направлений и процессов по реализации внедрения и развития применения в медицине и здравоохранении России программ ИИ.

Агентством «Smart Ranking» был составлен рейтинг 35 крупнейших российских MedTech-компаний, приведены взгляды на инвестиции в медицинский рынок, трудности и перспективы, связанные с этим. Кроме этого, указаны основные факторы, влияющие на стоимость внедрения цифровых медицинских продуктов и рост инвестиций: импортозамещение, удешевление предоставляемых медицинских услуг, точечное инвестирование в наиболее востребованные области медицины, оптимизация расходов на разработку программ ИИ и др. Важность инвестирования в медицинские стартапы подчёркивается в различных документах и интервью, например, директора по развитию Фонда развития интернет-инициатив Евгения Борисова, который отметил: «уверен, что разовьются те стартапы, которые смогут дешево и быстро предоставить товары и сервисы, но не будут разрабатывать наукоемкие технологии»⁴.

Коммерческий директор компании «Цельса» Артем Капнинский отметил, что «в 2022 г. Медтех-рынок, как и рынок в целом, будут ожидать стагнация и регресс, что в итоге приведёт к сокращению количества игроков на рынке и замедлению роста новых проектов. По его словам, падение уже началось, но пика оно достигнет во третьем квартале: «Дальше мы можем увидеть падение объёмов финансирования до 2–3 раз»⁵.

Материалы и методы

Материалами для исследования явились статистические и аналитические данные, а также данные, носящие информационный характер, из открытого доступа в интернет-ресурсах, касающиеся внедрения, применения и постоянного обновления и совершенствования достаточно большого (более 70 программ) систем ИИ для медицины и здравоохранения, а также инвестирования в эти программы и общие цифры по венчурному инвестированию направлений цифровизации в России за 2021–2023 гг. и в перспективе до 2030 г.

⁴ Официальный сайт Агентства Smart Ranking. URL: <https://edtechs.ru/o-nas/> (дата обращения: 11.02.2024).

⁵ Крупнейшие компании российского MedTech: тренды и будущее рынка. URL: <https://trends.rbc.ru/trends/industry/62d650069a794754d215a613?from=copyhttps://trends.rbc.ru/trends/industry/62d650069a794754d215a613> (дата обращения: 11.02.2024).

Анализ медицинских приложений был сделан на основе изучения особенностей работы и получения результатов таких приложений медицинского направления, как SberMedAi, SberMedAi, Третье мнение, Botkin.ai, CHEST-IRA, RADLogics, Diagnostics, Pirogov.AI, Sciberia, CVL CVisionRad, Анализ флюорограмм, Doctor Alzimov, Check Melanoma, Прородинки, CheckDerm, Osteoscan, OneCell, iVenus.AI, UNIM, ATP Deep Learning, Celly.AI, PathVision.ai, ScanderM, Retina.AI и др.

Методы, использованные в исследовании, — методы кабинетного анализа и исследования статистических данных и интернет-ресурсов; репрезентативной выборки по тематике развития цифровизации и ИИ в медицинской сфере.

Результаты

Применение цифровых технологий, программ ИИ и цифровых решений в медицине и здравоохранении России открывает большие перспективы, но и является областью ряда проблем.

В табл. 1 представим основные ключевые проблемы, связанные с внедрением цифровых инноваций в системе медицины и здравоохранения.

Важно отметить, что многие виды новейших цифровых решений, которые предназначены для применения в медицине и здравоохранении, подлежат государственной регистрации (хотя всего 10% проблем медицинского рынка включают эту пробле-

Таблица 1

Обзор наиболее актуальных ключевых проблем и тенденций развития инвестирования в цифровые решения в системе здравоохранения и медицины России

Описание процесса, тенденции, проблемы	Процентное включение проблемы в рынок, %
Прохождение клинических/доклинических испытаний/сертификаций/лицензирования	69
Организация производств опытных образцов и экспериментальных партий	38
Несоответствие производства необходимым требованиям	31
Высокая нехватка инвестиций, особенно частных	28
Разлаженность логистики и взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями, а также невозможность организации процессов внедрения инновации в практическую деятельность учреждений системы здравоохранения	31
Высокий уровень рыночной конкуренции	23
Высокий уровень себестоимости нового продукта или услуги что в условиях санкций и импортозамещения не способствует выравниванию уровня конкуренции с мировыми аналогами	8
Сложность прохождения новыми медицинскими продуктами и услугами государственной регистрации	10
Вынужденная деятельность с неактуальными медицинскими продуктами и услугами, которые были введены более 10 лет и более, назад, и по какой-либо причине не ушли с рынка	12

Источники: Каталог «Медицинские информационные технологии», АРМИТ. URL: <http://www.armit.ru> (дата обращения 11.02.2024); Медицинские объекты в России: инвестиции, проекты, холдинги. URL: <https://investprojects.info/sectors/medical-facilities?ysclid=lrwikayobn773232569> (дата обращения: 11.02.2024).

Таблица 2

Динамика инвестиций в продукты ИИ на российском медицинском рынке в 2021–2022 гг.

Год	Количество сделок, ед.	Объём суммарных инвестиций, млрд руб.
2021	505	120,2
2022	264	100,6

Источник: Искусственный интеллект в здравоохранении России. URL: <https://vc.ru/sbermedai/646927-iskusstvennyy-intellekt-v-zdravoohranenii-rossii?ysclid=lrwjnafdqe230188528> (дата обращения 12.02.2024).

му) и относятся с точки зрения нормативными программными медицинскими изделиями. 28% проблем на медицинском рынке России связаны с недостаточностью инвестиций, хотя рынок инвестиций в сфере здравоохранения стремительно растёт.

Так, «Росатом» увеличил долю в дочернем предприятии «Медскан» с 25 до 50%. В феврале 2022 г. подразделение «Росатома» приобрело 25,001% акций АО «Медскан». По данным «Vademecum», эта доля обошла госкорпорации в 1,7 млрд руб. Доля владения «Росатома» в «Медскане» увеличена с 25 до 50%.

Представим некоторые цифры и данные по инвестициям в медицинский рынок России. Начнём с обзора мобильных приложений для осуществления телемедицинских консультаций посредством гаджетов (телефонов, планшетов и др.). В России ведётся разработка приложений, в которых можно осмотреть пациента достаточно полноценно на расстоянии, как в некоторых странах Европы и США на примере гаджета TytoCare.

На 2023 г. уже появились примеры отечественных программных продуктов для здравоохранения, созданных на основе ИИ и успешно прошедших регистрацию в Росздравнадзоре в 2022–2023 гг. Согласно «Markets And Markets», «объём глобального рынка ИИ в сфере здравоохранения России в рамках венчурного частного инвестирования вырастет до 445,2 млрд руб. к 2026 г. Среднегодовой рост рынка составляет 44,9%»⁶.

В 2020–2023 гг. мы видим постоянное увеличение венчурного инвестирования в здравоохранение, производство и реализацию ряда медицинских услуг, изделий, а также медицинские стартапы, использующие технологии ИИ и другие цифровые технологии⁷. По данным «CB Insights», высокий инвестиционный интерес к медицинскому рынку — одно из важнейших направлений цифрового здравоохранения (табл. 2).

Таким образом, динамика венчурного инвестирования в ИИ для медицины, по данным «CB Insights» несколько снизилась к концу 2022 г., что

⁶Официальный сайт аналитического агентства Markets and Markets. URL: <http://www.techportal.ru/market/marketsandmarkets/> (дата обращения: 11.02.2024).

⁷Кейсы внедрения ИИ в отечественном здравоохранении. URL: <https://ict.moscow/research/keisy-vnedreniia-ii-v-otechestvennom-zdravookhraneni-ii-ysclid=lrwjmbbt8g335282653> (дата обращения 10.02.2024).



Рис. 1. Динамика венчурного инвестирования в стартапы российского медицинского рынка в 2023 г.

связано с введением санкций. Однако к концу 2023 г. инвестирование несколько возросло и составило 208,9 млрд руб.⁸ Отметим, что внедрение ИИ в медицину приветствуют, по опросам, 72% россиян, и 52% россиян готовы применять продукты ИИ при диагностике и медпомощи. А среди российских инвесторов готовы вкладываться в медицинские стартапы 31% инвесторов.

По данным каталога «Медицинские информационные технологии», АРМИТ, всего в России в 2023 г. существовало 775 программных продуктов в области медицины и 327 фирм-разработчиков этой сфере.

Есть мнение, что у более чем 40% опрошенных компаний ресурсы могут уменьшиться из-за роста цен, связанных с санкциями и падения спроса, но тенденции к стабилизации, несомненно, имеются.

Обсуждение

Итоги первой половины 2022 г. показали, что в отечественном секторе MedTech наблюдается рост, а вот за тот же период 2023 г. показатели несколько снизились, но к концу 2023 г. они опять пошли вверх, что связано, на наш взгляд, с ростом числа инвесторов, впервые вышедших на медицинский рынок. Анализируя состояние общей выручки на рынке 35 крупных медицинских компаний России, отметим, что в конце 2022 г. она была равна 6,4 млрд руб. (+ 90% за год). Самым большим сегментом на этом рынке стала телемедицина (79,49%), где сумма выручки составила 5,1 млрд руб., т. е. произошло увеличение по отношению с прошлым периодом на 78,19%, что является замечательным показателем положительной динамики, в том числе уровня инвестирования. Стремительнее всего уве-

личивался сегмент внедрения различных цифровых платформ и внедрения разработок программного обеспечения. Там произошло увеличение на 274,6% в год. Самым высоким качественным ростом обладала область медицинских цифровых исследований с увеличением на 271% за текущий период⁹. Однако в феврале 2023 г. ряд компаний вынуждены были констатировать, что их выручка уменьшилась на 4–83% по отношению к прошлому году по ряду причин.

В табл. 3 представлены доходность и рейтинг компаний-инвесторов на медицинском рынке России.

Однако есть и такие компании, которые, постоянно вкладывая инвестиции в рынок медицины и здравоохранения, имели за

исследуемый период снижение выручки и отрицательную динамику финансовых результатов. Среди причин снижения выручки от инвестиций, в основном в цифровые технологии медицинского рынка, было названо падение клиентского спроса в премиальном сегменте. Так, в компании «Этнамед» объяснили снижение выручки от вложенных инвестиций снижением внутреннего спроса на услуги со стороны VIP-клиентов.

Однако можно констатировать рост количества запросов о медицинской помощи россиянам, проживающих за рубежом; а также снижение эффективности и вообще прекращения некоторых логистических цепочек; блокировку крупных рекламных каналов и пересмотренные бюджеты на рекламные мероприятия; запрет на экспортные финансовые

Таблица 3

Рейтинг компаний-инвесторов на медицинском рынке 2022 г.

Название компании-инвестора	Выручка (привлечение инвестиций), абсолютное значение роста	Выручка, темп прироста, %
«Рapid Био», резидент фонда «Сколково»	879 млн руб.	+1400
«СберЗдоровье»	1,5 млрд руб.	+77
BestDoctor	848 млн руб.	+21,6
Телемедицинская компания «Доктис»	392 млн руб.	+137,5
Телемедицинская компания «Доктор рядом» (+Дос+)	1,65 млрд руб.	800
Компания «Цельс»	104 млн руб.	110

Источники: Медицинские объекты в России: инвестиции, проекты, холдинги. URL: <https://investprojects.info/sectors/medical-facilities?ysclid=lrwikaуobn773232569> (дата обращения: 11.02.2024); Официальный сайт Vademicum. URL: <https://vademec.ru/?ysclid=lshtw7vepb688986690> (дата обращения: 11.02.2024).

⁸ Официальный сайт CB Insights. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/CB_Insights (дата обращения: 11.02.2024).

⁹ Искусственный интеллект в медицине: сферы, технологии и перспективы. URL: <https://habr.com/ru/companies/first/articles/682516> (дата обращения: 11.02.2024).

операции, сопровождающие закупку медицинского оборудование и лекарств; валютные операции вне СНГ, блокировку счетов и платежей в валюте и др. В общей сложности с проблемами подобного характера столкнулась половина компаний-инвесторов, участвующих в исследовании. Отмена части совместных проектов с зарубежными фирмами, связанными с введением санкций, которые отметили более 30% компаний, повлекли приостановку инвестиций зарубежных партнеров, что в свою очередь повлечет, по мнению Pharma.Global, заморозку или подорожание производства медицинского рынка; подорожание программного обеспечения и др. Однако часть компаний, которые опросили в рамках исследования инвестирования в медицинский рынок России, отмечают, что в этой ситуации видятся новые возможности для господдержки, развитие импортозамещения, процессов переориентации на азиатское направление, поиск инновативных контрактов (стартапов) среди представителей российского бизнеса.

Заключение

Подводя итоги исследованию современного состояния венчурного инвестирования, связанного с развитием цифровых технологий, в частности ИИ в сфере медицины и здравоохранения, отметим, что количество отечественного программного обеспечения для здравоохранения, созданного на основе цифровых технологий и платформ ИИ и получившего регистрационное удостоверение от Росздравнадзора, за последние 2 года постоянно увеличивается.

К характеристикам инвестиций в медицинский рынок России в 2022–2023 гг. можно отнести следующие факторы:

1. Увеличение притока инвестиций и прежде всего роста инвестиций в компании-производители фармпродукции, программы диагностических решений, мониторинга заболеваний.

2. Рост рынка диагностических решений: тест-систем, программ геномной диагностики на базе секвенирования нового поколения, материалы для жидкостной биопсии для раннего обнаружения заболеваний, в том числе онкологических, программы определения признаков и симптомов проявлений заболеваний, а также диагностику на базе анализа изображений.

3. Рост рынка компаний — провайдеров цифровых услуг. На первое место в цифровом здравоохранении выходят технологические решения для удалённой связи с врачами, которые в разы облегчают общение, диагностику, контроль состояния пациентов, проводимых дистанционно. Бо-

лее чем в 3 раза возросли с 2020 по 2023 г. количество дистанционных визитов к врачам, объём мониторинга состояния пациентов, ведение ими дневников здоровья, медицинских карт и т. п.

4. Развитие сервиса медицинского страхования. С 2021 г. страховые стартапы в медицине привлекли более 260 млн руб. инвестиций. Рынок digital health будет в ближайшие годы становиться только привлекательнее как для компаний, запускающих на нем продукты, так и для потенциальных инвесторов — ёмкость будет лишь увеличиваться.

5. Развитие медицинской аналитики, например, агрегация данных с носимых устройств (оценка температуры, пульса, циклов сна, потребления калорий, данных о физической активности, частоте дыхания пользователей и др.) очень стремительно набирает обороты. Развитие систем digital health, таких как платформизация, а экосистемность — сервисы, способные решить любой вопрос пользователя по здоровью и даже смежные с ним — например, по здоровью его семьи или покупке продуктов личного страхования. Важное направление на современном российском медицинском рынке — развитие и использование предиктивной аналитики.

6. Появление программ ИИ, позволяющих собирать и анализировать данные пациентов, подбирать персонализированно терапию; разрабатывать программы использования квантовых технологий и др.

7. Использование технологии blockchain, предназначенных для верификации данных, ускорения времени постановки диагноза, подбор эффективной терапии и др.

Одним из направлений совершенствования инвестирования в медицинский рынок России является совместно использование лабораторных площадей компаниями для тестирования своих решений, что позволит намного снизить суммы капитальных расходов.



Рис. 2. Направления наиболее значимых инвестиций, по мнению опрошенных, в исследовании венчурного инвестирования российского медицинского рынка в краткосрочной перспективе до 2030 г.

Источник: Медицинские объекты в России: инвестиции, проекты, холдинги. URL: <https://investprojects.info/sectors/medical-facilities?ysclid=lrwikayo6n773232569> (дата обращения: 11.02.2024).

Представителями российского рынка MedTech определены основные тренды сферы здравоохранения до 2030 г. (рис. 2).

Ряд российских аналитических компаний пришли к выводу о том, что игроки медицинского рынка России, занимающиеся медицинским венчурным инвестированием, будут наращивать инвестирование и что в краткосрочной перспективе до 2030 г. кардинально изменится схема инвестиционного фи-

нансирования рынка здравоохранения, и на этот рынок выйдет ряд компаний государственно-частного и частного партнерства, например, в сфере медицинского страхования, инвестиций в цифровые приложения медицинского характера, ИИ и др.

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

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

Зафирова В. Б., Амлаев К. Р., Хубиева Д. Х.-Д., Кравченко О. О.**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НЕМЕДИЦИНСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ**

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

В статье представлены зарубежные данные о немедицинском использовании некоторых комбинаций наркотических препаратов, спектр их влияний на организм больных, а также разработке мер государственного реагирования и пропаганды отказа от использования наркотических препаратов среди групп населения, находящихся в зоне риска. Отмечается, что употребление наркотических препаратов без медицинских показаний — глобальная проблема общественного здравоохранения. Помимо негативного влияния на здоровье, употребление наркотических средств усугубляет имеющиеся психические заболевания, а с другой стороны — наличие психической патологии ускоряет формирование наркотической зависимости.

Ключевые слова: наркотические препараты; психические расстройства; нейрокогнитивные нарушения

Для цитирования: Зафирова В. Б., Амлаев К. Р., Хубиева Д. Х.-Д., Кравченко О. О. Некоторые аспекты совместного использования наркотических препаратов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):594—600. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-594-600>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Zafirova V. B., Amlaev K. R., Khubieva D. Kh.-D., Kravchenko O. O.**SOME ASPECTS OF NON-MEDICAL USE OF NARCOTIC SUBSTANCES**

State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

The article presents foreign data on the non-medical use of certain combinations of narcotic drugs, the range of their effects on the body of patients, as well as the development of state response measures and propaganda of the rejection of the use of narcotic drugs among populations at risk. It is noted that the use of narcotic drugs without medical indications is a global public health problem. In addition to the negative impact on health, the use of narcotic drugs aggravates existing mental illnesses, and on the other hand, the presence of mental pathology accelerates the formation of drug addiction.

Keywords: narcotic drugs; mental disorders; neurocognitive disorders

For citation: Zafirova V. B., Amlaev K. R., Khubieva D. Kh.-D., Kravchenko O. O. Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini. 2024;32(Special Issue 1):594—600 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-594-600>

For correspondence: Karen R. Amlaev; e-mail: kum672002@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

В мире в течение последних 20 лет отмечено резкое возрастание частоты и объёмов назначения опиоидных препаратов в связи с их доказанной эффективностью при устранении боли у онкологических больных [1]. Данные о возросшем немедицинском употреблении опиоидов в США и Канаде авторы исследований связывают с их возросшей доступностью [2–4]. В большей степени исследования в этой области концентрировались на вреде для здоровья, наносимом передозировками наркотических препаратов [3, 5]. Однако спектр других вредных влияний употребления опиоидных препаратов очень широк и мало изучен, несмотря на наличие соответствующих исследований [6]. Разностороннее изучение негативного влияния наркотических препаратов на различные системы организма позволит лучше информировать клиницистов, которые в практической деятельности могут выявлять минимальные отклонения от нормы в состоянии здоровья людей, а также способствовать разработке адекватных мер государственного реагирования, таких как расширение и активизация пропаганды отказа от использования наркотических препаратов среди групп населения, находящихся в зоне риска, напри-

мер, лиц без определённого места жительства, молодёжи и подростков.

Стратегически эффективным будет внедрение в массовое сознание преимуществ ведения здорового образа жизни среди молодёжи, создание так называемых трендов, основанных на принципиально иных ценностях. Такие программы укладываются в рамки рекомендаций, разработанных Управлением ООН по наркотикам и преступности, для снижения вреда, связанного с употреблением опиоидных препаратов [7]. В качестве одной из мер для снижения смертности от передозировки наркотических препаратов возможно расширение использования налоксона, который, являясь опиоидным антагонистом, успешно справляется с купированием симптомов в случаях передозировки [8, 9]. Существенную роль в решении данного вопроса может сыграть оптимизация использования шприцев, исключение повторных инъекций одной иглой разным лицам в целях профилактики вспышек инфекционных заболеваний [10].

Согласно данным опросов и обследований населения разных стран среди совершеннолетних около 19 млн человек употребляют кокаин, а зависимость

от этого наркотического препарата выявлена приблизительно у 3,9 млн человек [11–13]. Это подтверждает широкую распространённость использования продуктов кокаина населением [14]. Использование данного вида веществ возможно через дыхательные пути (вдыхание, курение), а также инъекционным путём. Осложнениями, возникающими при употреблении кокаина, являются сердечно-сосудистые, инфекционные заболевания и психические нарушения [16]. Поражение психической сферы проявляется в виде депрессий, психотических нарушений, в некоторых случаях приводящих к суицидальным попыткам и насилию. Распространённое использование кокаина совместно с другими психоактивными веществами, к примеру опиоидными препаратами, создаёт предпосылки для значительного увеличения риска смертности, в том числе от передозировки [16, 17]. На сегодняшний день в распоряжении медицины нет фармакологических препаратов, способных эффективно справляться с наркотической интоксикацией, абстинентным синдромом или способствующими профилактике рецидивов при употреблении кокаина [18, 19]. На фоне расширения незаконного производства данного вида наркотиков в Латинской Америке данная ситуация предполагает ожидаемое увеличение объёмов кокаиновой наркомании.

Невзирая на плохую доступность психосоциального воздействия на лиц, употребляющих кокаин, именно этот подход демонстрирует некоторые положительные результаты [20–22].

В связи с нормативным регулированием применения каннабиса в медицинских целях в различных юрисдикциях также возрастает распространённость употребления каннабиоидов [21–24], которые способны оказывать терапевтический эффект при некоторых аддиктивных расстройствах [25–27]. Однако их широкое использование в немедицинских целях повысило риск развития нейрокогнитивных нарушений, психических отклонений у употребляющих их лиц. Отмечено, что неблагоприятные прогнозы в отношении здоровья при использовании каннабиоидов в молодом возрасте встречаются существенно чаще. Стоит отметить, что, невзирая на вышеуказанные отрицательные проявления при употреблении каннабиса, возрастает интерес к эндоканнабиоидной системе. Преимущественно он обусловлен её способностью помогать организму справляться с тревожностью любого генеза и физиологическими реакциями на различные формы стресса [28–30]. Основное внимание сейчас привлекают к себе вещества тетрагидроканнабинол и каннабидиол. Другими потенциальными мишенями воздействия являются рецепторы 5-гидрокситриптамина, амидгидролаза жирных кислот и ваниллоидные белки. Было отмечено разноплановое влияние препаратов, мишенью которых явилась эндоканнабиоидная система. Лица, употребляющие каннабиоиды, использовали их с целью корректировки нежелательных побочных эффектов психостимуляторов, что может свидетельствовать о возможно-

стях использования данной группы препаратов для коррекции аддиктивного поведения. В первую очередь имеется в виду аддикция лиц, принимающих психостимуляторы, и в меньшей степени опиоиды, никотин, алкоголь [27, 31, 32]. У потребителей психоактивных веществ, в том числе у лиц, использующих каннабис, часто возникают проблемы более серьёзного порядка, обусловленные одновременным употреблением кокаина [33, 34].

Употребление наркотических препаратов без медицинских показаний является глобальной проблемой общественного здравоохранения, обусловленной не только мультифакторным отрицательным влиянием их на здоровье, но и усугубляющимися психическими заболеваниями, а также повышенной смертностью, причинами которой могут быть как передозировки наркотиков, так и спровоцированный ими суицид [35, 36].

В исследованиях указывается на повышение риска насилия в отношении других граждан у лиц, употребляющих наркотики, на фоне усугубления психических расстройств [37–40]. Психические расстройства у заключённых и в общей популяции значительно отличаются как у мужчин, так и у женщин. Более высокие значения изучаемых девиаций встречаются в тюрьмах у женщин в сравнении с мужчинами, в то время как в общей популяции отмечается зеркальная ситуация [1].

Был установлен повышенный риск насильственных действий в отношении других лиц при употреблении определённых категорий наркотиков: каннабиса и кокаина [41]. Однако каннабис за счёт седативного действия может уступить по силе провокации агрессивного поведения некоторым видам стимуляторов, например, крэк-кокаину. Изучение этих особенностей позволило бы уточнить риски и способствовало бы формированию новых стратегий борьбы со злоупотреблением наркотиками [42, 43].

Выявлено, что риск насилия при употреблении наркотических препаратов сопоставим с таковым при психопатологии (шизофрении, биполярном расстройстве) [44], он превышает таковой при депрессии и тревоге [12, 45, 46]. Однако его стратегическое значение существенно выше, т. к. распространённость наркомании превышает частоту встречаемости тяжёлых психических отклонений. Учитывая уровень риска агрессивного поведения и распространённость расстройств, обусловленных употреблением наркотиков, сложно переоценить их влияние на популяцию. Подход общественного здравоохранения по предотвращению насилия неизменно должен включать в себя лечение расстройств, связанных с употреблением наркотических препаратов. Доказано, что поведенческие методы лечения в рамках программ поддерживающей терапии метадонном могут снизить уровень преступности [47]. Это подтверждается исследованиями, демонстрирующими снижение уровня преступности после лечения наркозависимости и реализации комплекса немедицинских мер по психологической реабилитации наркозависимых [48].

Фармакотерапия расстройств, связанных с употреблением наркотиков, показала свою эффективность в снижении уровня рецидивов у заключенных [6, 49–51]. Однако в Соединенных Штатах Америки среди лиц с расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, лечение получали в течение года лишь 14%, а пожизненно — только 25% нуждающихся [52].

Употребление наркотиков также существенно влияет на формирование гнева у пациентов [53–55], а одновременное употребление нескольких препаратов с психоактивным эффектом вызывает изменение нейробиологического метаболизма [56]. К примеру, употребление кокаина и алкоголя вместе приводит к образованию кокаэтилена, оказывающего более продолжительное действие, чем вышеуказанные вещества по отдельности. Большинство людей, употребляющих кокаин вместе с алкоголем, бензодиазепинами, марихуаной, а также опиоидами, т. е. препаратами, вызывающими депрессию центральной нервной системы, пытаются достичь снижения его симпатомиметического эффекта [57]. При достаточно частом и интенсивном употреблении данных комбинаций веществ неизбежны поведенческие, познавательные и эмоциональные изменения, такие как повышенная возбудимость, раздражительность, агрессивность, депрессия, замедление мышления и затруднение концентрации внимания. Формируется склонность к физической агрессии, суицидальному поведению, убийствам и другим видам насильственных действий [58, 59]. При этом интенсивность гнева, как выяснилось, не была связана с возрастом и продолжительностью периода без употребления психоактивных веществ. Стоит подчеркнуть, что имеется сложная причинно-следственная связь гнева и употребления наркотиков. Исследования показали, что интенсивность гнева может предсказывать употребление наркотиков [60, 61].

Гнев и тревога могут ощущаться как симптомы желания получить приятное ощущение от приёма наркотического препарата [62]. Гнев рассматривается также в качестве последствия длительных изменений в мозге, приводящих к снижению эмоционального статуса. Установлено, что если резко прекратить приём крэк-кокаина и опиоидов, возможно появление симптомов отмены уже через несколько часов после последнего употребления препаратов. Первые же переживания пациентов приводят к беспокойству, возбуждению и могут привести к повышенной раздражительности и агрессии [63]. У лиц, употребляющих алкоголь, ситуация несколько иная — нет убедительных доказательств необходимости его срочного употребления, как в случае с героином, крэк-кокаином [41]. Наиболее вероятным провоцирующим фактором желания употребить наркотики является эмоциональный [64]. В этом случае происходит сбой в работе «системы вознаграждения» в мозге, а отсутствие способности испытывать удовольствие от естественных стимулов приводит к возрастанию силы реакции на неприятные эмоции гневом, тревогой и депрессией [65, 66].

Вышеупомянутые состояния чрезвычайно распространены среди населения [66]. Была убедительно доказана взаимосвязь употребления психоактивных веществ с наличием депрессивных симптомов с более высокими показателями гнева в эксперименте с 14–21 днями воздержания. Данные литературы также свидетельствуют о сильной связи между депрессивными симптомами и реакциями гнева. Неприятные ощущения в связи с депрессивным состоянием на фоне отмены психоактивного вещества запускают механизмы для их снижения — саморегуляции страданий, вызванных негативным психическим состоянием [54, 67]. Возможно пожизненное усиление психических проблем у лиц, хронически подвергающих мозг воздействию наркотических препаратов [68]. Установлено, что повторное воздействие психоактивных веществ вызывает изменения мозга, приводящие к сложностям обучения и снижению тормозящих влияний [69, 70]. Вследствие этого высока вероятность повышения чувствительности к стрессу и снижению способности к эмоциональному самоконтролю, а соответственно, усиления проявлений гнева [71]. Учитывая происходящие мозговые изменения наиболее вероятно, что дофаминергическая дисфункция в «цепях вознаграждения» ведёт к нарушениям в работе зоны коры головного мозга, отвечающей за импульсивность [6, 72, 73]. Раздражение и гнев, возникающие при прекращении приёма препаратов максимальны у лиц, одновременно употребляющих алкоголь, кокаин и крэк, что подтверждено экспериментально в ряде исследований [18, 60, 74–76].

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Caraceni A., Hanks G., Kaasa S. et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC // *Lancet Oncol.* 2012. Vol. 13. P. e58–e68.
2. Mazer-Amirshahi M., Mullins P.M., Rasooly I. et al. Rising opioid prescribing in adult US emergency department visits: 2001–2010 // *Acad. Emerg. Med.* 2014. Vol. 21. P. 236–243.
3. Fischer B. Prescription opioid use, harms and interventions in Canada: A review update of new developments and findings since 2010 // *Pain Physician.* 2015. Vol. 18. P. e605–e14.
4. Hughes A., Williams M., Lipari R. et al. Prescription drug use and misuse in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. NSDUH Data Review. 2017.
5. Saha T. D., Kerridge B. T., Goldstein R. B. et al. Nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder in the United States // *J. Clin. Psychiatry.* 2016. Vol. 77. P. 772–780.
6. Lalic S., Jokanovic N., Ilomäki J. et al. Harms associated with extra-medical use of prescription opioid analgesics in Australia: a scoping review // *Res. Social Adm. Pharm.* 2019. Vol. 15. P. 925–935.
7. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: 2012 revision. Geneva; 2012.
8. McDonald R., Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria // *Addiction.* 2016. Vol. 111. P. 1177–1187.
9. Magwood O., Salvalaggio G., Beder M. et al. The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: a systematic review of systematic reviews on supervise18d consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder // *PLoS One.* 2020. Vol. 15. P. e0227298.

10. Abdul-Quader A. S., Feelemyer J., Modi S. et al. Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review // *AIDS Behav.* 2013. Vol. 17. P. 2878–2892.
11. Degenhardt L., Whiteford H. A., Ferrari A. J. et al. Vos Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet North Am. Ed.* 2013. Vol. 382, N 9904. P. 1564–1574.
12. Peacock A., Leung J., Larney S. et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report // *Addiction.* 2018. Vol. 113, N 10. P. 1905–1926.
13. Fischer B., Cruz M. S., Bastos F. I. et al. Crack across the Americas — a massive problem in continued search of viable answers: exemplary views from the North (Canada) and the South (Brazil) // *Int. J. Drug Policy.* 2013. Vol. 24, N 6. P. 631–633. DOI: 10.1016/j.drugpo.2013.09.003
14. Butler A. J., Rehm J., Fischer B. Health outcomes associated with crackcocaine use: Systematic review and meta-analyses // *Drug Alcohol Depend.* 2017. Vol. 180. P. 401–416. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.08.036
15. Kohut S. J. Interactions between nicotine and drugs of abuse: a review of preclinical findings // *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* 2017. Vol. 43, N 2. P. 155–170. DOI: 10.1080/00952990.2016.1209513
16. Motta-Ochoa R., Bertrand K., Arruda N. et al. I love having benzos after my coke shot”: the use of psychotropic medication among cocaine users in downtown Montreal // *Int. J. Drug Policy.* 2017. Vol. 49. P. 15–23. DOI: 10.1016/j.drugpo.2017.07.012
17. Farrell M., Martin N. K., Stockings E. et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities // *Lancet North Am. Ed.* 2019. Vol. 394, N 10209. P. 1652–1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5
18. Fischer B., Kuganesan S., Gallassi A. et al. Wood addressing the stimulant treatment gap: a call to investigate the therapeutic benefits potential of cannabinoids for crack-cocaine use // *Int. J. Drug Policy.* 2015. Vol. 26, N 12. P. 1177–1182. DOI: 10.1016/j.drugpo.2015.09.005
19. Minozzi S., Saule R., De Crescenzo F. et al. Psychosocial interventions for psychostimulant misuse // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016. Vol. 9, N 9. Article Cd011866. DOI: 10.1002/14651858.CD011866.pub2
20. Crippa J. A., Guimarães F. S., Campos A. C. et al. Translational investigation of the therapeutic potential of cannabidiol (CBD): toward a new age // *Front. Immunol.* 2018. Vol. 9. P. 2009. DOI: 10.3389/fimmu.2018.02009
21. Hill K. P. Medical marijuana for treatment of chronic pain and other medical and psychiatric problems: a clinical review // *JAMA.* 2015. Vol. 313, N 24. P. 2474–2483. DOI: 10.1001/jama.2015.6199
22. NASEM The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington; 2017.
23. Rodrigues L. A., Caroba M. E.S., Taba F. K. et al. Evaluation of the potential use of cannabidiol in the treatment of cocaine use disorder: a systematic review // *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2020. Vol. 196. Article 172982. DOI: 10.1016/j.pbb.2020.172982
24. Penberthy J. K., Ait-Daoud N., Vaughan M. et al. Review of treatment for cocaine dependence // *Curr. Drug Abuse Rev.* 2010. Vol. 3, N 1. P. 49–62. DOI: 10.2174/1874473711003010049
25. Schierenberg A., van Amsterdam J., van den Brink W. et al. Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: a review of the evidence // *Curr. Drug Abuse Rev.* 2012. Vol. 5, N 4. P. 320–331. DOI: 10.2174/1874473711205040006
26. Abrams D. I. The therapeutic effects of Cannabis and cannabinoids: an update from the national academies of sciences, engineering and medicine report // *Eur. J. Internal Med.* 2018. Vol. 49. P. 7–11. DOI: 10.1016/j.ejim.2018.01.003
27. Manzanares J., Cabañero D., Puente N. et al. Role of the endocannabinoid system in drug addiction // *Biochem. Pharmacol.* 2018. Vol. 157. P. 108–121. DOI: 10.1016/j.bcp.2018.09.013
28. Parsons L. H., Hurd Y. L. Endocannabinoid signaling in reward and addiction // *Nat. Rev. Neurosci.* 2015. Vol. 16, N 10. P. 579–594. DOI: 10.1038/nrn4004
29. Spanagel R. Cannabinoids and the endocannabinoid system in reward processing and addiction: from mechanisms to interventions // *Dialog. Clin. Neurosci.* 2020. Vol. 22, N 3. P. 241–250. DOI: 10.31887/DCNS.2020.22.3/rspanagel
30. Calpe-López C., García-Pardo M. P., Aguilar M. A. Cannabidiol treatment might promote resilience to cocaine and methamphetamine use disorders: a review of possible mechanisms // *Molecules.* 2019. Vol. 24, N 14. P. 2583. DOI: 10.3390/molecules24142583
31. Prud'homme M., Cata R., Jutras-Aswad D. Cannabidiol as an intervention for addictive behaviors: a systematic review of the evidence // *Substance Abuse.* 2015. Vol. 9. P. 33–38. DOI: 10.4137/sart.S25081
32. Connor J., Gullo M., Chan G. Feeney et al. Polysubstance use in cannabis users referred for treatment: drug use profiles, psychiatric comorbidity and cannabis-related beliefs // *Front. Psychiatry.* 2013. Vol. 4, N 79. P. 79. DOI: 10.3389/fpsy.2013.00079
33. Connor J. P., Gullo M. J., White A. et al. Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health // *Curr. Opin. Psychiatry.* 2014. Vol. 27, N 4. P. 269–275. DOI: 10.1097/ycp.0000000000000069
34. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 // *Lancet.* 2018. Vol. 392, N 10159. P. 1789–1858.
35. Degenhardt L., Whiteford H. A., Ferrari A. J., et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet.* 2013. Vol. 382, N 9904. P. 1564–1574.
36. McGinty E. E., Choksy S., Wintemute G. J. The relationship between controlled substances and violence // *Epidemiol. Rev.* 2016. Vol. 38, N 1. P. 5–31.
37. Grann M., Fasel M. Substances misuse and violent crime: Swedish population study // *BMJ.* 2004. Vol. 328, N 7450. P. 1233–1234.
38. Hoaken P. N., Stevart S. H. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior // *Addict Behav.* 2003. Vol. 28, N 9. P. 1533–1554.
39. Atkison A., Anderson Z., Hughes K. et al. Interpersonal violence and illicit drugs. Liverpool; 2009.
40. Farrell M., Martin N. K., Stockings E. et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities // *Lancet North Am. Ed.* 2019. Vol. 394, N 10209. P. 1652–1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5
41. Bennett T., Holloway K., Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis // *Aggress. Violent Behav.* 2008. Vol. 13, N 2. P. 107–118.
42. Boles S. M., Miotto K. Substance abuse and violence: a review of the literature // *Aggress. Violent Behav.* 2003. Vol. 8, N 2. P. 155–174.
43. Fazel S., Smith E. N., Chang Z. et al. Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses // *Br. J. Psychiatry.* 2018. Vol. 213, N 4. P. 609–614.
44. Harford T. C., Chen C. M., Kerridge B. T. et al. Self- and other-directed forms of violence and their relationship with lifetime DSM-5 psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol Related Conditions—III (NESARC-III) // *Psychiatry Res.* 2018. Vol. 262. P. 384–392. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.09.012
45. Pulay A. J., Dawson D. A., Hasin D. S. et al. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // *J. Clin. Psychiatry.* 2008. Vol. 69, N 1. P. 12–22.
46. McLellan A. T., Lewis D. C., O'Brien C. P. et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation // *JAMA.* 2000. Vol. 284, N 13. P. 1689–1695.
47. Koehn J. D., Bach P., Hayashi K. et al. Impact of incarceration on rates of methadone use in a community recruited cohort of injection drug users // *Addict. Behav.* 2015. Vol. 46. P. 1–4.
48. de Andrade D., Richi J., Rowlands M. et al. Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions // *Epidemiol. Rev.* 2018. Vol. 40, N 1. P. 121–133.
49. Mitchell O., Wilson D. B., MacKenzi D. L. Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research // *J. Exp. Criminol.* 2007. Vol. 3, N 4. P. 353–375.
50. Chang Z., Lichtenstein P., Langstrom N. et al. Association between prescription of major psychotropic medications and violent reoffending after prison release // *JAMA.* 2016. Vol. 316, N 17. P. 1798–1807.
51. Grant B. F., Saha T. D., Ruan W. J., et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions—III // *JAMA. Psychiat.* 2016. Vol. 73, N 1. P. 39–47.
52. Kwako L. E., Koob G. F. Neuroclinical framework for the role of stress in addiction // *Chronic Stress (Thousand Oaks).* 2017. Vol. 1. P. 2470547017698140.

53. Caraceni A., Hanks G., Kaasa S. et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC // *Lancet Oncol.* 2012. Vol. 13. P. e58–e68.
54. Cogle J. R., Summers B. J., Allan N. P. et al. Hostile interpretation training for individuals with alcohol use disorder and elevated trait anger: a controlled trial of a web-based intervention // *Behav. Res. Ther.* 2017. Vol. 99. P. 57–66.
55. Lewis B., Garcia C. C., Bohan R. et al. Impact of polysubstance use on social and non-affective cognitive performance among treatment-seeking individuals with alcohol use disorders // *Addict. Behav.* 2020. Vol. 106. P. 106359.
56. Peacock A., Leung J., Larney S. et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report // *Addiction.* 2018. Vol. 113, N 10. P. 1905–1926.
57. Cogle J. R., Summers B. J., Allan N. P. et al. Hostile interpretation training for individuals with alcohol use disorder and elevated trait anger: a controlled trial of a web-based intervention // *Behav. Res. Ther.* 2017. Vol. 99. P. 57–66.
58. Liu Y., Van Den Wildenberg W. P., De Graaf Y. et al. Is (poly-)substance use associated with impaired inhibitory control? A mega-analysis controlling for confounders // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2019. Vol. 105. P. 288–304.
59. Baharvand P., Malekshahi F. Relationship between anger and drug addiction potential as factors affecting the health of medical students // *J. Educ. Health Promot.* 2019. Vol. 8. P. 157.
60. Degenhardt L., McKetin R. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities // *Lancet North Am. Ed.* 2019. Vol. 394, N 10209. P. 1652–1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5
61. Neale J., Kalk N. J., Parkin S. et al. Factors associated with withdrawal symptoms and anger among people resuscitated from an opioid overdose by take-home naloxone: exploratory mixed methods analysis // *J. Subst. Abuse Treat.* 2020. Vol. 117. P. 108099.
62. Stohs M. E., Schneekloth T. D., Geske J. R. et al. Alcohol craving predicts relapse after residential addiction treatment // *Alcohol Alcohol.* 2019. Vol. 54. P. 167–172.
63. Ruisoto P., Contador I. The role of stress in drug addiction. An integrative review // *Physiol. Behav.* 2019. Vol. 202. P. 62–68.
64. Carreiro S., Chinthia K. K., Shrestha S. et al. Wearable sensor-based detection of stress and craving in patients during treatment for substance use disorder: a mixed methods pilot study // *Drug Alcohol Depend.* 2020. Vol. 209. P. 107929.
65. Aksu M. H., Sahiner S. Y., Sahiner I. V. et al. Relationship between somatization and psychiatric symptoms, especially anxiety, depression, alexithymia, and severity of addiction in male patients with alcohol and heroin addiction // *Dusunen Adam.* 2020. Vol. 33. P. 120–129.
66. Pridmore S., Turnier-Shea Y., Erger S. et al. The impact of cluster maintenance TMS on irritability occurring in major depressive disorder // *Australas Psychiatry.* 2020. P. 1039856220943033.
67. Suzuki S., Mell M. M., O'Malley S. S. et al. Regulation of craving and negative emotion in alcohol use disorder // *Biol. Psychiatry Cogn. Neurosci. Neuroimaging.* 2020. Vol. 5. P. 239–250.
68. Lemieux A. M., Nakajima M., Saif-Ali R. et al. Anger, anxiety, and depressive affect as predictors of stress-induced cortisol production in khat and tobacco users // *Addict. Behav.* 2018. Vol. 82. P. 195–201.
69. de Almeida R. M., Flores A. C., Scheffer M. Suicidal ideation, problem solving, expression of anger and impulsiveness in dependents on psychoactive substances // *Psicol. Reflex. Crit.* 2013. Vol. 26. P. 1–9.
70. Aharonovich E., Nguyen H. T., Nunes E. V. Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: testing the psychopharmacological specificity hypothesis // *Am. J. Addict.* 2001. Vol. 10. P. 27–34.
71. Scheffer M., Pasa G. G., de Almeida R. M. et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities // *Lancet North Am. Ed.* 2019. Vol. 394, N 10209. P. 1652–1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5
72. Votaw V. R., Pearson M. R., Stein E. et al. The addictions neuroclinical assessment negative emotionality domain among treatment seekers with alcohol use disorder: construct validity and measurement invariance // *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2020. Vol. 44. P. 679–688.
73. Çorapçioğlu A., Erdoğan A. S. Cross-sectional study on expression of anger and factors associated with criminal recidivism in prisoners with prior offences // *Forensic Sci. Int.* 2004. Vol. 140. P. 167–174.
74. Kirsch D., Nemeroff C. M., Lippard E. T. Early life stress and substance use disorders: underlying neurobiology and pathways to adverse outcomes // *Advers Resil. Sci.* 2020. Vol. 1. P. 29–47.
75. Czereminski F. R., Ornell F., Guimarães L. S. et al. Assessment of executive functions and inhibitory control in alcohol and crack use disorders // *Psico.* 2018. Vol. 49. P. 21–30.
76. Barrett E. L., Mills K. L., Teesson M. Mental health correlates of anger in the general population: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2013. Vol. 47. P. 470–476.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

- Caraceni A., Hanks G., Kaasa S. et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol.* 2012;13:e58–e68.
- Mazer-Amirshahi M., Mullins P.M., Rasooly I. et al. Rising opioid prescribing in adult US emergency department visits: 2001–2010. *Acad. Emerg. Med.* 2014;21:236–243.
- Fischer B. Prescription opioid use, harms and interventions in Canada: A review update of new developments and findings since 2010. *Pain Physician.* 2015;18:e605–e14.
- Hughes A., Williams M., Lipari R. et al. Prescription drug use and misuse in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health. NSDUH Data Review. 2017.
- Saha T. D., Kerridge B. T., Goldstein R. B. et al. Nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder in the United States. *J. Clin. Psychiatry.* 2016;77:772–780.
- Lalic S., Jokanovic N., Ilomäki J. et al. Harms associated with extra-medical use of prescription opioid analgesics in Australia: a scoping review. *Res. Social Adm. Pharm.* 2019;15:925–935.
- WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users: 2012 revision. Geneva; 2012.
- McDonald R., Strang J. Are take-home naloxone programmes effective? Systematic review utilizing application of the Bradford Hill criteria. *Addiction.* 2016;111:1177–1187.
- Magwood O., Salvalaggio G., Beder M. et al. The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: a systematic review of systematic reviews on supervise18d consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder. *PLoS One.* 2020;15:e0227298.
- Abdul-Quader A. S., Feelemyer J., Modi S. et al. Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review. *AIDS Behav.* 2013;17:2878–2892.
- Degenhardt L., Whiteford H. A., Ferrari A. J. et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet North Am. Ed.* 2013;382(9904):1564–1574.
- Peacock A., Leung J., Larney S. et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction.* 2018;113(10):1905–1926.
- Fischer B., Cruz M. S., Bastos F. I. et al. Crack across the Americas — a massive problem in continued search of viable answers: exemplary views from the North (Canada) and the South (Brazil). *Int. J. Drug Policy.* 2013; 24(6):631–633. DOI: 10.1016/j.drugpo.2013.09.003
- Butler A. J., Rehm J., Fischer B. Health outcomes associated with crackcocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug Alcohol Depend.* 2017;180:401–416. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.08.036
- Kohut S. J. Interactions between nicotine and drugs of abuse: a review of preclinical findings. *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* 2017;43(2):155–170. DOI: 10.1080/00952990.2016.1209513
- Motta-Ochoa R., Bertrand K., Arruda N. et al. I love having benzos after my coke shot[®]: the use of psychotropic medication among cocaine users in downtown Montreal. *Int. J. Drug Policy.* 2017;49:15–23. DOI: 10.1016/j.drugpo.2017.07.012
- Farrell M., Martin N. K., Stockings E. et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *Lancet North Am. Ed.* 2019;394(10209):1652–1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5
- Fischer B., Kuganesan S., Gallassi A. et al. Wood addressing the stimulant treatment gap: a call to investigate the therapeutic benefits potential of cannabinoids for crack-cocaine use. *Int. J. Drug Policy.* 2015;26(12):1177–1182. DOI: 10.1016/j.drugpo.2015.09.005

19. Minozzi S., Saule R., De Crescenzo F. et al. Psychosocial interventions for psychostimulant misuse. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016;9(9):Cd011866. DOI: 10.1002/14651858.CD011866.pub2
20. Crippa J. A., Guimarães F. S., Campos A. C. et al. Translational investigation of the therapeutic potential of cannabidiol (CBD): toward a new age. *Front. Immunol.* 2018;9:2009. DOI: 10.3389/fimmu.2018.02009
21. Hill K. P. Medical marijuana for treatment of chronic pain and other medical and psychiatric problems: a clinical review. *JAMA.* 2015;313(24):2474–2483. DOI: 10.1001/jama.2015.6199
22. NASEM The health effects of cannabis and cannabinoids: the current state of evidence and recommendations for research. Washington; 2017.
23. Rodrigues L. A., Caroba M. E.S., Taba F. K. et al. Evaluation of the potential use of cannabidiol in the treatment of cocaine use disorder: a systematic review. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2020;196:172982. DOI: 10.1016/j.pbb.2020.172982
24. Penberthy J. K., Ait-Daoud N., Vaughan M. et al. Review of treatment for cocaine dependence. *Curr. Drug Abuse Rev.* 2010;3(1):49–62. DOI: 10.2174/1874473711003010049
25. Schierenberg A., van Amsterdam J., van den Brink W. et al. Efficacy of contingency management for cocaine dependence treatment: a review of the evidence. *Curr. Drug Abuse Rev.* 2012;5(4):320–331. DOI: 10.2174/1874473711205040006
26. Abrams D. I. The therapeutic effects of Cannabis and cannabinoids: an update from the national academies of sciences, engineering and medicine report. *Eur. J. Internal Med.* 2018;49:7–11. DOI: 10.1016/j.ejim.2018.01.003
27. Manzanares J., Cabañero D., Puente N. et al. Role of the endocannabinoid system in drug addiction. *Biochem. Pharmacol.* 2018;157:108–121. DOI: 10.1016/j.bcp.2018.09.013
28. Parsons L. H., Hurd Y. L. Endocannabinoid signaling in reward and addiction. *Nat. Rev. Neurosci.* 2015;16(10):579–594. DOI: 10.1038/nrn4004
29. Spanagel R. Cannabinoids and the endocannabinoid system in reward processing and addiction: from mechanisms to interventions. *Dialog. Clin. Neurosci.* 2020;22(3):241–250. DOI: 10.31887/DCNS.2020.22.3/rspanagel
30. Calpe-López C., García-Pardo M. P., Aguilar M. A. Cannabidiol treatment might promote resilience to cocaine and methamphetamine use disorders: a review of possible mechanisms. *Molecules.* 2019;24(14):2583. DOI: 10.3390/molecules24142583
31. Prud'homme M., Cata R., Jutras-Aswad D. Cannabidiol as an intervention for addictive behaviors: a systematic review of the evidence. *Substance Abuse.* 2015;9:33–38. DOI: 10.4137/sart.S25081
32. Connor J., Gullo M., Chan G. Feeney et al. Polysubstance use in cannabis users referred for treatment: drug use profiles, psychiatric comorbidity and cannabis-related beliefs. *Front. Psychiatry.* 2013;4(79):79. DOI: 10.3389/fpsy.2013.00079
33. Connor J. P., Gullo M. J., White A. et al. Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Curr. Opin. Psychiatry.* 2014;27(4):269–275. DOI: 10.1097/ycp.0000000000000069
34. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789–1858.
35. Degenhardt L., Whiteford H. A., Ferrari A. J., et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;382(9904):1564–1574.
36. McGinty E. E., Choksy S., Wintemute G. J. The relationship between controlled substances and violence. *Epidemiol Rev.* 2016;38(1):5–31.
37. Grann M., Fasel M. Substances misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ.* 2004;328(7450):1233–1234.
38. Hoaken P. N., Stevart S. H. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addict Behav.* 2003;28(9):1533–1554.
39. Atkisson A., Anderson Z., Hughes K. et al. Interpersonal violence and illicit drugs. Liverpool; 2009.
40. Farrell M., Martin N. K., Stockings E. et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *Lancet North Am. Ed.* 2019;394(10209):1652–1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5
41. Bennett T., Holloway K., Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggress. Violent Behav.* 2008;13(2):107–118.
42. Boles S. M., Miotto K. Substance abuse and violence: a review of the literature. *Aggress. Violent Behav.* 2003;8(2):155–174.
43. Fazel S., Smith E. N., Chang Z. et al. Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. *Br. J. Psychiatry.* 2018;213(4):609–614.
44. Harford T. C., Chen C. M., Kerridge B. T. et al. Self-and other-directed forms of violence and their relationship with lifetime DSM-5 psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol Related Conditions–III (NESARC-III). *Psychiatry Res.* 2018;262:384–392. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.09.012
45. Pulay A. J., Dawson D. A., Hasin D. S. et al. Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J. Clin. Psychiatry.* 2008;69(1):12–22.
46. McLellan A. T., Lewis D. C., O'Brien C. P. et al. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA.* 2000;284(13):1689–1695.
47. Koehn J. D., Bach P., Hayashi K. et al. Impact of incarceration on rates of methadone use in a community recruited cohort of injection drug users. *Addict. Behav.* 2015;46:1–4.
48. de Andrade D., Richi J., Rowlands M. et al. Substance use and recidivism outcomes for prison-based drug and alcohol interventions. *Epidemiol. Rev.* 2018;40(1):121–133.
49. Mitchell O., Wilson D. B., MacKenzi D. L. Does incarceration-based drug treatment reduce recidivism? A meta-analytic synthesis of the research. *J. Exp. Criminol.* 2007;3(4):353–375.
50. Chang Z., Lichtenstein P., Langstrom N. et al. Association between prescription of major psychotropic medications and violent reoffending after prison release. *JAMA.* 2016;316(17):1798–1807.
51. Grant B. F., Saha T. D., Ruan W. J., et al. Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III. *JAMA. Psychiat.* 2016;73(1):39–47.
52. Kwako L. E., Koob G. F. Neuroclinical framework for the role of stress in addiction. *Chronic Stress (Thousand Oaks).* 2017;1:2470547017698140.
53. Caraceni A., Hanks G., Kaasa S. et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol.* 2012;13:e58–e68.
54. Cogle J. R., Summers B. J., Allan N. P. et al. Hostile interpretation training for individuals with alcohol use disorder and elevated trait anger: a controlled trial of a web-based intervention. *Behav. Res. Ther.* 2017;99:57–66.
55. Lewis B., Garcia C. C., Bohan R. et al. Impact of polysubstance use on social and non-affective cognitive performance among treatment-seeking individuals with alcohol use disorders. *Addict. Behav.* 2020;106:106359.
56. Peacock A., Leung J., Larney S. et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction.* 2018;113(10):1905–1926.
57. Cogle J. R., Summers B. J., Allan N. P. et al. Hostile interpretation training for individuals with alcohol use disorder and elevated trait anger: a controlled trial of a web-based intervention. *Behav. Res. Ther.* 2017;99:57–66.
58. Liu Y., Van Den Wildenberg W. P., De Graaf Y. et al. Is (poly-)substance use associated with impaired inhibitory control? A mega-analysis controlling for confounders. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2019;105:288–304.
59. Baharvand P., Malekshahi F. Relationship between anger and drug addiction potential as factors affecting the health of medical students. *J. Educ. Health Promot.* 2019;8:157.
60. Degenhardt L., McKetin R. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *Lancet North Am. Ed.* 2019;394(10209):1652–1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5
61. Neale J., Kalk N. J., Parkin S. et al. Factors associated with withdrawal symptoms and anger among people resuscitated from an opioid overdose by take-home naloxone: exploratory mixed methods analysis. *J. Subst. Abuse Treat.* 2020;117:108099.
62. Stohs M. E., Schneekloth T. D., Geske J. R. et al. Alcohol craving predicts relapse after residential addiction treatment. *Alcohol Alcohol.* 2019;54:167–172.
63. Ruisoto P., Contador I. The role of stress in drug addiction. An integrative review. *Physiol. Behav.* 2019;202:62–68.
64. Carreiro S., Chinha K. K., Shrestha S. et al. Wearable sensor-based detection of stress and craving in patients during treatment for substance use disorder: a mixed methods pilot study. *Drug Alcohol Depend.* 2020;209:107929.
65. Aksu M. H., Sahiner S. Y., Sahiner I. V. et al. Relationship between somatization and psychiatric symptoms, especially anxiety, depression, alexithymia, and severity of addiction in male patients with alcohol and heroin addiction. *Dusunen Adam.* 2020;33:120–129.

66. Pridmore S., Turnier-Shea Y., Erger S. et al. The impact of cluster maintenance TMS on irritability occurring in major depressive disorder. *Australas Psychiatry*. 2020;1039856220943033.
67. Suzuki S., Mell M. M., O'Malley S. S. et al. Regulation of craving and negative emotion in alcohol use disorder. *Biol. Psychiatry Cogn. Neurosci. Neuroimaging*. 2020;5:239–250.
68. Lemieux A. M., Nakajima M., Saif-Ali R. et al. Anger, anxiety, and depressive affect as predictors of stress-induced cortisol production in khat and tobacco users. *Addict. Behav.* 2018;82:195–201.
69. de Almeida R. M., Flores A. C., Scheffer M. Suicidal ideation, problem solving, expression of anger and impulsiveness in dependents on psychoactive substances. *Psicol. Reflex Crit.* 2013;26:1–9.
70. Aharonovich E., Nguyen H. T., Nunes E. V. Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: testing the psychopharmacological specificity hypothesis. *Am. J. Addict.* 2001;10:27–34.
71. Scheffer M., Pasa G. G., de Almeida RM. et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *Lancet North Am. Ed.* 2019;394(10209):1652–1667. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32230-5
72. Votaw V. R., Pearson M. R., Stein E. et al. The addictions neuro-clinical assessment negative emotionality domain among treatment seekers with alcohol use disorder: construct validity and measurement invariance. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2020;44:679–688.
73. Çorapçioğlu A., Erdoğan A. S. Cross-sectional study on expression of anger and factors associated with criminal recidivism in prisoners with prior offences. *Forensic Sci. Int.* 2004;140:167–174.
74. Kirsch D., Nemeroff C. M., Lippard E. T. Early life stress and substance use disorders: underlying neurobiology and pathways to adverse outcomes. *Advers Resil. Sci.* 2020;1:29–47.
75. Czeremainski F. R., Ornell F., Guimarães L. S. et al. Assessment of executive functions and inhibitory control in alcohol and crack use disorders. *Psico.* 2018;49:21–30.
76. Barrett E. L., Mills K. L., Teesson M. Mental health correlates of anger in the general population: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2013;47:470–476.

Захарова Е. Н., Леонтьева А. В., Ордынская М. Е.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Адыгейский государственный университет, 385000, Майкоп, Россия

В статье рассмотрены социально-демографические аспекты управления качеством жизни населения в современных условиях. Уровень жизни населения представляет собой комплексный социально-экономический параметр, который отражает совокупное воздействие различных факторов на характер потребительской способности граждан и возможность поддержания определённого образа жизни. Глобализационные процессы в мировой экономике повышают интерес к проблеме эффективного управления уровнем жизни населения, т. к. индикаторы, используемые для оценки качества жизни населения, характеризуют развитие социально-экономических отношений в государстве. В заключение сделан вывод о том, что категория «качество жизни населения» является важным показателем эффективности государственного управления социально-демографическими процессами, а демографические процессы выступают одним из ключевых факторов показателя качества жизни населения.

Ключевые слова: социально-демографические процессы; качество жизни населения; социально-экономические отношения; управление качеством жизни; развитие экономики

Для цитирования: Захарова Е. Н., Леонтьева А. В., Ордынская М. Е. Социально-демографические аспекты управления качеством жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):601–607. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-601-607>

Для корреспонденции: Ордынская Марина Евгеньевна; e-mail: marina26577@rambler.ru

Zakharova E. N., Leontieva A. V., Ordynskaya M. E.

SOCIO-DEMOGRAPHIC ASPECTS OF QUALITY OF LIFE MANAGEMENT

Adygea State University, 385000, Maykop, Russia

The article examines the socio-demographic aspects of managing the quality of life of the population in modern conditions. The standard of living of the population is a complex socio-economic parameter that reflects the combined impact of various factors on the nature of the consumer ability of citizens and the ability to maintain a certain lifestyle. Globalization processes in the global economy increase interest in the problem of effective management of the standard of living of the population, since the indicators used to assess the quality of life of the population characterize the development of socio-economic relations in the state. In conclusion, it is concluded that the category «quality of life of the population» is an important indicator of the effectiveness of public management of socio-demographic processes, and demographic processes are one of the key factors in the indicator of the quality of life of the population.

Keywords: socio-demographic processes; quality of life of the population; socio-economic relations; quality of life management; economic development

For citation: Zakharova E. N., Leontieva A. V., Ordynskaya M. E. Socio-demographic aspects of quality of life management. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):601–607 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-601-607>

For correspondence: Marina E. Ordynskaya; e-mail: marina26577@rambler.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024
Accepted 07.05.2024

Введение

В современном обществе понятие «качество жизни населения» (КЖН) стало важнейшей социально-демографической категорией, которая используется при оценке социально-экономических процессов и является одним из ключевых показателей развития экономической системы стран и регионов. КЖН в настоящее время является основополагающим критерием для реализации направлений государственной политики.

Активность научного сообщества в исследовании проблемы повышения КЖН в регионах России свидетельствует о том, что тема управления КЖН является актуальной и в глобальном контексте, и в рамках изучения жизненного уровня в субъектах страны. Поэтому в последние годы растёт число исследователей механизмов управления КЖН посред-

ством воздействия на социально-демографические факторы, а сфера практического применения результатов таких исследований имеет тенденцию к росту. Глобализационные процессы в мировой экономике повышают интерес к проблеме эффективного управления уровнем КЖН, т. к. индикаторы, используемые для оценки КЖН, характеризуют развитие социально-экономических отношений в государстве [1].

Уровень жизни населения представляет собой комплексный социально-экономический параметр, который отражает совокупное воздействие различных факторов на характер потребительской способности граждан и возможность поддержания определённого образа жизни [2].

Цель исследования заключается в рассмотрении социально-демографических аспектов управления КЖН.

Материалы и методы

При написании теоретического материала использовались работы российских учёных, исследующих здоровье населения в контексте среды обитания, влияние социально-демографических факторов на уровень жизни населения и эффективность управления КЖН, среди которых следует выделить: А. А. Баданину, М. С. Коробовского, Н. В. Зыкову, А. Т. Набережную, А. А. Владимирскую, М. Г. Колосницину, Г. Э. Улумбекову, Ю. П. Леженину, С. Н. Мартышенку и др. [1–6]. Практическая часть исследования опирается на данные рейтинга российских регионов по качеству жизни¹.

В ходе исследования автором были применены методы теоретического, системного и сравнительного анализа источников литературы.

Результаты

Важной задачей в вопросе оценки КЖН выступает выделение и формирование группы показателей, с помощью которых можно рассмотреть структуру и понять содержание этого понятия.

Прослеживание истории развития дефиниции «качество жизни» позволяет заключить, что определения понятиям «качество жизни», «жизненный уровень», «народное благосостояние», «образ жизни» и ряду аналогичных характеристик, используемых для описания обеспеченности граждан и благополучия населения, соответствует важный оценочный признак эффективности проводимой правительством социально-экономической политики, повышение которого выступает ключевой целью развития общества на современном этапе.

Проблема бедности, будучи актуальной в России во все исторические периоды, приобретает особую окраску в условиях текущего экономического кризиса и санкционных ограничений и способна довольно быстро нивелировать достижения страны в этом направлении, достигнутые за время экономического роста в области социально-экономической защищённости населения.

Очевидно, что уровень жизни граждан в социально-демографическом аспекте характеризуется взаимосвязанным сочетанием двух элементов: уровнем обеспеченности населения материальными и нематериальными благами, потребляемыми в процессе жизнедеятельности, и масштабами их потребления.

Важно подчеркнуть, что, несмотря на различия в социально-экономическом развитии категорий населения стран разного уровня доходов, ожидаемая продолжительность жизни в различных государствах всех доходных групп показывает значительную тенденцию к росту за последние два десятилетия, при этом в низкодходных странах прирост

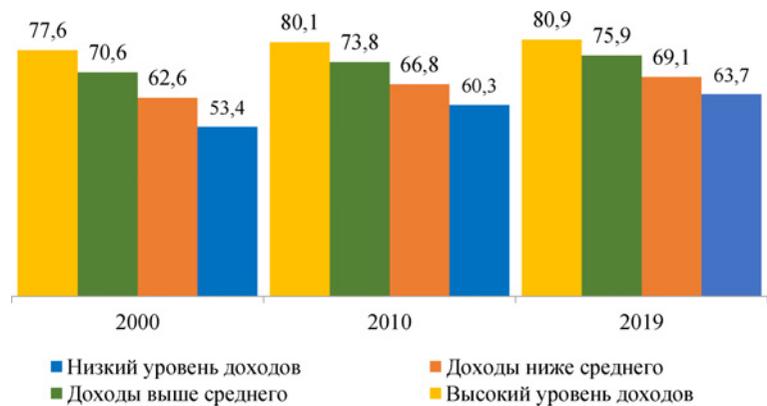


Рис. 1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни категорий населения в странах разного уровня доходов, лет [3].

ожидаемой продолжительности жизни выше, чем в других (рис. 1).

Причину различий в темпах роста ожидаемой продолжительности жизни, представленную на рис. 1, можно объяснить тем, что в более развитых странах и государствах с преобладанием обеспеченных граждан уже достигнуты благоприятные условия жизни населения, медицинское обслуживание находится на высоком уровне своего развития и доступности, ниже показатели заболеваемости и смертности населения, поэтому резервы увеличения ожидаемой продолжительности жизни населения исчерпаны. И наоборот, в странах, где население имеет низкий уровень доходов, любые инвестиции, способные улучшить жизнь граждан и уровень медицинской помощи, способны принести быстрые и ощутимые результаты в направлении повышения КЖН. В экономической науке это явление описывает закон о сокращении предельной полезности от дополнительных вложений и затрат.

Рассматривая динамику ожидаемой продолжительности жизни в России за 2019–2021 гг., отметим, что этот индикатор КЖН сократился на 3,3 года, снизившись в итоге на 5 лет, чем в «новых» странах ЕС, и на 10 лет, чем в «старых» (рис. 2).

В рамках настоящей работы прежде всего следует рассмотреть конкретные формулировки понятия «качество жизни», предлагаемые специалистами в научной литературе. Большая группа исследователей высказывают мнение о том, что «уровень жизни» — это степень удовлетворения граждан в материальных, социальных и духовных потребностях. На наш взгляд, это определение описывает статистические показатели уровня жизни в то время, как уровень жизни является динамичным процессом, подверженным изменениям под воздействием широкого спектра факторов [2].

Наиболее значимые для определения КЖН факторы следует выделить в следующие группы:

- группа факторов, характеризующих финансово-экономическое состояние жизни населения, определяемые как размер расходной части бюджетных средств в расчёте на 1 жителя;

¹ Рейтинг российских регионов по качеству жизни-2023. URL: https://ria.ru/20240212/kachestvo_zhizni-1926120093.html (дата обращения: 18.03.2024)

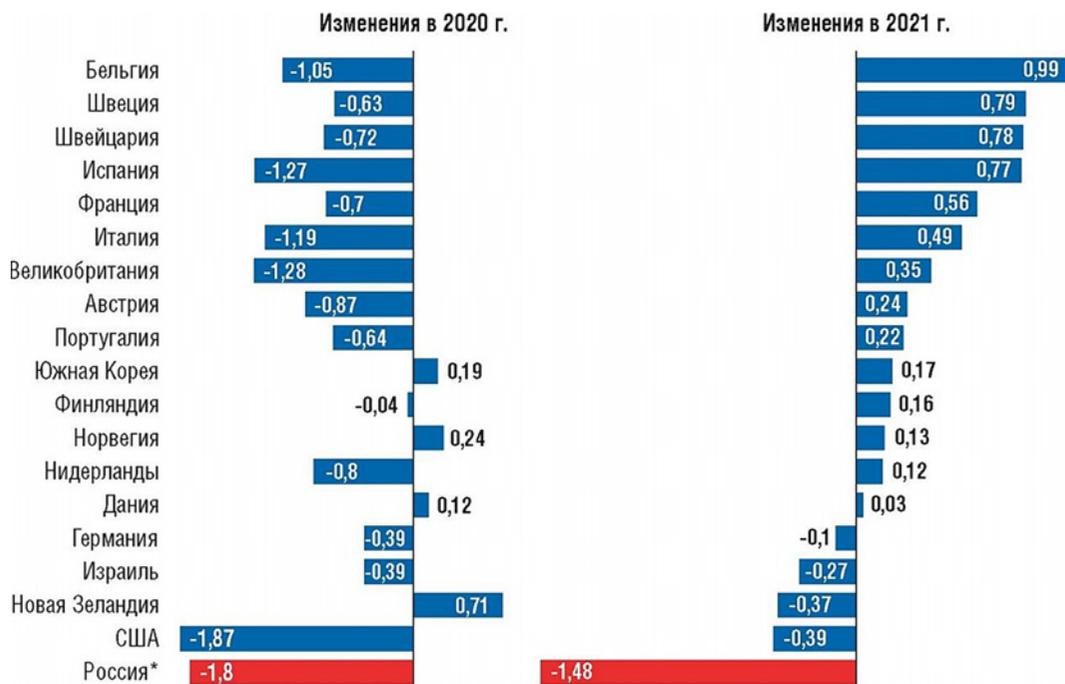


Рис. 2. Динамика снижения показателя ожидаемой продолжительности жизни в 2020 и 2021 гг. по сравнению с 2019 г. [4].

- категория социально-демографических факторов, отражающая динамику численности населения по половозрастным признакам и трудоспособности;
- факторы природно-экологических условий, свидетельствующие о состоянии воздуха, почвы, поверхностных и подземных вод, степени изменения ландшафта и т. д.;
- факторы состояния здоровья населения, определяющие среднюю продолжительность жизни;
- факторы, влияющие на уровень образования экономически активного населения и отражающие долю неграмотных лиц среди населения.

Факторы, которые управляют КЖН, можно разделить на следующие категории:

- 1) природно-климатические условия региона проживания;
- 2) социально-демографическая ситуация;
- 3) уровень экономического развития местности;
- 4) распределение доходов и потребительские способности населения;
- 5) духовное развитие человека.

На современном этапе развития общественного устройства роль социально-демографических аспектов для управления КЖН значительно возрастает. Население составляет ядро общественной жизни и находится в тесной зависимости от ряда процессов экономического, социального и политического характера, оказывающих непосредственное влияние на динамику численности населения, его состав и миграционное движение населения.

В развитых странах влияние социально-демографических факторов уровень и КЖН стабилизируется и повышается за счёт реализации мер социаль-

ной политики: формирования доступных и качественных услуг здравоохранения и эффективной системы пенсионного обеспечения, направлений социально-демографической политики и т. д. В нашей стране на возникающие под влиянием социально-демографических аспектов факторы социального неравенства акцент не делается, в частности, обусловленные местом социализации, а неравенство, которое мониторится (состояние здоровья, пенсионный статус, иждивенческая нагрузка и т. п.), регулируется неэффективно [5].

В отечественных исследованиях проблемы оценки и измерения КЖН получили толчок к активному развитию в последние несколько лет. Это объясняется тем, что повышение уровня КЖН заявлено одной из стратегических целей развития российского государства. В этой связи на первый план выходят вопросы оценки социальной политики, которую можно дать, сравнивая показатели КЖН, гарантируемые государством, с достигнутыми показателями. Данные фактические и гарантированные, в свою очередь, можно установить с помощью той или иной методики оценки качества жизни.

Использование различных вариантов подходов к определению уровня КЖН доказывает, что формирование социально-демографических факторов берёт начало от общества к индивиду и от объективных условий существования к субъективным оценкам условий существования.

В числе индикаторов, выделяемых рядом авторов, часто предлагаются:

- качество образования, заключающееся в восстребованности приобретённых знаний и возможности их практического применения;

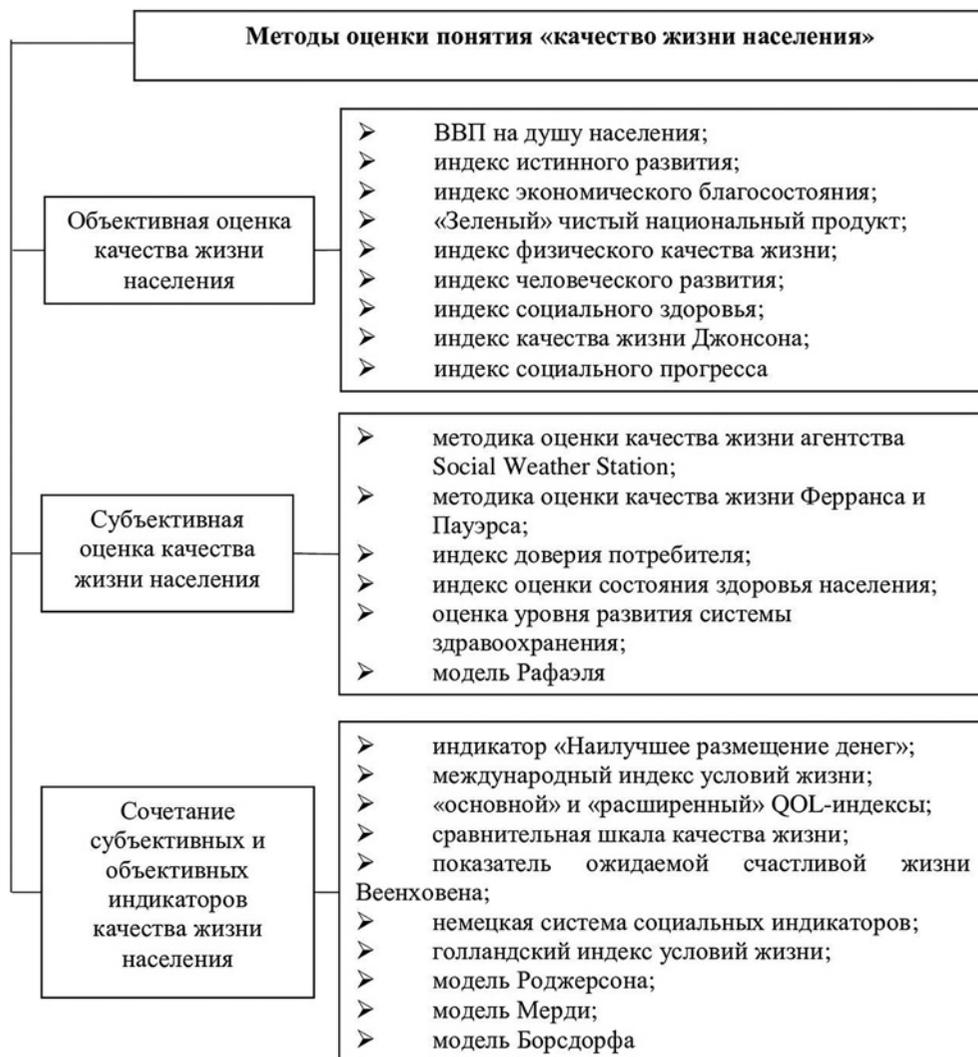


Рис. 3. Классификация методов оценки понятия КЖН [6].

- качество здоровья — хорошая наследственность, трудоспособность без ограничений, высокая работоспособность;
- качество жилищных условий — удовлетворённость жилищными условиями и предоставляемыми коммунальными услугами;
- качество окружающей среды — степень соответствия состояния окружающей среды потребностям человека.

Отметим, что КЖН в исследованиях учёных чаще всего может оцениваться посредством применения объективных и субъективных показателей.

Следовательно, рассматривая процесс управления качеством жизни современного человека, можно предположить, что используемые для этого методы оценки «качества жизни» представляют собой способы измерения состояния качества жизни. Использование различных интерпретаций понятия «качество жизни» требует от специалистов, занимающихся этим вопросом, разработки персонализированного способа оценки.

На рис. 3 представлены методы оценки КЖН, применяемые в научных исследованиях с учётом

объективной, объективной оценки и посредством сочетания субъективных и объективных параметров этого явления.

Поскольку в современном мире социально-демографические процессы тесно переплетаются и взаимодействуют с процессами, происходящими в природно-климатической среде, в сфере экономического развития и в развитии людей, то все эти механизмы управления КЖН создают сложную систему для окружения человека, и их влияние на изменения в жизни людей не всегда могут быть предсказуемыми. В то же время и население является самостоятельным фактором, оказывающим определённое воздействие на социально-экономические и политические процессы в обществе.

Исследования факторов ожидаемой продолжительности жизни, влияющих и на КЖН, проводимые отечественными учёными, выделяют среди основных групп факторов экономическое развитие, социально-экономические показатели, уровень развития системы здравоохранения, воздействие окружающей среды и проблемы, связанные с образом жизни (табл. 1).

Таблица 1

Основные группы факторов, включенные в исследование в качестве факторов формирования ожидаемой продолжительности жизни населения [2]

Группа факторов	Показатель
Экономическое развитие страны Социально-экономические факторы	Валовой внутренний продукт на душу населения по покупательной способности Безработица; плотность населения; доля населения, проживающего в городах и в сельской местности; использование различных средств коммуникации
Развитие здравоохранения	Расходы на здравоохранение на душу населения по покупательной способности; число больничных коек в расчёте на 1 тыс. населения; число врачей и среднего медицинского персонала в расчёте на 1 тыс. человек населения
Окружающая среда	Загрязнение воздуха; воздействие шума; наличие пестицидов
Проблемы питания и вредные привычки	Распространённость нехватки продовольствия среди населения; распространённость употребления табака; потребление алкоголя на душу населения

В то же время, по нашему мнению, при исследовании ожидаемой продолжительности и качества жизни населения важность представляют социально-демографические факторы, воздействуя на которые, можно управлять КЖН.

Таким образом, можно заключить, что состояние населения выступает одним из ключевых индикаторов социально-экономического развития как на региональном уровне, так и в глобальном масштабе. Сфера экономики и социально-демографическая политика имеют множество точек соприкосновения: возрастно-половой состав населения и его характеристики непосредственно оказывают влияние на процесс производства и распределения производимых обществом благ. Следовательно, социально-демографические аспекты состояния государства обуславливают и развитие страны в экономическом плане.

Так, с одной стороны, как было рассмотрено выше, уровень жизни населения определяется составом и объёмами потребностей человека в различных благах, постоянно изменяющихся под воздействием различных факторов. С другой стороны, уровень жизни населения имеет пределы возможности их полного удовлетворения, находясь в зависимости от предложения на рынке товаров и услуг и спроса, который обусловлен доходами населения.

Анализируя КЖН в субъектах РФ за 2022–2023 гг., можно отметить, что этот показатель вырос в большинстве российских регионов. Первые строчки рейтинга в 2023 г., как и в 2022 г., занимают Москва, Санкт-Петербург и Московская область (рис. 4).

Как свидетельствуют данные рейтинга качества жизни российских регионов, КЖН зависит от возможностей трудоустройства с высоким уровнем заработной платы и сосредотачивается вокруг масштабных и эффективных производств, развивающихся под воздействием научно-технического прогресса, от культурно-образовательных возможностей региона и природно-климатических условий проживания.

Социально-демографические факторы являются фундаментом в развитии каждого государства, поэтому социально-демографическая безопасность и КЖН должны рассматриваться в качестве ключевого элемента национальной безопасности. Все остальные составляющие национальной безопасности — от военной до экологической — также оказывают значительное влияние на социально-демографическую сферу, но в меньшей степени.

Важную роль при исследовании социально-демографических аспектов управления КЖН играет вклад со стороны государства. К методам управления качеством жизни, имеющимся в арсенале компетентных органов любого государства, относятся:

- экономические методы — с их помощью регулируются цены, тарифы, обеспечивается развитие конкурентной среды, устанавливаются налоговые режимы, ставки и льготы;
- финансовые методы — включают в себя разработку оптимальных смет расходов на создание и удовлетворение потребностей населения в общественных товарах и услугах;

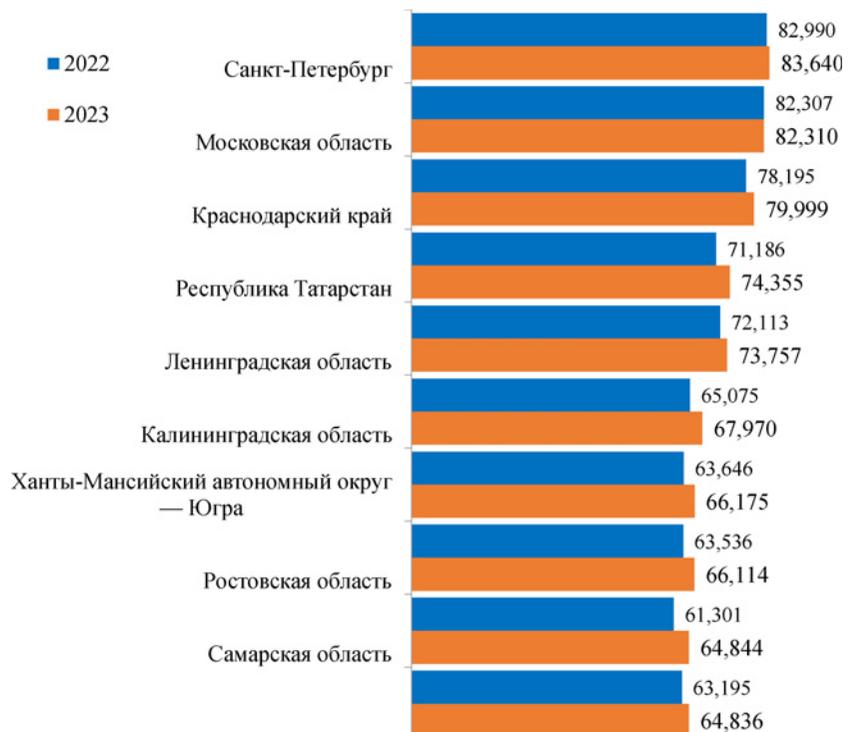


Рис. 4. Топ-10 регионов-лидеров рейтинга по качеству жизни в 2022–2023 гг.

Источник: Рейтинг российских регионов по качеству жизни-2023. URL: https://ria.ru/20240212/kachestvo_zhizni-1926120093.html (дата обращения: 18.03.2024)

- административные методы — базируются на издании распоряжений, постановлений и приказов, содержащих ограничения, наказания и меры контроля;
- социальные методы — реализация социальных планов развития, отражающих состояние и возможности экономики, обеспечение социальной защиты населения, установление социальных гарантий;
- психологические методы — применяются в виде формирования определённых ценностных установок у населения, соответствующих свободному развитию личности;
- правовые методы — связаны с разработкой, принятием и использованием в практике управления КЖН законов, положений по охране прав и свобод, защите чести и достоинства граждан.

Обсуждение

В жизни современного общества под влиянием внешней и внутренней среды социально-демографические процессы трансформируются и оказывают воздействие на состав и качественные характеристики трудового потенциала и определяют социально-экономическое развитие на региональном и глобальном уровнях.

Социально-демографические показатели (пол, возраст, уровень образования, состав семьи, состояние здоровья и пр.), во-первых, определяют масштабы расходов граждан на жизнеобеспечение, формируют потребительский спрос, а во-вторых — характеризуют положение на рынке труда и доступность эффективной занятости, (предпенсионный возраст, наличие в составе семье человека с ограниченными возможностями, женщины с маленькими детьми).

Воздействие внешних потрясений (в частности, пандемии, обуславливающей введение ряда ограничительных мер, санкционный режим, ограничивающий логистические цепочки импорта-экспорта товаров и свободу передвижения между государствами и др.) трансформирует поведенческие предпочтения людей, их образ и качество жизни.

Многие социально-демографические факторы оказывают существенное влияние на уровень жизни граждан, управляя таким образом КЖН. К числу важных социально-демографических параметров относится состояние здоровья. Слабое здоровье, недостаточность внутренних ресурсов к активной жизни, с одной стороны, требует от человека существенных затрат на медицинское обслуживание и лекарственные средства для восстановления здоровья, а с другой стороны — сужает его востребованность на рынке труда и возможность эффективно

трудиться, удерживая или повышая уровень качества жизни. Отметим, что для граждан, которые представляют более благополучные слои населения, слабое здоровья в меньшей степени обуславливает риск бедности, ввиду того что они находятся на более стабильных позициях, позволяющих им строить свою занятость таким образом, чтобы оставаться в категории занятого населения, несмотря на относительно слабое здоровье.

Безусловно, социально-демографические аспекты жизни человека, живущего в современном мире, оказывают влияние на социальные и демографические процессы в обществе и управляют КЖН.

Заключение

Таким образом, категория КЖН является важным показателем эффективности государственного управления социально-демографическими процессами, а социально-демографические процессы выступают одним из ключевых факторов показателя КЖН.

Социально-демографические аспекты управления развитием стран и регионов оказывают значительное влияние на уровень и качество жизни населения. Современное общество подвержено глобальным изменениям как в геополитической обстановке, так и в социально-экономической жизни людей, и характеризуется результативностью реформ, ставящих своей целью повышение эффективности управления социально-демографическими процессами.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Баданина А. А., Коробовский М. С., Зыкова Н. В. Социально-демографические показатели качества жизни населения региона // Сборник избранных статей по материалам научных конференций ГНИИ «Нацразвитие», Санкт-Петербург, 28–30 января 2019 г. СПб.; 2019. С. 275–282.
2. Набережная А. Т. Оценка влияния социально-демографических факторов на уровень жизни населения региона // Уровень жизни населения регионов России, 2017. № 2. С. 169–174.
3. Владимирская А. А., Колосницyna М. Г. Факторы ожидаемой продолжительности жизни: межстрановой анализ // Вопросы статистики. 2023. Т. 30, № 1. С. 70–89.
4. Улумбекова Г. Э. Здравоохранение России 2022–2023 гг.: неотложные меры в условиях особого положения в экономике и социальной сфере. Проблемы и предложения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. № 2. С. 4–21.
5. Леженина Ю. П. Социально-демографические факторы, определяющие риск бедности и малообеспеченности // Социологические исследования, 2010. № 3. С. 36–44.
6. Мартышенко С. Н. Концептуальные модели управления качеством жизни. Аналитический обзор // Региональная экономика и управление: электронный научный журнал. 2014. № 2. С. 80–92.

REFERENCES

1. Badanina A. A., Korobovsky M. S., Zykova N. V. Socio-demographic indicators of the quality of life of the population of the region. *Collection of selected articles based on the materials of scientific conferences of the GNII «National Development», St. Petersburg, January 28–30*. St. Petersburg; 2019:275–282. (In Russ.)
2. Naberezhnaya A. T. Assessment of the impact of socio–demographic factors on the standard of living of the population of the region. *Standard of living of the population of the regions of Russia*. 2017;2:169–174. (In Russ.)
3. Vladimirskaya A. A., Kolosnitsyna M. G. Factors of life expectancy: an inter–country analysis. *Questions of statistics*. 2023;30(1):70–89. (In Russ.)
4. Ulumbekova G. E. Healthcare of Russia 2022–2023: urgent measures in a special situation in the economy and social sphere. Problems and suggestions. *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the Higher School of Economics*. 2022;(2):4–21. (In Russ.)
5. Lezhenina Yu. P. Socio-demographic factors determining the risk of poverty and low income. *Sociological Research*. 2010;(3):36–44. (In Russ.)
6. Martyshenko S. N. Conceptual models of quality of life management. Analytical review. *Regional economics and management: electronic scientific journal*. 2014;(2):80–92. (In Russ.)

Казарян О. В., Мишина Е. Ю., Соболева О. С., Уманская М. Б.

ИНОСТРАННЫЙ ЯЗЫК КАК ЭЛЕМЕНТ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ФГБОУ «Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», 119071, Москва, Россия

Качественная медицинская помощь и эффективное общественное здравоохранение невозможны без соответствующего кадрового обеспечения. Современная медицина подвержена тенденциям глобализации и интернационализации, как и многие другие отрасли и сферы народного хозяйства, и сегодня врачи и медицинские сестры достаточно часто оказывают медицинскую помощь иноязычным гражданам: туристам, мигрантам, беженцам, иностранным студентам и пр. В статье представлен обзор публикаций, отражающих значимость лингвистической подготовки и знания иностранных языков для медицинских работников

Ключевые слова: коммуникации; иностранный язык; профессиональная деятельность; лингвистическая подготовка; медицинские работники; здравоохранение

Для цитирования: Казарян О. В., Мишина Е. Ю., Соболева О. С., Уманская М. Б. Иностранный язык как элемент профессионализма медицинских работников. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):608—611. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-608-611>

Для корреспонденции: Соболева Ольга Станиславовна; e-mail: soboleva-os@rguk.ru

Kazaryan O. V., Mishina E. Yu., Soboleva O. S., Umanskaya M. B.

FOREIGN LANGUAGE AS AN ELEMENT OF PROFESSIONALISM OF MEDICAL WORKERS

Kosygin Russian State University (Technologies. Design. Art), 119071, Moscow, Russia

High-quality medical care and effective public health are impossible without adequate staffing. Modern medicine is subject to the trends of globalization and internationalization, like many other industries and spheres of the national economy, and today both doctors and nurses often provide medical care to foreign-speaking citizens: tourists, migrants, refugees, foreign students, etc. The article provides an overview of publications reflecting the importance of linguistic training and knowledge of foreign languages for medical professionals.

Keywords: communications; foreign language; professional activity; linguistic training; medical workers; healthcare

For citation: Kazaryan O. V., Mishina E. Yu., Soboleva O. S., Umanskaya M. B. Foreign Language as an element of professionalism of medical workers. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):608—611 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-608-611>

For correspondence: Olga S. Soboleva; e-mail: soboleva-os@rguk.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024
Accepted 07.05.2024

Введение

Еще в XIX в. великий русский врач С. П. Боткин сказал: «Знание современных языков играет важную роль в интеллектуальном и человеческом обогащении медицинских работников».

В современном мире, где становится всё легче преодолевать границы разных стран, особенно для специалистов в области медицины, потребность в знании иностранных языков заметно возрастает. Спрос на двуязычных медицинских работников является одним из самых высоких во всех секторах здравоохранения: медсестры, фельдшеры, менеджеры медицинских служб, врачи, парамедики, вместе взятые, составили почти 8% онлайн-объявлений о вакансиях для двуязычных кандидатов в Канаде в 2019 г.¹

Развитие медицинского туризма также вносит свой вклад в повышение спроса на медицинских специалистов, способных коммуницировать с пациентами, прибывающими из зарубежных стран.

Таким образом, важность и значимость лингвистической подготовки в процессе обучения медицинских работников неоспорима и актуальна как никогда.

Материалы и методы

Работа написана на основе общенаучных методов исследования: анализа, синтеза, обобщения. Методом контент-анализа были изучены публикации российских и зарубежных учёных, отражающие значимость языковой подготовки медицинских работников и использование иностранных языков в профессиональной деятельности.

Результаты и обсуждение

Для многих стран мира иноязычная среда является основой общества, в котором не только потребители медицинских услуг говорят на многих языках мира, но и само медицинское профессиональное сообщество представлено выходцами из разных стран, обеспечивая мультикультурный и многоязычный ландшафт кадровых ресурсов системы здравоохранения. Например, по данным Y. M. Patel и соавт., почти 30% врачей в Соединенных Штатах Америки являются иммигрантами, работающими бок о

¹ Zeigler K., Camarota S. A. 67.3 Million in the United States Spoke a Foreign Language at Home in 2018. Center for Immigration Studies. 2019. URL: <https://cis.org/Report/673-Million-United-States-Spoke-Foreign-Language-Home-2018> (дата обращения: 01.02.2024).

бок с миллионами медсестёр, техников и специалистов иностранного происхождения [1]. K. Zeigler и соавт. отметили, что среди жителей США более 20% говорят дома на другом языке, кроме английского, при этом в крупных городах этот показатель приближается к 50% [1].

Однако языковые барьеры и роль языка в медицине, медицинском образовании и здравоохранении оказывают значительное влияние на качество медицинской помощи, её доступность и удовлетворённость пациентов. В частности, язык играет решающую роль в передаче информации, подписании документов и изучении письменных материалов (таких, как инструкция по применению лекарственных средств, медицинского оборудования и пр.), взаимодействии медицинского работника и пациента. Отмечено, что языковые барьеры могут влиять на общение врача и пациента и результаты медицинского обслуживания [2].

О. В. Горшкова отмечает: «Одной из важнейших задач изучения иностранного языка в медицинском вузе является обучение чтению и пониманию иностранной научной литературы. Эти знания дают возможность посещения международных конференций и съездов, проходить практику и обучаться за рубежом. Благодаря иностранному языку будущий медицинский работник может преумножить уровень своих знаний и повышать квалификацию. Иностраный язык в медицине даёт безграничную возможность стать полноправным членом мирового сообщества врачей и учёных» [3].

Таким образом, важной частью профессиональной готовности и компетентности медицинского работника является знание иностранных языков и способность их использовать при коммуникации с пациентами.

Выбор языка медицины и медицинского образования является важным решением в любой образовательной системе. Язык медицины относится к преобладающему языку, используемому в данной области, включая медицинские учебные материалы, язык инструкций и научную медицинскую продукцию. В европейских и развитых странах преобладающий акцент делается на приоритетном использовании родного языка страны в медицинском образовании и практике, признавая преимущества, которые он даёт [4]. Напротив, развивающиеся страны часто полагаются на иностранные языки, что может быть связано с их колониальной историей или проблемами в развитии медицины, основанной на родном языке [4]. Как правило, эта проблема с иностранным языком и её влияние в развивающихся странах обсуждаются в педагогическом контексте [5]. Несомненно, педагогический аспект является ключевым фактором, влияющим на результаты лечения, поскольку качественное медицинское образование позволяет подготовить компетентных врачей.

Т. И. Бирюкова в своей работе, посвященной формированию личностных компетентностей студентов-медиков, отмечает особую роль дисциплины

«иностранного языка» в формировании «лично и социально значимых свойств будущих специалистов» [6].

Отношения между врачом и пациентом имеют решающее значение для оказания качественной медицинской помощи. Эффективная коммуникация между врачами и пациентами в значительной степени влияет на поведение и самочувствие пациентов, включая их удовлетворённость полученной помощью, понимание медицинской информации и способность справиться со своей болезнью [7]. Эта коммуникация может включать сбор истории болезни, предоставление медицинской информации или обсуждение состояния здоровья пациента. Следовательно, для построения эффективных каналов коммуникации требуется общий язык со взаимным пониманием [8]. Хорошие коммуникативные навыки всегда считались и продолжают оставаться важным элементом профессионализма медицинских работников. Как отмечает И. И. Торубарова, «практика позитивной коммуникации в медицинской профессии является неотъемлемой частью развития значимых и заслуживающих доверия отношений между врачами и пациентами и, таким образом, выгодна им обоим» [9].

В контексте профессиональной подготовки врачей и медицинских сестёр необходимо отметить и такой аспект, как культурная компетентность медицинского работника. Как продолжение отношений между врачом и пациентом язык тесно связан с культурой. Эффективное оказание медицинской помощи требует понимания культурных убеждений, практик и предпочтений [10]. Культурная компетентность врачей тесно связана с удовлетворённостью пациентов и общим качеством межличностной коммуникации в процессе оказания медицинской помощи [11]. Включение иностранного языка в учебную программу по медицине укрепляет связь студентов с культурой региона изучаемого языка и впоследствии улучшает их коммуникативные навыки [12].

Обучение — это непрерывный процесс для врачей на протяжении всей их медицинской карьеры. В ходе своей практики врачи часто испытывают потребность в конкретной информации, касающейся различных состояний или болезней. Знание иностранных языков позволяет упрощать процесс поиска информации, язык обеспечивает доступ к более широкому спектру информационных ресурсов, в том числе к научным публикациям зарубежных авторов. Когда медицинские ресурсы, исследовательские статьи или клинические рекомендации доступны на известном врачу языке, это позволяет ему более эффективно получать доступ к соответствующей информации.

По мнению А. А. Арслановой, «современные требования к выпускникам медицинских вузов формулируются в виде общекультурных и профессиональных компетенций. Особое место иностранный язык занимает в формировании способности к исследо-

вательской деятельности, основанной на общих компетенциях:

- способность и желание изучать научную, медицинскую и парамедицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по теме исследования, готовить рефераты;
- участвовать в решении определённых исследовательских и научно-прикладных задач, соблюдать основные требования информационной безопасности;
- способность и желание участвовать в разработке современных теоретических и экспериментальных методов исследования;
- способность и желание работать с медицинским и техническим оборудованием, используемым при работе с пациентами, навыки работы с компьютером, получения информации из различных источников;
- осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для его профессионального и личностного развития;
- самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации;
- ориентироваться в условиях частых технологических изменений в профессиональной деятельности».

В течение многих лет медицинские работники преодолевали языковые барьеры, нанимая переводчиков. Хотя эта практика стала эффективным средством преодоления недопонимания в больницах, существует ещё более эффективный способ снять языковые барьеры между врачом и пациентом: наличие персонала, говорящего на языке пациентов, предпочтительно на международном языке.

Помимо прочего, для медицинских процессов важно время. В экстренной ситуации невыгодно ждать прибытия переводчика, чтобы начать лечение. Тем больше причин обучать или нанимать людей, которые уже владеют двумя или, лучше, несколькими языками.

В здравоохранении большое значение имеют пациент и его/её безопасность. Помимо физических травм, языковое недопонимание с пациентами может привести к задержкам в лечении, замешательству или отчуждению пациентов, более длительному пребыванию в больнице или повторному поступлению, а иногда и к судебным искам. У пациентов могут возникнуть трудности с точным объяснением своих чувств, врачи могут быть не в состоянии назначить наилучшее лечение болезни, рецепты могут быть неправильно истолкованы, а на чрезвычайные ситуации могут не отреагировать немедленно — и

все это из-за недопонимания. Действительно, многое подвергается риску, когда к необходимости языковых навыков относятся легкомысленно.

К сожалению, практика знает много случаев медицинских ошибок из-за языковых барьеров. Ситуации, в которых наиболее вероятно нежелательные явления и врачебные ошибки, — это согласование приёма лекарств, выписки пациента, процесс получения информированного согласия, визиты в отделение неотложной помощи и хирургическая помощь.

Когда человек обращается за медицинской помощью, он полагается на компетентность медицинских работников, с которыми взаимодействует, чтобы помочь диагностировать, лечить, облегчить симптомы и искоренить болезнь. Достаточно сложно и пугающе посещать отделение неотложной помощи по поводу неотложных и критических медицинских проблем. Уровень стресса и страха повышается ещё больше у пациентов с ограниченным знанием английского языка.

Развитие прочных языковых навыков с помощью языковых учебных курсов, посвящённых медицинским процессам и терминологии, может помочь медицинским работникам и сотрудникам больниц обеспечивать лучший уход и поддержку иностранным пациентам.

Заключение

В отрасли здравоохранения, где недопонимание и неправильный перевод могут иметь последствия, изменяющие жизнь, медицинские работники должны обладать необходимыми языковыми навыками, чтобы улучшить положение пациентов, находящихся на их попечении. Сегодня многие мировые компании обучают своих сотрудников необходимым коммуникативным и языковым навыкам. Таким образом они могут оказывать медицинскую помощь высочайшего качества.

Изучение английского или любого другого иностранного языка на протяжении всего периода обучения в медицинском вузе позволяет будущим медицинским специалистам достаточно хорошо общаться на иностранном языке на профессиональные и бытовые темы, переводить профессиональные тексты без словаря, самостоятельно совершенствовать устную и письменную речь, пополнять словарный запас.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Patel Y. M., Ly D. P., Hicks T., Jena A. B. Proportion of non-US-born and noncitizen health care professionals in the United States in 2016 // JAMA. 2018. Vol. 320. P. 2265–2267.
2. Al Shamsi H., Almutairi A. G., Al Mashrafi S., Al Kalbani T. Implications of language barriers for healthcare: a systematic review // Oman Med. J. 2020. Vol. 35. P. 121–134.
3. Горшкова А. В. Психологические барьеры в изучении иностранного языка у студентов медицинского вуза // Сборник материалов межвузовской научно-методической конференции «Лингвистические и психологические особенности преподавания иностранных языков». Ростов-на-Дону; 2018. С. 48–53.

² Арсланова А. А. Foreign language and professional activity of a medical worker. URL: <https://urok.1sept.ru/articles/691277> (дата обращения: 01.02.2024).

4. Hamad A. A. Decolonization of medical education: a global screening of instructional languages and mother tongue dependence // *J. Surg. Med.* 2023. Vol. 1. P. 54–77.
5. Jha K., Kumar Y., Kumar T. et al. Role of language proficiency and personality traits upon the academic performance of undergraduate medical students // *J. Educ. Health Promot.* 2019. Vol. 8. P. 260.
6. Бирюкова Т. И. Формирование личностных компетентностей студентов медицинского вуза в процессе изучения иностранного языка. Дисс. канд. ... пед. наук. Карачаевск; 2009.
7. Campos C., Olivo C., Silveira G. et al. Factors mediating doctor communication and patients satisfaction with care and trust in their doctor // *Patient Education and Counseling.* 2023. Vol. 109. P. 76.
8. Richards V. The power of language: the importance of shaping language as a constructive tool in health care // *J. Evaluat. Clin. Practice.* 2019. Vol. 25. P. 1055–1056.
9. Торубарова И. И. Иностраный язык как инструмент развития профессиональной компетентности в современном медицинском образовании // *International Journal of Humanities and Natural Sciences.* 2019. Vol. 6-3. P. 32–35.
10. Constantinou C. S., Andreou P., Nikitara M., Papageorgiou A. Cultural competence in healthcare and healthcare education // *Societies.* 2022. Vol. 12. P. 178.
11. Dauer G., Al-Khayat T. Cultural competency by and for the healthcare professional // *Cases on Diversity, Equity, and Inclusion for the Health Professions Educator*, edited by Chasity Beth O'Malley, et al. IGI Global; 2023. P. 96–112. DOI: 10.4018/978-1-6684-5493-0.ch006
12. Benson C. The importance of mother tongue-based schooling for educational quality — Commissioned Study for EFA Global Monitoring Report. Centre for Research on Bilingualism. Stockholm; 2005.
2. Al Shamsi H., Almutairi A. G., Al Mashrafi S., Al Kalbani T. Implications of language barriers for healthcare: a systematic review. *Oman Med. J.* 2020;35:121–134.
3. Gorshkova A. V. Psychological barriers in learning a foreign language among medical university students. *Collection of materials of the interuniversity scientific and methodological conference «Linguistic and psychological features of teaching foreign languages»*. Rostov-on-Don; 2018:48–53. (In Russ.)
4. Hamad A. A. Decolonization of medical education: a global screening of instructional languages and mother tongue dependence. *J. Surg. Med.* 2023;1:54–77.
5. Jha K., Kumar Y., Kumar T. et al. Role of language proficiency and personality traits upon the academic performance of undergraduate medical students. *J. Educ. Health Promot.* 2019;8:260.
6. Biryukova T. I. Formation of personal competencies of medical university students in the process of learning a foreign language. *Diss. Cand. Pedagogical Sci.* Karachaevsk; 2009. (In Russ.)
7. Campos C., Olivo C., Silveira G. et al. Factors mediating doctor communication and patients satisfaction with care and trust in their doctor. *Patient Education and Counseling.* 2023;109:76.
8. Richards V. The power of language: the importance of shaping language as a constructive tool in health care. *J. Evaluat. Clin. Practice.* 2019;25:1055–1056.
9. Torubarova I. I. Foreign language as a tool for the development of professional competence in modern medical education. *International Journal of Humanities and Natural Sciences.* 2019;6–3:32–35. (In Russ.)
10. Constantinou C. S., Andreou P., Nikitara M., Papageorgiou A. Cultural competence in healthcare and healthcare education. *Societies.* 2022;12:178.
11. Dauer G., Al-Khayat T. Cultural competency by and for the healthcare professional. *Cases on Diversity, Equity, and Inclusion for the Health Professions Educator*, edited by Chasity Beth O'Malley, et al. IGI Global; 2023:96–112. DOI: 10.4018/978-1-6684-5493-0.ch006
12. Benson C. The importance of mother tongue-based schooling for educational quality — Commissioned Study for EFA Global Monitoring Report. Centre for Research on Bilingualism. Stockholm; 2005.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Patel Y. M., Ly D. P., Hicks T., Jena A. B. Proportion of non-US-born and noncitizen health care professionals in the United States in 2016. *JAMA.* 2018;320:2265–2267.

**Каменева Т. Н.¹, Котляров С. А.², Надуткина И. Э.³, Тарабаева В. Б.³, Белых Т. В.³, Ткаченко П. В.⁴,
Афанасьева А. Е.⁴**

ДОВЕРИЕ ИНСТИТУТАМ СОЦИАЛИЗАЦИИ КАК НЕОБХОДИМОЕ СОЦИАЛЬНОЕ УСЛОВИЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ОБЩЕСТВО ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

¹ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ», Москва, Россия;

²Администрация города Курска, Курск, Россия;

³ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Статья посвящена анализу проблемы доверия институтам социализации детей-инвалидов. Проанализирована роль таких институтов социализации детей-инвалидов, как семья, образование, здравоохранение, общественные организации, средства массовой информации (СМИ). Основой для анализа послужили результаты социологического исследования проведённого в мае–июне 2023 г. среди членов семей, воспитывающих детей-инвалидов (Москва, Санкт-Петербург, Белгород, Курск). В ходе исследования выявлены существенные различия в оценках респондентов своего доверия институтам социализации. Установлено, что аутсайдером доверия стали СМИ. В ходе проведённого анализа авторы пришли к выводу о необходимости применения комплексного подхода к деятельности институтов социализации детей-инвалидов, в основу которого должно быть положено межведомственное взаимодействие «семья — некоммерческие организации — органы власти — здравоохранение, образование — СМИ — бизнес». Предлагаемый подход, по мнению авторов, обеспечит эффективность, адресность и прозрачность деятельности институтов социализации детей-инвалидов.

Ключевые слова: социализация; институт социализации; дети-инвалиды; семья; доверие; интеграция; адаптация.

Для цитирования: Каменева Т. Н., Котляров С. А., Тарабаева В. Б., Надуткина И. Э., Белых Т. В., Ткаченко П. В., Афанасьева А. Е. Доверие институтам социализации как необходимое социальное условие эффективной интеграции в общество детей-инвалидов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):612–618. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-612-618>

Для корреспонденции: Каменева Татьяна Николаевна; e-mail: kalibri0304@yandex.ru

**Kameneva T. N.¹, Kotlyarov S. A.², Tarabaeva V. B.³, Nadutkina I. E.³, Belykh T. V.³, Tkachenko P. V.⁴,
Afanasyeva A. E.⁴**

TRUST IN SOCIALIZATION INSTITUTIONS AS A NECESSARY SOCIAL CONDITION FOR EFFECTIVE INTEGRATION OF DISABLED CHILDREN INTO SOCIETY

¹Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, Russia;

²Administration of the city of Kursk, Kursk, Russia;

³Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia;

⁴Kursk State Medical University Kursk, Russia

The article is devoted to the analysis of the problem of trust in the institutions of socialization of children with disabilities. The role of such institutions of socialization of disabled children as family, education, healthcare, public organizations, and the media is analyzed. The analysis was based on the results of a sociological study conducted in May–June 2023 among family members raising disabled children (Moscow, St. Petersburg, Belgorod, Kursk). The study revealed significant differences in respondents' assessments of their trust in socialization institutions. It has been established that the media has become an outsider of trust. In the course of the analysis, the authors concluded that it is necessary to apply an integrated approach to the activities of institutions for the socialization of children with disabilities, which should be based on interdepartmental interaction «family — NGOs — authorities — healthcare, education — media — business». The proposed approach, according to the authors, ensures the effectiveness, targeting and transparency of activities.

Keywords: socialization; institute of socialization; children with disabilities; family; trust; integration; adaptation

For citation: Kameneva T. N., Kotlyarov S. A., Tarabaeva V. B., Nadutkina I. E., Belykh T. V., Tkachenko P. V., Afanasyeva A. E. Trust in socialization institutions as a necessary social condition for effective integration of disabled children into society. *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(Special Issue 1):612–618 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-612-618>

For correspondence: Tatyana N. Kameneva; e-mail: kalibri0304@yandex.ru

Source of financing. The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University «Social mechanisms of trust formation in transforming economic relations».

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Проблемы, связанные с ростом инвалидизации населения, не снижают своей актуальности на протяжении достаточно длительного времени, а особую тревожность они вызывают в отношении детей.

Тенденции последнего времени таковы, что численность детей-инвалидов будет продолжать увеличиваться. По данным ООН, в мире насчитывается 240 млн детей-инвалидов. Однако необходимо учитывать, что, как полагают эксперты, рост численности детей-инвалидов с 95 млн в 2011 г. может быть

обусловлен расширением критериев инвалидности¹. В России на начало 2023 г. было учтено 10,9 млн граждан, имеющих инвалидность, что составляет 7,5% общей численности населения².

К категории детей-инвалидов относятся дети, у которых выявлено физическое, умственное или психическое ограничение, затрудняющее их жизнедеятельность и дальнейшее развитие. Ограничения, связанные с инвалидностью, могут проявляться в разных сферах жизни ребёнка. Например, дети-инвалиды могут иметь трудности с передвижением, общением, обучением и социальной адаптацией, а также дополнительные медицинские потребности, такие как постоянное наблюдение врачей, регулярные процедуры и пр.

Анализируя проблемы детей-инвалидов, семей, воспитывающих их, необходимо учитывать, что причины инвалидизации связаны с различными факторами, которые определяют не только состояние здоровья детей, родителей, но и в целом положение детей в стране, уровень развития и эффективность деятельности государственных и негосударственных организаций, оказывающих помощь детям-инвалидам, а также организаций, ответственных за проведение политики по предупреждению инвалидности среди детей. Согласно оценке экспертов Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения в странах Восточной Европы, к которым относится Россия, доля детей с инвалидностью не менее 3% от детского населения, а с учётом детей, имеющих выраженную неспособность к учёбе и поведенческие расстройства, уровень инвалидизации детского населения повышается до 10%³. Дети-инвалиды нуждаются в особом уходе, особой медицинской помощи и, безусловно, в поддержке со стороны общества и государства. И точно такая же особая поддержка необходима и семьям, воспитывающим таких детей, потому что семья, в которой есть ребёнок с ограниченными возможностями здоровья, оказывается в трудной жизненной ситуации [1]. От семьи, в которой воспитывается ребёнок-инвалид, зависит успешность его социализации как двустороннего процесса постоянной передачи обществом и освоения индивидом в течение всей его жизни норм, ценностей, образцов поведения, которые позволяют жить в обществе [2].

Социализация детей-инвалидов является сложным и многогранным процессом, который напрямую зависит от состояния как социальных институтов, так и общества в целом. На её результат, успешность оказывают влияние люди и учреждения, от-

ветственные за обучение культурным нормам и усвоение социальных ролей, выполняющие роль агентов и институтов социализации. Система институтов социализации инвалидов в России достаточно развита, однако далеко не всегда их деятельность оказывается эффективной и положительно оценивается теми, на кого она направлена, — семьями детей-инвалидов.

Интеграция детей-инвалидов в общество как целенаправленный процесс передачи обществом социального опыта с учётом особенностей и потребностей детей-инвалидов, в результате которого происходит включение их во все социальные системы, структуры, социумы и связи, предназначенные для здоровых детей, невозможна без включения в этот процесс институтов социализации. Институты социализации детей-инвалидов призваны облегчить трудности, связанные с воспитанием, передачей социального опыта, обучением социальным формам и способам деятельности, с которыми сталкиваются дети-инвалиды и их семьи [3]. Однако необходимо понимать, что без доверия институтам социализации прежде всего со стороны семей, воспитывающих детей-инвалидов, невозможна эффективная реализация программ и мер по интеграции детей-инвалидов в общество. Безусловно, особого внимания заслуживают именно семьи, воспитывающие детей-инвалидов, которые, являясь важным институтом социализации, сами же оказываются включёнными в процесс взаимодействия с другими структурами, деятельность которых направлена на детей-инвалидов.

Цель исследования заключается в изучении доверия семей, воспитывающих детей-инвалидов, к основным институтам социализации как необходимого условия успешной интеграции детей-инвалидов в общество.

Материалы и методы

Объектом исследования выступали члены семей, воспитывающих детей-инвалидов и проживающие в четырёх городах России: Москва, Санкт-Петербург, Белгород, Курск. Объём выборочной совокупности составил 357 семей (из каждой семьи в исследовании принял участие один из близких родственников, непосредственно проживающих с ребёнком-инвалидом). Респондентам было предложено ответить на ряд вопросов, касающихся организации жизнедеятельности ребёнка-инвалида, бытовых проблем, а также способов взаимодействия с государственными и негосударственными учреждениями, оказывающими им помощь в адаптации ребёнка-инвалида к жизни в обществе. Отдельный блок вопросов был посвящён вопросам информированности о деятельности таких учреждений и довериям им со стороны семей, воспитывающих детей-инвалидов. Исследование проводилось методом онлайн-опроса с использованием сервиса Яндекс.Формы. Для статистического анализа полученных данных использовалась программа «MS Excel 2019».

¹ Организация Объединённых Наций. ООН: в мире 240 миллионов детей-инвалидов — намного больше, чем предполагалось ранее. 10.11.2021. URL: <https://news.un.org/ru/story/2021/11/1413572> (дата обращения: 24.05.2023).

² Щербачева Е. Инвалиды в России, 2023 год // Демоскоп. № 989 — 990. 30 мая — 12 июня 2023. URL: <https://www.demoscope.ru/weekly/2023/0989/barom01.php> (дата обращения: 24.05.2023).

³ Инвалидность в регионах России // Если быть точным. URL: <https://tochno.st/materials/invalidnost-v-regionakh-rossii-new> (дата обращения: 14.01.2023).

Обзор литературы

Дети-инвалиды относятся к одной из самых нуждающихся в социальной защищённости категорий населения. В современной России на государственном уровне прилагаются значительные усилия по созданию необходимых условий, обеспечивающих полноценную интеграцию данной категории детей в общество. Сегодня формируется сеть институтов социализации, которые должны помочь детям-инвалидам успешно адаптироваться к условиям жизни, в том числе освоить необходимые социальные роли, приобщиться к доступным им практикам поведения, обеспечить индивидуальное развитие творческих возможностей и способностей.

Проблематика, связанная с социализацией детей-инвалидов, представляет научный интерес для многих учёных. Так, И. М. Михайлова и соавт. понимают под социализацией детей-инвалидов «процесс развития личности посредством освоения основного репертуара социальных ролей, целью которого является повышение качества жизнедеятельности, а ее критерием — степень удовлетворённости ребёнка-инвалида своим социальным статусом» [4]. В работах Е. О. Пак раскрываются проблемы и трудности, сопровождающие процесс социализации детей-инвалидов, роль таких институтов социализации, как семья и образование. Социализация детей-инвалидов должна представлять собой «триединство адаптации к социальному миру, интеграции, принятия социального мира как данности и дифференциации, как способности и потребности изменять, преобразовывать социальную действительность, социальный мир и индивидуализироваться в нём» [5]. Реализовать данное триединство невозможно без включения всех институтов деятельности, которых направлена на помощь детям-инвалидам.

Так, по мнению Ю. А. Афонькиной и соавт., «успешность развития социального потенциала ребёнка-инвалида определяется двусторонней активностью, которая предполагает деятельность институтов социализации, социализирующих агентов, участвующих в освоении таким ребёнком социальных ролей, ценностей и норм, моделей поведения в разнообразных видах деятельности, а также активность самого ребёнка по освоению социального опыта в повседневных, повторяющихся, положительно окрашенных ситуациях». В этой связи становится очевидной роль доверия семей, воспитывающих детей-инвалидов, агентам, институтам социализации как необходимого условия удовлетворения потребностей данной категории населения и вероятности позитивной социализации [6]. Определяющая роль институтов социализации в интеграции детей-инвалидов в общество находится в прямой зависимости от уровня доверия.

На сегодняшний день ключевыми институтами социализации детей-инвалидов, как отмечает О. И. Акимова [7], являются семья, общественные

объединения, государственные учреждения и система дополнительного образования. Однако совершенно очевидно, что, анализируя эффективность деятельности институтов социализации, необходимо выделить в отдельную категорию семью, являющуюся одновременно и таким же институтом, но и включённую в систему оценки их деятельности, являющуюся по сути клиентом, определяющим запрос.

Социализация детей-инвалидов может рассматриваться с позиций субъект-объектного и субъект-субъектного подходов. В рамках первого «субъект» подразумевает под собой проводника, социализирующего воздействия, или института социализации, а объект социализации — тот, на кого направлено социализирующее действие. Субъект-субъектный подход предполагает активное участие социализируемого в данном процессе, обратную связь, творческий подход. Субъект-субъектный подход способствует формированию доверия, созданию благоприятных условий для раскрытия внутреннего потенциала детей-инвалидов, формированию способности самостоятельно принимать решения в ситуациях самоопределения, отстаивать собственную независимость, индивидуальность, успешно интегрироваться в социальную среду.

Таким образом, осуществлённый анализ научной литературы по проблемам социализации детей-инвалидов, эффективности деятельности институтов социализации показал важность формирования доверия таким структурам со стороны семьи, воспитывающей ребёнка-инвалида. В то же время научные наработки, связанные с анализом уровня доверия институтам социализации детей-инвалидов, фактически отсутствуют. Однако проблема доверия детей-инвалидов, их семей институтам социализации является чрезвычайно актуальной. Так, в докладе Европейского регионального бюро ВОЗ акцентируется внимание на заметном снижении доверия между людьми и официальными институтами, включая государство, что ставит под угрозу солидарность. Углубление неравенства и снижение доверия тесно связаны между собой. Во взаимосвязи с проблемами детей-инвалидов эти два фактора могут оказывать существенное негативное воздействие на ухудшение их положения в обществе в целом, в том числе на здоровье⁴. Также необходимо учитывать, что сегодня «в первую очередь социально незащищённые слои населения начали терять доверие к действиям региональной власти»⁵, что подтверждает важность системных мероприятий по повышению уровня доверия, в том числе среди такой категории населения, как дети-инвалиды и их семьи.

⁴ ВОЗ. Углубление неравенства и снижение доверия: по данным нового доклада ЕРБ ВОЗ, эти два фактора тесно связаны между собой, и это оказывает существенное негативное воздействие на здоровье. URL: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/12-07-2023-widening-inequities--declining-trust--they-are-inextricably-linked-with-significant-impacts-on-health--finds-new-who-europe-report> (дата обращения: 24.05.2023).

Результаты

Социализация детей-инвалидов ставит перед собой задачи, связанные с помощью в осознании своей ценности, нужности обществу, развития чувства достоинства. Необходимо понимать, что социализация — это долгий и трудный процесс, заключающийся в постоянном движении навстречу друг другу ребёнка, его семьи и общества в целом.

Следует учитывать, что результат социализации детей-инвалидов определит дальнейшее качество их жизни в социальной среде, которая также играет важную роль в процессе социализации детей-инвалидов. Согласно пониманию уровней социальной среды (мега-, макро-, мезо-, микросреда), можно определить её факторы, которые подразделяются на мега-, макро-, мезофакторы и факторы микросреды⁶. Мегафакторы социализации — это мир в целом, глобальное общество, макрофакторы — страна, государство, мезофакторы место проживания, этническая принадлежность, микрофакторы — индивидуальные особенности. Совокупность перечисленных факторов социально наполняет жизнедеятельность ребёнка-инвалида. Социальная среда не только оказывает воздействие на детей-инвалидов, но и «обладает определённым социализационным потенциалом, за счёт чего вносит свой вклад в процесс социализации» [8]. Институты социализации детей-инвалидов тесно взаимосвязаны с социальной средой.

Само понимание институтов социализации требует уточнения. Так, если, в общем смысле институты социализации предполагают различного рода структуры общества, в которых личность приобщается к системам норм и ценностей и выступают своеобразными трансляторами социального опыта, то в отношении детей-инвалидов, необходимы реабилитационные, адаптационные мероприятия, специализированная медицинская, психологическая, педагогическая помощь, а также создание необходимой доступной среды. В этой связи под институтами социализации детей-инвалидов целесообразно понимать структуры общества, социальные организации, характеризующиеся длительным существованием и устойчивостью, влияющие на процесс социализации, обеспечивающие развитие личностного потенциала детей-инвалидов, их адаптацию к жизни в обществе с учётом инклюзивных особенностей.

Таким образом, можно выделить ключевые на сегодняшний день институты социализации детей-инвалидов: семью, средства массовой информации

(СМИ), образовательные, медицинские, общественные организации.

Семья как главный институт социализации

Именно в семье ребёнок приобщается к нормам, ценностям и правилам жизни в обществе. Для ребёнка-инвалида семья имеет ещё более важное значение. Именно родителям принадлежит ключевая роль в социализации детей-инвалидов, без их поддержки успешная адаптация в обществе будет сопровождаться значительными трудностями. Перед семьёй ребёнка-инвалида ставится важная задача по созданию условий для полноценной жизни и развития, общения. Именно в семье дети-инвалиды проводят больше всего времени, приобретают социальный опыт: обучаются навыкам самообслуживания, безопасности, общения, ведения домашнего хозяйства, бюджета и т. д. В семье ребёнок-инвалид получает психологическую поддержку, находит понимание. Семья фактически является посредником между ребёнком-инвалидом и обществом, решает проблемы, связанные с особенностями его развития, организацией оздоровительных мероприятий.

Институциональная поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов, достаточно развита. Таким семьям предоставлено право на получение льгот и выплат в трудовой, налоговой и пенсионной сферах.

Однако социализации ребёнка-инвалида сопровождается рядом трудностей, связанных с ограниченностью его возможностей и необходимостью создания особых условий для развития, что требует от родителей больше времени, усилий и терпения. К числу проблем, с которыми сталкиваются семьи с детьми-инвалидами, следует относить отсутствие поддержки и понимания со стороны общества, проявления дискриминации, необходимость защищать права своих детей, бороться с предрассудками и стереотипами, преодолевать трудности в обеспечении ребёнка необходимой медицинской помощью, сопровождением в образовательное учреждение и организацией досуга. Взаимодействие с другими институтами социализации в существенной мере способствует преодолению обозначенных барьеров. Однако важным условием продуктивного взаимодействия является доверие со стороны семей, воспитывающих детей-инвалидов, другим институтам социализации. Анализ результатов проведённого социологического исследования показывает, что семьи с детьми-инвалидами нуждаются прежде всего в правовой (52%), психологической (51,4%), социальной (47%), материальной (41%) поддержке. Следует отметить, что запрос семей с детьми-инвалидами на материальную и финансовую поддержку не вошёл в тройку лидирующих. Причем в большинстве случаев они рассчитывают на собственные силы (62%) и помощь со стороны государства. Только 29% участников исследования отметили, что получали поддержку со стороны общественных организаций.

⁵ Доверие как критический фактор достижения стратегических целей социально-экономического и политического развития государства // Аналитический вестник. 2020. № 7. URL: <http://council.gov.ru/media/files/ueJee16peCqwikUw6ONpQmM2C2FpBtWb.pdf> (дата обращения: 24.05.2023).

⁶ Фактор // Толковый словарь Ожегова. URL: http://gufo.me/content_oje/faktor-56503.html (дата обращения: 24.05.2023).

Образовательные организации как институт социализации детей-инвалидов

Образовательные организации не только обеспечивают получение знаний и навыков, но и помогают ребёнку-инвалиду адаптироваться к обществу, развивать свой потенциал, общаться и взаимодействовать с другими людьми. Задачей образовательных организаций является обеспечение равного доступа к качественному образованию для всех детей, вне зависимости от их способностей и ограничений.

В Федеральном законе от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» за детьми-инвалидами закреплено право на получение качественного образования в соответствии с имеющимися у них потребностями и возможностями. В законе обозначены условия получения образования и гарантии оказания психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям-инвалидам, которые испытывают трудности с адаптацией и обучением. Для детей-инвалидов созданы специальные условия для обучения как в общих, специальных образовательных организациях, так и на дому. В рамках проекта Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа» реализуется подход успешной социализации детей-инвалидов в любой школе⁷. Это позволяет им в процессе получения образования почувствовать свое принятие другими школьниками. Задача образования как института социализации детей-инвалидов заключается в том, чтобы помочь стать ребёнку полезным для общества и овладеть профессиональными навыками. Важной задачей является обеспечение детям-инвалидам доступности учебных материалов, аудиторий, транспорта, а также разнообразие методов обучения и поддержку со стороны педагогов и администрации организации. Кроме того, дети-инвалиды могут иметь специфические потребности в обучении и уходе, например, особые способы коммуникации или дополнительную медицинскую поддержку. Образовательные организации должны обеспечить соответствующие условия для удовлетворения всех этих потребностей.

По мнению членов семей, воспитывающих детей-инвалидов, к основным проблемам в сфере образования следует относить недостаток педагогических работников с соответствующим уровнем подготовки (71%), несформированность условий, необходимых для адаптации детей-инвалидов, что приводит к ограничениям в обучении и недопустимой социальной изоляции (67%). Респонденты отмечали, что отсутствуют адаптированные учебные материалы, не оборудованы аудитории — «ребёнку на инвалидной коляске даже в специализированной школе практически невозможно передвигаться», также участники исследования констатировали от-

сутствие в образовательных учреждениях специального транспорта для детей-инвалидов.

Медицинские организации как институт социализации детей-инвалидов

Медицинские организации играют важную роль в жизни детей-инвалидов, предоставляя им медицинскую помощь и ресурсы, которые так необходимы для поддержания их здоровья. Причем многие из детей-инвалидов нуждаются в постоянном медицинском наблюдении. В ст. 7 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что «органы государственной власти Российской Федерации и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии со своими полномочиями создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учётом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья» [9]. В медицинских организациях дети-инвалиды проходят реабилитацию, о чем говорится в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Результаты исследования показали высокую удовлетворённость семей детей-инвалидов медицинскими услугами, положительно получаемую медицинскую помощь оценили 76% респондентов. К основным проблемам, с которыми сталкивались близкие родственники детей-инвалидов, были отнесены отсутствие психологической чувствительности медицинских работников (27%), недостаточную материально-техническую базу (25%), отсутствие у медицинских работников навыков работы на высокотехнологичном медицинском оборудовании (19%), дефицит медицинских кадров (17%). Почти 1/3 респондентов «постоянно» или «достаточно часто» сталкиваются с трудностями в приобретении лекарственных средств.

Общественные организации как институт социализации детей-инвалидов

В настоящее время общественным организациям отводится важная роль в предоставлении дополнительных ресурсов и услуг по социальной адаптации и интеграции детей-инвалидов. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет общественные организации, созданные в целях защиты интересов инвалидов как форму социальной защиты. Деятельность общественных организаций предполагает информационное обеспечение детей-инвалидов и их семей; обмен опытом между самими детьми-инвалидами, их родителями; защиту прав и свобод детей-инвалидов и их семей; предоставление услуг семьям детей-инвалидов, на-

⁷ «Наша новая школа» (утв. Президентом РФ Д. А. Медведевым 04.02.2010, Пр-271). URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=562811#dOru7rTAX1xDaW2D> (дата обращения: 24.05.2023).

пример, бытовая помощь, присмотр за ребёнком в случае срочного отъезда родителя; помощь в установлении социальных контактов; благотворительность; пропаганду здорового образа жизни.

Однако, как показывают результаты исследования, более половины семей, воспитывающих детей-инвалидов, практически ничего не знают о деятельности общественных организаций [10].

СМИ как институты социализации детей-инвалидов

В современном обществе СМИ во всем их многообразии выполняют функции института социализации детей-инвалидов. Так, например, интернет-пространство может служить коммуникативной средой для личности ребёнка-инвалида, предоставлять необходимую информацию, обеспечивать социально-психологическую поддержку, доступ к образовательным и реабилитационным, правовым ресурсам. Помимо этого, в Интернете формируются представления о детях-инвалидах, которые во многом определяют восприятие их обществом. Анализ результатов социологического исследования позволил установить, что родители детей-инвалидов активно используют интернет-ресурсы для решения различного рода проблем, возникающих в их жизни: в образовательных целях (78%), консультативная помощь (76%), состоят в группах семей детей-инвалидов (56%), используют в реабилитационных целях для своего ребёнка (34%) и 29% считают, что интернет восполняет пробелы в коммуникации их детей. В то же время 91% родителей опасаются негативного влияния на своих детей со стороны интернета.

В целом, все рассмотренные институты социализации детей-инвалидов выполняют значимую функцию в процессе их интеграции в общество. Однако необходимо понимать, что эффективность и полезность от деятельности институтов социализации зависят в тесной взаимосвязи с доверием к ним.

Семьи с детьми-инвалидами в своем большинстве полагаются на собственные силы и рассчитывают на поддержку близких. В достаточной степени доверие вызывают организации здравоохранения и образования. Однако здравоохранению не доверяет больше респондентов, чем образованию. Меньше всего доверие вызывают именно СМИ. Причиной этого, безусловно, является и достаточно агрессивная новостная повестка, зачастую недостоверная

информация, которую приходится перепроверять, а также опасения со стороны родителей о вовлечении их детей в деструктивный контент.

Заключение

Таким образом, в современных сложных социально-экономических, геополитических условиях численность детей-инвалидов будет увеличиваться. Причины роста количества детей-инвалидов в России разнообразны, зависят от возраста детей, условий жизнедеятельности. В складывающейся ситуации роль институтов социализации детей-инвалидов становится ещё более значимой. Однако со стороны семей, воспитывающих таких детей, уровень доверия общественным организациям, НКО, СМИ невелик, что может стать реальным препятствием социализации и реабилитации детей-инвалидов, причиной недополучения важных видов помощи и отрицательно сказаться на их здоровье и жизненных шансах. Поэтому сегодня стоит задача повышения информированности о деятельности общественных организаций, НКО в сфере помощи семьям детей-инвалидов, а со стороны таких организаций необходим ответственный подход, учитывающий индивидуальные особенности ребёнка, предполагающий адресность помощи. Безусловно, одной из главных проблем, с которой сталкиваются общественные организации, работающие с детьми-инвалидами, является недостаток финансовых средств, человеческих ресурсов, сложности в преодолении административных барьеров. Многие организации существуют на добровольной основе и недостаток денежных средств и ресурсов затрудняет их работу. Обозначенные трудности, с которыми сталкиваются общественные организации, зачастую приводят к снижению качества предоставляемых ими услуг, а следовательно, и доверия таким организациям. Поэтому необходимо развивать общественные организации и обеспечивать им необходимые ресурсы, чтобы помочь детям-инвалидам в их социализации и интеграции в общество. Особое внимание необходимо уделить СМИ (36% принявших участие членов семей детей-инвалидов высказали недоверие). Современные масс-медиа должны быть ориентированы на помощь детям-инвалидам и их семьям в формировании одобряемых, бесконфликтных стратегий адаптивных стратегий и безусловно, необходимо обеспечение информационной безопасности.

В качестве способа повышения доверия институтам социализации целесообразно рассматривать комплексный подход, предполагающий межведомственное взаимодействие в системе «семья — НКО — органы власти — здравоохранение, образование — СМИ — бизнес», что определяет равную значимость всех институтов социализации детей-инвалидов.

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счёт бюджетных средств по государственному заданию ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве РФ» «Социальные механизмы формирования доверия в трансформирующихся экономических отношениях»

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Распределение ответов на вопрос «Вызывают ли у Вас доверие перечисленные организации?», %

Институт социализации	Вызывает чувство доверия	Есть сомнения, но в целом доверяю	Не доверяю	Затрудняюсь ответить
Общественные организации	39	42	17	2
Семья	89	7	3	1
Некоммерческие организации (НКО)	31	57	5	7
Образование	73	25	2	—
Здравоохранение	71	19	7	3
СМИ	29	19	36	16

ЛИТЕРАТУРА

1. Корякина Л. А., Бессонова Т. В., Логвинова Н. С. Проект мост доверия — социализация детей с ограниченными возможностями в современном обществе // *Инновационная наука*. 2018. № 12. С. 163–164.
2. Ковалева А. И. Социализация // *Знание. Понимание. Умение*. 2004. № 1. С. 139–143.
3. Тормышева С. Н., Лебедева Н. В. Социальная интеграция детей-инвалидов // *Педагогическая мастерская. Всё для учителя!* 2016. № 1. С. 29–34.
4. Михайлова И. М., Архипова О. Н. Проблемы социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья // *Дополнительное образование и воспитание*. 2012. № 11. С. 27–31.
5. Пак Е. О. Актуальные проблемы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья // *Вестник магистратуры*. 2020. № 4-1. С. 9–10.
6. Афонкина Ю. А., Лапина А. С. Детская инвалидность как комплексная проблема современности // *Проблемы современного педагогического образования*. 2018. № 61-2. С. 287–289.
7. Акимова О. И. Специфика социализации детей с ограниченными возможностями здоровья в рамках реализации Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и Федерального государственного образовательного стандарта образования для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) // *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. 2017. Т. 35. С. 1–6.
8. Щеглов И. А. Социализация: агенты, институты, факторы // *Общество: социология, психология, педагогика*. 2016. № 4. С. 14–17.
9. Снегирева Ю. Ю., Ананченкова П. И., Сейфиева Е. Н. и др. Современные механизмы интеграции медицинских организаций в систему здравоохранения // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023. Т. 31, № 6. С. 1402–1407. DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1402-1407
10. Тарасов П. В., Козенко Е. Ю., Алиев Е. Е. Физическая культура и спорт как основа психического здоровья личности //

Антропологическая дидактика и воспитание. 2023. Т. 6, № 1. С. 72–78.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Koryakina L. A., Bessonova T. V., Logvinova N. S. The Bridge of trust project — socialization of children with disabilities in modern society. *Innovative Science*. 2018;(12):163–164. (In Russ.)
2. Kovaleva A. I. Socialization. *Knowledge. Understanding. Ability*. 2004;(1):139–143. (In Russ.)
3. Tormysheva S. N., Lebedeva N. V. Social integration of disabled children. *Pedagogical workshop. Everything is for the teacher!* 2016;(1):29–34. (In Russ.)
4. Mikhailova I. M., Arkhipova O. N. Problems of social adaptation of children with disabilities. *Additional education and upbringing*. 2012;(11):27–31. (In Russ.)
5. Pak E. O. Actual problems of socialization of children with disabilities. *Bulletin of the Magistracy*. 2020;(4-1):9–10. (In Russ.)
6. Afonkina Yu. A., Lapina A. S. Child disability as a complex problem of modernity. *Problems of modern pedagogical education*. 2018;(61-2):287–289. (In Russ.)
7. Akimova O. I. Specifics of socialization of children with disabilities in the framework of the implementation of the Federal State educational standard of primary general education for students with disabilities and the Federal State educational standard of education for students with mental retardation (intellectual disabilities). *Scientific and methodological electronic journal «Concept»*. 2017;35:1–6. (In Russ.)
8. Shcheglov I. A. Socialization: agents, institutions, factors. *Society: sociology, psychology, pedagogy*. 2016;(4):14–17. (In Russ.)
9. Snegireva Yu. Yu., Ananchenkova P. I., Seifieva E. N. et al. Modern mechanisms of integration of medical organizations in the health-care system. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2023;31(6):1402–1407. DOI 10.32687/0869-866X-2023-31-6-1402-1407 (In Russ.)
10. Tarasov P. V., Kozenko E. Yu., Aliyev E. E. Physical culture and sport as the basis of mental health of the individual. *Anthropological didactics and education*. 2023;6(1):72–78. (In Russ.)

Ковалева И. П., Вобляя И. Н., Заярная И. А., Корниенко М. В., Стрижак М. С.

РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ)

Новороссийский филиал ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 353900, Новороссийск, Россия

В статье рассмотрены современные аспекты развития здравоохранения России в региональном разрезе с анализом основных реализуемых мероприятий и источников финансирования. Эффективность функционирования отрасли напрямую влияет на продолжительность жизни и здоровье граждан, поэтому анализ приоритетов и источников их финансирования — это актуальное направление исследования. Большая часть проектов и планов в здравоохранении ориентирована на долгосрочный период, поэтому основная часть подпрограмм существенно не меняется, определяя стратегию, но в краткосрочном периоде могут меняться приоритеты, а соответственно, будет корректироваться финансирование в разрезе основных источников. Учитывая передовые позиции региона, можно отметить его лидерство и в развитии рассматриваемой отрасли. Социально-экономическая ситуация в стране также оказывает влияние, например, большинство экспертов обращают внимание на то, что выросли цены на лекарственные препараты и медицинское оборудование, а это создаёт дополнительные трудности в ходе планирования и прогнозирования. Некоторые расходы просто необходимы и при этом забирают существенное финансирование (оплата медицинской помощи застрахованному неработающему населению и предоставление субсидий государственным бюджетным учреждениям здравоохранения), сокращая возможности других направлений. Основным источником финансирования большинства подпрограмм выступает бюджет Краснодарского края, федеральный бюджет участвует в значительно меньшей степени. В статье описаны факторы, влияющие на реализацию государственной программы «Развитие здравоохранения» региона и, как следствие, на основные ключевые показатели качества жизни. Проведённые практические исследования позволили детально определить актуальные тенденции развития отрасли в региональном аспекте (на примере Краснодарского края).

Ключевые слова: здравоохранение; национальные проекты; целевые программы; «регион-лидер»; ключевые индикаторы; источники финансирования; федеральный бюджет; региональный консолидированный бюджет

Для цитирования: Ковалева И. П., Вобляя И. Н., Заярная И. А., Корниенко М. В., Стрижак М. С. Региональный аспект развития здравоохранения России (на примере Краснодарского края). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):619–624. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-619-624>

Для корреспонденции: Ковалева Ирина Петровна; e-mail: ipkovaleva@fa.ru

Kovaleva I. P., Voblaya I. N., Zayarnaya I. A., Kornienko M. V., Strizhak M. S.

THE REGIONAL ASPECT OF RUSSIAN HEALTHCARE DEVELOPMENT (USING THE EXAMPLE OF THE KRASNODAR TERRITORY)

Novorossiysk Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation, 353900, Novorossiysk, Russia

The article examines the modern aspects of the development of Russian healthcare in the regional context with an analysis of the main implemented measures and sources of financing. The efficiency of the industry's functioning directly affects the life expectancy and health of citizens; therefore, the analysis of priorities and sources of their financing is an urgent area of research. Most of the projects and plans in healthcare are focused on the long term, so the main part of the subprograms does not change significantly, defining the strategy, but priorities may change in the short term, and accordingly funding will be adjusted in the context of the main sources. Taking into account the leading positions of the region, we can note its leadership in the development of the industry in question. The socio-economic situation in the country also has an impact, for example, most experts pay attention to the fact that prices for medicines and medical equipment have increased, and this creates additional difficulties during planning and forecasting. Some expenses are simply necessary and at the same time take away significant funding — paying for medical care to the insured unemployed population and providing subsidies to state budgetary healthcare institutions, reducing the possibilities of other areas. The main source of financing for most subprograms is the budget of the Krasnodar Territory, the federal budget participates to a much lesser extent. The article touches upon the factors influencing the implementation of the state program «Development of healthcare» in the region and, as a result, the main key indicators of quality of life. The conducted practical research made it possible to determine in detail the current trends in the development of the industry in the regional aspect (using the example of the Krasnodar Territory).

Keywords: healthcare; national projects; target programs; «region-leader» key indicators; sources of financing; federal budget; regional consolidated budget

For citation: Kovaleva I. P., Voblaya I. N., Zayarnaya I. A., Kornienko M. V., Strizhak M. S. The regional aspect of Russian healthcare development (using the example of the Krasnodar territory). *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):619–624 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-619-624>

For correspondence: Irina P. Kovaleva; e-mail: ipk28@yandex.r

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Реформирование здравоохранения России началось в начале XXI в., направлен этот процесс был

прежде всего на повышение качества оказания медицинской помощи и улучшение здоровья граждан. Преимущественно процесс использует интеграцию,

ориентированную на создание многопрофильных высокоэффективных медицинских учреждений [1]. Поэтому в последние 20 лет на государственном уровне в России в сфере здравоохранения проводятся преобразования различной направленности, в том числе в рамках национальных проектов [2]. Каждый регион в этом процессе имеет свою специфику и ключевые индикаторы, реализуя целевые программы, а Краснодарский край достаточно часто выполняет роль пилотного «региона-лидера» по многим направлениям, в том числе в исследуемом [3]. Анализ проектов и мероприятий, затрагивающих здравоохранение края за 2020–2023 гг., позволит обозначить актуальные тенденции развития отрасли в региональном аспекте.

Финансирование здравоохранения России осуществляется по смешанной модели, включая государственные и частные ресурсы [4]. Частные средства используются непосредственно при оплате медицинских услуг в различных учреждениях здравоохранения (частных, муниципальных и государственных) либо при использовании системы добровольного медицинского страхования. Государственные источники финансирования — это прежде всего средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования — ФОМС (60%), федерального бюджета (16%) и региональных консолидированных бюджетов (24%)¹. В статье более детально будут рассмотрены мероприятия по развитию здравоохранения Краснодарского края, финансируемые из консолидированного регионального и федерального бюджетов.

Цель исследования: определить актуальные тенденции развития здравоохранения России на региональном уровне (на примере Краснодарского края).

К задачам исследования можно отнести:

1) анализ российской региональной практики реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» с определением основных направлений и обозначением актуальных региональных приоритетов;

2) исследование процесса финансирования развития регионального здравоохранения в разрезе различных источников и реализуемых подпрограмм;

3) определение текущих проблем и приоритетов развития отрасли на перспективу в рамках планов мероприятий государственной программы Краснодарского края «Развитие здравоохранения».

Материалы и методы

В качестве методов исследования были использованы аналитический метод (например, при проведении сравнительного анализа реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» в разрезе подпрограмм и источников финанси-

рования), исторический (например, рассмотрение реформирования здравоохранения России), моделирования (например, анализ реализации государственной программы как системы, которая подвержена изменениям) и статистический метод (использовалась выборка материалов для проведения сравнительного анализа из планов реализации государственной программы Краснодарского края «Развитие здравоохранения» с 2020 по 2023 г.).

В качестве основных материалов при проведении исследования была использована нормативно-правовая база Министерства здравоохранения РФ и статистические данные Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Результаты

В 2020 г. реализация государственной программы «Развитие здравоохранения» предусматривала 7 основных направлений, включая соответствующие подпрограммы:

- профилактика заболеваний, формирование здорового образа жизни и развитие первичной медико-санитарной помощи;
- совершенствование системы оказания специализированной (включая высокотехнологичной) медицинской помощи и эвакуации;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей;
- кадровое обеспечение системы здравоохранения;
- совершенствование системы льготного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях;
- совершенствование системы территориального планирования и информатизации здравоохранения Краснодарского края.

Для удобства исследования введём сокращённые названия подпрограмм, обозначая приоритеты развития отрасли: «Профилактика», «Специализированная помощь», «Здоровье матери и ребёнка», «Реабилитация детей», «Кадры», «Льготные лекарства», «Территориальное планирование и информатизация». Данное сокращение позволит более наглядно осуществлять моделирование ситуации, вносить изменения и производить оценку, а также использовать графическое и табличное иллюстрирование. Использование ключевых слов в названии подпрограмм отражает реальные приоритеты развития и совершенствования соответствующих подсистем.

Структура расходов консолидированного регионального и федерального бюджетов в рамках реализации государственной программы в Краснодарском крае приведена на рис. 1, который наглядно отражает неравномерное финансирование реализуемых подпрограмм из бюджетов различных уровней, определяя приоритеты развития.

Большая часть расходов, направленных на развитие составных частей системы здравоохранения, сконцентрирована в рамках следующих подпрограмм: «Территориальное планирование и инфор-

¹ Филиппов Е. О достижениях кубанской медицины и строительстве медкластера. За девять лет финансирование отрасли увеличилось на 72 млрд рублей. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6054489> (дата обращения: 10.02.2024)

матизация» (42,2%) и «Специализированная помощь» (35,6%). Менее 3% расходуется по трём направлениям: «Профилактика» (2,3%); «Реабилитация детей» (1,3%); «Кадры» (2,6%). От 5% до 10% выделенных средств бюджета направляется на поддержание подпрограмм «Здоровье матери и ребёнка» (5,4%) и «Льготные лекарства» (10,6%)². 92% средств, выделяемых на подпрограмму «Территориальное планирование и информатизация», предназначено для обеспечения медицинской помощью застрахованного неработающего населения, а именно уплату страховых взносов за эту категорию граждан бюджету ФОМС. 99% средств, выделяемых на подпрограмму «Специализированная помощь», — это преимущественно предоставление субсидий государственным бюджетным учреждениям здравоохранения Краснодарского края для наращивания и обновления своей материально-технической базы и использования новых технологий.

Таким образом, актуальными трендами развития здравоохранения, исходя из особенностей финансирования в рамках консолидированного регионального и федерального бюджетов в 2020 г. с удельным весом около 70%, можно назвать два направления: оплату медицинской помощи застрахованному неработающему населению и предоставление субсидий государственным бюджетным учреждениям здравоохранения.

В 2021 г. размер финансирования подпрограмм развития здравоохранения из рассматриваемых источников был увеличен на 6,2% (с 63247120,1 до 67178771,7 тыс. руб.). Появилась ещё одна подпрограмма — модернизация первичного звена здравоохранения Краснодарского края (сокращённое название «Модернизация первичного звена») с удельным весом — 5,5% от общего объёма финансирования, и это незначительно изменило структуру расходов реализации государственной программы. Сократилось финансирование мероприятий по подпрограммам: «Профилактика» — на 3,5%; «Специализированная помощь» — на 4,8%, «Здоровье матери и ребёнка» — на 2,2%, «Реабилитация детей» — на 0,1%, «Кадры» — на 8,4%. По 2 подпрограммам, наоборот, произошли положительные изменения, в частности, возросли расходы в рамках подпрограмм «Льготные лекарства» на 18,7% и «Территориальное планирование и информатизация» на 1,3%. Рост расходов также связан с объективной необходимостью корректировочных процедур из-за инфляци-

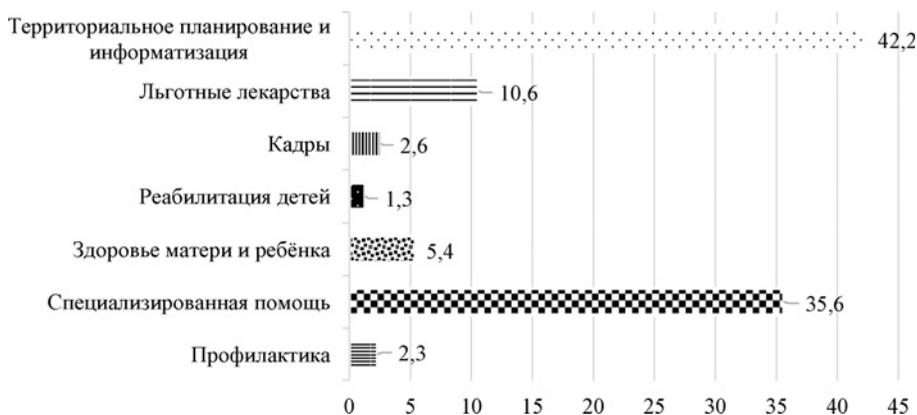


Рис. 1. Структура расходов реализации государственной программы Краснодарского края «Развитие здравоохранения» в 2020 г., %.

Источник: Программа развития здравоохранения Краснодарского края. URL: <https://minzdrav.krasnodar.ru/activity/strategicheskie-proekty-razvitiya-zdravookhraneniya/programma-razvitiya-zdravookhraneniya-krasnodarskogo-kрая> (дата обращения: 10.12.2023).

онных процессов, которые учитываются экспертами при планировании и в большинстве случаев в размере ниже реальных значений, т. е. выстраивается оптимистичный прогноз социально-экономического развития страны.

В 2022 г. новых подпрограмм не появилось, однако увеличилось финансирование в общем объёме на 11,5% (с 67178771,7 до 77515123,1 тыс. руб.). Изменилась и структура финансирования в сравнении с 2021 г., в частности, произошёл рост расходов по 6 подпрограммам: «Профилактика» — на 32,1%; «Специализированная помощь» — на 24,2%; «Реабилитация детей» — на 33,6%; «Льготные лекарства» — на 48,5%; «Территориальное планирование и информатизация» — на 7,1%; «Модернизация первичного звена» — на 5,1%. При этом сократились расходы по двум подпрограммам: «Здоровье матери и ребёнка» и «Кадры» — на 43,2% и 5,5% соответственно.

В 2023 г. произошло незначительное сокращение бюджетных расходов на развитие здравоохранения Краснодарского края в размере 2,2% (с 77515123,1 до 75842880,6 тыс. руб.). Сократились расходы по направлениям: «Специализированная помощь» — на 8,9%; «Здоровье матери и ребёнка» — на 66,8%, «Модернизация первичного звена» — на 72,3%. В рамках остальных подпрограмм бюджетные расходы увеличились, в частности: «Профилактика» — на 37,1%; «Реабилитация детей» — на 5,5%; «Кадры» — на 18,6%; «Льготные лекарства» — на 10,5%; «Территориальное планирование и информатизация» — на 8,5%.

Таким образом, в 2023 г. структура расходов в разрезе подпрограмм существенно изменилась в сравнении с 2022, 2021 и 2020 гг. Постоянная положительная динамика сохранилась лишь для 2 направлений из 8, а устойчивая отрицательная — в отношении расходов по подпрограмме «Здоровье матери и ребёнка» (общее сокращение превысило 80% относительно 2020 г.), 5 подпрограммы не имеют стабильной динамики (табл. 1). Анализ проводился

² Программа развития здравоохранения Краснодарского края. URL: <https://minzdrav.krasnodar.ru/activity/strategicheskie-proekty-razvitiya-zdravookhraneniya/programma-razvitiya-zdravookhraneniya-krasnodarskogo-kрая> (дата обращения: 10.12.2023)

Таблица 1

Динамика изменений финансирования развития здравоохранения Краснодарского края в разрезе подпрограмм, %

Подпрограмма	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Профилактика	-3,5 ↓	+32,1 ↑	+37,1 ↑
Специализированная помощь	-4,8 ↓	+24,2 ↑	-8,9 ↓
Здоровье матери и ребёнка	-2,2 ↓	-43,2 ↓	-66,8 ↓
Реабилитация детей	-0,1 ↓	+33,6 ↑	+5,5 ↑
Кадры	-8,4 ↓	-5,5 ↓	+18,6 ↑
Льготные лекарства	+17,8 ↑	+48,5 ↑	+10,5 ↑
Территориальное планирование и информатизация	+1,3 ↑	+7,1 ↑	+8,5 ↑
Модернизация первичного звена	—	5,1 ↑	-72,3 ↓

Источник: Программа развития здравоохранения Краснодарского края. URL: <https://minzdrav.krasnodar.ru/activity/strategicheskie-proekty-razvitiya-zdravookhraneniya/programma-razvitiya-zdravookhraneniya-krasnodarskogo-kraja> (дата обращения: 10.12.2023).

цепным методом посредством определения темпов прироста расходов начиная с 2020 г.

В 2023 г. основным источником финансирования проводимых мероприятий государственной программы Краснодарского края «Развитие здравоохранения» выступает бюджет Краснодарского края с удельным весом 92,3% (69983649,5 тыс. руб.). Вторым источником — федеральный бюджет с удельным весом 17,7% (5 859 231,1 тыс. руб.).

В России сложилась сложная ситуация с оказанием специализированной медицинской помощи, особенно высокотехнологичной, поскольку в региональном разрезе ситуация существенно отличается. Населённые пункты, приближенные к региональным центрам, испытывают меньший дефицит в сравнении с теми, которые расположены на значительном расстоянии. Равномерное обеспечение граждан специализированной помощью — это важная задача в условиях социально-экономической нестабильности и нерешённых демографических проблем. Информатизация здравоохранения позволит значительно улучшить оказание медицинской помощи в труднодоступных и удалённых местах, а



Рис. 2. Объёмы финансирования подпрограмм развития здравоохранения Краснодарского края в 2023 г., тыс. руб.

Источник: Программа развития здравоохранения Краснодарского края. URL: <https://minzdrav.krasnodar.ru/activity/strategicheskie-proekty-razvitiya-zdravookhraneniya/programma-razvitiya-zdravookhraneniya-krasnodarskogo-kraja> (дата обращения: 10.12.2023).

Таблица 2

Структура источников финансирования проводимых мероприятий в разрезе реализуемых подпрограмм в Краснодарском крае, 2023 г.

Подпрограммы	Объём финансирования, тыс. руб.		Объём финансирования, %	
	федеральный бюджет	бюджет Краснодарского края	федеральный бюджет	бюджет Краснодарского края
Профилактика	4225	2585066	0,07	3,7
Специализированная помощь	1428659	22785514	24,39	32,56
Здоровье матери и ребёнка	131979	537414,3	2,25	0,77
Реабилитация	121487,1	1072363	2,07	1,53
Кадры	204750	1504418	3,5	2,15
Льготные лекарства	2603887	10435736	44,44	14,91
Территориальное планирование и информатизация	657346,8	30696379	11,22	43,86
Модернизация первичного звена	706897,9	366759,6	12,06	0,52
Общий объём финансирования по всем подпрограммам	5859231,8	69983649,9	100	100

Источник: Программа развития здравоохранения Краснодарского края. URL: <https://minzdrav.krasnodar.ru/activity/strategicheskie-proekty-razvitiya-zdravookhraneniya/programma-razvitiya-zdravookhraneniya-krasnodarskogo-kraja> (дата обращения: 10.12.2023).

также автоматизирует процесс доступности врачей (телемедицина), позволит записываться онлайн на приём, получать анализы на электронную почту и др. Каждый гражданин должен иметь возможность воспользоваться медицинской помощью своевременно и в полном объёме, особенно экстренной. Существенным моментом является обеспечение граждан лекарствами, преимущество должно быть у льготных категорий. Названные причины и определяют тенденции развития здравоохранения, это можно проследить и через финансирование соответствующих направлений.

Выраженными приоритетами развития и финансирования здравоохранения Краснодарского края в 2023 г. стали 2 направления по совершенствованию систем подпрограмм: «Территориальное планирование и информатизация», «Специализированная помощь» и «Льготные лекарства» (рис. 2).

Структура источников финансирования проводимых мероприятий в разрезе реализуемых подпрограмм по развитию здравоохранения в рассматриваемом регионе приведена в табл. 2.

Выделим наиболее и наименее весомые статьи расходов федерального бюджета: более 65% средств связано с реализацией двух подпрограмм: «Льготные лекарства» и «Специализированная помощь» и менее 1% с направлением «Профилактика». Аналогично рассмотрим финансирование из консолидированного регионального бюджета: более 75% средств тратится на подпрограммы: «Территориальное планирование и информатизация» и «Специализированная помощь». Менее 1% средств краевого бюджета приходится по направлениям «Модернизация первичного звена» и «Здоровье матери и ребёнка».

Таблица 3

Соотношение источников финансирования проводимых мероприятий в разрезе реализуемых подпрограмм в Краснодарском крае, 2023 г.

Подпрограммы	Объем финансирования, тыс. руб.	Соотношение источников финансирования, %	
		федеральный бюджет	бюджет Краснодарского края
Профилактика	2589291	0,16	99,84
Специализированная помощь	24214173	5,9	94,1
Здоровье матери и ребёнка	669393,3	19,72	80,28
Реабилитация	1193850	10,18	89,82
Кадры	1709168	11,98	88,02
Льготные лекарства	13039623	19,97	80,03
Территориальное планирование и информатизация	31353726	2,10	97,9
Модернизация первичного звена	1073658	65,84	34,16
Общий объем финансирования по всем подпрограммам	75842882	7,72	92,28

Источник: Программа развития здравоохранения Краснодарского края. URL: <https://minzdrav.krasnodar.ru/activity/strategicheskie-proekty-razvitiya-zdravookhraneniya/programma-razvitiya-zdravookhraneniya-krasnodarskogo-kraja> (дата обращения: 10.12.2023).

Бюджет Краснодарского края принимает участие на уровне 80–90% и более в большинстве подпрограмм, исключение составляет направление «Модернизация первичного звена» — 34,16%. Соответственно доля федерального бюджета в большинстве подпрограмм не превышает 10–20%, а в некоторых случаях менее 1%. Соотношение источников финансирования в разрезе реализуемых подпрограмм региона в 2023 г. приведено в табл. 3.

Федеральный бюджет параллельно с консолидированным региональным бюджетом участвовал во всех направлениях развития здравоохранения Краснодарского края, но в различных объемах и пропорциях, однако эти объемы были менее 10% общего финансирования.

Рассмотрим более детально на фактических примерах результаты реализации государственной программы. Например, в 2022 г. началось строительство 9 поликлиник (3 — для взрослых пациентов, 6 — для детей), также было построено 17 офисов врачей общей практики, установлено 11 фельдшерско-акушерских пунктов, отремонтировано 55 медицинских учреждений, приобретено более 250 автомобилей и более 2 тыс. единиц медицинского оборудования, из которого 67 единиц — это дорогостоящие современные основные фонды, участвующие в оказании медицинской помощи. Следует отметить тот факт, что большая часть отремонтированных медицинских учреждений находилась в районах. Важным результатом повышения доступности специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, стала реконструкция больницы им. Очаповского в несколько этапов со строительством новых корпусов и ещё более узкой специализацией. В 2024–2026 гг. планируется строительство медицинского кластера в северо-восточной части Краснодара. Кластерный подход к орга-

низации оказания медицинской помощи существенно улучшит её доступность и своевременность, качественно отразившись на здоровье жителей региона. Положительные изменения в регионе существенные, основные цели и задачи реализации государственной программы по развитию здравоохранения выполнены³.

Обсуждение

Сокращение бюджетных расходов в 2023 г. на развитие здравоохранения Краснодарского края на 2,2% в текущих ценах, а с учётом инфляции величина ещё больше — это негативный фактор. Сократились расходы по важным направлениям: совершенствование системы оказания специализированной (включая высокотехнологичную) медицинской помощи и эвакуации; охрана здоровья матери и ребёнка, модернизация первичного звена. Данное сокращение характерно для рассматриваемого региона, несмотря на тот факт, что в целом по России расходы были увеличены на 8% в текущих ценах или на 2% в сопоставимых ценах (при инфляции в 6%). Положительно влияет на ситуацию рост расходов ФОМС в целом по России на 14% в текущих ценах и на 7% в Краснодарском крае. Однако положительных изменений в финансировании фонда недостаточно для компенсации отрицательной динамики по сокращению бюджетных расходов на фоне: роста смертности населения (на 28% в сравнении с 2019 г.); снижения ожидаемой продолжительности жизни (на 3,3 года в сравнении с 2019 г., до уровня в 70,1 года); увеличения числа лиц, нуждающихся в оказании бесплатной медицинской помощи (последствия COVID-19); дефицита и низкой оплаты труда медицинских работников (например, 1,5-кратный дефицит участков врачей); недостаточного лекарственного обеспечения амбулаторных больных; дефицита (недостаточного объёма) в обеспечении высокотехнологичной, паллиативной медицинской помощью и реабилитацией; роста цен на 15% на лекарственные средства и медицинские изделия и падения реальных доходов населения на 2,2% [5]. Складывается двойственная ситуация, с одной стороны, очень много сделано за рассматриваемый период времени в рамках развития здравоохранения, однако эксперты и данные статистики отмечают тот факт, что необходимо продолжать, не снижая темпов начатые процессы, а в некоторых случаях требуются более высокие результаты в развитии приоритетов как в Краснодарском крае, так и в целом по России.

Заключение

Сложившаяся ситуация в здравоохранении Краснодарского края и России свидетельствует о невозможности достижения целевых индикаторов, в

³ Филиппов Е. О достижениях кубанской медицины и строительстве медкластера. За девять лет финансирование отрасли увеличилось на 72 млрд рублей. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6054489> (дата обращения: 10.02.2024)

частности общей продолжительности жизни в 2024 г. — 78 лет, без увеличения государственных расходов и сокращения частных [6]. Одним из вариантов решения проблемы по повышению качества оказываемой медицинской помощи и улучшению здоровья российских граждан в условиях неопределённости и дефицита источников финансирования, кадровых проблем, недостаточности объёмов отдельных видов медицинской помощи может стать государственно-частное партнёрство [7] и дальнейшее реформирование отрасли с учётом современных механизмов интеграции медицинских организаций [8]. В частности, кластерный подход к решению проблем, сложившихся в отрасли, — это эффективный шаг по достижению ключевых интегральных показателей, характеризующих состояние здоровья населения региона. Таким образом из оперативных мер региона по развитию здравоохранения можно назвать строительство и введение в эксплуатацию кластера в северо-восточной части Краснодар.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова А. В. Реформа системы здравоохранения в РФ: реальность и перспективы // Социально-политические науки. 2016. № 4. С. 114–116.
2. Национальный проект «Здравоохранение» // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 3. С. 7–20.
3. Мещеряков Г. В., Козинцев Я. А. Некоторые аспекты экономического развития регионов — доноров и регионов — реципиентов на примере двух регионов // Экономический вектор. 2019. № 4. С. 86–95.
4. Лазарева А. Н., Мельник И. А. Анализ и оценка современной системы финансирования здравоохранения в РФ // Социально-экономические исследования, гуманитарные науки и юриспруденция: теория и практика. 2016. № 7-1. С. 155–160.
5. Анализ расходов бюджетов бюджетной системы РФ (Фонд обязательного медицинского страхования, федеральный и региональные бюджеты) по разделу «Здравоохранение» на 2023 г. и на плановый период 2024 и 2025 гг. // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. Т. 8, № 3. С. 4–9.
6. Улумбекова Г. Э., Гинойн А. Б., Калашникова А. В., Альвианская Н. В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. № 4. С. 4–19.
7. Ковалева И. П., Баженова С. А., Амбарян А. Х. Государственно-частное партнерство в российском здравоохранении: региональный аспект // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № 3. С. 360–367.
8. Снегирева Ю. Ю., Ананченкова П. И., Сейфиева Е. Н. и др. Современные механизмы интеграции медицинских организаций в системе здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 6. С. 1402–1407.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Buyanova A. V. Reform of the healthcare system in the Russian Federation: reality and prospects. *Socio-political sciences*. 2016;(4):114–116. (In Russ.)
2. National project «Healthcare». *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the School of Economics*. 2018;(3):7–20. (In Russ.)
3. Meshcheryakov G. V., Kozinets Ya. A. Some aspects of the economic development of donor and recipient regions on the example of two regions. *The economic vector*. 2019;(4):86–95. (In Russ.)
4. Lazareva A. N., Melnik I. A. Analysis and evaluation of the modern healthcare financing system in the Russian Federation. *Socio-economic research, humanities and jurisprudence: theory and practice*. 2016;(7-1):155–160. (In Russ.)
5. Analysis of budget expenditures of the budgetary system of the Russian Federation (Compulsory Medical Insurance Fund, federal and regional budgets) under the section «Healthcare» for 2023 and for the planning period 2024 and 2025. *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the School of Economics*. 2022;(8)3:4–9. (In Russ.)
6. Ulumbekova G. E., Ginoyan A. B., Kalashnikova A. V., Alvianskaya N. V. Financing of healthcare in Russia (2021–2024). Facts and proposals. *ORGZDRAV: Novosti. Opinions. Training. Bulletin of the School of Economics*. 2019;(4):4–19. (In Russ.)
7. Kovaleva I. P., Bazhenova S. A., Ambaryan A. H. Public-private partnership in Russian healthcare: a regional aspect. *Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2020;28(3):360–367. (In Russ.)
8. Snegireva Yu. Yu., Ananchenkova P. I., Seifieva E. N., Kovaleva I. P., Strizhak M. S. Modern mechanisms of integration of medical organizations in the healthcare system. *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. 2023;31(6):1402–1407. (In Russ.)

Кравченко О. О., Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафирова В. Б., Хубиева Д. Х.-Д.

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ 12-ШАГОВЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ АНОНИМНЫХ АЛКОГОЛИКОВ И ИНЫХ ПРОГРАММ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

Алкоголизм остаётся актуальной проблемой, т. к. смертность от алкоголя примерно в 10 раз превышает смертность от всех наркотиков и составляет 5,1% общего глобального бремени болезней. Решение данной проблемы является многоплановым и включает широкий спектр медицинских услуг.

В статье, посвящённой расстройствам, связанным с употреблением алкоголя, представлен обзор одной из самых крупных программ поддержки для лиц с алкогольной зависимостью — «Анонимные алкоголики» (АА). Отмечено, что первоначальное вмешательство АА включает работу через социальное общение и программу «12 шагов». Её цель — облегчить внутренние психологические, эмоциональные и духовные изменения, которые считаются необходимыми для поддержания статуса воздержания от алкоголя.

Ключевые слова: анонимные алкоголики; программа «12 шагов»; расстройства; вызванные употреблением алкоголя

Для цитирования: Кравченко О. О., Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафирова В. Б., Хубиева Д. Х.-Д. Особенности реализации 12-шаговых программ лечения анонимных алкоголиков и иных программ лечения расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):625—627. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-625-627>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Кравченко О. О., Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Зафирова В. Б., Хубиева Д. Х.-Д.

FEATURES OF THE IMPLEMENTATION OF 12-STEP TREATMENT PROGRAMS FOR ALCOHOLICS ANONYMOUS AND OTHER PROGRAMS FOR THE TREATMENT OF ALCOHOL USE DISORDERS

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

Alcoholism remains an urgent problem, as alcohol-related mortality is approximately 10 times higher than that from all drugs and accounts for 5.1% of the total global burden of disease. The solution to this problem is multifaceted and includes a wide range of medical services.

The article on alcohol use disorders provides an overview of one of the largest support programs for people with alcohol dependence — Alcoholics Anonymous (AA). It is noted that the initial AA intervention includes work through social communication and the «12 steps» program. Its purpose is to facilitate internal psychological, emotional and spiritual changes that are considered necessary to maintain the status of abstinence from alcohol.

Keywords: alcoholics anonymous; 12 step program; alcohol use disorders

For citation: Kravchenko O. O., Amlaev K. R., Mazharov V. N., Zafirova V. B., Khubieva D. Kh-D. Features of the implementation of 12-step treatment programs for Alcoholics Anonymous and other programs for the treatment of alcohol use disorders. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):625–627 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-625-627>

For correspondence: Karen R. Amlaev; e-mail: kum672002@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Расстройства, вызванные употреблением алкоголя (РВУА), приводят к огромному бремени болезней, инвалидности и преждевременной смертности, в особенности в странах со средним и высоким уровнем дохода [1].

Смертность от алкоголя примерно в 10 раз превышает смертность от всех немедицинских наркотиков и составляет 5,1% общего глобального бремени болезней. В мире ежегодно регистрируется 3,3 млн смертей, связанных с алкоголем [2], он является ведущим фактором риска смерти и инвалидности у людей 15–59-летнего возраста, а среднетяжёлая или тяжёлая форма РВУА сокращает продолжительность жизни человека в среднем на 20–30 лет [3].

Экономическое бремя, связанное с алкоголизмом, также является значительным, достигая примерно 250 млрд долл. ежегодно только в Соединённых Штатах Америки из-за снижения производи-

тельности труда, преступности и тюремного заключения, а также увеличения использования медицинских услуг [4]. Ответы на эти вопросы многогранны и включают предоставление широкого спектра специализированных лечебных услуг в различных условиях. Кроме того, для предотвращения рецидивов и помощи в восстановлении здоровья могут быть предложены недорогие или бесплатные службы поддержки реабилитации [5]. Некоторые из этих служб также проводят индивидуальные консультации и сопровождение. Их цель — помочь людям поддерживать трезвый образ жизни и избегать ситуаций, которые могут привести к рецидиву. К организациям взаимопомощи, занимающимся лечением алкоголизма, относятся «Blue Cross» (Австрия), «Vie Libre» (Франция), «Danshuakai» (Япония), «Клубы трезвенников» (Польша) и «Links» (Швеция). Старейшей и крупнейшей из этих программ поддержки

восстановления лиц с РВУА является организация «Анонимные алкоголики» (АА).

АА, насчитывающая миллионы членов в 181 стране, представляет собой глобальную организацию взаимной поддержки, призванную помочь людям с РВУА бросить употреблять алкоголь и улучшить качество своей жизни. Группы АА широко используются во многих частях мира, например, в Северной Америке это наиболее часто запрашиваемый источник помощи при РВУА¹. Первоначально АА была организацией, состоящей исключительно из мужчин белой расы, теперь в состав АА входят представители обоих полов, принадлежащие к различным расовым и этническим группам². Таким образом, АА является частью фактической системы лечения РВУА де-факто. Учитывая, что РВУА широко распространены во всём мире, особенно в странах со средним и высоким уровнем дохода, склонность к рецидивам и возможность выздоровления в долгосрочной перспективе, бесплатная и широко распространённая доступность АА даёт организации возможность помогать большому количеству населения в течение длительного времени. АА в местных сообществах арендуют жилье (например, религиозные, медицинские и социальные центры). Занятия в группах продолжаются в течение 1,0–1,5 ч, во время которых участники делятся личными историями о своей борьбе с алкогольной зависимостью и опыте выздоровления, а также помогают друг другу применять на практике принципы, изложенные в 12-ступенчатой программе, предназначенной для укрепления психического здоровья, и улучшения навыков межличностного общения, способности справляться со стрессом, сохранения воздержания и адаптации к ведению здорового образа жизни. Широкое распространение АА и их влияния на индустрию профессионального медицинского лечения в некоторых странах привело к более тщательной оценке клинического воздействия, использованной технологии, а также ее влияния на общественное здравоохранение.

В дополнение к группам самопомощи АА, возглавляемыми сверстниками, исследователи оценивали клинические вмешательства с использованием методов и концепций АА. Эти 12-этапные вмешательства основаны на концепции групп взаимной поддержки и активного участия в собственном выздоровлении, которая является основной философией АА. Они показали свою эффективность в помощи людям справиться с зависимостью и достичь трезвости. Эти вмешательства различаются по продолжительности сеанса, формату и продолжительности лечения. Например, вмешательства програм-

мы «12 шагов» могут варьировать от одного сеанса продолжительностью несколько минут или нескольких часов до сеансов, растянутых на несколько месяцев. Они также могут проводиться на индивидуальных или групповых занятиях. Важно, что целью вмешательства программы «12 шагов» является поддержание ремиссии у людей с РВУА. Мероприятия программы «12 шагов» изучались, чтобы определить, насколько они успешны в привлечении людей в группы АА и приводит ли это, в свою очередь, к улучшению показателей, связанных с алкоголем, и другим результатам [6–9].

Первоначальное вмешательство АА включает работу через социальное общение и программу «12 шагов». Социальный компонент действует посредством взаимной поддержки и ролевого моделирования успешного лечения РВУА, а также обеспечивает пристальное руководство и надзор за управлением восстановления посредством «спонсорства». В АА люди имеют возможность поделиться своим опытом и проблемами с теми, кто прошёл через схожие ситуации. Это создаёт атмосферу поддержки и понимания, что особенно важно для людей, страдающих от зависимости. Члены группы могут заменить прежнюю форму общения, связанную с употреблением алкоголя или наркотиков, на здоровые способы общения в АА. Они могут учиться новым навыкам и стратегиям, которые помогут им оставаться трезвыми и преодолевать сложности в жизни. Также в АА люди видят истории успеха и выздоровления других участников. Это может привести надежду на лучшее будущее. Они видят, что у других людей есть реальная возможность изменить свою жизнь и справиться с зависимостью, что может стимулировать их собственные усилия в этом направлении. Участникам рекомендуется найти «спонсора» — тренера по восстановлению с подтверждённым опытом трезвости — который может обеспечить руководство, ежедневную поддержку и ответственность, чтобы помочь новым членам оставаться трезвыми. Программа «12 шагов» предназначена для содействия внутренним психологическим, эмоциональным и духовным изменениям, необходимым для поддержания воздержания, а также для улучшения психического здоровья и улучшения отношений, которые могут соперничать с немедленной выгодой от употребления алкоголя [10].

Кроме того, важным аспектом программы АА является поддержка со стороны других участников, которая способствует формированию сознания и поддержанию мотивации к выздоровлению. Основные механизмы изменения поведения в АА связаны с процессом отождествления себя с другими членами программы, анализом и признанием проблем своего зависимого поведения, обменом опытом выздоровления и обучением новым навыкам для предотвращения рецидива [11].

АА также акцентирует внимание на изменении отношения к себе, другим людям и своей зависимости, что помогает участникам развить более здоровый образ жизни и установить более гармоничные

¹ edden S.L., Kennet J., Lipari R. et al. Behavioral health trends in the United States: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. URL: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>

² US Department of Health and Human Services (HHS), Office of the Surgeon General. Facing addiction in America: the surgeon general's spotlight on opioids. URL: http://www.addiction.surgeongeneral.gov/sites/default/files/Spotlight-on-Opioids_09192018.pdf

отношения с окружающими. Важной составляющей работы АА является работа над собственной силой воли, развитием ответственности за свои поступки и способности принимать важные решения для своего выздоровления.

Таким образом, АА является комплексной программой выздоровления, включающей не только духовные аспекты, но и многочисленные терапевтические факторы, которые содействуют изменению поведения участников и помогают им достичь выздоровления от зависимости [7].

Технологии АА/«12 шагов» превосходят другие методы лечения в увеличении показателей воздержания и, по крайней мере, столь же эффективны, как и другие методы лечения, с точки зрения последствий употребления алкоголя, интенсивности употребления алкоголя и тяжести зависимости. Они также обеспечивают значительное сокращение расходов на медицинское обслуживание лиц с РВУА. Результаты, связанные с лечением злоупотребления алкоголем, при использовании данных технологий были лучше по сравнению с обычным лечением [6]. Типы используемых стратегий имеют значение, т. к. более интенсивные стратегии могут улучшить уровень участия в результате по сравнению с более традиционными [7]. Следует отметить, что преимущество «12 шагов» перед другими традиционными методами лечения заключается в том, что они успешно связывают людей с бесплатными, повсеместными организациями долгосрочного восстановления и поддержки со стороны равных (например, с АА), которые, в свою очередь, мобилизуют другие механизмы лечения, такие как улучшение навыков преодоления трудностей, самоэффективности воздержания, мотивации к выздоровлению, снижения тяги к алкоголю и импульсивности, а также содействия изменениям в социальном окружении людей, что способствует выздоровлению [7].

Заключение

АА/программа «12 шагов» превосходят другие проверенные методы лечения в увеличении показателей воздержания и, по крайней мере, столь же эффективны, как и другие хорошо проверенные методы лечения РВУА, снижения интенсивности употребления алкоголя и тяжести зависимости. Они также обеспечивают значительное снижение расходов на медицинское обслуживание людей с алкогольной зависимостью.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Stahre M., Roeber J., Kanny D. et al. Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States // *Preventing Chronic Disease*. 2014. Vol. 11. P. E109.
2. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva, 2014.

3. Rosenbaum B. P., Kshetry V. R., Kelly M. L., Weil R. J. Diagnoses associated with the greatest years of potential life lost for in-hospital deaths in the United States, 1988–2010 // *Public Health*. 2015. Vol. 129, N 2. P. 173–181.
4. Sacks J. J., Gonzales K. R., Bouchery E. E. et al. 2010 national and state costs of excessive alcohol consumption // *Am. J. Prevent. Med.* 2015. Vol. 49, N 5. P. e73–e79.
5. White W. L., Kelly J. F., Roth J. D. New addiction recovery support institutions: Mobilizing support beyond professional addiction treatment and recovery mutual aid // *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 2012. Vol. 7. P. 297–317.
6. Kelly J. K., Yeterian J. Mutual-help groups for alcohol and other substance use disorders. In: McCrady B. S., Epstein E. E. (eds.). *Addictions: a comprehensive guidebook*. 2nd edition. N.Y.; 2013. P. 500–525.
7. Kelly J. Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research // *Addiction*. 2017. Vol. 112, N 6. P. 929–936.
8. Knudsen H. K., Roman P. M. Service delivery and pharmacotherapy for alcohol use disorder in the era of health reform: data from a national sample of treatment organizations // *Substance Abuse*. 2016. Vol. 37, N 1. P. 230–237.
9. Walitzer K. S., Deffenbacher J. L., Shyhalla K. Alcohol-adapted anger management treatment: a randomized controlled trial of an innovative therapy for alcohol dependence // *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015. Vol. 59. P. 83–93. DOI: 10.1016/j.jsat.2015.08.0031
10. Kelly J. F., Greene M. C. The twelve promises of Alcoholics Anonymous: psychometric validation and mediational testing as a 12-step specific mechanism of behavior change // *Drug and Alcohol Dependence*. 2013. Vol. 133, N 2. P. 633–640.
11. Alcoholics Anonymous. *One big tent*. N.Y.; 2018.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Stahre M., Roeber J., Kanny D. et al. Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. *Preventing Chronic Disease*. 2014;11:E109.
2. World Health Organization. *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva, 2014.
3. Rosenbaum B. P., Kshetry V. R., Kelly M. L., Weil R. J. Diagnoses associated with the greatest years of potential life lost for in-hospital deaths in the United States, 1988–2010. *Public Health*. 2015;129(2):173–181.
4. Sacks J. J., Gonzales K. R., Bouchery E. E. et al. 2010 national and state costs of excessive alcohol consumption. *Am. J. Prevent. Med.* 2015;49(5):e73–e79.
5. White W. L., Kelly J. F., Roth J. D. New addiction recovery support institutions: Mobilizing support beyond professional addiction treatment and recovery mutual aid. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 2012;7:297–317.
6. Kelly J. K., Yeterian J. Mutual-help groups for alcohol and other substance use disorders. In: McCrady B. S., Epstein E. E. (eds.). *Addictions: a comprehensive guidebook*. 2nd edition. N.Y.; 2013. P. 500–525.
7. Kelly J. Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research // *Addiction*. 2017. Vol. 112, N 6. P. 929–936.
8. Knudsen H. K., Roman P. M. Service delivery and pharmacotherapy for alcohol use disorder in the era of health reform: data from a national sample of treatment organizations. *Substance Abuse*. 2016;37(1):230–237.
9. Walitzer K. S., Deffenbacher J. L., Shyhalla K. Alcohol-adapted anger management treatment: a randomized controlled trial of an innovative therapy for alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2015;59:83–93. DOI: 10.1016/j.jsat.2015.08.0031
10. Kelly J. F., Greene M. C. The twelve promises of Alcoholics Anonymous: psychometric validation and mediational testing as a 12-step specific mechanism of behavior change. *Drug and Alcohol Dependence*. 2013;133(2):633–640.
11. Alcoholics Anonymous. *One big tent*. N.Y.; 2018.

Краснов А. Е.¹, Бакирова Э. А.², Мингазова Э. Н.^{1,3,4}

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ПРИЧИНАМ: РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

¹Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, 123098, Москва, Россия;²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;³ГНБУ «Академия наук Республики Татарстан», 420111, Казань, Россия;⁴ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия

Хронические неинфекционные заболевания являются основными наиболее распространёнными причинами смерти как в России в целом, так и в Республике Татарстан. Так, в традиционной структуре смертности в Республике Татарстане в 2022 г. определяется «классическая триада»: на 1-м месте находятся болезни органов кровообращения (46% смертей), на 2-м — новообразования (15%), на 3-м — внешние причины (7,3%). Как и во всём мире, во время пандемии COVID-19 наблюдалось увеличение смертности населения от всех причин, преимущественно — от болезней системы кровообращения, а также непосредственно от COVID-19, являющейся причиной практически каждой 5-й смерти в Республике Татарстан в 2021 г. Пик COVID-19 сократил средний возраст смерти от сердечно-сосудистых причин на 4,5 года у мужчин и на 4 года у женщин. Выявлено, что в Республике Татарстан вероятность смерти от болезней системы кровообращения, эндокринной системы у женщин выше, чем у мужчин; у мужчин, напротив, выше вероятность смерти от болезней органов дыхания, онкологических заболеваний и внешних причин.

Ключевые слова: смертность; средний возраст смерти; ожидаемая вероятность смерти; население; Республика Татарстан; медицинская демография; статистика

Для цитирования: Краснов А. Е., Бакирова Э. А., Мингазова Э. Н. Комплексный анализ смертности населения по причинам: региональные особенности. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):628—632. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-628-632>

Для корреспонденции: Краснов Алексей Евгеньевич; e-mail: aekmu@mail.ru

Krasnov A. E.¹, Bakirova E. A.², Mingazova E. N.^{1,3,4}

COMPREHENSIVE ANALYSIS OF POPULATION MORTALITY BY CAUSE: REGIONAL FEATURES

¹Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 123098, Moscow, Russia;²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;³Tatarstan Academy of Sciences, 420111, Kazan, Russia;⁴Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia

Chronic non-communicable diseases (CNCDs) are the main most common causes of death both in the Russian Federation and in the Republic of Tatarstan. Thus, in the traditional structure of mortality in the Republic of Tatarstan in 2022, a “classical triad” is defined: diseases of the circulatory system are in first place (46% of all deaths), neoplasms are in second place (15%), and external causes are in third place. (7.3%). As throughout the world, during the coronavirus infection there was an increase in population mortality from all causes, mainly from diseases of the circulatory system (hereinafter referred to as CVD), as well as directly from coronavirus infection, which is the cause of almost every fifth death in the Republic of Tatarstan in 2021. The peak of coronavirus infection reduced the average age of death from cardiovascular causes by 4.5 years in men and by 4 years in women. It was revealed that in the Republic of Tatarstan the probability of death from diseases of the circulatory system and endocrine system in women is higher than in men; In men, on the contrary, there is a higher probability of death from respiratory diseases, cancer and external causes.

Keywords: mortality; average age of death; expected probability of death; population; Republic of Tatarstan; medical demography; statistics

For citation: Krasnov A. E., Bakirova E. A., Mingazova E. N. Comprehensive analysis of population mortality by cause: regional features. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):628–632 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-628-632>

For correspondence: Alexey E. Krasnov; e-mail: aekmu@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Актуальной и важнейшей для России остаётся задача снижения смертности и увеличения продолжительности жизни населения. В аналитических материалах показатели смертности населения используются не только как медико-демографические составляющие, но и как критерии экономического и социального развития страны и её регионов, отра-

жающие систему здравоохранения в целом, а также её адаптивность к стремительно меняющимся внешним условиям [1–5].

Комплексный анализ смертности на основе её структуры, среднего возраста смерти, а также ожидаемой вероятности смерти по нозологическим группам, построенный на критериях достоверности, открывает перспективы для решения организационно-методических проблем, в том числе по вопро-

сам оказания амбулаторной и стационарной помощи пациентам [6–10].

Материалы и методы

Для анализа использованы статистические данные Федеральной службы государственной статистики, Территориального органа федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан (РТ), Министерства здравоохранения РТ.

Методы исследования — социально-гигиенический, статистический, аналитический.

Результаты

Исследована динамика изменения структуры смертности в РТ за 2018–2022 гг. В табл. 1 представлен процентный вклад причин смерти согласно разделам МКБ-10. Пандемия COVID-19 не только значительно увеличила абсолютное число умерших в 2020–2021 гг., но и существенно изменила структуру причин смерти. В «доковидный период» 2018–2019 гг. основные причины смерти составляла «классическая триада»: болезни органов системы кровообращения (БСК) — 1-е место по смертности (52,2% в 2018 г. и 48,6% умерших в 2019 г.); новообразования — 2-е место по смертности (17,3 и 17,2% соответственно); внешние причины — 3-е место по смертности (6,8% в 2018 и 2019 гг.). В 2020 г. от COVID-19 в РТ умерло 2654 человека (4,9% смертей), что в целом несущественно сказалось на изменении структуры смертности, сохраняя общие тенденции предыдущих лет.

Анализ показателей смертности населения в РТ за 2020 г. определил избыточную смертность от БСК. Так, в 2020 г. смертность от БСК составила 623,2 на 100 тыс. человек (в 2019 г. — 521,9 на

100 тыс. человек). Данная ситуация имела полное отражение в увеличении рисков тромботических и ишемических осложнений на фоне COVID-19, т. к. в 2020 г. отсутствовали чёткие рекомендации по подходам к терапии пациентов с COVID-19, открытыми были вопросы применения антикоагулянтов.

В 2021 г. на фоне пиков заболеваемости COVID-19 наблюдался беспрецедентный рост смертности населения как в РТ, так и в целом по России. В РТ умерли 60 230 человек (в том числе от COVID-19 11 361 человек), прирост смертности по сравнению с 2018 г. составил 35%. Данная избыточная смертность поменяла нозологическую структуру смертности. БСК сохранили при этом 1-е место в структуре смертности (36,4%). На 2-м месте причин всех смертей стала COVID-19 (18,9%), вытеснив новообразования, занявшие 3-е место (11,4%).

Лишь в 2022 г. число умерших снизилось, практически вернувшись на уровень 2018 г., в целом сохраняя прежнюю структуру, однако наблюдался относительный рост смертности от болезней, являющихся возможными последствиями COVID-19. Абсолютное число умерших от болезней эндокринной системы выросло на 29,5% (доля при этом выросла на 0,6%), что может отражать очевидные последствия активного использования глюкокортикоидных препаратов в высоких дозах при лечении «цитокинового шторма» при COVID-19 и, как следствие, рост случаев стероидиндуцированного диабета, общее увеличение ожирения населения, в том числе из-за снижения физической активности на фоне пандемии. Абсолютное число умерших от болезней органов дыхания увеличилось на 35,1% (доля при это осталась неизменной), что также отражает многочисленные последствия COVID-19 в виде роста распространённости лёгочного фиброза, увеличения числа пациентов с хронической лёгочной патологией, роста сочетанной и коморбидной патологии.

Практический интерес представляет анализ среднего возраста смерти от основных причин (табл. 2). В 2020 г. по сравнению с 2018 г. снизился средний возраст смерти от всех причин среди мужчин и женщин — на 1,5–1,7 лет; в 2021 г. — среди мужчин на 2,3 года, среди женщин — на 3,5 года. Женская сверхсмертность в период пандемии COVID-19 в

Таблица 1

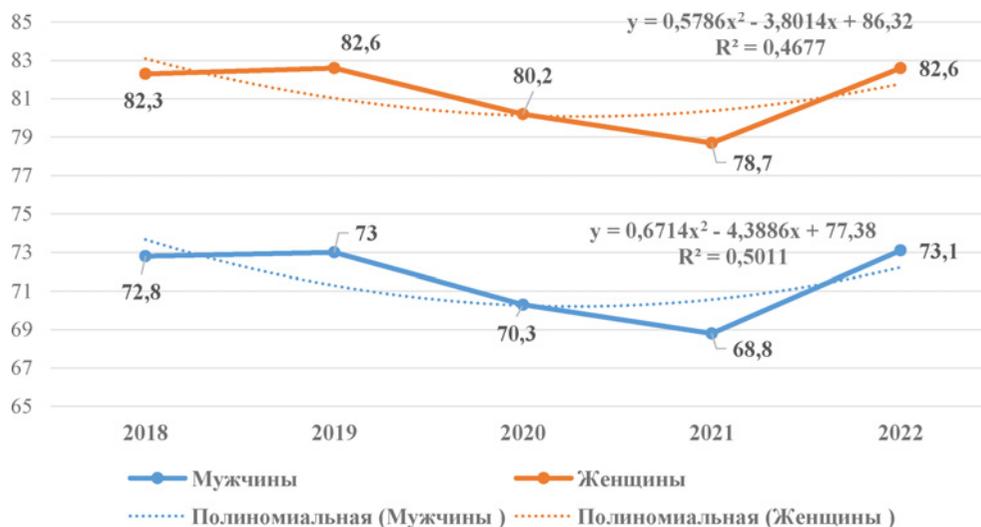
Структура смертности населения РТ за 2018–2022 гг. (в % от всех смертей)

Причина смерти	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
БСК	52,2	48,6	45,9	36,4	46,0
Новообразования	17,3	17,2	13,2	11,4	15,0
Болезни органов дыхания	3,3	4,0	5,3	4,5	4,5
Болезни органов пищеварения	4,8	5,3	4,8	4,5	5,6
Болезни эндокринной системы	3,8	4,8	5,8	4,3	4,9
От COVID-19			4,9	18,9	4,5
Внешние причины смерти	6,8	6,8	5,7	5,3	7,3

Таблица 2

Средний возраст смерти по причинам смертей в РТ, лет

Причины смерти	2018 г.		2019 г.		2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	муж.	жен.								
От всех причин	68,8	79,3	69,5	79,6	67,3	77,6	66,5	75,8	69,7	79,7
БСК,	72,8	82,3	73,0	82,6	70,3	80,2	68,8	78,7	73,1	82,6
из них:										
ишемическая болезнь сердца (I20–I25)	71,2	81,1	71,7	82,0	70,4	79,9	69,7	79,0	72,9	82,5
цереброваскулярные болезни (I60–I69)	77,1	84,1	76,9	84,2	74,0	82,3	72,1	81,0	76,9	84,3
Новообразования	69,6	71,3	69,9	71,6	67,7	70,3	67,3	69,0	70,2	71,7
Болезни органов дыхания	70,7	77,0	72,9	78,8	71,5	75,6	70,3	74,2	74,4	80,4
Болезни органов пищеварения	60,6	69,6	61,6	71,6	58,7	66,9	57,8	66,0	61,5	69,5
Болезни эндокринной системы	72,8	78,5	45,8	79,1	70,5	77,3	70,2	76,6	74,0	79,5
Внешние причины смерти	50,1	58,8	50,8	58,7	49,6	59,0	49,1	55,2	49,1	59,8



Средний возраст смерти мужчин и женщин от БСК в РТ за 2018–2022 гг., лет.

России объясняется различными факторами. Во-первых, сегрегацией труда — женщины в большей степени работают в профессиях, где происходит непосредственный контакт с другим человеком, таких как медицина, образование и сфера услуг, соответственно — более высокие риски инфицирования воздушно-капельным путём.

Во-вторых, женщины по сравнению с мужчинами в России имеют практически 10-летний интервал в различии среднего возраста смерти, а уменьшение смертности вне пандемии COVID-19 происходило у женщин за счёт снижения смертности от БСК. При этом во время пандемии COVID-19 в условиях «тромботической готовности» чаще умирали женщины, как правило, имеющие хронические неинфекционные заболевания (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ожирение и др.). Мужчины при этом умерли от подобных форм заболеваний ещё до пандемии COVID-19 (низкая комплаентность, более распространённые факторы риска). В 2022 г. средний возраст смерти вернулся в «доковидный» уровень и составил 69,7 года у мужчин и 79,7 года у женщин, при этом также сохраняется традиционный разрыв в 10 лет между средним возрастом смерти мужчин и женщин.

Проводя сравнение с федеральными показателями, стоит отметить, что за весь исследуемый период в РТ средний возраст смерти был выше и среди мужчин, и среди женщин: количество «сохранённых лет жизни» в 2022 г. составило 2,2 и 2,0 лет жизни соответственно. Для статистической оценки достоверности различия среднего возраста смерти у мужчин и женщин в РТ использовали t-критерий Стьюдента. Проведено сравнение показателей двух генеральных совокупностей: среднего возраста смерти по всем причинам среди мужчин (1-я группа) и женщин (2-я группа) за 2018–2022 гг. Значение среднего возраста смерти в 1-й группе составило 68,2, во 2-й — 78,2. Значение статистики — 8,1, с 6 степенями свободы, значение $p = 0,0001$ (при

$\alpha = 0,05$), что подтверждает статистически значимое различие между средним возрастом смерти у мужчин и женщин.

На рисунке отражена динамика среднего возраста смерти мужского и женского населения в РТ за изучаемый период — полиномиальный тренд. Наиболее негативная динамика снижения среднего возраста смерти отмечена от БСК: с 72,8 года в 2018 г. у мужчин до 70,3 года в 2020 г. и 68,8 года в 2021 г.; с 82,3 года в 2018 г. у женщин до 80,2 года в 2020 г. и 78,7 года в 2021 г. Пик заболеваемости COVID-19 сократил средний возраст смерти от БСК на 4,5 года у мужчин и на 4 года у женщин. К 2022 г. средний возраст смерти стабилизировался в пределах «доковидных» значений. Аналогичная динамика наблюдается по смертности от новообразований, болезней органов пищеварения, эндокринной патологии. Необходимо отметить, что средний возраст смерти от болезней органов дыхания значительно увеличился с 70,7 года в 2018 г. до 74,4 в 2022 г. у мужчин; у женщин — с 77,0 до 80,4 года соответственно.

С целью углублённого изучения причин смертности использовали показатель «ожидаемая вероятность смерти», который рассчитывается по каждому классу причин отдельно среди мужчин и женщин на 100 тыс. новорождённых (табл. 3).

Вероятность смерти от БСК у женщин на 15% выше, чем у мужчин, что связано с наступлением смерти от данной причины в более поздних возрастах (компенсация за сохранение жизней в предшествующие годы). В 2022 г. вероятность смерти от БСК по сравнению с 2018 г. снизилась, причём у женщин в большей степени, чем у мужчин. Вероятность смерти от новообразований, напротив, среди мужчин выше, чем среди женщин. За рассматриваемый период показатель снизился у мужчин более интенсивно, чем у женщин. Вероятность умереть от болезней органов дыхания у мужчин в 2,2 раза выше, чем у женщин. За анализируемый период показатель увеличился среди мужчин на 35%, среди женщин — в 1,5 раза. Высока вероятность смерти жен-

Таблица 3

Ожидаемая вероятность смерти на 100 тыс. новорождённых

Причина смерти	2018 г.		2019 г.		2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	муж.	жен.								
БСК	49720,4	58572,6	47541,2	53673,2	44783,5	47706,5	36695,3	36028,2	44456,7	51278,6
Новообразования	18992,0	13710,9	18022,2	13454,2	14640,7	11364,7	13133,6	9979,4	15242,9	11848,4
Внешние причины смерти	9118,1	2367,2	8709,7	2492,9	8604,8	2486,3	8791,8	2352,9	9362,7	2776,1
Болезни органов дыхания	4769,3	1903,7	5867,9	2271,8	6706,3	4102,2	5949,9	3304,8	6452,2	2893,7
Болезни органов пищеварения	4722,4	3641,0	5285,9	3959,4	5279,9	3917,9	5292,9	3727,8	5395,5	4157,8
Болезни эндокринной системы	2527,7	5187,4	3045,2	6620,2	3856,0	8105,4	2882,7	5924,9	3153,7	6880,7

щин от болезней эндокринной системы, она в 2,2 раза превышает вероятность смерти мужчин. Причём динамика роста вероятности смерти у женщин более интенсивная (рост на 32,6% против 24,8% у мужчин). Вероятность смерти от болезней органов пищеварения у мужчин на 29,8% выше, чем у женщин. Что касается динамики роста — она одинакова у обоих полов (на 14%). Вызывает озабоченность рост вероятности смерти от четырех причин: болезней органов дыхания, пищеварения, болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ.

Заключение

Женщины по сравнению с мужчинами в России имеют практически 10-летний разрыв в среднем возрасте смерти, что подтверждается методами статистической обработки данных. При этом в 2021 г. наблюдалась избыточная смертность женского населения.

Исследуемый период характеризовался увеличением общей смертности в период пандемии COVID-19 (2020–2021 гг.). Основной вклад в избыточную смертность в РТ во время пика заболеваемости COVID-19 в 2021 г. внесли БСК, на 2-м и 3-м местах — болезни органов дыхания и эндокринная патология. Причиной смерти каждого 5-го умершего являлась COVID-19. В 2021 г. изменилась структура смертности: на 1-м месте — БСК (36,4% смертей), на 2-м — COVID-19 (18,9%), на 3-м — новообразования (11,4%). Средний возраст смерти от всех причин минимальный также в 2021 г. — у мужчин он снизился на 2,3 года, женщин — на 3,5 года по сравнению с «доковидными» показателями.

Выявлено, что за исследуемый период в РТ вероятность смерти от БСК, эндокринной системы среди женщин выше, чем среди мужчин; при этом у мужчин, напротив, выше вероятность смерти от болезней органов дыхания, онкологических заболеваний и внешних причин. В сравнении с федеральными показателями за весь исследуемый период в РТ средний возраст смерти выше как у мужчин, так и у женщин — количество «сохранённых лет жизни» в 2022 г. у мужчин составило 2,2 и 2,0 года жизни соответственно.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Шарапова О. В., Самойлова А. В., Мингазова Э. Н., Герасимова Л. И. Картографический анализ состояния показателей общей заболеваемости и смертности населения в субъектах Российской Федерации за 10-летний период // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, Приложение. С. 822–826.
2. Тельнов В. И. Сравнительная динамика продолжительности жизни у населения субъектов РФ при основных причинах смерти (2005–2018 годы) // Материалы заседания Международного демографического форума. Воронеж; 2020. С. 489–493.
3. Лебедева У. М., Мингазова Э. Н. Основные показатели заболеваемости и ожидаемая продолжительность жизни населения северного региона России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, Приложение. С. 773–777.
4. Сабгайда Т. П., Иванова А. Е., Тарасов Н. А., Аксёнова Е. И. Вклад инфекций в смертность москвичей по данным анализа множественных причин до и в период пандемии коронавируса // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. № 3. С. 5.
5. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Шигабутдинова Т. Н. Основные тенденции медико-демографических показателей в Республике Татарстан (1991–2018) // Общественное здоровье и здравоохранение. 2019. № 3. С. 5–10.
6. Сачек М. М., Антипова С. И., Антипов В. В., Савина И. И. Риски смерти в возрастных группах до 50 и до 70 лет в Республике Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2018. № 4. С. 43–49.
7. Атамбаева Р. М., Мингазова Э. Н. Современное состояние репродуктивно-демографического процесса в Кыргызской Республике // Казанский медицинский журнал. 2015. № 4. С. 587–593.
8. Краснов А. Е., Мингазова Э. Н. Показатели первичной медико-санитарной помощи населению с учетом медико-демографических особенностей региона // Менеджер здравоохранения. 2023. № 11. С. 10–16.
9. Сабгайда Т. П., Иванова А. Е., Семёнова В. Г. и др. Изменение структуры инфекционной смертности в постсоветский период // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. № 2. С. 6.
10. Мингазова Э. Н., Щепин В. О., Железова П. В. Особенности медико-демографического процесса в Костромской области как региона центральной России // Менеджер здравоохранения. 2019. № 9. С. 52–61.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Sharapova O. V., Samoilova A. V., Mingazova E. N., Gerasimova L. I. Cartographic analysis of the state of indicators of general morbidity and mortality of the population in the constituent entities of the Russian Federation over a 10-year period. *Problemy social'noj gigieny, zdrazvoohraneniya i istorii mediciny*. 2020;28(S):822–826. (In Russ.)
2. Telnov V. I. Comparative dynamics of life expectancy among the population of the constituent entities of the Russian Federation for the main causes of death (2005–2018). In: Materials of the meeting of the International demographic forum. Voronezh; 2020:489–493. (In Russ.)
3. Lebedeva U. M., Mingazova E. N. Main morbidity indicators and life expectancy of the population of the northern region of Russia.

- Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny.* 2020;28(S):773–777. (In Russ.)
4. Sabgaida T. P., Ivanova A. E., Tarasov N. A., Aksenova E. I. The contribution of infections to the mortality of Muscovites according to an analysis of multiple causes before and during the coronavirus pandemic. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya.* 2020;(3):5. (In Russ.)
 5. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Shigabutdinova T. N. Main trends in medical and demographic indicators in the Republic of Tatarstan (1991–2018). *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravoohranenie.* 2019;(3):5–10. (In Russ.)
 6. Sachek M. M., Antipova S. I., Antipov V. V., Savina I. I. Risks of death in age groups up to 50 and up to 70 years in the Republic of Belarus. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravoohraneniya.* 2018;(4):43–49. (In Russ.)
 7. Atambaeva R. M., Mingazova E. N. The current state of the reproductive and demographic process in the Kyrgyz Republic. *Kazanskij medicinskij zhurnal.* 2015;(4):587–593. (In Russ.)
 8. Krasnov A. E., Mingazova E. N. Indicators of primary health care for the population, taking into account the medical and demographic characteristics of the region. *Menedzher zdravoohraneniya.* 2023;(11):10–16. (In Russ.)
 9. Sabgaida T. P., Ivanova A. E., Semyonova V. G. et al. Changes in the structure of infectious mortality in the post-Soviet period. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya.* 2020;(2):6. (In Russ.)
 10. Mingazova E. N., Shchepin V. O., Zhelezova P. V. Features of the medical and demographic process in the Kostroma region as a region of central Russia. *Menedzher zdravoohraneniya.* 2019;(9):52–61. (In Russ.)

Курочкина М. Н.¹, Панеш Б. Х.², Буркова Л. Л.²

РОЛЬ ПЕДАГОГИКИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ВРАЧА

¹Кубанский казачий государственный институт пищевой индустрии и бизнеса (филиал) ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления имени К. Г. Разумовского (Первый казачий университет)», 353500, Темрюк, Россия;
²ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», 385000, Майкоп, Россия

Актуальность исследования роли педагогических знаний в профессиональной деятельности современного врача обусловлена реформированием отечественной системы здравоохранения и переориентацией медицинских работников с лечения заболеваний на направления превентивной медицины и пропаганду здорового образа жизни. Цель работы состоит в рассмотрении роли педагогики в профессиональной деятельности современного врача. В статье рассмотрены направления построения модели взаимодействия врача и пациента. Сделан вывод о том, что достижения педагогической науки, обеспечивающие гармоничное развитие личности, имеют важное значение и для использования их в практической профессиональной деятельности современного врача, особенно с позиции обучения пациентов и воспитания у них самосохранительного поведения. Поэтому педагогика сегодня играет важную роль в системе подготовки медицинских кадров и выступает предметом, изучение аспектов которого направлено на интегрирование педагогических знаний в процесс подготовки современного врача.

Ключевые слова: здравоохранение; врачебная деятельность; педагогические знания и навыки; самосохранительное поведение пациента; превентивная медицина

Для цитирования: Курочкина М. Н., Панеш Б. Х., Буркова Л. Л. Роль педагогики в профессиональной деятельности современного врача. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):633–639. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-633-639>

Для корреспонденции: Буркова Любовь Леонидовна; e-mail: lubasha-agu@yandex.ru

Kurochkina M. N.¹, Panesh B. H.², Burkova L. L.²

THE ROLE OF PEDAGOGY IN THE PROFESSIONAL ACTIVITY OF A MODERN DOCTOR

¹Kuban Cossack State Institute of Food Industry and Business — Branch of the Moscow State University of Technology and Management named after K. G. Razumovsky (First Cossack University), 353500, Temryuk, Russia;
²Adygea State University, 385000, Maykop, Russia

The relevance of the study of the role of pedagogical knowledge in the professional activity of a modern doctor is due to the reform of the domestic health care system and the reorientation of medical workers from the treatment of diseases to preventive medicine and the promotion of a healthy lifestyle. The purpose of the work is to consider the role of pedagogy in the professional activity of a modern doctor. The article discusses the directions of building a model of interaction between a doctor and a patient. In conclusion, it is concluded that the achievements of pedagogical science, ensuring the harmonious development of personality, are also important for their use in the practical professional activity of a modern doctor, especially from the point of view of teaching patients and educating them to self-preservation behavior. Therefore, pedagogy today plays an important role in the system of training medical personnel and acts as a subject, the study of aspects of which is aimed at integrating pedagogical knowledge into the process of training a modern doctor.

Keywords: healthcare; medical activity; pedagogical knowledge and skills; patient's self-preservation behavior; preventive medicine

For citation: Kurochkina M. N., Panesh B. H., Burkova L. L. The role of pedagogy in the professional activity of a modern doctor. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):633–639 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-633-639>

For correspondence: Lyubov L. Burkova; e-mail: lubasha-agu@yandex.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

В настоящее время, в условиях реформирования отечественной системы здравоохранения и переориентации медицинских работников с лечения заболеваний на сохранение здоровья и пропаганду здорового образа жизни, возрастает роль педагогических знаний и навыков обучения и воспитания у пациентов самосохранительного поведения. В отечественной системе здравоохранения слабо выражена мотивация врачей на педагогическую деятельность в отношении пациентов и медицинских работников. В современном обществе врач в процессе взаимодействия с пациентами, со своими коллегами-медицинскими работниками, должен не только

выполнять функции медицинского специалиста, но и быть помощником и наставником для больных, обратившихся за медицинской помощью, и для здоровых людей, направившихся в медицинское учреждение с профилактическими и диагностическими целями.

Новые направления развития медицинской науки базируются на включении медицинских специалистов разных профилей в процесс обучения и воспитания пациентов бережному отношению к своему здоровью, приверженности здоровому образу жизни и самосохранительному поведению, развивая у них способность к самостоятельному предупреждению болезней. Профессиональная деятельность со-

временного врача, наряду с профессией педагога, относится к категории профессий, предметом которых выступает человек.

Выстроить доверительные отношения между врачом и пациентом сегодня призвана педагогика. Современный врач — это специалист с медицинским образованием, прошедший специальную профессиональную подготовку, с высокими морально-этическими нормами, обладающий определёнными личностными качествами, которые позволяют ему не только осуществлять медицинскую деятельность, но и выступать в роли наставника по сохранению своего здоровья для своих пациентов.

В то же время, несмотря на реализацию со стороны государства в последние несколько лет широкого спектра социальных мер по обеспечению качества жизни наших соотечественников и пропаганде здорового образа жизни среди молодых людей, одним из основных затруднений в деле обучения и воспитания пациентов самосохранительному поведению является недостаточная готовность медицинских специалистов к применению педагогических основ в своей деятельности [1].

Безусловно, такой сложный аспект профессиональной деятельности современного врача требует от медицинских кадров готовности в моральном плане и специальной подготовки с освоением образовательной дисциплины «Педагогика» в медицинском вузе.

Цель работы состоит в рассмотрении роли педагогики в профессиональной деятельности современного врача.

Материалы и методы

Теоретическую основу исследования составили работы отечественных авторов, рассматривающих роль педагогики в профессиональной деятельности современного врача, типы взаимодействия между врачом и пациентом и готовность выпускников медицинских вузов к применению педагогических знаний и навыков в работе с пациентами и при взаимодействии с коллегами, среди которых следует выделить работы Е. Ю. Васильевой, М. Ю. Гайкиной, Т. В. Тагаевой, О. В. Поляковой, А. Н. Жолудовой, П. П. Пивненко, Н. П. Витенко, Е. Ю. Васильевой, Т. В. Тагаевой, Н. Л. Антоновой и др. [1–5]. Практическая часть исследования опирается на данные опроса ординаторов и студентов ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» [6].

В ходе исследования автором были применены методы анализа научной литературы, системного и сравнительного анализа.

Результаты

Педагогика — это наука о воспитании, обучении и образовании человека на всех этапах его развития



Рис. 1. Структура педагогического процесса.

и профессионального роста. Педагогика в медицинской деятельности современного врача базируется на педагогических аспектах медицинского образования и изучает процессы воспитания и обучения в медицинской деятельности, позволяя как передавать врачебное мастерство и искусство общения с пациентами своим молодым коллегам, так и содействовать воспитанию у пациентов осознанного отношения к высшей ценности человека — своему здоровью [2].

Педагогическая подготовка в работе современного врача помогает выстроить коммуникацию с пациентами, организовывать лечение больных и в то же время проводить процесс обучения, ориентированный на потребности и возможности пациентов.

Предметом в педагогической науке в медицинской деятельности является педагогическое взаимодействие между участниками процесса обучения, которое обеспечивает обучающимся овладение профессиональными компетенциями [3].

Педагогический процесс представляет собой способ организации воспитательных отношений, осуществляемый педагогом с обучаемым лицом и ставящий своей основной целью использование внешних факторов воспитания и обучения участников педагогического процесса. Педагогический процесс в любой деятельности имеет одинаковую структуру (рис. 1).

Рассмотрим составляющие элементы педагогического процесса. Цели обучения и воспитания определяют конечный результат педагогического взаимодействия. Содержание учебного материала в педагогическом процессе — это обобщённый опыт, который передаётся обучающимся для достижения поставленной цели. Методы обучения, техноло-

гии — это взаимодействие педагога и обучающегося, с помощью которого передаётся и принимается содержание учебного материала. Средства обучения помогают осуществлять педагогический процесс, — это личные и профессиональные качества педагога, учебные пособия, наглядный материал, оборудование и пр. Организационные формы обучения — организация педагогического процесса. Результат педагогического процесса — уровень, достигнутый обучающимся в направлении обучения.

В рамках исследования роли педагогики в профессиональной деятельности современного врача обратимся к диссертационным исследованиям отечественных учёных, рассматривающих вопросы педагогической деятельности врача в связи с актуализацией проблемы интеграции педагогических знаний и навыков в профессиональную деятельность врача за последние несколько лет. Анализ содержания диссертационных работ позволил выделить несколько тематических групп, интересовавших отечественных исследователей проблем педагогической деятельности современного врача (рис. 2) [4]. Наибольшую привлекательность и изученность в научных исследованиях аспектов педагогики в профессиональной деятельности врача представляют вопросы, связанные с профессионально-педагогическим общением врача.

Рассматривая цели высшего медицинского образования, можно сказать, что оно направлено на содействие формированию и развитию личности будущего врача в ходе образовательного процесса, становлению его компетентности и гуманности [2].

В деятельности медицинских учреждений существуют различные ситуации, когда врач выступает в роли наставника для пациента или молодых специалистов или перенимающего опыт у более старших коллег [6]. Среди них — отношения «врач — врач», «врач — медицинский персонал», «врач — пациент», «врач — родственники пациента».

В разные времена и в разных обществах взаимоотношения между врачом и пациентом складывались и понимались по-разному. Для современного общества характерны четыре модели взаимоотношений между врачом и пациентом:

1) технологический тип — врач ориентируется на показания диагностической аппаратуры, в



Рис. 2. Основные результаты рассмотрения проблем педагогической деятельности врача в научных исследованиях.

этих отношениях пациент воспринимается врачом в виде механизма, а врач ставит перед собой задачу корректировки неисправностей. Сложные процессы стандартизации медицинской помощи и прорыв в медицине определили такую модель отношений, но это не означает, что врач не участвует в процессах диагностики и лечения. В этом взаимодействии расшифровка полученных данных требует от врача наличия солидного багажа знаний и представляет сложность разъяснить пациенту процессы, происходящие в его организме, поэтому этот тип коммуникации между врачом и пациентом не строится на обсуждении процесса лечения. Отметим, что тенденция к этому типу общения врача и пациента существует в зарубежном здравоохранении. В связи с тем, что пациент не участвует в обсуждении процесса лечения, этот тип взаимодействия многим пациентам в отечественных медицинских учреждениях не нравится, и второй раз к такому специалисту они вряд ли обратятся за медицинской помощью — для многих потреби-

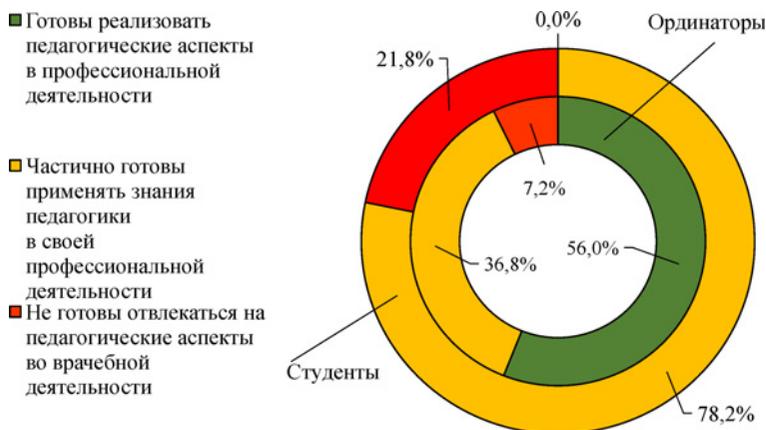


Рис. 3. Распределение ответов будущих врачей о готовности реализовать педагогические знания в медицинской деятельности [7].

телей медицинских услуг важны вовлечённость врача в процесс лечения и обратная связь. Отметим, что технологический подход в отношениях врача с пациентом не означает безразличие или пренебрежение, являясь, по сути, определённым подходом врача к выполнению своих профессиональных обязанностей;

- 2) патерналистский тип — врач после тщательного исследования состояния больного устанавливает наиболее приемлемое для каждой конкретной ситуации лечение, способствующее выздоровлению больного. Врач в такой модели коммуникаций относится к пациенту с заботой и вниманием, но проявляет настойчивость и диктует правила лечения. Патерналистская модель имела распространение в христианской европейской культуре на протяжении многих веков. В современной медицине такая модель остаётся наиболее предпочтительной и самой распространённой, особенно в государственных медицинских структурах. Отметим и недостаток таких отношений — он может не устроить пациентов, имеющих свои взгляды на лечение, а также тех больных, кто не любит подчиняться указаниям врача, не получив подробных разъяснений;
- 3) либерационный тип — врач сообщает пациенту информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения. Слаженная работа врача и пациента в таких случаях приводит к совместному взаимодействию, позволяет объединить общие усилия, знания врача и волю самого больного для борьбы с болезнью. Но бывают случаи, когда договорённость не достигается, и в таких отношениях на лечебный процесс негативное влияние могут оказывать некомпетентность или индивидуальные особенности психики пациента;
- 4) контрактный тип взаимоотношений между врачом и пациентом осуществляется на прин-

ципах общественного договора, подразумевая отношения клиента и исполнителя. В соответствии с этой моделью врач, как поставщик услуг, старается максимально удовлетворить запросы клиента, чтобы тот в будущем снова обратился в данное медицинское учреждение. Контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности и в настоящее время приобретает всё большую распространённость.

При построении модели взаимоотношений между врачом и пациентом необходимо понимать, что пациентами медицинских учреждений являются граждане с разным уровнем культуры и знаний в медицинской сфере, что требует умения найти подход и выстроить правильную коммуникацию с пациентом, в этом и заключается основная сложность профессии современного врача.

Выявление трудностей, которые испытывают молодые специалисты медицинского профиля в реализации педагогических навыков в профессиональной деятельности, имеет важное значение для подготовки студентов и ординаторов медицинских вузов. С целью исследования уровня подготовки ординаторов и студентов медицинских специальностей к практическому применению педагогических навыков в профессиональной медицинской деятельности был проведён опрос, в котором приняли участие ординаторы и студенты 2-го курса Ростовского государственного медицинского университета (358 респондентов): 250 человек составили ординаторы и 108 человек — студенты [7].

Опрос показал, что из общего числа опрошенных ординаторов большая часть (180 человек; 72,2%) считают знания основ педагогики необходимыми в деятельности современного врача, 70 (27,8%) человек выразили мнение о том, что возможно частичное использование педагогических аспектов в практической деятельности.

Только 140 (56,0%) ординаторов, принимавших участие в исследовании роли аспектов медицинской педагогики для современного врача, ответили положительно о своей готовности применять аспекты медицинской педагогики во врачебной практике; 92 (36,8%) ординатора отметили частичную готовность использовать такие знания и 18 (7,2%) заявили о неготовности углубляться в педагогические аспекты в профессиональной деятельности. Опрос студентов 2-го курса различных факультетов показал следующие результаты: из 108 человек никто не сообщил о своей готовности к использованию педагогики в деятельности врача; 84 (78,2%) опрошенных допускают свою частичную готовность к применению педагогических знаний в профессиональной деятельности; 24 (21,8%) участников исследования заявили о полной неготовности играть педагогическую роль для своих пациентов (рис. 3). Однако большая часть студентов отметили готовность к использованию педагогических навыков в профессиональной дея-



Рис. 4. Распределение ответов ординаторов о причинах неготовности реализовать педагогические знания в медицинской деятельности [7].

тельности медицинского специалиста в качестве обязательных компетенций профессиональной подготовки будущего врача.

Причинами нежелания будущих медицинских специалистов реализовывать знания педагогики в своей работе, на их взгляд, являются обстоятельства, указанные на рис. 4.

Отметим, что участники исследования выделили также основные затруднения в реализации педагогических знаний в медицинской деятельности (рис. 5). Как видно из рис. 4 и 5, у студентов причины затруднений реализовывать педагогические знания в медицинской деятельности более разнообразные, чем причины неготовности использовать аспекты педагогики в деятельности современного врача.

В ходе исследования и ординаторами, и студентами были предложены пути преодоления отмеченных затруднений (таблица).

Исследование трудностей, которые испытывают молодые специалисты медицинского профиля

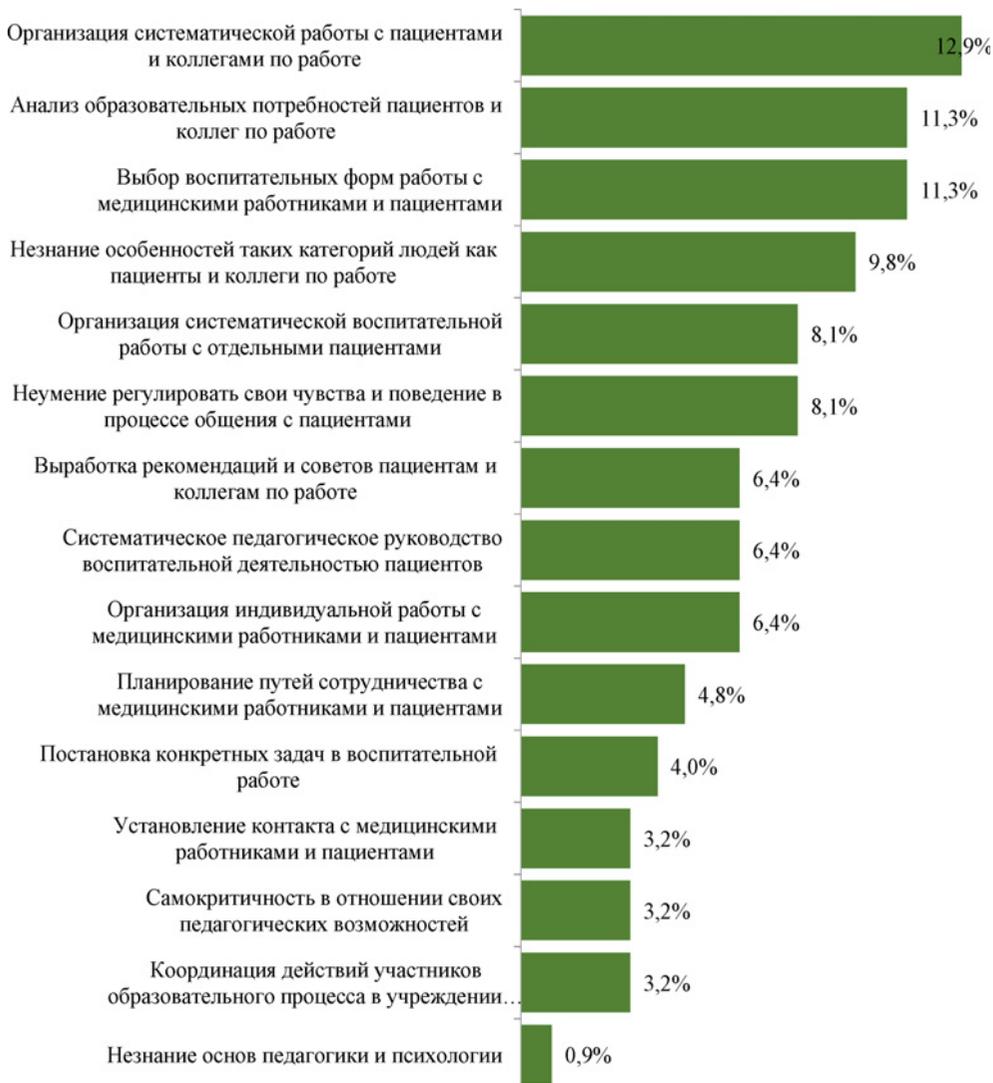


Рис. 5. Распределение ответов студентов об основных затруднениях реализовывать педагогические знания в медицинской деятельности [7].

Основные пути преодоления затруднений для будущих врачей реализовать педагогические знания в медицинской деятельности, % опрошенных

Направление	Ординаторы	Студенты
Выполнение заданий, связанных с освоением знаний и навыков педагогики на всех этапах обучения в медицинском вузе	23,3	32,4
Расширение объёма педагогического материала в структуре курса подготовки медицинских кадров в вузе	16,3	21,8
Самостоятельное изучение научной литературы педагогической направленности в профессии врача	20,9	19,2
Участие в дискуссиях и кейсах по разбору психолого-педагогических ситуаций в практике врача	18,6	14,6
Участие в научно-практических конференциях, семинарах, круглых столах по проблемам педагогической деятельности врача	4,7	2,7
Выполнение научно-исследовательских работ по вопросам применения педагогических знаний и навыков в деятельности врача	4,7	3,0

в реализации педагогических навыков в профессиональной деятельности, выявило, что все ординаторы и студенты, выступившие респондентами, имеют достаточное представление о важности педагогических знаний и навыков в профессиональной деятельности врача, однако не все участники опроса имеют подготовку к применению педагогических аспектов в своей будущей работе врача [8].

Результаты исследования свидетельствуют о том, что существенные трудности ординаторов и студентов медицинского университета в педагогическом плане по большому счёту совпадают, несмотря на различие в уровне осознания ими своей готовности к использованию знаний в области педагогики в профессиональной деятельности. Также имеются совпадения и по многим причинам затруднений, несмотря на различия в процентном содержании [9, 10].

Обсуждение

Затруднения, которые молодые специалисты медицинской сферы испытывают в связи с необходимостью применения педагогических навыков в профессиональной деятельности современного врача, свидетельствуют о важной роли ряда факторов и условий профессионально-педагогической подготовки медицинских кадров, необходимости качественного совершенствования содержания педагогической подготовки ординаторов и студентов [11].

Среди направлений в этой сфере можно выделить:

- реализацию подготовки будущих медицинских работников к применению педагогических знаний и навыков в профессиональной деятельности современного врача с учётом психологической и индивидуально-личностной специализации;
- вовлечение обучающихся в медицинских вузах кадров в научно-исследовательские объединения с целью изучения и применения педагогических знаний и навыков в дальнейшей прак-

тической деятельности в отрасли здравоохранения.

Знания и навыки в области педагогики содействуют росту современного специалиста в медицинской сфере до достойного представителя своей профессии, налаживанию коммуникации с пациентами разных возрастных групп и имеющих различные заболевания, проявлению при этом профессионализма высокого уровня и участия к проблемам больных.

Заключение

Процесс интеграции педагогики в процесс подготовки медицинских кадров для современного здравоохранения объясняется стремлением научного сообщества к комплексному решению проблемы охраны здоровья человека, воспитания и обучения пациентов самосохранительному поведению. Поэтому основы педагогики получили своё развитие и в профессиональной деятельности современного врача, потребовав приложения в медицинской деятельности.

Таким образом, достижения педагогической науки, обеспечивающие гармоничное развитие личности, имеют важное значение и для использования их в практической профессиональной деятельности современного врача, особенно с позиции обучения пациентов и воспитания у них самосохранительного поведения. Поэтому учебная дисциплина «Психология и педагогика» сегодня включена в программу подготовки медицинских кадров и выступает предметом, изучение аспектов которого направлено на интегрирование педагогических знаний в процесс подготовки современного врача.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева Е. Ю., Гайкина М. Ю., Тагаева Т. В. Педагогика в клинической практике врача: учебное пособие. Архангельск; 2017. 118 с.
2. Васильева Е. Ю., Тагаева Т. В. Оценка готовности выпускника медицинского вуза в психолого-педагогической деятельности // Экология человека, 2015. № 9. С. 38–43.
3. Полякова О. В., Жолудова А. Н. Педагогика: учебное пособие для ординаторов РязГМУ 1-го года обучения. Рязань; 2016. 144 с.
4. Пивненко П. П., Витенко Н. П. Современное состояние изучения педагогических аспектов деятельности врача в отечественных диссертационных исследованиях // Вестник Майкопского государственного технологического университета. 2020. № 2. С. 67–75.
5. Антонова Н. Л. Модели взаимодействия врачей и пациентов в системе медицинского обслуживания // АНИ: педагогика и психология. 2016. № 2. С. 272–274.
6. Богданова Т. М., Семенова В. А., Синькеев М. С., Занкин М. А. Значение базовых теоретических знаний для подготовки обучающихся к изучению клинических дисциплин // Педагогический научный журнал. 2023. Т. 6, № 1. С. 183–192.
7. Власов С. Н. Опрос ординаторов и студентов медицинского вуза по проблемам их готовности к реализации педагогических аспектов в будущей профессиональной деятельности: результаты пилотного исследования // 76-я Итоговая научная конференция студентов Ростовского государственного медицинского университета (Ростов-на-Дону, 26–27 апреля 2022 года): сборник материалов. Ростов-на-Дону; 2022. С. 135–138.

8. Алексеенко С. Н., Гайворонская Т. В., Дробот Н. Н. Профессионально-ориентированное обучение студентов медицинского вуза, зачисленных по целевому набору // Педагогический научный журнал. 2023. Т. 6, № 2. С. 145–151.
9. Алексеенко С. Н., Гайворонская Т. В., Дробот Н. Н. Совместная продуктивная деятельность «преподаватель-студент» как основа эффективной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием // Антропологическая дидактика и воспитание. 2022. Т. 5, № 6. С. 12–30.
10. Богданова Т. М., Блинова В. В., Осолкова А. И., Семенова В. А. Преподавание на клинической кафедре медицинского вуза: адаптация в современных условиях // Антропологическая дидактика и воспитание. 2022. Т. 5, № 6. С. 194–204.
11. Ананченкова П. И., Тонконог В. В. Направления государственной политики в создании и развитии региональной инновационной образовательной системы // Учёные записки Российской Академии предпринимательства. 2016. № 49. С. 8–15.
4. Pivnenko P. P., Vitenko N. P. The current state of the study of pedagogical aspects of a doctor's activity in domestic dissertation research. *Bulletin of the Maikop State Technological University*. 2020;2(45):67–75. (In Russ.)
5. Antonova N. L. Models of interaction between doctors and patients in the medical care system. *ANI: pedagogy and psychology*. 2016;(2):272–274. (In Russ.)
6. Bogdanova T. M., Semenova V. A., Sinkeev M. S., Zenkin M. A. The importance of basic theoretical knowledge for preparing students for the study of clinical disciplines. *Pedagogical Scientific Journal*. 2023;6(1):183–192. (In Russ.)
7. Vlasov S. N. A survey of residents and students of a medical university on the problems of their readiness to implement pedagogical aspects in their future professional activities: results of a pilot study. 76th Final scientific conference of students of Rostov State Medical University (Rostov-on-Don, April 26–27, 2022): Collection of materials. Rostov-on-Don; 2022:135–138. (In Russ.)
8. Alekseenko S. N., Gaivoronskaya T. V., Drobot N. N. Professionally oriented training of medical university students enrolled in the target set. *Pedagogical scientific journal*. 2023;6(2):145–151. (In Russ.)
9. Alekseenko S. N., Gaivoronskaya T. V., Drobot N. N. Joint productive activity «teacher-student» as the basis for effective training of specialists with higher medical education. *Anthropological didactics and education*. 2022;5(6):12–30. (In Russ.)
10. Bogdanova T. M., Blinova V. V., Oskolkova A. I., Semenova V. A. Teaching at the clinical department of a medical university: adaptation in modern conditions. *Anthropological didactics and education*. 2022;5(6):194–204. (In Russ.)
11. Ananchenkova P. I., Tonkonog V. V. Directions of state policy in the creation and development of a regional innovative educational system. *Scientific notes of the Russian Academy of Entrepreneurship*. 2016;(49):8–15. (In Russ.)

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Vasilyeva E. Yu., Gaikina M. Yu., Tagaeva T. V. Pedagogy in the clinical practice of a doctor: a textbook. Arkhangelsk; 2017. 118 p. (In Russ.)
2. Vasilyeva E. Yu., Tagaeva T. V. Assessment of readiness of a graduate of a medical university in psychological and pedagogical activity. *Human Ecology*. 2015;9:38–43. (In Russ.)
3. Polyakova O. V., Zholudova A. N. Pedagogy: a textbook for residents of Ryazan State Medical University of the 1st year of study. Ryazan; 2016. 144 p. (In Russ.)

Лядова А. В.¹, Ананченкова П. И.²**ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЁЖИ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ**

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова», Социологический факультет, 119991, Москва, Россия;
²ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

В статье рассматриваются проблемы здоровьесбережения современной российской молодежи в условиях цифровизации. Обращая внимание на негативную динамику в статусе здоровья молодых россиян, авторы указывают на необходимость формирования и воспитания культуры здоровьесбережения среди молодого поколения. Однако, чтобы реализуемые меры были эффективными, авторы предлагают дифференцировать их с учётом специфики восприятия здоровья и практик заботы о нём среди молодых людей, что связано с их различием на две возрастные группы в рамках теории поколений: зумеров и миллениалов. В этой связи в статье представлены результаты проведённого авторами эмпирического исследования здоровьесбережения российской молодёжи, по результатам которого выявлены особенности потребления и практик в сфере здоровья среди указанных возрастных групп. Установлено, что обе категории достаточно осознанно относятся к состоянию своего здоровья. Наиболее распространёнными способами сохранения здоровья являются правильное питание, режим сна, регулярные физические нагрузки. Тем не менее выявлены определённые отличия основных практиках заботы о нём по сравнению с традиционной моделью здорового образа жизни. Так, среди зумеров популярным является селф-трекинг на основе мобильных приложений, а также цифровое потребление информации о здоровье в новых медиа. Миллениалы оказываются более приверженными базовому источнику информации о здоровье — медицинскому сообществу, что также подтверждается указанием на необходимость прохождения регулярных медицинских осмотров. На основании полученных выводов предложен ряд практических рекомендаций.

Ключевые слова: здоровьесбережение молодёжи, зумеры, миллениалы, практики заботы о здоровье, цифровизация.

Для цитирования: Лядова А. В., Ананченкова П. И. Практики здоровьесбережения молодежи в условиях цифровизации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(спецвыпуск 1):640—646. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-640-646>

Для корреспонденции: Лядова Анна Васильевна; e-mail: annaslm@mail.ru

Lyadova A. V.¹, Ananchenkova P. I.²**CHARACTERISTICS OF YOUTH'S HEALTH KEEPING PRACTICES UNDER THE DIGITALIZATION**

¹Lomonosov Moscow State University, 119991, Moscow, Russia;

²N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article discusses the problems of health keeping of modern Russian youth under the digitalization. Paying attention to the negative dynamics in the health of young Russians, the authors point out to form and promote a culture of health keeping among the younger generation. However, in order for the implemented measures to be effective, the authors propose to differentiate them taking into account the specifics of the perception of health and practices of caring for it among young people, which is associated with their distinction into two age groups within the framework of generational theory: zoomers and millennials. In this regard, the article presents the results of an empirical study conducted by the authors on the health conservation of Russian youth, which are depicted the characteristics of consumption and practices in the field of health among these age groups. As it states, both categories are quite conscious of their health status. The most common ways to stay healthy are proper nutrition, sleep patterns, and regular exercise. However, certain differences have been identified in the basic practices of caring for it as compared to the traditional model of a healthy lifestyle. Thus, self-tracking based on mobile applications, as well as digital consumption of health information in new media, is popular among zoomers. Millennials appear to be more committed to the primary source of health information, the medical community, which is also reflected in the need for regular health checkups. Based on the findings, a number of practical recommendations are proposed.

Keywords: youth health; zoomers; millennials; health care practices; digitalization

For citation: Lyadova A. V., Ananchenkova P. I. Youth's health keeping practices under the digitalization. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):640—646 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-640-646>

For correspondence: Anna V. Lyadova; e-mail: annaslm@mail.ru

Source of funding. The study was supported by the Russian Science Foundation, project № 23-28-01081, <https://rscf.ru/project/23-28-01081/>

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024
Accepted 07.05.2024

Введение

Укрепление человеческого потенциала современного российского общества относится к числу приоритетных направлений государственной политики и является необходимым фактором нацио-

нальной безопасности. В этой связи одним из наиболее значимых вопросов выступает поддержание и улучшение здоровья молодых россиян.

В современном научном дискурсе здоровье современного человека и общества рассматривается

как комплексный феномен, что означает его концептуализацию через соотношение разных видов и уровней, как, например, физическое, психическое, социальное, профессиональное, здоровье субъекта, группы, популяции или всего социума. Наряду с этим здоровье выступает как социальный феномен, конструируемый под влиянием различных социальных детерминант, воздействие которых имеет комплексный и в то же время динамичный характер, вследствие чего обуславливает трансформацию как социальных представлений о здоровье и рисках ему, так и практик, направленных на его сохранение и улучшение.

В соответствии с Федеральным законом «О молодёжной политике в Российской Федерации» от 30.12.2020 № 489-ФЗ к молодёжи относится социально-демографическая группа в возрасте от 14 до 35 лет включительно. По данным Федеральной службы государственной статистики, в России по состоянию на 01.01.2023 молодые россияне составляли около 37,9 млн человек или 25,9% от общей численности населения [1]. К 2030 г. прогнозируется увеличение доли молодых людей в возрасте 14–24 лет на 2,7 млн, в группе 25–35 лет — уменьшение на 3,7 млн человек¹.

За последние несколько лет в России реализовано достаточно национальных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья российской молодёжи². Тем не менее проблематика здоровьесбережения среди молодых россиян сохраняет свою актуальность [2–4]. Так, эксперты отмечают ухудшение показателей заболеваемости среди подростков 15–17 лет в 1,5 раза, включая по новообразованиям — в 2,3 раза, по болезням эндокринной системы: сахарному диабету — в 2,1 раза, ожирению — в 5,6 раза [5, С. 74]. Наряду с этим отмечается высокий уровень распространения среди молодёжи психических проблем, в частности, депрессии и тревожности, особенно в постпандемический период [6, С. 129].

В этой связи одним из насущных вопросов выступает разработка эффективных мер, направленных на поддержание, укрепление здоровья молодёжи как значимого стратегического ресурса нашего государства и общества, а также формирование и воспитание идеологии здоровьесбережения в системе ценностных ориентаций и практик молодого поколения.

Хотя эта проблема широко представлена в отечественном научном дискурсе, тем не менее актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что преобладающая в ближайшем будущем среди

молодёжи возрастная категория относится к особой поколенческой группе, часто именуемой зумерами, зетами, хоумлендерами [7], чьи ценности и поведенческие установки, в том числе в отношении здоровья, значительно отличаются из-за широкой «хаби-туализации» в их жизни цифровых технологий [8, 9], вследствие чего традиционные подходы и методы формирования среди них здорового образа жизни (ЗОЖ) не всегда оказываются эффективными. В этой связи перспективным представляется изучение особенностей здоровьесбережения молодёжи в контексте теории поколений, предложенной отечественными исследователями Е. Шамисом и А. Антиповым [10].

Поэтому **цель** настоящего исследования — выявить наиболее распространённые среди основных возрастных категорий молодёжи — зумеров и миллениалов — представления, практики заботы о здоровье, а также приоритетные факторы, оказывающие воздействие на них, для дальнейшего использования полученных данных при разработке мер государственной политики в сфере охраны здоровья в условиях активной цифровизации и медиатизации современного социума.

Материалы и методы

Обзор релевантных исследований позволяет выявить неоднозначность позиций авторов, что обусловлено различиями их подходов и исследовательских стратегий. Принимая во внимание социальные аспекты рассматриваемой проблематики, в качестве теоретико-методологической основы данного исследования были использованы социологические концепции социального конструктивизма, цифровизации и медиатизации.

Для достижения поставленной в работе цели было проведено эмпирическое исследование «Здоровьесбережение современной российской молодёжи: представления и практики». Исследование проводилось в период с января по март 2024 г. В качестве основного метода был выбран интернет-опрос (сплошное анкетирование). Для уточнения отдельных аспектов, касающихся субъективных оценок и восприятия, использовались шкалирование, проективные методики (лингвистический ассоциативный эксперимент), контент-анализ данных открытых вопросов. В исследовании приняли участие 1100 респондентов в возрасте 16–35 лет, выборка случайная. Опрошенные были распределены по двум группам на основе возрастного критерия разделения поколений на Z — зумеров в возрасте 16–24 года ($n = 630$) и Y — миллениалов в возрасте 25–35 лет ($n = 470$) [7]. Для выявления мнений участников был разработан инструментарий (анкета) с опорой на «Опросник качества жизни ВОЗ»³, включающий закрытые и открытые вопросы, которые были разделены на смысловые блоки:

¹ Стратегия молодежной политики в Российской Федерации на период до 2030 года. URL: <https://minobrnauki.gov.ru/upload/iblock/28d/hyihn9b0mm2iafi1yfokx52xyn3us4ky.pdf> (дата обращения: 05.04.2024).

² Указ Президента РФ от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/45726> (дата обращения: 06.03.2024); Здоровье нации: Президентская программа. URL: <http://nashprawo.ru/prezidentskaya-programma-zdorove-natsii/> (дата обращения: 03.03.2024).

³ WHO. WHOQOL: Measuring Quality of Life. URL: <https://www.who.int/tools/whoqol> (дата обращения: 03.02.2024).

- а) самооценка и удовлетворённость состоянием своего здоровья;
- б) представления о здоровье и ЗОЖ;
- в) практики заботы о здоровье;
- г) факторы, оказывающие влияние на представления и практики.

Для сравнительного анализа полученных результатов в работы использовались эмпирические данные, представленные в релевантных отечественных и зарубежных публикациях. Обработку и анализ данных проводили с помощью статистического пакета «SPSS» и при помощи метода сводных таблиц «MS Excel».

Результаты

Данные, полученные в ходе исследования, были сгруппированы по основным смысловым блокам, выделенным в инструментарии.

Блок 1: Самооценка и удовлетворённость состоянием своего здоровья

Подавляющее большинство опрошенных высоко оценивает состояние своего физического здоровья: отлично — 15,1%, хорошо — 50,5%. Остальные участники также в целом удовлетворены своим физическим самочувствием. В отношении психического здоровья показатели несколько ниже, тем не менее преобладают позитивные оценки: 10,9% — отлично, 42% — хорошо, 27% — удовлетворительно. При этом не выявлены значимые различия в самооценке своего здоровья среди разных возрастных групп молодёжи, что обусловлено как общим биологическим статусом здоровья в рассматриваемом возрастной группе, так и особенностями восприятия самого здоровья и ситуации нездоровья.

Интерес представляют ответы респондентов о проблемах здоровья, которые их волнуют. Из предложенного списка по основным группам заболеваемости участники опроса выделили четыре наиболее актуальных:

- а) болезни желудочно-кишечного тракта (38%);
- б) проблемы органов зрения (31%);
- в) в работе сердечно-сосудистой системы (27%);
- г) связанные с психическим здоровьем (26%).

Распределение ответов по возрастным группам позволяет выделить общие и специфичные для разных поколений молодёжи (зумеров и миллениалов) проблемы. Так, большая часть респондентов в возрасте 16–24 лет (зумеры) озабочена состоянием желудочно-кишечного тракта и психического здоровья, в то время как опрошенных в возрасте от 25 лет и старше, наряду с проблемами пищеварительной системы, беспокоит функционирование их сердечно-сосудистой системы, а также репродуктивной и опорно-двигательной. Лишь незначительная часть из общего числа участников (11%) указала на отсутствие проблем со здоровьем.

В этой связи очевидно, что субъективная оценка своего здоровья респондентами не отражает его реального состояния, что косвенно находит отраже-

ние в наиболее актуальных для обследуемой аудитории проблемах здоровья.

Блок 2: Представления о здоровье и здоровом образе жизни

Изучение представлений молодёжи о здоровье и ЗОЖ проводилось методом лингвистического ассоциативного эксперимента, в рамках которого участникам было предложено высказать свои ассоциации со словами «здоровье» и «здоровый образ жизни». По результатам были выделены наиболее распространённые лексемы: спорт, жизнь, питание. Корреляция этих данных по исследуемым возрастным группам, наряду с общими аспектами в восприятии здоровья, позволила выявить и особенные. Так, зумеры часто ассоциируют здоровье с счастьем, благополучием, сном, в то время как миллениалы — с лексемами «врач» и «сила».

При определении ЗОЖ существенных различий между рассматриваемыми возрастными группами молодёжи не выявлено, т. к. наиболее часто встречаемые ассоциации среди представителей обеих категорий связаны с такими практиками, как регулярная физическая активность (80%), правильное питание (94%), здоровый сон (78%), отказ от вредных привычек (56%), стабильность эмоционального состояния (45%).

Также следует отметить, что 72% опрошенных оценивают свой образ жизни как здоровый, а здоровье также входит в наиболее значимые ценности большинства (83%) респондентов.

Полученные данные позволяют выявить наиболее устойчивые установки в представлениях о здоровье, а также связать особенности в его восприятии с определённым опытом, потребностями и источниками конструирования наличного знания. В этой связи анализ ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, оказывает наибольшее влияние на формирование представлений о проблемах здоровья и практиках его поддержания?» показал роль собственного опыта (54,2%), мнения значимых других, среди которых чаще указывается близкое окружение (семья — 40%, друзья — 20%) и представители профессионального сообщества (39%). Наряду с данными группами часть респондентов отметила для себя влияние рекламы и социальных сетей (16 и 16,5% соответственно). Роль системы образования и государства как институциональных факторов в формировании ЗОЖ значительно меньше, 16 и 8,5% соответственно.

Блок 3: Практики заботы о здоровье

В рамках данного блока респондентам было предложено указать наиболее распространённые практики в их семьях, среди друзей, а также в контексте их повседневности. Из предложенного набора практик заботы о здоровье наиболее часто упоминаемыми оказались такие, как: отказ от курения (43%) и употребления алкоголя (27%), предпочтение домашней еды (48%), а также совместные прогулки в парке (25,7%).

При этом из «семейных» практик также к распространёнными относятся такие, как: соблюдение режима сна (не менее 8 ч в сутки) (41%), употребление не менее 2 л воды в день (25,7%). Среди друзей наиболее популярными практиками являются регулярные занятия спортом (39%), соблюдение режима питания (35%), соблюдение определённого режима дня (29%), активный отдых (26,3%), занятия фитнесом (26,7%).

Интересно отметить, что «устойчивыми» по отношению распространённости и среди друзей, и в семье выступают прохождение диспансеризации (15 и 16,7% соответственно) и цифровой мониторинг базовых показателей здоровья (давление, пульс, уровень глюкозы) — 10 и 11,3% соответственно. Кстати, в отношении последней практики полученные данные коррелируют с положительной оценкой респондентами селф-трекинга с помощью мобильных приложений: 15,7% среди тех, кто ими пользуется (это 47% от общего числа участников опроса), считает их эффективным инструментом вовлечения в практики заботы о здоровье.

Хотя лишь треть опрошенных в обеих возрастных категориях придерживается данных практик в своей жизни, что указывает на формальный и декларированный характер заботы о своем здоровье, нежелезито отражает сложившуюся систему установок и интернализированных паттернов поведения здорового образа жизни среди исследуемой аудитории.

При этом зумеры считают наиболее значимыми для заботы о своем здоровье соблюдение режима дня и питания, употребление приготовленной дома пищи, 8-часовой сон, утреннюю зарядку, цифровой мониторинг основных показателей, отказ от вредных привычек, в то время как миллениалы, наряду с соблюдением режима питания и отказом от вредных привычек, отмечают роль регулярных медицинских осмотров и занятия спортом, что коррелирует с их восприятием здоровья через выявленные лексемы «врач» и «сила». Интересно отметить, что стремление к правильному питанию и употреблению домашней еды вместо фаст-фуда может быть обусловлено проблемами работы желудочно-кишечного тракта, а также ожирения, которые выявлены как важные для обеих групп.

Наряду с этим можно предположить, что выявленные по результатам опроса практики заботы о здоровье отражают специфику восприятия респондентами самой модели ЗОЖ, что может быть обусловлено особенностями ее конструирования.

В этой связи интерес представляют данные об источниках получения информации о рисках здоровью и способах его поддержания и улучшения, которые были получены из ответов на вопросы, входящие в следующий блок.

Блок 4: Факторы, оказывающие влияние на представления и практики

Согласно полученным результатам ведущим источником получения сведений о здоровье и практиках заботы о нем выступает институт медицины

(профессиональное сообщество) (69,3%), хотя обращаемость к врачу отмечается в случаях необходимости, когда возникают серьезные проблемы со здоровьем, причём именно с физическим самочувствием. В ситуации же расстройств психического состояния только треть респондентов имела соответствующий опыт медицинской помощи.

«Конкурирующим» с медицинским сообществом информационным каналом является Интернет (65%). В этой связи респондентам были заданы дополнительные вопросы, связанные с использованием новых медиа (в частности, блогов) как источников сведений о здоровье. Установлено, что 53% обращаются к блогам, контент которых содержит соответствующую информацию, и считают её вполне достоверной. Среди респондентов данной группы 37,7% являются постоянными участниками онлайн-дневников (статус «подписан»), 25% регулярно их просматривают.

Наиболее востребованными среди Интернет-аудитории темами выступают вопросы правильного питания и коррекции веса (59 и 28,3% соответственно), психические проблемы и способы их нивелирования (45,7%), фитнес-тренинги (36,3%), коррекция внешности (21,3%). В этой связи полученные данные коррелируют с наиболее значимыми для исследуемой аудитории выявленным ранее проблемам здоровья.

Также интересно отметить, что вовлечённость в онлайн-контент о здоровье объясняется в первую очередь авторитетностью ведущего (например, представитель медицинского сообщества, известный актер, деятель шоу-бизнеса, науки, чьему мнению можно доверять) (57%), доступностью контента (41%), привлекательностью образа блогера (28,3%), схожей ситуацией (26%).

По результатам корреляции данных об использовании новых медиа в качестве источников информации о здоровье с возрастными категориями молодёжи установлено, что основными пользователями являются зумеры, миллениалы же предпочитают обращаться к медицинскому сообществу.

Также важным источником сведений о здоровье и практиках заботы о нём является близкое окружение (семья — 39% и друзья — 25,3%).

Сопоставление этих данных с выявленными ранее факторами влияния на формирование представлений о проблемах здоровья, среди которых были выделены мнения значимых других (врачи, семья, друзья, социальные сети).

Наименее востребованными среди наших респондентов оказались телепередачи (10,3%) и образовательные курсы (10%). Причем в отношении мероприятий, реализуемых в рамках государственных программ, респонденты оказались настроены менее скептически, оценив их как достаточно эффективные (54%).

Наряду с информационным фактором в качестве значимых был выделен ресурсный. При этом самым важным, по мнению молодёжи, является временной фактор — наличие свободного времени (69,8%).

Также существенную роль играет материальный достаток (55,2%) и социальный фактор — доступность медицинских услуг (41,5%).

Интересно отметить, что миллениалы больше всего ценят для реализации своих потребностей в поддержании здоровья свободное время и материальный достаток, в то время как зумеры, наряду с указанными, также считают важным поддержание ценности здоровья в обществе в целом и наличие необходимой инфраструктуры, включая доступ к медицинским услугам.

Обсуждение

Обзор релевантных отечественных и зарубежных публикаций по данной проблематике вызывает необходимость ряда уточнений в отношении полученных результатов. Во-первых, следует отметить, что аналогичные исследования в российском научном поле — относительно новое, но пока недостаточно широко представленное направление, что сужает базу для проведения сравнительного анализа. В зарубежном дискурсе рассматриваемая проблематика более разработана, однако результаты проведённых авторами исследований могут быть обусловлены социокультурными аспектами, что ограничивает возможность экстраполяции их выводов на российский кейс. Тем не менее сопоставление полученных результатов с имеющимися в литературе данными позволяет сделать ряд обобщений и уточнений.

Как было установлено в ходе проведённого эмпирического исследования, в целом молодёжь довольно высоко оценивает состояние своего здоровья. Эти выводы аналогичны полученным в работе С. Д. Савина и А. Н. Смирновой, что подтверждает тезис о влиянии биологического статуса здоровья представителей данной возрастной группы на общую тенденцию самооценки своего самочувствия молодыми людьми [11].

Молодёжь стремится к осознанному отношению к своему здоровью, демонстрируя как определённую активность, высокую ценность здоровья, а также попытки расширить свои знания о возможных рисках. При этом для зумеров наиболее значимыми выступают проблемы не только физического, как для миллениалов, но, в первую очередь, психического благополучия. Эти выводы согласуются с данными исследования, проведённого международной исследовательской компанией «Ipsos» в 2022 г., согласно которым для зумеров важность имеет ментальное здоровье и ощущение счастья⁴. Тем не менее, как выявлено в представленной работе, обращаемость к профильным специалистам в случае проблемных ситуаций не является распространённой практикой вследствие социальной стигматизации и табуированности этих тем, в отличие от соматических болезней. По этой причине молодёжь активно использует для удовлетворения своих потребно-

стей по вопросам психического нездоровья Интернет, что подтверждается востребованностью онлайн-контента среди опрошенных.

Несмотря на осознанность, представления и практики респондентов оказываются достаточно ограниченными и в большей степени носят декларативный характер, либо отрывочный, связанный с конкретной проблемой, при этом не образуя системное знание, на что указывают ответы респондентов о поведении в отношении их здоровья и данные, полученные в ряде отечественных и зарубежных исследований [12, 13].

Также в условиях цифровизации и медиатизации современного общества представления молодых россиян о здоровье и ЗОЖ формируются под влиянием различных источников, включая новые медиа, что обуславливает их специфику и в определённой степени отличает от традиционных моделей и паттернов здоровьесбережения. Так, зумеров характеризует активное цифровое медиапотребление, в том числе контента о здоровье. Данный вывод согласуется с общей характеристикой медиапотребления молодых людей этого возраста, для которых свойственно всё меньше общаться друг с другом в традиционном формате, а всё больше переходить на виртуальные формы коммуникации, что приводит к «аутизации» поколения Z [7, С. 6]. Однако данный тренд вызывает определённые опасения, т. к. молодое поколение, как показывают полученные результаты, склонно доверять и некритично оценивать транслируемый через онлайн-каналы контент, что может вызывать деформацию её установок и поведения в отношении здоровья [14].

Также выявлено, что молодёжь в возрасте 16–24 года активно использует цифровые практики заботы о своем здоровье, в частности, селф-трекинг. Эти данные сопоставимы с результатами, полученными в исследованиях как отечественных, так и зарубежных учёных. Так, российские авторы Т. Ю. Серкова и Е. М. Хренова отмечают, что 44% опрошенных зумеров следят за состоянием организма с помощью специальных приложений: фитнес-трекеров, программ контроля питания, веса, двигательной активности, контроля качества сна [13, С. 116–117]. В ряде зарубежных исследований также подтверждается, что поколение Z оказывается более восприимчивым к новым технологиям в сфере заботы о здоровье [15, 16]. Вследствие хабикулизации гаджетов в их повседневности представители данной возрастной группы склонны больше доверять цифровым инструментам, нежели традиционным источникам информации [16].

Заключение

Результаты проведённого исследования демонстрируют, что здоровьесбережение молодёжи не носит системный характер. Несмотря на стремление к осознанному восприятию своего здоровья, молодые люди имеют ограниченное представление о самом здоровье, а его ценность носит декларативный характер, нежели выступает как основа мотивации и

⁴ Trend Vision 2022. Куда дальше? URL: https://www.ipsos.ru/sites/default/files/ct/publication/documents/2023-09/TrendVision2022-Ipsos-RUS-corr_0.pdf (дата обращения: 10.04.2024).

рационализации своего поведения. Наряду с этим отмечается фрагментарность в практиках заботы о здоровье, которые ориентированы в большей степени на текущие проблемы или те вопросы, которые вызывают наибольшую тревогу в целом, при этом основания для этих опасений не всегда обусловлены мотивом сохранения и улучшения здоровья. Также здоровьесбережение молодёжи отличается неоднородностью по возрастным категориям, что обусловлено их ценностными ориентациями, образом жизни, а также различиями в принятии цифровых технологий. Последние наиболее активно используются поколением Z, хотя медиапотребление контента о здоровье в социальных сетях отмечено в обеих группах. В этой связи, учитывая цифровую направленность зумеров, их вовлечённость в цифровые практики может быть использована учреждениями здравоохранения для внедрения ориентированных на проблемы данной молодой аудитории мобильные приложения, что представляется более эффективным и безопасным по сравнению с поиском соответствующей информации в Интернете.

В заключение следует отметить, что, хотя данное исследование имеет ограниченный характер и требует определённых уточнений, полученные результаты могут быть использованы как основа для дальнейших изысканий.

Благодарность. Исследование выполнено при поддержке РНФ № 23-28-01081, <https://rscf.ru/project/23-28-01081>
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интереса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2023 года. Статистический бюллетень. М.; 2023.
2. Перхов В. И., Куделина О. В., Корхмазов В. Т. Оценка результативности реализации федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» в период пандемии COVID-19 // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 4. С. 509–518. doi: 10.32687/0869-866X2023-31-4-509-518
3. Найговзина Н. Б., Филатов В. Б., Патрушев М. А. Совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28, № 2. С. 216–221. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-2-216-221
4. Савина А. А., Фейгинова С. И., Сон И. М., Вайсман Д. Ш. Динамика показателей первичной заболеваемости взрослого населения Российской Федерации в период реализации государственных программ // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 1. С. 52–58. doi: 10.32687/0869-866X-2021-29-1-52-58
5. Журавлёва И. В. Модификация показателей здоровья россиян и его социальных детерминант в сравнении с европейскими реалиями // Социологическая наука и социальная практика. 2022. Т. 10, № 2. С. 72–86. doi: 10.19181/snsp.2022.10.2.9029
6. Лебедева-Несебря Н. А., Леухина А. В. Психическое здоровье россиян в «постпандемии» (обзор эмпирических исследований) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 2. С. 127–133. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-2-127-133
7. Кулакова А. Б. Поколение Z: теоретический аспект // Вопросы территориального развития. 2018. № 2. doi: 10.15838/tdi.2018.2.42.6

8. Чернова Н. Ю. Поколение хоумлэндеров: репрезентации формативного контекста // Семиотические исследования. Semiotic studies. 2023. Т. 3, № 2. С. 83–91. doi: 10.18287/2782-2966-2023-3-2-83-91
9. Пую Ю. В. Поколения зет и альфа: кто дальше? // Философия образования и диалог поколений: Сборник научных трудов XXIX Международной конференции, Санкт-Петербург, 19–20 апреля 2023 года. СПб.; 2023. С. 49–52.
10. Шамис Е., Никонов Е. Теория поколений: Необыкновенный Икс. М.; 2016. 358 с.
11. Савин С. Д., Смирнова А. Н. Отношение российской молодёжи к здоровью и профилактическим медицинским мероприятиям // XI Рязанские социологические чтения: развитие территории в условиях современных вызовов: материалы Национальной научно-практической конференции. М.; 2021. С. 150–160.
12. Bencsik A., Horvath-Csikos G., Juhasz T., Csanadi A. Healthy lifestyle and behavior of Z Generation // Journal of Eastern European and Central Asian Research. 2019. Vol. 6, N 2. P. 297–308.
13. Серкова Т. Ю., Хренова Е. М. Здоровьесбережение студенческой молодёжи поколения Z // Студенческий спорт в современном обществе: проблемы, пути развития и подготовка спортивного резерва: сборник статей по материалам Межрегиональной научно-практической конференции. Йошкар-Ола; 2022. С. 115–121.
14. Осипова Н. Г., Лядова А. В., Заплетнюк М. А. Медиатизация здоровья в российской блогосфере // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2023. Т. 16, № 3. С. 309–323.
15. Aydin G. Increasing mobile health application usage among Generation Z members: evidence from the UTAUT model // Int. J. Pharm. Healthcare Marketing. 2023. Vol. 17, N 3. P. 353–379.
16. Curtis B. L., Ashford R. D., Magnuson K. I., Ryan-Pettes S. R. Comparison of smartphone ownership, social media use, and willingness to use digital interventions between generation Z and millennials in the treatment of substance use: cross-sectional questionnaire study // J. Med. Internet Res. 2019. Vol. 21, N 4. P. e13050.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Population of the Russian Federation by sex and age as of January 1, 2023. Statistical Bulletin. Moscow; 2023. (In Russ.)
2. Perkhov V. I., Kudelina O. V., Korkhmazov V. T. The assessment of efficiency of implementation of the Federal project “The struggle with cardiovascular diseases” during COVID-19 pandemic. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* 2023;31(4):509–518. (In Russ.)
3. Naygovsina N. B., Filatov V. B., Patrushev M. A. The improvement of medical care of patients with oncologic diseases within the framework of the Priority National Project “Health”. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* 2020;28(2):216–221. (In Russ.)
4. Savina A. A., Feiginova S. I., Son I. M., Vaisman D.Sh. The trends in primary morbidity of adult population of the Russian population during implementation of state programs. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* 2021;29(1):52–58. (In Russ.)
5. Zhuravljova I. V. Modification of health indicators of Russians and its social determinants in comparison with European realities. *Sociological science and social practice.* 2022;10(2):72–86. (In Russ.)
6. Lebedeva-Nesevria N. A., Leukhina A. V. The mental health of Russians in “post-pandemic”: the empirical studies review. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine.* 2024;32(2):127–133. (In Russ.)
7. Kulakova A. B. Generation Z: theoretical aspect. *Territorial development issues.* 2018;2(42). doi: 10.15838/tdi.2018.2.42.6 (In Russ.)

8. Chernova N. Yu. Homelander generation: formative context representation. *Semiotic studies*. 2023;3(2):83–91. (In Russ.)
9. Puyu Yu. V. Generations Z and Alpha: who's next? Philosophy of education and dialogue between generations: Collection of scientific papers of the XXIX International Conference, St. Petersburg, April 19–20, 2023. St. Petersburg; 2023;49–52. (In Russ.)
10. Shamis E., Nikonov E. Generation theory: unusual X. Moscow; 2016. (In Russ.)
11. Savin S. D., Smirnova A. N. The attitude of Russian youth to health and preventive medical measures. XI Ryazan sociological readings: development of the territory in the context of modern challenges: materials of the National scientific and practical conference. Moscow; 2021:150–160. (In Russ.)
12. Bencsik A., Horvath-Csikos G., Juhasz T., Csanadi A. Healthy lifestyle and behavior of Z generation. *Journal of Eastern European and Central Asian Research*. 2019;6(2):297–308.
13. Serkova T. Yu., Khrenova E. M. Health conservation among students of generation Z. Student sports in modern society: problems, development paths and preparation of a sports reserve: Collection of articles based on the materials of the Interregional Scientific and Practical Conference. Joshkar-Ola; 2022:115–121. (In Russ.)
14. Osipova N. G., Lyadova A. V., Zapletnuk M. A. Mediatization of health in the Russian blogosphere. Vestnik of Saint Petersburg University. *Sociology*. 2023;16(3):309–323. (In Russ.)
15. Aydin G. Increasing mobile health application usage among Generation Z members: evidence from the UTAUT model. *Int. J. Pharm. Healthcare Marketing*. 2023;17(3):353–379. (In Russ.)
16. Curtis B. L., Ashford R. D., Magnuson K. I., Ryan-Pettes S. R. Comparison of smartphone ownership, social media use, and willingness to use digital interventions between generation Z and millennials in the treatment of substance use: cross-sectional questionnaire study. *J. Med. Internet Res*. 2019;21(4):e13050.

Мингазов Р. Н.^{1,2}, Попел А. Е.³, Мингазова Э. Н.^{1,4,5}

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ — РЕСУРС СБЕРЕЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В БЛИЖАЙШЕЙ ПЕРСПЕКТИВЕ

- ¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;
- ²ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115184, Москва, Россия;
- ³Институт социальной инженерии ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина», 117997, Москва, Россия;
- ⁴Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, 123098, Москва, Россия;
- ⁵ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия

Актуальными остаются вопросы принятия и поддержки здорового образа жизни различными социальными и возрастными группами населения, особенно среди подрастающего поколения и молодежи, через стремление к физическому, психическому и социальному благополучию. Важными субъектами в данном направлении являются образовательные организации, в том числе университеты, поскольку их студенты в ближайшее время станут лидерами в обществе, лицами, принимающими решения, а также родителями завтрашнего дня. По мнению учёных, слабая установка на спорт, нехватка времени для занятий физкультурой приводят к порочному кругу сосредоточения внимания на интеллектуальном образовании, высоких баллах знаний, к низким физическим способностям и физической подготовленности. Подчёркивается, что университеты должны иметь организационные системы для управления учебными материалами, преподавательскими коллективами, а также технологиями для улучшения процессов обучения через технологическую платформу. Университеты — это стратегические места для начала оздоровительной кампании и «ведения разговоров» о здоровом образе жизни и устойчивом развитии.

Ключевые слова: здоровый образ жизни; студенты; университеты; факторы риска; физическое здоровье; психическое здоровье; COVID-19

Для цитирования: Мингазов Р. Н., Попел А. Е., Мингазова Э. Н. Здоровый образ жизни студентов — ресурс сбережения здоровья трудоспособного населения в ближайшей перспективе. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):647—651. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-647-651>

Для корреспонденции: Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Mingazov R. N.^{1,2}, Popel A. E.³, Mingazova E. N.^{1,4,5}

A HEALTHY LIFESTYLE OF STUDENTS IS A RESOURCE FOR PRESERVING THE HEALTH OF THE WORKING-AGE POPULATION IN THE NEAR FUTURE

- ¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;
- ²Research Institute for Healthcare and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115184, Moscow, Russia;
- ³A. N. Kosygin Russian State University, Institute of Social Engineering, 117997, Moscow, Russia;
- ⁴Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 123098, Moscow, Russia;
- ⁵Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia

The issues of acceptance and support of a healthy lifestyle by various social and age groups of the population, especially among the younger generation and youth, through the pursuit of physical, mental and social well-being remain relevant. Educational organizations, including universities, are important actors in this direction, since their students will soon become leaders in society, decision makers, as well as parents of tomorrow. According to scientists, a weak attitude towards sports, lack of time for physical education lead to a vicious circle of focusing on intellectual education, high knowledge scores, low physical abilities and physical fitness. It is emphasized that universities should have organizational systems for managing educational materials, teaching staff, as well as technologies to improve learning processes through a technology platform. Universities are strategic places to launch a wellness campaign and «have conversations» about healthy lifestyles and sustainable development.

Key words: healthy lifestyle; students; universities; risk factors; physical health; mental health; COVID-19

For citation: Mingazov R. N., Popel A. E., Mingazova E. N. A healthy lifestyle of students is a resource for preserving the health of the working-age population in the near future. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):647–651 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-647-651>

For correspondence: Elmira N. Mingazova; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024
Accepted 07.05.2024

Введение

Сегодня можно утверждать, что в обществе уже сложилось стойкое понимание: здоровый образ

жизни снижает риск заболеваний или преждевременной смерти, а определённые типы поведения способствуют развитию неинфекционных заболеваний и ранней смерти. Бесспорно, что не все болезни

можно предотвратить, однако можно избежать значительной доли преждевременной смертности, стремясь к физическому, психическому и социальному благополучию населения. Важно, чтобы принятие здорового образа жизни сформировалось и поддерживалось в различных социальных и возрастных группах, особенно среди подрастающего поколения и молодёжи.

Цель исследования: провести обзор научной литературы последних лет, посвящённой вопросам здорового образа жизни студенческой молодежи.

Методы исследования

Библиографический, аналитический.

Результаты

Одним из актуальных условий для укрепления общественного здоровья являются образовательные организации, в том числе университеты, поскольку их студенты в ближайшее время станут лидерами в обществе, лицами, принимающими решения, а также родителями завтрашнего дня¹.

Известно, что вступление студентов в новую для них образовательную среду университетов часто вызывает значительные изменения в условиях проживания, в рабочем и в рекреационном пространстве. Кроме того, согласно многочисленным исследованиям, в этот период проявляются поведенческие риски, связанные с употреблением алкоголя, наркотиков или отсутствием достаточной физической активности. С учётом того, что юношеский возраст (18–25 лет) характеризуется как критический физиологический период роста и развития, когда люди потенциально уязвимы для рискованного поведения, это необходимо учитывать при принятии управленческих решений по коррекции поведения студентов. Несмотря на то что в данной области было проведено большое количество исследований, остаются недостаточно изученными такие темы, как гигиена сна студентов или гигиена использования средств массовой информации, включая интернет-ресурсы. Кроме того, в исследованиях последних лет отмечается, что пандемия COVID-19 привела к кардинальным изменениям в жизни студентов университетов и условиях их обучения. Например, закрытие университетов привело к резкой потере личных контактов со сверстниками и преподавателями, переносу учебных планов, исследований, практической работы и программ обмена. Резкий и часто плохо подготовленный переход на онлайн-обучение нередко приводил к стрессу среди студентов. Кроме того, потеря временной работы по причинам, связанным с пандемией, могла осложнить их финансовую обеспеченность [2].

Подростковый и юношеский периоды очень важны для принятия и формирования любых форм поведения, связанных со здоровьем, потому что они

будут продолжаться на протяжении всей взрослой жизни, а многих проблем со здоровьем и инвалидностью во взрослом возрасте можно избежать, если вовремя выявить и изменить поведение, связанное с риском для здоровья на раннем этапе жизни. Поскольку во взрослом возрасте уже сложно изменить сформировавшийся здоровый образ жизни, жизненно важно изучать особенности образа жизни молодёжи и связанные с ними факторы, а затем пропагандировать здоровый образ жизни в молодом возрасте. Студенты университетов составляют значительную долю молодёжи, у которой больше выбора в поведении, связанном со здоровьем. Однако значительная её часть именно в период студенчества склонна к нездоровому образу жизни, в частности, к переходу к постоянному курению, нездоровому питанию, повышенному стрессу и малоподвижному образу жизни. Укрепление здоровья — это основная стратегия поощрения студентов, которая помогает предотвратить неинфекционные заболевания. Принятие и практика здорового образа жизни студентами-медиками имеет решающее значение для того, чтобы они были образцами для подражания и имели возможность влиять на своих пациентов и население в целом. Учитывая взаимосвязь между личным здоровьем медицинских работников и принятием пациентами более здорового образа жизни, ожидается, что студенты-медики в ближайшем будущем будут играть ключевую роль в укреплении здоровья в качестве врачей [3].

В работах последних лет внимание исследователей привлекали вопросы влияния пандемии COVID-19 на образ жизни и здоровье студентов [4–8].

Так, при обследовании 505 студентов Института социальной инженерии Российского государственного университета им. А.Н. Косыгина по общепринятым методикам (русскоязычные версии опросника качества жизни «SF-36» и опросника «Профиль здорового образа жизни») было выявлено, что средний уровень физического компонента здоровья студентов, имеющих нормальную массу тела, выше, чем в группах с дефицитом массы тела; он выше, чем у студентов, имеющих избыток массы тела ($p \leq 0,05$). Наибольшая доля студентов, имеющих показатель по психологическому компоненту здоровья выше нормы, в группе лиц с нормальной массой тела — 20,73% [9, 10].

Оценка социальных последствий с использованием инструмента, разработанного для восстановления причинно-следственного воздействия пандемии на текущие и ожидаемые результаты студентов, показала, что из-за COVID-19 13% из 1500 опрошенных студентов отложили намеченный ранее выпуск, 40% потеряли работу, стажировку или предложение о работе, а 29% ожидают, что будут зарабатывать меньше в возрасте 35 лет. Четверть студентов увеличили свое учебное время более чем на 4 ч в неделю из-за COVID-19, в то время как другая четверть сократила свое учебное время более чем на 5 ч в неделю. Такая неоднородность часто вытекала

¹ Всемирная организация здравоохранения. Здоровый образ жизни: что такое здоровый образ жизни? URL: <https://iris.who.int/handle/10665/27709>

из существующих социально-экономических различий. У студентов с низким доходом вероятность отсрочки окончания учёбы из-за COVID-19 на 55% выше, чем у их сверстников с более высоким доходом. Наконец, было показано, что экономические потрясения и проблемы, связанные со здоровьем, вызванные COVID-19, систематически варьируются в зависимости от социально-экономических факторов и являются ключевыми в череде последствий пандемии [11].

Позитивные результаты были определены в исследовании кипрских ученых, изучающих наличие взаимосвязи между физической активностью и чувством счастья среди студенток-медиков 1-го курса. Интенсивность физической активности играла важную роль в этой группе: среди студентов определена взаимосвязь относительно высокого уровня физической активности и низкого уровня депрессии. Это исследование предоставляет новые знания о взаимосвязи между чувством счастья и физической активностью среди студентов, а также является первой характеристикой счастья и привычек к физической активности среди студентов [12].

Большинство учёных по-прежнему заявляют о том, что продолжает год от года расти уровень подросткового ожирения, распространённости близорукости, депрессии [7, 13].

В то же время грамотность молодёжи в области поддержки физического здоровья, особенно студентов колледжей, в целом снизилась. Их социальная адаптивность продолжает снижаться, а их психологическая выносливость становится всё более слабой. После вступления в студенческое общество им становится всё труднее справляться с интенсивностью работы и межличностными отношениями, часто психологическое давление не может быть эффективно и оперативно устранено, а случаи депрессии и самоубийств среди студентов колледжей становятся более частыми. Физическое здоровье студентов — это проблема, которой необходимо уделять внимание всему обществу.

В настоящее время подавляющее большинство студентов, во-первых, полагается на свою молодость, часто игнорирует свое здоровье и бессмысленно растрчивает свою физическую форму: у них нет времени на еду и сон, у многих частое засиживание допоздна, употребление нездоровой пищи, а также несоответствующее соотношение между учёбой и спортом. Во-вторых, с точки зрения преподавания отмечается, что время для физических упражнений постоянно сокращается. Таким образом, по мнению учёных, слабая установка на спорт, нехватка времени для занятий физкультурой приводят к порочному кругу сосредоточения внимания на интеллектуальном образовании, высоких баллах знаний, к игнорированию физического воспитания, низким физическим способностям и физической подготовленности, что объясняет необходимость и сложность создания системы управления здоровьем в вузах [13].

Корреляции между физической активностью и физической подготовленностью были в первую очередь обнаружены при большей продолжительности физической активности и более высокой частоте интенсивных упражнений [14].

Кроме того, в исследованиях были выявлены достоверные положительные связи между физическими упражнениями, установками на спорт и качеством жизни; между занятиями физическими упражнениями и академической успеваемостью; между занятиями физическими упражнениями и качеством общения, качеством жизни [15].

В исследованиях рассматриваются несколько стратегий повышения качества курсов физической активности, проводимых в университетских условиях. Одна из них заключается в том, что университеты должны иметь организационные системы для управления учебными материалами, управления и развития преподавателей, а также технологии для улучшения процессов обучения. Наиболее используемой технологической платформой является система управления обучением [16].

Некоторые исследователи изучали эффективность мероприятий по укреплению здоровья студентов университетов, в основном в отношении питания, контроля веса и стресса, а также физической активности. Однако недостаточно научных данных о том, как указанные стратегии реализуются в университетской среде, какие стратегии задействованы и какие инструменты для измерения физической активности используются в этом контексте [17].

С точки зрения общественного здравоохранения знания о вмешательствах, способствующих развитию изменяемых факторов, влияющих на здоровье, будут иметь важное значение для разработки и внедрения основанных на фактических данных мероприятий в области охраны здоровья студентов более персонализированным образом и с учётом конкретных групп риска [18].

Для студентов университетов в целях повышения уровня физической активности, а также укрепления здоровья и снижения бремени заболеваний, связанных с сидячим образом жизни, следует разработать специальные рекомендации и мероприятия. Например, исследователи пришли к выводу, что основанные на теории, соответствующие контексту вмешательства могут повысить физическую активность среди студентов университетов [19, 20].

Согласно текущим данным Всемирной организации здравоохранения, 14% глобального бремени болезней вызвано психическими расстройствами и злоупотреблением психоактивными веществами. Среди студентов университетов, в частности, растёт уровень тревожности (у 42%), депрессии (у 36%), мыслей о самоубийстве (у 16%) и членовредительства (у 9%). Опрос 37 500 студентов из 140 университетов Великобритании показал, что у 1 из 5 студентов были проблемы с психическим здоровьем, а 1 из 3 студентов чувствовал, что ему нужна психологическая помощь. Могут существовать прямые и косвенные факторы, усугубляющие одиночество,

стресс, депрессию и т. д. Среди студентов в университетских городках, распространены факторы, приводящие к нежелательному поведению, включая злоупотребление психоактивными веществами и суицидальные тенденции. В индийском сценарии стигматизация, связанная с обращением за профессиональной помощью по психологическим вопросам, недостаточная информированность общественности и острая нехватка подготовленных кадров приводят к пренебрежению и маргинализации пострадавших. Закон о психическом здоровье правительства Индии был попыткой включить психическое здоровье в Национальную миссию здравоохранения, чтобы обеспечить более качественную помощь в рамках систем здравоохранения. Однако многое может и должно быть сделано на уровне семьи и образовательных учреждений, чтобы предложить эмоциональную поддержку, в которой нуждается молодежь.

Национальное бюро регистрации преступлений (NCRB) сообщило, что молодые люди в возрастной группе 18–30 лет были наиболее уязвимыми, на их долю приходилось более 35% самоубийств в Индии. Было очень тревожно отметить, что каждый час в Индии один студент университета совершал самоубийство. Во всём мире самоубийства стали второй по значимости причиной смерти среди лиц в возрасте 15–29 лет после дорожно-транспортных происшествий. Американская ассоциация здравоохранения колледжей сообщила, что 26% опрошенных студентов чувствовали себя настолько подавленными, что не могли выполнять свои обычные функции. Особенно трудно приспособиться к академическим вызовам, новой среде и отношениям студентам — новичкам университетов. Решение этих проблем требует позитивного мышления и стойкости. Эмоциональные и социальные показатели (EQ и SQ) играют такую же роль, как коэффициент интеллекта (IQ) в академической успеваемости студента. EQ и SQ помогают им понимать, надлежащим образом выражать эмоции и управлять ими. Десятки тысяч студентов ежедневно перемещаются по типичному университетскому городку. Например, через многопрофильный университетский городок в Индии проходит около 100 000 человек, включая преподавателей, персонал, пациентов университетских больниц, поставщиков и около 50 000 студентов. Таким образом, университеты являются стратегическими местами для начала оздоровительной кампании и «ведения разговоров» о хорошем самочувствии и устойчивом развитии.

Несколько университетов уже активно участвуют в достижении Целей устойчивого развития (ЦУР) посредством действий руководства, организации мероприятий, студенческих проектов и т. д. Для ранжирования университетов по всему миру были введены экологические показатели и признание университетов посредством наград. Эти инициативы действительно повышают осведомлённость и способствуют позитивным изменениям в кампусе,

но поскольку они являются нисходящими и внешними по отношению к кампусу, они, как правило, рассматриваются как нестратегические и становятся ещё одним показателем в системе ранжирования университетов. Для любых усилий по встраиванию в систему и изменению мышления и поведения заинтересованных сторон требуются параллельный, контекстуальный, восходящий подход с привлечением ключевых заинтересованных сторон, а также программные вмешательства, которые являются устойчивыми по замыслу [21].

Заключение

Таким образом, проведённый обзор литературы ещё раз доказал, что студенты имеют решающее значение для прогресса любой нации и будущего человечества, и их благополучие является коллективной ответственностью всех заинтересованных сторон.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Dietz P., Watson E. D., van Poppel M., Tibubos A. N. Editorial: public health promotion in university students // *Front. Public Health*. 2022. Vol. 10. P. 993982. doi: 10.3389/fpubh.2022.993982
2. Alzahrani S. H., Malik A. A., Bashawri J. et al. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university // *SAGE Open Med*. 2019. Vol. 7. P. 2050312119838426. doi: 10.1177/2050312119838426
3. Гуреев С. А., Мингазова Э. Н. Особенности состояния здоровья студентов в период их обучения, в том числе в условиях COVID-19 // *Менеджер здравоохранения*. 2022. № 3. С. 37–41. doi: 10.21045/1811-0185-2022-3-37-41
4. Гуреев С. А., Мингазова Э. Н. Особенности основных антропометрических показателей физического развития студентов // *Менеджер здравоохранения*. 2022. № 4. С. 45–49. doi: 10.21045/1811-0185-2022-4-45-49
5. Мингазова Э. Н., Гуреев С. А., Мингазов Р. Н. Разработка прогностических матриц по оценке степени риска нарушений физического развития студентов высших учебных заведений // *Менеджер здравоохранения*. 2023. № 10. С. 80–84. doi: 10.21045/1811-0185-2023-10-80-84
6. Мингазов Р. Н., Гуреев С. А., Зотов В. В. и др. Глобальные риски ожирения в подростковой и юношеской популяциях // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022. Т. 30, Приложение. С. 1067–1071. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1067-1071
7. Гуреев С. А., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Особенности качества жизни студентов, в том числе с нарушениями в физическом развитии, в условиях пандемии COVID-19 // *Менеджер здравоохранения*. 2022. № 6. С. 41–46. doi: 10.21045/1811-0185-2022-6-41-46
8. Гуреев С. А., Мингазов Р. Н., Мингазова Э. Н. Образ жизни студентов, в том числе с нарушениями в физическом развитии, в условиях пандемии COVID-19 // *Менеджер здравоохранения*. 2023. № 3. С. 56–65. doi: 10.21045/1811-0185-2023-3-56-65
9. Мингазов Р. Н., Гуреев С. А., Тлиашинов А. О., Мингазова Э. Н. Изменения показателей индекса массы тела среди студенческой молодежи разных стран до и во время пандемии COVID-19 // *Ремедиум*. 2022. Т. 26, № 3. С. 240–245. doi: 10.32687/1561-5936-2022-26-3-240-245
10. Aucejo E. M., French J., Ugalde Araya M. P., Zafar B. The impact of COVID-19 on student experiences and expectations: Evidence from a survey // *J Public Econ*. 2020. Vol. 191. P. 104271. doi: 10.1016/j.jpubecon.2020.104271
11. Fisher J. J., Kaitelidou D., Samoutis G. Happiness and physical activity levels of first year medical students studying in Cyprus: a cross-sectional survey // *BMC Med Educ*. 2019. Vol. 19, N 1. P. 475. doi: 10.1186/s12909-019-1790-9
12. Wang H., Wang N., Li M. et al. Student physical health information management model under big data environment // *Scientific Programming*. 2021. Vol. 1. P. 1–10. doi: 10.1155/2021/5795884

13. Lipošek S., Planinšec J., Leskošek B., Aleksander P. Physical activity of university students and its relation to physical fitness and academic success // *Annales Kinesiologiae*. 2019. Vol. 9. P. 89–104. doi:10.35469/ak.2018.171
14. Yıldırım M., Bayrak C. The participation of university students in physical activities based on sport and the effect of the students' quality of life on academic achievement and socialization (sample of Eskisehir Osmangazi University) // *Hacettepe University Journal of Education*. 2019. Vol. 34. P. 123–144. doi: 10.16986/HUJE.2017032928
15. Sul-toni K., Peralta L., Cotton W. Technology-supported university courses for increasing university students' physical activity levels: a systematic review and set of design principles for future practice // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021. Vol. 18, N 11. P. 5947. doi: 10.3390/ijerph18115947
16. García-Álvarez D., Faubel R. Strategies and measurement tools in physical activity promotion interventions in the university setting: a systematic review // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17, N 18. P. 6526. doi: 10.3390/ijerph17186526
17. Dietz P., Reichel J. L., Edelmann D. et al. A systematic umbrella review on the epidemiology of modifiable health influencing factors and on health promoting interventions among university students // *Front. Public Health*. 2020. Vol. 8. P. 137. doi: 10.3389/fpubh.2020.00137
18. Zhang X., Shi X., Wang Y. et al. Risk factors of psychological responses of Chinese university students during the COVID-19 outbreak: cross-sectional web-based survey study // *J. Med. Internet Res*. 2021. Vol. 23, N 7. P. e29312. doi: 10.2196/29312
19. Tafireyi C. G.S., Grace J. M. The physical activity and health promotion activities of global university students: a review of reviews // *Glob. Health Promot*. 2022. Vol. 29, N 4. P. 17579759221099308. doi: 10.1177/17579759221099308
20. Venkatasubramanian P. University wellness program — a pedagogic innovation to nudge wellness and sustainability among students // *Front. Public Health*. 2022. Vol. 10. P. 844024. doi: 10.3389/fpubh.2022.844024
7. Gureev S. A., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Peculiarities of the quality of life of students, including with disturbances in physical development, under the conditions of the COVID-19 pandemic. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2022;(6):41–46. doi: 10.21045/1811-0185-2022-6-41-46 (In Russ.)
8. Gureev S. A., Mingazov R. N., Mingazova E. N. Lifestyles of students, including with disturbances in physical development during the COVID-19 pandemic. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2023;(3):56–65. doi: 10.21045/1811-0185-2023-3-56-65 (In Russ.)
9. Mingazov R. N., Gureev S. A., Tliashinov A. O., Mingazova E. N. Changes in body mass index among students from different countries before and during the COVID-19 pandemic. *Remedium*. 2022;26(3):240–245. doi: 10.32687/1561-5936-2022-26-3-240-245 (In Russ.)
10. Aucejo E. M., French J., Ugalde Araya M. P., Zafar B. The impact of COVID-19 on student experiences and expectations: Evidence from a survey. *J. Public Econ*. 2020;191:104271. doi: 10.1016/j.jpubeco.2020.104271
11. Fisher J. J., Kaitelidou D., Samoutis G. Happiness and physical activity levels of first year medical students studying in Cyprus: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):475. doi: 10.1186/s12909-019-1790-9
12. Wang H., Wang N., Li M. et al. Student physical health information management model under big data environment. *Scientific Programming*. 2021;1:1–10. doi: 10.1155/2021/5795884
13. Lipošek S., Planinšec J., Leskošek B., Aleksander P. Physical activity of university students and its relation to physical fitness and academic success. *Annales Kinesiologiae*. 2019;9:89–104. doi:10.35469/ak.2018.171
14. Yıldırım M., Bayrak C. The participation of university students in physical activities based on sport and the effect of the students' quality of life on academic achievement and socialization (sample of Eskisehir Osmangazi University). *Hacettepe University Journal of Education*. 2019;34:123–144. doi: 10.16986/HUJE.2017032928
15. Sul-toni K., Peralta L., Cotton W. Technology-supported university courses for increasing university students' physical activity levels: a systematic review and set of design principles for future practice. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18(11):5947. doi: 10.3390/ijerph18115947
16. García-Álvarez D., Faubel R. Strategies and measurement tools in physical activity promotion interventions in the university setting: a systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(18):6526. doi: 10.3390/ijerph17186526;
17. Dietz P., Reichel J. L., Edelmann D. et al. A systematic umbrella review on the epidemiology of modifiable health influencing factors and on health promoting interventions among university students. *Front. Public Health*. 2020;8:137. doi: 10.3389/fpubh.2020.00137
18. Zhang X., Shi X., Wang Y. et al. Risk factors of psychological responses of Chinese university students during the COVID-19 outbreak: cross-sectional web-based survey study. *J. Med Internet Res*. 2021;23(7):e29312. doi: 10.2196/29312
19. Tafireyi C. G.S., Grace J. M. The physical activity and health promotion activities of global university students: a review of reviews. *Glob. Health Promot*. 2022;29(4):17579759221099308. doi: 10.1177/17579759221099308
20. Venkatasubramanian P. University wellness program — a pedagogic innovation to nudge wellness and sustainability among students. *Front. Public Health*. 2022;10:844024. doi: 10.3389/fpubh.2022.844024

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Dietz P., Watson E. D., van Poppel M., Tibubos A. N. Editorial: public health promotion in university students. *Front. Public Health*. 2022;10:993982. doi: 10.3389/fpubh.2022.993982
2. Alzahrani S. H., Malik A. A., Bashawri J. et al. Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE Open Med*. 2019;7:2050312119838426. doi: 10.1177/2050312119838426
3. Gureev S. A., Mingazova E. N. Features of the state of health of students during their training, including in the conditions of COVID-19. *Healthcare manager*. 2022;(3):37–41. doi: 10.21045/1811-0185-2022-3-37-41 (In Russ.)
4. Gureev S. A., Mingazova E. N. Features of the main anthropometric indicators of physical development of students. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2022;(4):45–49. doi: 10.21045/1811-0185-2022-4-45-49 (In Russ.)
5. Mingazova E. N., Gureev S. A., Mingazov R. N. Development of prognostic matrices for assessing the degree of risk of physical development disorders of students of higher educational institutions. *Menedzher zdravookhraneniya*. 2023;(10):80–84. doi: 10.21045/1811-0185-2023-10-80-84 (In Russ.)
6. Mingazov R. N., Gureev S. A., Zotov V. V. et al. Global risks of obesity in adolescent and teenage populations. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2022;30(S):1067–1071. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1067-1071 (In Russ.)

Сафонов А. Л., Некипелова Д. В.

РАЗВИТИЕ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА В РОССИИ

ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, Москва, Россия

Демографические тенденции, в частности старение населения, делают актуальным вопрос обеспечения достойной старости. Россия как достаточно развитая в социально-экономическом смысле страна на государственном уровне стремится к увеличению показателя продолжительности жизни населения, наряду с этим необходимо ставить перед собой и обеспечивать достижение целевых показателей улучшения качества жизни лиц старшего поколения. Здесь важным элементом является обеспечение паллиативной медицинской помощи лицам пенсионного возраста и инвалидам. До недавнего времени система долгосрочного ухода в России фактически отсутствовала, а нагрузка по уходу распределялась между системой здравоохранения и родственниками нуждающихся в уходе граждан. Запуск пилотного проекта по развитию системы долгосрочного ухода в рамках национального проекта «Демография» показал широкую востребованность услуг по оказанию паллиативной помощи. В статье проведён анализ всех аспектов развития системы долгосрочного ухода в России, выявлены как положительные итоги реализации пилотного проекта, так и точки роста. Основным препятствием для внедрения системы долгосрочного ухода на федеральном уровне является согласование модели финансирования. Здесь имеет смысл опираться на успешный международный опыт и рассматривать практическую реализацию программ по долгосрочному уходу в различных странах. В целом развитие системы долгосрочного ухода и обеспечение процессов её устойчивого функционирования является важным элементом социальной политики государства, который необходимо включать в стандартный перечень социальных услуг и повсеместно развивать.

Ключевые слова: долгосрочный уход; социальные услуги; пенсионеры; инвалиды; реабилитация; паллиативная медицинская помощь

Для цитирования: Сафонов А. Л., Некипелова Д. В. Развитие и совершенствование системы долгосрочного ухода в России. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):652–658. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-652-658>

Для корреспонденции: Некипелова Дарья Валерьевна; e-mail: d.nekipelova@mail.ru

Safonov A. L., Nekipelova D. V.

DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT OF THE LONG-TERM CARE SYSTEM IN RUSSIA

Financial University under the Government of the Russian Federation, 125993, Moscow, Russia

Recent demographic trends, particularly the aging of the population, make the issue of ensuring a dignified old age urgent. Russia, as a developed country in the socio-economic sense, at the state level strives to increase the life expectancy of the population; at the same time, it is necessary to set and ensure the achievement of targets for improving the quality of life of the older generation. An important element here is the provision of palliative medical care to people of retirement age and people with disabilities. Until recently, there was virtually no long-term care system in Russia, and the burden was distributed between the healthcare system and the relatives of citizens in need of care. The launch of a pilot project to develop a long-term care system within the framework of the national project "Demography" showed the widespread demand for palliative care services. The article analyzes all aspects of the development of the long-term care system in Russia, identifying both positive results of the pilot project and points of growth. The main obstacle to implementing a long-term care system at the federal level is agreeing on a funding model. Here it makes sense to rely on successful international experience and consider the practical implementation of long-term care programs in various countries. However, the development of a long-term care system and ensuring the processes of its sustainable functioning is an important element of the state's social policy, which must be included in the standard list of social services and developed everywhere.

Keywords: long-term care; social services; pensioners; disabled people; rehabilitation; palliative care

For citation: Safonov A. L., Nekipelova D. V. Development and improvement of the long-term care system in Russia. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):652–658 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-652-658>

For correspondence: Daria V. Nekipelova; e-mail: d.nekipelova@mail.ru

Source of funding. The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University.

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

Актуальная для всего мира проблема старения населения на фоне увеличения продолжительности жизни ставит новые вызовы перед системой социального обеспечения¹, поскольку она должна обеспечивать достойный уровень и качество жизни граждан, в том числе утративших трудоспособность по возрасту, состоянию здоровья и инвалидности. Одним из ключевых элементов такой системы явля-

ется система долгосрочного ухода (СДУ), которая призвана обеспечить помощь и поддержку гражданам, испытывающим ограничения в вопросах обеспечения нормальной жизнедеятельности, и интегрировать их в социальную среду. При этом СДУ

¹ План Десятилетия здорового старения на период 2020–2030 гг. URL: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-ru.pdf?sfvrsn=64fd27ba_6 (дата обращения: 19.01.2024).

включает в себя достаточно широкий комплекс мероприятий по реабилитации, абилитации, постоянной помощи и уходу, социализации, поддержанию мобильности, гигиены и здоровья, а также психологической поддержки и т. д. В России до недавнего времени СДУ, по сути, не существовало, а вся нагрузка по долговременному уходу распределялась между системой медицинского обеспечения и родственниками нуждающихся в уходе и помощи граждан. С 2018 г. ведется реализация пилотного проекта по созданию и внедрению СДУ за гражданами пожилого возраста и инвалидами, с 2019 г. эта работа ведется в рамках федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» национального проекта «Демография»².

Цель настоящей статьи заключается в оценке эффективности функционирования, существующей пока в пилотном режиме СДУ в РФ, и разработке мер по совершенствованию ее модели.

Материал и методы

Анализ выполнен на основе статистических данных Росстат, данным Единой государственной информационной системы социального обеспечения, нормативной правовой базы РФ, результатам опроса экспертов реабилитационных центров и непосредственных получателей услуг и их родственников. Методы исследования: факторный анализ, сводка и группировка, метод сравнения и экстраполяции.

Результаты

Согласно прогнозам Росстата, доля населения старше трудоспособного возраста может достигнуть от 27% (по низкому и среднему варианту) до 29% (по высокому варианту) к 2046 г. или более 40 млн человек. Данные расчеты выполнены с учётом поэтапного повышения пенсионного возраста и доведения его до 65 лет у мужчин и 60 лет у женщин к 2028 г.³ При этом средняя продолжительность жизни в России растёт, и в 2023 г. составила более 73 лет⁴, а по высокому варианту прогноза Росстата к

²Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28.02.2019 № 128 «О реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в пилотных регионах в 2019 году»; Приказ Минтруда России от 29.09.2020 № 667 «О типовой модели реализации пилотного проекта по внедрению СДУ в отдельных пилотных регионах»; Приказ Минтруда России от 05.12.2020 № 861 «Об организации работ по созданию СДУ в отдельных пилотных субъектах РФ»; Приказ Минтруда России от 29.12.2021 № 929 «О реализации в отдельных субъектах РФ типовой модели реализации пилотного проекта по внедрению СДУ за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе».

³Росстат. Прогноз численности населения по отдельным демографическим группам. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Progn_3.xls (дата обращения: 19.01.2024).

⁴Официальный интернет-ресурс для информирования о социально-экономической ситуации в России. URL: <https://obnyasnyem.pf/articles/news/srednyaya-prodolzhitelnost-zhizni-v-rossii-v-2023-godu-prevysila-73-goda/> (дата обращения: 19.01.2024).

2030 г. может составить почти 78 лет (73,3 года для мужчин и 82,1 года для женщин)⁵.

Геронтология как наука, изучающая процессы старения, выделяет несколько периодов старения: пожилой (60–74 года); старческий (75–80 лет); долгожители (от 90 лет). По мере развития процесса старения у человека увеличивается количество физических, психологических и ментальных ограничений, препятствующих обеспечению процессов нормальной жизнедеятельности. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, в России доля имеющих одно или несколько функциональных ограничений среди возрастной группы 65–74 лет составляет 60%, а в возрастной группе 75+ — около 80%⁶. Таким образом численность людей, формально не достигших пенсионного возраста, а фактически уже не способных активно трудиться и у которых наблюдаются первые процессы дисфункций, может оказаться ещё выше.

Кроме того, согласно данным статистики (рис. 1), существенный рост хронических заболеваний (более 30%) наблюдается начиная с возраста 55 лет и старше, с планомерным увеличением их доли к 70% для людей в возрасте 70 лет и старше.

Функциональные ограничения вызывают необходимость дополнительной помощи, приобретения медикаментов, приспособлений и т. д. для обеспечения нормальной жизнедеятельности, что при низком уровне материальной обеспеченности российских пенсионеров [1] вызывает затруднения и ещё больше усугубляет финансовое положение пожилых лиц и их семей.

Так, в настоящее время основным источником получения инвалидами всех возрастных групп медицинских и санитарно-гигиенических услуг на дому являются родные и знакомые (более 60%), далее по популярности идут медицинская (патронажная) сестра (около 20%), почти в равных долях: социальный работник, лечащий врач и специально нанятый человек (около 10%) (рис. 2). При этом есть и те, кто не получает необходимую помощь на дому, таких по итогам опросов в 2020–2021 гг. — 3,2%, при этом надо отметить, что за рассматриваемый период их количество сократилось более чем в 2 раза. Также следует отметить рост доли участия в уходе лечащих врачей и знакомых медицинских работников, а также специально нанятого персонала.

Но всё же основным источником получения помощи и ухода на дому являются родные и знакомые маломобильных, физически и функционально ограниченных людей. Таким образом, главным источником решения проблемы необходимости в долговременном уходе для члена домохозяйства, как правило, является привлечение родственника или близко-

⁵Росстат. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/population/demo/progn7.htm (дата обращения: 19.01.2024).

⁶World Health Organization. «World report on ageing and health». WHO Library Catalogue-in-Publication Data. 2016. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/ageing/9789240694811-eng.pdf> (дата обращения: 19.01.2024).

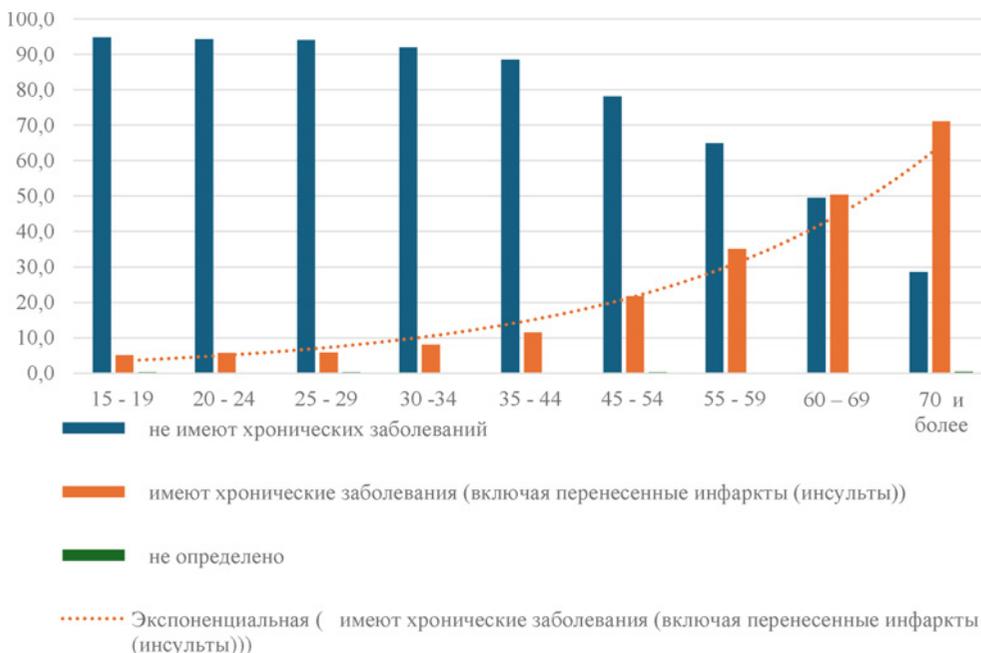


Рис. 1. Уровень распространённости хронических заболеваний по возрастам.

Источник. Составлено авторами по данным: Росстат. Распространённость хронических заболеваний по возрастным группам. URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/GKS_KOUZH-2020/Files/30.2.xlsx (дата обращения: 20.01.2024).

го знакомого, многие из которых могут находиться в активном трудоспособном возрасте и иметь высокую профессиональную квалификацию⁷. Следует отметить, что такая тенденция приводит к выпадению из рынка труда определённой части трудоспособных граждан различных профессий и квалифи-

каций, которые могут быть востребованы в настоящий момент. Кроме того, такие люди вынуждены частично или полностью приостановить свою трудовую деятельность что не может отрицательно сказаться на материальном состоянии семьи (домохозяйства) и буквально поставить его на грань бедности.

Следовательно, принятие и развитие программы долговременного ухода — это важная составляю-

⁷ По крайней мере выше, чем квалификация патронажной сестры или сиделки.

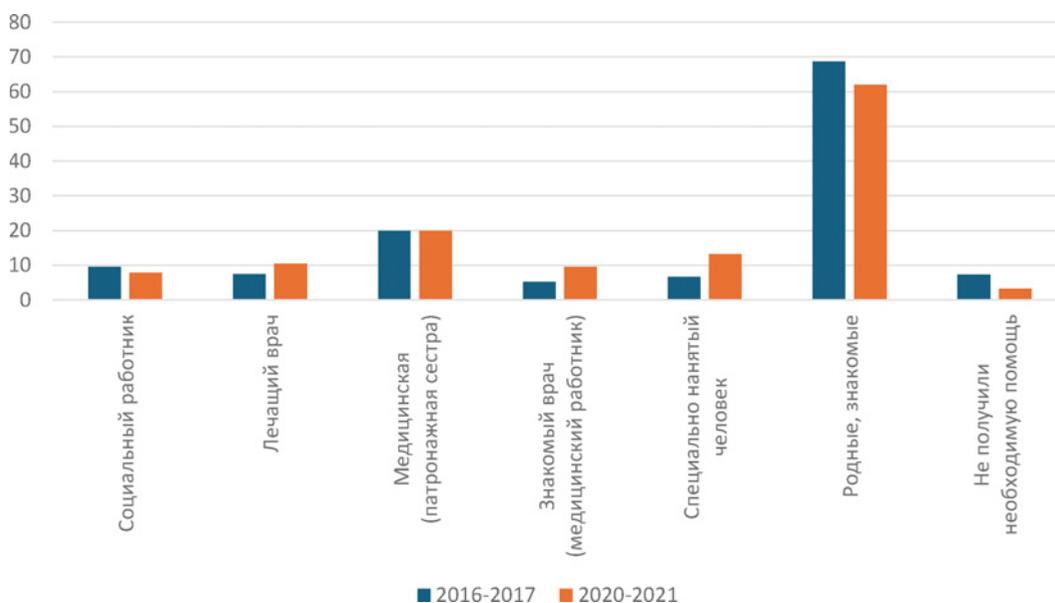


Рис. 2. Источники получения на дому медицинских и санитарно-гигиенических услуг инвалидами всех возрастных групп в 2016–2017 и 2020–2021 гг.

Источник. Составлено авторами по данным Росстат. Получение и нуждаемость в получении на дому медицинских и санитарно-гигиенических процедур в 2016–2017 гг. и в 2020–2021 гг. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi-2-24-2021.docx> (дата обращения: 20.01.2024).

щая в системе социального обеспечения нашего государства. С 2018 г. такая программа реализуется в России в рамках федерального проекта «Демография» в Волгоградской, Костромской, Новгородской, Рязанской, Тульской областях, в дальнейшем количество пилотных регионов увеличивалось на 6 ежегодно, численность получателей услуг долговременного ухода на начало 2023 г. составляло 136 тыс. человек⁸.

Программа поддержки тех, кто полностью или частично утратил способность обслуживать себя самостоятельно, имеет несколько направлений:

- соцобслуживание и медицинская помощь на дому;
- полустационарный уход;
- уход в условиях стационара с привлечением сиделок и патронажных сестёр.

Отличительной особенностью реализуемой программы является адресный подход, вместе с тем она дополняет существующую систему социального обеспечения. Очень важно, что система СДУ предусматривает не только заявительный характер оказания социальной помощи, но и выявительный компонент. Важно, что теперь не только родственники, друзья, знакомые и соседи могут сообщать в социальные службы о пожилom человеке или инвалиде, которому требуется уход, но и работники соцслужб должны выявлять таких граждан в обязательном порядке. Основной упор в рамках программы делается на оказание необходимых услуг на дому, что снижает нагрузку на стационары и медицинскую систему в целом. После обращения и оценки нуждаемости в уходе или помощи составляется индивидуальный план ухода с определённым перечнем услуг, который подлежит пересмотру раз в год.

Так, граждан, исходя из потребностей в определённых видах услуг в рамках СДУ, делят на три уровня:

- первый уровень нуждаемости в постороннем уходе — от 1 до нескольких часов несколько раз в неделю;
- второй уровень нуждаемости в постороннем уходе — от 1 до нескольких часов ежедневно;
- третий уровень нуждаемости в постороннем уходе — от нескольких часов до 24 ч ежедневно, включая ночные часы.

Также очень важно, что по СДУ право на получение помощи возникает у граждан вне зависимости от уровня их материального обеспечения или статуса нуждаемости.

Результаты реализации СДУ в «пилотных» регионах⁹ являются важными на данном этапе. В целом полученные результаты во всех пилотных регионах можно оценить как положительные [2]. На уровне данных немногочисленных пока опросов родствен-

ников людей, нуждающихся в услугах долговременного ухода, наблюдается улучшение физического и психоэмоционального состояния и тех и других, а также, что очень важно, повышение качества жизни. Так, в Рязанской области родственники пожилых и людей с ограниченными возможностями здоровья получили возможность освоить новую профессию «Помощник по уходу» и официально трудоустроиться¹⁰. Число гериатрических кабинетов в региональных поликлиниках выросло с 221 до 1303, а коечный фонд вырос с 2017 по 2022 г. в 4 раза. Однако это не означает полного охвата специализированной помощью пожилых граждан¹¹. В Костромской области выявляют старческую астению — патологию, характеризующуюся снижением физической и функциональной активности. В Новгородской области в рамках реализации пилотного проекта организовано офтальмологическое обследование пациентов домов-интернатов, по итогам которого были закуплены необходимые медикаменты и оборудование, а также проведены операции по коррекции зрения. Положительный опыт пилотных регионов будет распространяться на федеральную программу в целом.

Обобщая положительные итоги реализации пилотного проекта СДУ, можно отметить следующее:

1. Проведение специализированных обучающих программ по уходу за лежачими больными, людьми преклонного возраста и инвалидами, для родственников и медицинского персонала, актуальность, которого отмечают все заинтересованные стороны¹².
2. Предоставление на прокатной основе необходимого для ухода оборудования¹³.
3. Расширение возможностей занятости на оплачиваемой основе для родственников и возможность сохранения ими рабочих мест в рамках своей квалификации¹⁴.
4. Расширение возможностей привлечения и сотрудничества с частными медицинскими организациями¹⁵.

⁹ Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты Тульской области: «Опыт Тульской области по развитию системы долговременного ухода распространяют в других регионах» 09.10.2023. URL: https://mintrud.tularegion.ru/press_center/news/opyt-tulskoy-oblasti-po-razvitiyu-sistemy-dolgovremennogo-ukhoda-rasprostranyat-v-drugikh-regionakh/ (дата обращения: 23.01.2024).

¹⁰ Рязанские Ведомости: «В Рязанской области подвели итоги реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за пожилыми и инвалидами» 22.12.2023. URL: <https://rv-ryazan.ru/v-ryazanskoj-oblasti-podveli-itogi-realizacii-pilotnogo-proekta-po-sozdaniyu-sistemy-dolgovremennogo-uxoda-za-pozhilymi-i-invalidami/> (дата обращения: 23.01.2024).

¹¹ Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ: «За пять лет в РФ созданы гериатрические центры в 75 субъектах» 31.03.2022. URL: <https://minzdrav.gov.ru/en/special/news/2022/03/31/18535-za-pyat-let-v-rf-sozdany-geriatricheskie-tsentry-v-75-sub-ektah> (дата обращения: 23.01.2024).

¹² «В пилотных регионах функционирует 523 «Школы ухода», в которых в 2022 году обучено навыкам ухода свыше 15 тыс. человек, в том числе осуществляющих «родственный» уход за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе» [13; п. 13].

¹³ «...действует 471 пункт проката технических средств реабилитации, услугами которых воспользовались 15,7 тыс. человек». [Там же]

⁸ Пункт 11 Доклада Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации о реализации отраслевых документов стратегического планирования Российской Федерации по вопросам, находящимся в ведении Правительства Российской Федерации. URL: <https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1201-src-1685957294.485.docx> (дата обращения: 22.01.2024).

Стационарные организации социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов

Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Количество стационарных организаций социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов, ед.													
Дома-интернаты (пансионаты)	904	865	840	819	756	700	702	584	556	544	535	530	506
Психоневрологические интернаты	502	488	505	531	540	514	523	525	528	517	523	530	540
Геронтологические центры	32	31	30	30	28	27	28	30	30	32	33	31	32
Геронтопсихиатрические центры	–	–	–	–	–	–	–	6	5	5	5	4	6
Всего...	1 438	1 384	1 375	1 380	1 324	1 241	1 253	1 145	1 119	1 098	1 096	1 095	1 084
Численность проживающих в стационарных организациях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, чел.													
Дома-интернаты (пансионаты)	92 929	91 992	91 035	90 067	88 379	88 022	85 835	77 183	76 590	79 495	67 278	68 350	67 521
Психоневрологические интернаты	139 624	141 101	145 191	147 128	149 678	151 862	157 291	159 610	161 274	157 555	154 591	157 421	158 889
Геронтологические центры	7 906	7 621	7 647	6 861	6 870	6 873	7 045	8 020	7 909	8 225	6 493	6 039	7 274
Геронтопсихиатрические центры	–	–	–	–	–	–	–	1 710	1 637	1 647	1 514	1 524	1 387
Всего...	240 459	240 714	243 873	244 056	244 927	246 757	250 171	246 523	247 410	246 922	229 876	233 334	235 071

Источник. Составлено авторами по данным: Росстат. Стационарные организации социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей). URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2-9_2022.xlsx (дата обращения: 25.01.2024).

5. Улучшение физического и психоэмоционального состояния не только получателей ухода, но и членов их семей.

6. Улучшение качества повседневной жизни получателей ухода и их семей [2].

Помимо объективно положительных аспектов реализации СДУ в пилотных регионах выявлены и точки роста:

1. Низкий уровень информированности граждан о реализации и возможностях СДУ. Необходимо усиление информационной поддержки федеральной программы и расширение каналов информирования целевой аудитории, в частности через систему медицинских учреждений (региональных больниц и поликлиник).

2. Необходимость совершенствования механизмов межведомственного взаимодействия с целью обеспечения оперативного взаимодействия и реагирования.

3. Усиление кадрового обеспечения и необходимость комплексного обучения сотрудников навыкам общего и специального ухода по новым требованиям, нормам профессиональной этики и деонтологии.

4. Необходимость модернизации материально-технической базы существующих учреждений социального обслуживания в соответствии с требованиями СДУ и строительство новых учреждений.

¹⁴ «Свыше 10,7 тыс. человек сохранили рабочие места, включая 3,7 тыс. человек в 2022 г.; более 2 тыс. родственников, осуществляющих уход за своими близкими, получили возможность вернуться на работу; создано дополнительно 8,5 тыс. рабочих мест для предоставления услуг по уходу, включая 3,8 тыс. рабочих мест в 2022 г. Наряду с этим в 14 пилотных регионах имеется опыт трудоустройства родственников граждан, нуждающихся в уходе, помощниками по уходу в организации социального обслуживания. В 2022 году в данных пилотных регионах трудоустроено 276 родственников». [Там же].

¹⁵ Постановление Правительства РФ от 27.12.2019 № 1915 «О реализации в субъектах Российской Федерации пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности».

Такой масштабный проект, как СДУ, требует создания и развития соответствующей инфраструктуры, и это одна из самых затратных статей расходов. Так, с 2010 по 2022 г. общее количество стационарных организаций социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов сократилось на 354, а общая численность пациентов сократилась на 5388 человек (таблица). При этом количество геронтологических центров в 2022 г. составило 32 ед., а численность проживающих в них — 7,2 тыс. человек. С 2010 г. количество центров неизменно, а численность пациентов сократилась на 0,7 тыс. человек.

С 2017 г. действуют 6 геронтопсихологических центров, численность пациентов в них составляет почти 1,4 тыс. человек, планомерно сокращаясь с 2017 г. При этом такая статистика не означает снижение потребности в услугах таких организаций и уменьшение количества потенциальных пациентов. Поскольку, по данным Минтруда, очередь на стационарное социальное обслуживание по состоянию на 01.01.2021 составила 3449 человек, в том числе 2162 человек — в психоневрологические интернаты¹⁶.

Так, по системе медицинского обеспечения наблюдается около 30% необращений среди инвалидов за медицинскими услугами в медицинские организации (рис. 3).

Основными причинами являются неудовлетворённость работой медицинских организаций и неэффективное лечение, что приводит к необходимости осуществлять лечение самостоятельно.

Обсуждение

Основным препятствием на пути к успешной реализации программы долговременного ухода является согласование схемы финансирования. Пилот-

¹⁶ Доклад Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации о реализации отраслевых документов стратегического планирования Российской Федерации по вопросам, находящимся в ведении Правительства Российской Федерации. URL: <https://mintrud.gov.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1201-src-1622533941.3368.docx> (дата обращения: 25.01.2024).

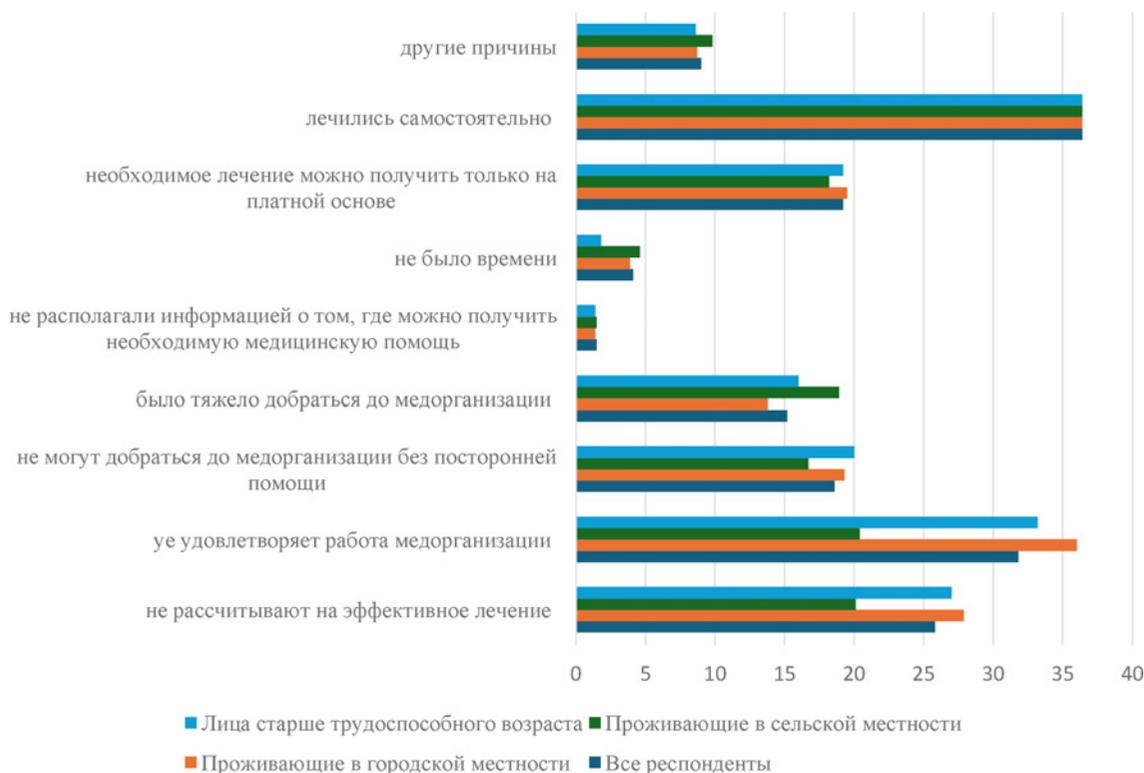


Рис. 3. Причины необращения за медицинской помощью в медорганизации среди инвалидов старше 15 лет по данным за 2022 г.

Источник. Составлено авторами по данным: Росстат. Причины необращения за медицинской помощью в медорганизации и получение медицинской помощи из других источников инвалидов в возрасте 15 лет и более в 2022 году. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/2-18_2022.doc (дата обращения: 25.01.2024).

ный проект реализовывался по системе софинансирования федерального и региональных бюджетов, в отдельных регионах РФ пилотный проект финансировался полностью за счёт средств регионального бюджета (Москва, Республика Башкортостан, Красноярский край, Калужская область). На период 2020–2024 гг. на создание СДУ из средств федерального бюджета было выделено в среднем по 2 млрд руб. ежегодно¹⁷. Внедрение СДУ на постоянной основе на территории всей России по оценкам разных ведомств может потребовать 300–600 млрд руб. ежегодно, что составит до 0,4% от ВВП страны (по расчётам относительно 2023 г.). Для сравнения сумма доходов Фонда пенсионного и социального страхования РФ от страховых взносов по итогам 2022 г. составила 783 млрд руб.¹⁸ При этом относительно расходов на финансирование СДУ странами Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) это значение в 3 раза меньше (в среднем расходы на СДУ в странах ОЭСР составляют 1,5%, от 0,3% на Кипре и в Словакии до 4,1% в Нидерландах) [3].

¹⁷ Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты РФ: «Министр Максим Топилин: 11 регионов получают поддержку из федерального бюджета на создание системы долговременного ухода». URL: <https://mintrud.gov.ru/social/102> (дата обращения: 26.01.2024).

¹⁸ Годовой отчет Фонда пенсионного и социального страхования РФ за 2022 г. URL: https://sfr.gov.ru/files/id/press_center/godovoi_otchet/GodOtchet_2022.pdf (дата обращения: 26.01.2024).

В целом существуют три основных источника финансирования СДУ: финансирование за счёт налоговых отчислений (средства бюджетов); финансирование по системе государственного социального страхования; финансирование за счёт софинансирования населением и частного страхования. В большинстве развитых стран (страны ОЭСР) финансирование СДУ осуществляется гибридным способом за счёт взносов в специальные фонды работников и работодателей, а также государственного софинансирования. При этом в большинстве стран — участников ОЭСР финансирование СДУ осуществляется преимущественно за счёт средств государственного бюджета. Частное страхование, несмотря на развитый рынок финансовых инструментов и услуг, при этом развито слабо и обеспечивает не более 2% всех расходов на финансирование СДУ [3, С. 84–91].

Относительно финансирования СДУ за счёт средств бюджета Министерство финансов РФ обозначило свою позицию против такого подхода и заявляет об отсутствии необходимых средств¹⁹. Финансирование СДУ за счёт увеличения социальных взносов приведёт к повышению нагрузки на фонд оплаты труда. По предварительным оценкам авторов, чтобы обеспечить полное финансирование

¹⁹ «Глава минфина РФ раскритиковал пилотный проект по уходу за пожилыми». URL: <https://finance.rambler.ru/realty/48726121-glavaminfina-rf-raskritikoval-pilotnyy-proekt-po-uhodu-za-pozhilyimi/> (дата обращения: 26.01.2024).

СДУ за счёт увеличения социальных взносов, их ставку придётся повысить на 10–20% с текущих 30% до 40–50% соответственно, что может спровоцировать увод заработных плат в зону неформального сектора и общее сокращение поступлений страховых взносов.

Анализируя опыт развитых стран и учитывая российскую специфику, наиболее целесообразно на данном этапе развития СДУ, по мнению авторов, принятие гибридной модели финансирования, где часть расходов финансируется за счёт взносов граждан в специализированный фонд, а часть расходов покрывается за счёт средств государственного бюджета из определённых источников поступлений. При этом развитие частного страхования как дополнительного источника покрытия расходов на долгосрочный уход не теряет своей актуальности. В настоящее время в России обсуждаются разные варианты финансирования СДУ, однако пока согласованное решение не принято, СДУ продолжает действовать в пилотном режиме²⁰.

Заключение

Полученные в исследовании результаты говорят о том, что СДУ в России находится на начальном этапе своего развития, фактически не выйдя за последние 6 лет за рамки пилотного проекта. Однако реализация пилотного проекта дала свои положительные итоги, в частности, протестирована и разработана унифицированная модель СДУ для регионов, разработана и внедрена система оценки нужды и автономности пожилых граждан и инвалидов, разработан и унифицирован список услуг, разработаны и внедрены обучающие программы как для родственников, так и для персонала, установлено межведомственное взаимодействие. Во многих регионах получены объективно положительные результаты, но также выявлены точки роста. По мнению авторов, необходимо продолжить работу по созданию системы подбора и обучения персонала для СДУ, установить более тесный контакт с полу-

чателями помощи и их родственниками, усилить подтверждённые результаты реализации пилотного проекта более углублёнными социологическими исследованиями, продолжать работу в области совершенствования системы межведомственного взаимодействия, разрабатывать инвестиционные программы по созданию соответствующей инфраструктуры. Основными препятствиями на пути к внедрению СДУ на всей территории России является отсутствие согласованного решения относительно источников финансирования программы, очевидно, что для региональных бюджетов финансирование СДУ является непомерной нагрузкой, что требует поиска решения на федеральном уровне.

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счёт бюджетных средств по государственному заданию ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации». Авторы заявляют об отсутствии конфликта интереса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Некипелова Д. В. Социально-экономическое положение малообеспеченных групп населения в условиях роста инфляции и волатильности потребительских цен // Вестник Российского экономического университета имени Г. В. Плеханова. 2023. Т. 20, № 6. С. 144–155. DOI: 10.21686/2413-2829-2023-6-144-155
2. Олескина Е. А. Система долгосрочного ухода: старость не должна быть временем, когда человек остается наедине со своими бедами и болезнями или становится обузой для семьи // Социодиггер. 2022. № 5–6. С. 59–64.
3. Селезнева Е. В., Синявская О. В., Якушев Е. Л. и др. Система долгосрочного ухода: уроки международного опыта для России: доклад к XXIII Ясинской (Апрельской) междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества (Москва, Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики», 2022 г.). М.; 2022. 156 с.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Nekipelova D. V. Socio-economic situation of low-income groups of the population in conditions of rising inflation and volatility of consumer prices. *Bulletin of the Russian Economic University named after G. V. Plekhanov*. 2023;20(6):144–155. (In Russ.) DOI 10.21686/2413-2829-2023-6-144-155
2. Oleskina E. A. Long-term care system: old age should not be a time when a person is left alone with his troubles and illnesses or becomes a burden for the family. *Sociodigger*. 2022;(5–6): 59–64. (In Russ.)
3. Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Yakushev E. L. et al. Long-term care system: lessons from international experience for Russia: report. To the XXIII Yasinsk (April) international scientific conf. on problems of economic and social development, Moscow, 2022. 156 p. (In Russ.)

²⁰ Приказ Минтруда России от 29.12.2023 № 902 «О реализации в Российской Федерации в 2024 году пилотного проекта по созданию системы долгосрочного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, в рамках федерального проекта „Старшее поколение“ национального проекта „Демография“».

© ТИМЧЕНКО Т.Н., 2024
УДК 614.2

Тимченко Т. Н.

НЕНАДЛЕЖАЩАЯ ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА БОРТУ МОРСКОГО СУДНА КАК ФАКТОР РИСКА НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЛЕНОВ ЭКИПАЖА

ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», Проспект Ленина, 93, Новороссийск, 353924, Россия

Одной из важнейших медицинских и социальных проблем в мире является постоянный рост травматизма и смертности на рабочем месте. Статистические данные свидетельствуют о том, что своевременное оказание первой медицинской помощи пострадавшим положительно влияет на дальнейшее медицинское сопровождение и снижение количества летальных исходов. Первая помощь членам экипажей морских судов представляет собой комплекс простейших медицинских действий, выполняемых моряками непосредственно на борту судна в кратчайшие сроки после травмы или возникновения заболевания. Как правило, первая помощь связана с экстренной реанимацией пострадавшего. Отсутствие необходимых навыков и подготовки у действующих членов экипажа судна к проведению операций по оказанию первой медицинской помощи показывает объективную необходимость в пересмотре действующей системы обучения.

Ключевые слова: морское судно; члены экипажа; первая медицинская помощь; правила оказания; обучение; меры по совершенствованию

Для цитирования: 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(специальный выпуск 1):659—663. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-659-663>

Для корреспонденции: Тимченко Татьяна Николаевна; e-mail: timchenkomga@gmail.com

Timchenko T. N.

INADEQUATE FIRST MEDICAL AID ON BOARD A SEA VESSEL AS A RISK FACTOR FOR CREW MEMBERS' HEALTH

Admiral Ushakov State Maritime University, Novorossiysk, 353924, Russia

Currently, one of the most important health and social problems in the world is the constant increase in injuries and deaths at work. Statistics show that timely provision of first aid to victims has a positive effect on further medical support and a reduction in the number of deaths. First aid for crew members of sea vessels is a set of simple medical actions performed by seafarers directly on board the ship, as soon as possible after an injury or illness. As a rule, it is associated with emergency resuscitation of the victim. The lack of necessary skills and training among current ship crew members to carry out first aid operations shows an objective need to develop recommendatory measures to revise the current training system.

Keywords: sea vessel; crew members; first aid; rules of provision; training; improvement measures

For citation: Timchenko T. N. Inadequate first medical aid on board a sea vessel as a risk factor for crew members' health. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(Special Issue 1):659–663 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-659-663>

For correspondence: Tatyana N. Timchenko; e-mail: timchenkomga@gmail.com

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024
Accepted 07.05.2024

Введение

Тем, кто работает в море, за сотни миль от ближайшего медицинского учреждения, своевременно оказанная первая медицинская помощь (ПМП) не только сохраняет здоровье, но и спасает жизнь. В ситуации, когда здоровье работника в опасности, капитан отклоняет судно от основного курса следования, чтобы доставить пострадавшего или заболевшего сотрудника в больницу. Когда изменение маршрута невозможно или ситуация критическая, на помощь приходит телемедицина¹.

Очень часто смерть члена экипажа судна наступает не из-за тяжести травм, а из-за отсутствия элементарных знаний по вопросам оказания надлежащей ПМП у оказавшихся рядом моряков. Практи-

кой установлено, что оптимальный срок оказания ПМП составляет до 30 мин после получения травмы, а при отравлении — до 10 мин. При остановке дыхания это время сокращается до 5–7 мин. Важность фактора времени подчёркивается хотя бы тем, что среди лиц, получивших ПМП в течение 30 мин после травмы, осложнения возникают в 2 раза реже, чем у лиц, которым помощь была оказана позже этого срока. Каждые 20 из 100 погибших моряков могли быть спасены, если бы помощь оказывалась своевременно и правильно на рабочем месте. Отсутствие надлежащей ПМП членам экипажа в течение 1 ч после травмы увеличивает количество летальных исходов среди тяжело поражённых на 30%, до 3 ч — на 60%, до 6 ч — на 90%, т. е. смертность возрастает почти вдвое.

Нельзя отрицать, что одной из важнейших составляющих готовности к оказанию ПМП является процесс обучения правилам её оказания ответствен-

¹ Телемедицина на суше и на море. Кол-центры для моряков // Трудовая оборона. URL: <https://oborona.media/marine-telemedicine/> (дата обращения: 20.12.2023).

ных лиц, не имеющих медицинского образования. По мнению автора, лучшим наставником при ведении курсов по оказанию ПМП плавсоставу может быть лицо, абсолютно владеющее не только навыками оказания ПМП, но и обладающее педагогическим талантом. На сегодняшний день, программы и методы, используемые для подготовки медицинского персонала, не адаптированы для обучения членов экипажей морских судов.

В этой связи **цель** исследования заключается в разработке рекомендательных мер по повышению профессиональных навыков членов экипажей морских судов при оказании ПМП на борту судна.

Материалы и методы

Объектом настоящего исследования выступили вопросы сохранения здоровья членов экипажей морских судов. Предметом исследования стали процедуры и процессы оказания ПМП на борту морского судна. Источником получения информации послужили международные и национальные нормативные правовые акты, регламентирующие профессиональную деятельность моряков, научные труды учёных по теме исследования, а также собственные исследования в области оказания надлежащей ПМП.

На первоначальном этапе выявлены основные принципы охраны здоровья в Российской Федерации и обязательные требования международных конвенций по защите здоровья членов экипажей морских судов. На втором этапе исследованы положения Международного руководства по судовой медицине и современный подход к обучению моряков оказанию ПМП. В заключении сформулированы рекомендательные меры относительно предупреждения развития профессиональных заболеваний, вирусных инфекций, минимизации летальных исходов на борту судна за счёт повышения качества оказания ПМП.

В ходе исследования были использованы аксиоматический метод, дедуктивный подход, контент-анализ, анализ и синтез.

Результаты

По данным Международной организации труда (МОТ) около 2,3 млн мужчин и женщин ежегодно погибают в результате несчастных случаев на рабочем месте или связанных с работой заболеваний — в среднем 6000 человек ежедневно. В мире ежегодно регистрируется примерно 340 млн несчастных случаев на производстве и 160 млн жертв профессиональных заболеваний. МОТ регулярно обновляет эти данные, изменения которых показывают рост количества несчастных случаев и ухудшений состояния здоровья. Наибольшую смертность среди работников вызывают профессиональные заболевания. Только вредные вещества являются причиной 651 279 смертей в год².

Работа моряка отличается от работы на суше. Моряки сталкиваются с более тяжёлыми условиями работы. На условия труда моряков оказывают влия-

ние различные факторы окружающей среды (например, шторм, экстремальный холод или жара). Кроме того, ожоги, шумы, вибрация, воздействие химических веществ, длительные переходы, невозможность оказания надлежащей медицинской помощи и изоляция приводят к различным физическим и психическим недугам. В этой связи у моряков очень высок уровень заболеваемости и смертности.

Так, К. В. Конфино отмечает, что моряки, осуществляющие профессиональную деятельность на танкерах, подвержены токсичному влиянию перевозимых нефтепродуктов (бензин, керосин, дизельное топливо, нефть, битум, мазут, газойль вакуумный и др.). Длительное воздействие концентрированных паров приводит к раздражению слизистой глаз, потере зрения, кожным заболеваниям, аллергическим реакциям, повреждениям нервной системы, заболеваниям дыхательных путей [1].

Результаты исследований Т. Н. Тимченко и соавт. подтверждают, что, несмотря на надлежащее обеспечение необходимых условий труда судовладельцами, члены экипажа водных судов подвержены сильным шумовым, вибрационным и тепловым воздействиям, приводящим к развитию нейросенсорной тугоухости [2].

А. Л. Боран-Кешишьяна и соавт. выявили негативное влияние несвоевременной репатриации членов экипажа на их психическое здоровье. Кроме того, результаты их исследований доказали, что превышение сроков трудового контракта моряка может стать причиной суицида на борту судна [3].

Авторы данных научных изысканий определили следующие причины смертности плавсостава [4]:

- некоторые инфекционные и паразитарные заболевания;
- новообразования;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не классифицированные в других рубриках;
- внешние причины заболеваемости и смертности.

Отсутствие на борту судна должного рациона питания с учётом условий выполняемых рейсов, ненадлежащая квалификационная подготовка судовых поваров, а также недостаточное финансирование отдельными судовладельцами суточного продовольственного содержания членов экипажа приводят к развитию заболеваний органов пищеварения моряков: язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, гастриту, панкреатиту [5].

Таким образом, можно констатировать, что в определённых сложных ситуациях в рейсе, которые могут угрожать здоровью членов экипажа судна,

² Международная организация труда. Мировая статистика. URL: https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_249276/lang--ru/index.htm (дата обращения: 20.12.2023).

морьяк может рассчитывать, в первую очередь, на оказание надлежащей ПМП в целях защиты своего здоровья.

Первая помощь пострадавшему представляет собой комплекс простейших действий (обоснованных медициной), выполняемых непосредственно на месте происшествия, в кратчайшие сроки после травмы (поражения). Она должна быть оказана немедленно и от неё зачастую зависит исход травмы. Мировая практика свидетельствует о том, что оказанная в срок (максимум до 30 мин после травмы) первая помощь пострадавшему существенно снижает тяжесть последствий, особенно смерти³.

Основными целями оказания ПМП являются спасение жизни пострадавших, предупреждение возможных осложнений. В России умение каждым работником оказывать ПМП предусматривается требованиями Трудового кодекса РФ, а также Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с основными положениями данного нормативного документа охрана здоровья должна базироваться на следующих принципах:

- 1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет охраны здоровья детей;
- 4) социальная защищённость граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) доступность и качество медицинской помощи;
- 7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) соблюдение врачебной тайны.

При этом право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи.

На международном уровне защита здоровья членов экипажей морских судов обеспечивается положениями Конвенции МОТ № 164 о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков (Женева, 08.10.1987). Данный нормативный право-

вой акт обязывает любого судовладельца обеспечить принятие мер по охране здоровья и медицинскому обслуживанию моряков на борту судна, которые направлены на то, чтобы морякам обеспечивались охрана здоровья и медицинское обслуживание, сравнимые, по возможности, с теми, которые обычно предоставляются работодателем на берегу.

Все суда, на которые распространяется действие Конвенции о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков и не имеющие врача на борту, должны иметь в составе судовой команды по крайней мере одного или нескольких назначенных лиц, ответственных за медицинское обслуживание и выдачу лекарственных средств.

Лица, ответственные за медицинское обслуживание на борту и не являющиеся врачами, должны получить удовлетворительные знания по завершению утверждённого компетентным органом курса теоретической и практической подготовки в области медицины.

Этот курс должен включать:

- 1) для судов водоизмещением менее 1600 тонн — начальную подготовку, которая даёт таким лицам возможность принимать немедленные эффективные меры при несчастных случаях или заболеваниях, которые могут произойти на борту, и использовать медицинскую консультацию по радио- или спутниковой связи;
- 2) для всех других судов — повышенную медицинскую подготовку, включающую практическую подготовку в отделении срочной медицинской помощи/травматологическом отделении больницы, если это возможно, и подготовку по таким методам спасения жизни, как внутривенная терапия, что даёт таким лицам возможность эффективно участвовать в координированных системах оказания медицинской помощи на борту находящихся в море судов и обеспечивать больным или получившим травму удовлетворительный уровень медицинского обслуживания в период их вероятного нахождения на борту судна. По мере возможности такая подготовка должна проводиться под контролем врача, обладающего глубокими знаниями и пониманием медицинских проблем моряков и обстоятельств, связанных с их профессией, включая специальные знания вопросов оказания медицинской помощи по радио- или спутниковой связи.

Необходимо отметить, что курсы по оказанию ПМП должны проводиться на основе последнего издания Международного руководства по судовой медицине⁴, Руководства по оказанию ПМП при несчастных случаях, связанных с опасными веществами, Инструкции Международного руководства по

³ Главное управление МЧС России. Оказание первой помощи пострадавшим. URL: <https://17.mchs.gov.ru/deyatelnost/press-centr/operativnaya-informaciya/vnimanie/1856156> (дата обращения 20.12.2023).

⁴ Всемирная организация здравоохранения. Международное руководство по судовой медицине. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43814/9789244547205_rus.pdf?sequence=17&isAllowed=y (дата обращения 10.01.2024).

обучению моряков, опубликованных Международной морской организацией, а также медицинского раздела Международного кода сигналов и на основе аналогичных национальных руководств.

Обсуждение

Конвенция 2006 г. «О труде в морском судоходстве» МОТ предусматривает наличие на борту каждого судна⁵:

- судовой аптеки;
- медицинского оборудования;
- медицинского руководства.

После опубликования Всемирной организацией здравоохранения в 1967 г. первого издания Международное руководство по судовой медицине стало общепризнанным руководством. Второе издание, написанное в 1988 г., было переведено более чем на 30 языков мира. Последнее издание содержит полностью обновлённые рекомендации, направленные на укрепление и охрану здоровья моряков, и согласуется с редакциями Примерного перечня ВОЗ основных лекарственных средств и Международных медико-санитарных правил.

Международное руководство по судовой медицине должно находиться в судовой аптеке, и с его содержанием необходимо ознакомиться до возникновения на борту судна ситуации, требующей экстренной медицинской помощи. Таким образом, если в плавании кто-то из членов экипажа заболел или получит травму, то из Руководства можно узнать, как оказывать медицинскую помощь в том или ином случае.

Структура глав Руководства с 1 по 24:

- общее описание симптома или заболевания;
- пояснительные примечания, где это необходимо;
- признаки и симптомы;
- основные вопросы, которые нужно задать больному;
- что делать;
- чего нельзя делать.

Эти главы содержат также информацию о том, как предупреждать отдельные травмы или болезни с помощью мер, которые могут быть приняты на борту судна. Общие меры профилактики болезней, а также меры, направленные на укрепление и охрану здоровья моряков, рассматриваются в главе 30 Руководства.

Поскольку быстрое вмешательство при угрожающих жизни состояниях имеет огромное значение, в первых 11 главах Руководства представлены основные принципы оказания ПМП и даны рекомендации, касающиеся безотлагательных действий в случаях асфиксии, кровотечения, шока, болевого синдрома, травм, ранений, ожогов и отравлений.

Для оказания квалифицированной ПМП на борту судна на первоначальном этапе необходимо оценить ситуацию — определить суть произошедшего и установить, сохраняется ли опасность для пострадавшего. Если член экипажа один обнаружил пострадавшего, то необходимо позвать на помощь, а также выбрать наилучшее место для оказания первой помощи. Если пострадало несколько членов экипажа, то необходимо определить, кому из них нужно оказать помощь в первую очередь.

Перечень действий, которые нельзя проводить при оказании ПМП:

- 1) не приступать к оказанию ПМП, если нет уверенности, что она будет сделана правильно;
- 2) не входить в замкнутое пространство, если нет уверенности, что там безопасно;
- 3) не перемещать пострадавшего, не исключив у него повреждений спинного мозга и переломов длинных костей;
- 4) не давать пострадавшему пить и есть.

Главной задачей оказания ПМП и на борту судна является восстановление жизненно важных функций, т. е. проведение реанимационных мероприятий, направленных на спасение жизни члена экипажа. Жизнь моряка находится в опасности, если одна из двух или обе жизненно важные функции, такие как дыхание (дыхательная функция) и кровообращение (сердечная деятельность), отсутствуют или вскоре прекратятся, что может привести к смерти человека, если ему не будет оказана надлежащая экстренная помощь.

Таким образом, можно констатировать, что реанимационные мероприятия восстанавливают две жизненно важных функции: дыхание и кровообращение. При проведении этих мероприятий необходимо придерживаться определённой последовательности, чтобы обеспечить проходимость дыхательных путей, восстановить дыхание и кровообращение. Сердечно-лёгочная реанимация является основным компонентом мероприятий по восстановлению жизненно важных функций, она включает в себя искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.

На борту судна имеются медицинский пункт с достаточно обширной аптекой и койко-местом, инструментарий для проведения простых операций, таких как зашивание ран, установка капельниц, проведение инъекций. Однако из медицинского оборудования на судне имеется только дефибриллятор и простые реанимационные средства.

На судне функции по оказанию ПМП возлагаются на любого члена экипажа, прошедшего базовые курсы подготовки по оказанию первой помощи и медицинскому уходу за больными и получившего действующий сертификат. Правовым документом при оказании первой помощи на морском транспорте является требование Правила VI/4 Международной конвенции о подготовке, дипломировании моряков и несении вахты (ПДНВ) 1978 г. с поправками и разд. А-VI/4, таблицы А-VI/4-1, А-VI/4-2 Кодекса ПДНВ.

⁵ Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве // Справочник МФТ для моряков по Конвенции МОТ о труде в морском судоходстве. URL: <https://www.itfglobal.org/sites/default/files/node/page/files/2017%20ITF%20MLC%20Guide%20RU.pdf> (дата обращения: 28.12.2023).

Нормативно установленные объём и сроки обучения по программе «Оказание первой медицинской помощи»

Вид учебной работы	Всего часов	
	полный курс	сокращённый курс
Общая трудоёмкость	30	24
Лекции	10	10
Практические занятия	18	12
Самостоятельная работа	По результатам входного контроля	По результатам входного контроля
Вид итогового контроля	Экзамен (2 ч)	Экзамен (2 ч)

Согласно конвенционным требованиям каждый член экипажа судна перед уходом в рейс должен пройти курсы оказания ПМП (разд. А-VI/4, таблицы А-VI/4-1, А-VI/4-2). В свою очередь эти курсы охватывают нормативно установленные объём и сроки обучения (таблица).

Из огромного объёма информации по медицине, который получает моряк при обучении, через непродолжительное время в памяти практически ничего не остаётся, и перед задачей в режиме реального времени он оказывается совершенно бессилён. Кроме того, сказывается отсутствие практической подготовки в специализированных медицинских учреждениях по использованию определённого медицинского оборудования и выработке навыков проведения конкретных медицинских мероприятий.

Учитывая тот факт, что члены экипажей водных судов работают вахтовым методом и сменяют друг друга на борту, можно констатировать высокий риск заболеваемости вирусными или грибковыми инфекциями, которые не встречаются в их родных странах. Так, во время пандемии COVID-19 капитаны многих судов не знали, как изолировать больных, как за ними ухаживать и каким правилам должен следовать экипаж, чтобы остановить распространение инфекции.

Заключение

Всё вышесказанное позволяет сделать вывод о том, что на сегодняшний день члены экипажей морских судов не в полной мере подготовлены для оказания ПМП на борту судна в условиях возникновения нестандартных ситуаций и применения имеющегося медицинского оборудования. В целях предупреждения развития профессиональных заболеваний, вирусных инфекций, а также минимизации летальных исходов на борту судна в работе предлагаются следующие мероприятия:

Введение обязательных требований по проведению практических занятий по курсу «Оказание первой медицинской помощи» для моряков в специ-

альных медицинских учреждениях, а не в оборудованных кабинетах образовательных организаций.

Оборудование морских судов медицинскими манипуляторами и лечебно-диагностическими приборами, а также внедрение новых возможностей по графической и аналитической обработке в реальном времени информации, получаемой с их помощью.

Проведение капитаном судна регулярных проверок знаний основных положений Международного руководства при оказании ПМП членами экипажа судна.

Внедрение предложенных мер позволит сократить количество случаев потери члена экипажа при выполнении профессиональных функций, а также повысит эффективность оказания последующей медицинской помощи.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Конфино К. В. Влияние производственных факторов на здоровье членов экипажа нефтеналивного флота // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 1. С. 61–67.
- Тимченко Т. Н., Коперчак О. П. Исследование проблемы профессиональной потери слуха у членов экипажей водных судов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31, № 6. С. 1337–1343.
- 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. Т. 30, № 6. С. 1306–1312.
- Абакумов А. А., Бумай О. К., Верведа А. Б. и др. Анализ смертности плавсостава морского и речного флота // Медицина экстремальных ситуаций. 2016. № 2. С. 80–90.
- Тимченко Т. Н., Ботнарюк М. В. Обеспечение сбалансированного питания на борту морского судна как мера защиты здоровья членов экипажа // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32, № 1. С. 68–74.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

- Confino K. V. The influence of production factors on the health of crew members of the oil tanker fleet. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(1):61–67. (In Russ.)
- Timchenko T. N., Koperchak O. P. Study of the problem of occupational hearing loss among crew members of water vessels. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2023;31(6):1337–1343. (In Russ.)
- Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Untimely repatriation of ship crew members as a threat to mental health problems. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2022;30(6):1306–1312. (In Russ.)
- Abakumov A. A., Bumay O. K., Verveda A. B. et al. Analysis of the mortality rate of sea and river fleet personnel. *Medicine of extreme situations*. 2016;(2):80–90. (In Russ.)
- Timchenko T. N., Botnaryuk M. V. Providing a balanced diet on board a sea vessel as a measure to protect the health of crew members. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine*. 2024;32(1):68–74. (In Russ.)

Тишутин А. А.

ФИНАНСОВЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ФГБОУ «Российский государственный университет им. А. Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», 119071, Москва, Россия

Тема финансового обеспечения развития здравоохранения является особенно актуальной в связи с тем, что общественное здоровье выступает залогом успешного функционирования государственной системы. В статье рассмотрены ключевые направления развития здравоохранения и проведён анализ расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение. Преобразования в системе здравоохранения направлены на оптимизацию работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, формирование системы непрерывной подготовки медицинских кадров и критериев оценки качества и доступности медицинской помощи.

Ключевые слова: развитие здравоохранения; финансовое обеспечение; медицинские услуги; государственно-частное партнёрство; бюджетная система

Для цитирования: Тишутин А. А. Финансовые аспекты развития здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):664–669. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-664-669>

Для корреспонденции: Тишутин Андрей Александрович; e-mail: tishutin-aa@rguk.ru

Tishutin A. A.

FINANCIAL ASPECTS OF HEALTHCARE DEVELOPMENT

Kosygin Russian State University (Technologies. Design. Art), 119071, Moscow, Russia

The topic of financial support for the development of healthcare is especially relevant today due to the fact that public health is the key to the successful functioning of the state system. The article examines the key areas of health care development and analyzes the expenditures of the budgets of the budgetary system of the Russian Federation on health care. The transformations in the healthcare system are aimed at optimizing the work of medical organizations providing primary health care, forming a system of continuous training of medical personnel and forming criteria for assessing the quality and accessibility of medical care.

Keywords: healthcare development; financial support; medical services; public-private partnership; budget system

For citation: Tishutin A. A. Financial aspects of healthcare development. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):664–669 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-664-669>

For correspondence: Andrey A. Tishutin; e-mail: tishutin-aa@rguk.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

В настоящее время в условиях модернизации отечественного здравоохранения большое значение придаётся финансовым аспектам развития здравоохранения, ввиду того, что общественное здоровье является залогом успешного функционирования государственной системы. Здоровье населения выступает ключевым фактором социально-экономического развития любого государства, которое определяет будущее страны и затрагивает все сферы общественной жизни современного социума [1].

Экономика здравоохранения — относительно новое, но в то же время активно развивающееся направление экономической науки. Так, в России экономика здравоохранения получила своё развитие только во второй половине XX в., что обусловлено переходом на рыночную экономику. Формирование и сохранение человеческих ресурсов, которые могут обеспечить экономическое развитие государства, находятся в прямой зависимости от состояния здоровья населения и эффективности функционирования системы здравоохранения [2].

Следует подчеркнуть, что с целью повышения качества медицинской помощи и доступности медицинского обслуживания отрасль здравоохранения находится в постоянном поиске оптимальных путей реформирования. Сегодня она находится на очередном этапе трансформации, ставящем своей задачей повышение эффективности отечественного здравоохранения. Преобразования в системе здравоохранения направлены на оптимизацию работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, формирование системы непрерывной подготовки медицинских кадров и критериев оценки качества и доступности медицинской помощи. Все эти направления требуют финансовых ресурсов, поэтому тема финансового обеспечения развития здравоохранения является актуальной и требует рассмотрения.

Цель исследования заключается в рассмотрении финансовых аспектов развития здравоохранения.

Материалы и методы

Теоретическую основу исследования составили работы отечественных авторов, рассматривающих финансовые аспекты развития здравоохранения [1–

5]. В практической части исследования использованы данные Счётной палаты РФ, информация, представленная в журнале «Здравоохранение России» и в материалах НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента. В ходе исследования автором были применены методы эмпирического, системного и сравнительного анализа.

Результаты

Здравоохранение представляет собой систему социально-экономических и врачебно-профилактических мероприятий, которые направлены на сохранение и повышение уровня общественного здоровья, эффективная работа которой обеспечивается за счёт финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов. Развитие здравоохранения зависит от состояния материально-технической базы в отрасли, организационной структуры управления, существующих технологий и методов лечения и профилактики, достижений современной медицинской науки. Можно утверждать, что здравоохранение является неотъемлемой составляющей каждого развитого государства, ведь здоровье человека служит необходимым условием его жизнедеятельности, и в то же время от уровня общественного здоровья зависят благосостояние и уровень жизни нации, следовательно, здравоохранение необходимо постоянно развивать [2].

Существует большое разнообразие исторических и национальных характерных черт развития здравоохранения, которые получали своё применение в различных государствах, однако в научной среде принято выделять три устойчиво функционирующих экономических моделей здравоохранения (рис. 1).

Государственная модель — модель здравоохранения, основанная на бюджетной системе финансирования с государственным регулированием программ обязательного медицинского страхования (ОМС) для граждан. Эта модель отличается существенным или исключительным участием государства в финансировании медицинской помощи, финансовое обеспечение системы здравоохранения в этом случае исполняется в основном из государственного бюджета за счёт налоговых отчислений, которые производят организации и население. Граждане страны получают медицинское обслуживание на бесплатной основе, в том числе и обеспечение лекарственными препаратами. На средства государственного бюджета реализуются программы строительства медицинских организаций, производится закупка материально-технического оснащения и лекарственных препаратов, осуществляется подготовка медицинских кадров, проводится ремонт зданий и помещений ме-

дицинских структур. Государственную модель преимущественным образом для развития здравоохранения применяют в Великобритании, Франции, Ирландии, Швеции, Греции, Дании, Италии и Испании.

Социально-страховая модель — модель здравоохранения, в основе которой лежит использование принципов всеобщего государственного медицинского страхования населения. Эта модель сочетает в себе функционирование частного рынка медицинских услуг и систему государственного регулирования сферы здравоохранения, в которой реализуются права граждан на социальные гарантии в получении доступной медицинской помощи. В рамках такого взаимодействия государство выступает гарантом в удовлетворении необходимых потребностей населения в медицинском обслуживании, а роль коммерческих медицинских организаций состоит в удовлетворении потребностей населения в медицинской помощи либо в рамках ОМС, либо сверх гарантированного объёма. Социально-страховая модель преимущественно функционирует в Японии, Австрии, Канаде, Германии, Нидерландах и Бельгии.

Частная (платная, рыночная) модель здравоохранения — модель здравоохранения без государственного регулирования и финансирования — базируется на рыночных принципах с применением принципов частного медицинского страхования. Для этой модели здравоохранения характерной чертой является оказание медицинской помощи населению на условиях платности за счёт денежных средств самого потребителя медицинских услуг и полное отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. В качестве инструмента удовлетворения потребностей граждан в медицинской помощи, которые не могут оплачивать медицинские услуги (граждане, вышедшие на пенсию, безработные граждане, малообеспеченные слои населения), выступает государство, разрабатывая и финансируя общественные программы медицинского обслуживания. Частная модель встречается реже. Её используют в США, Израиле и Южной Корее.

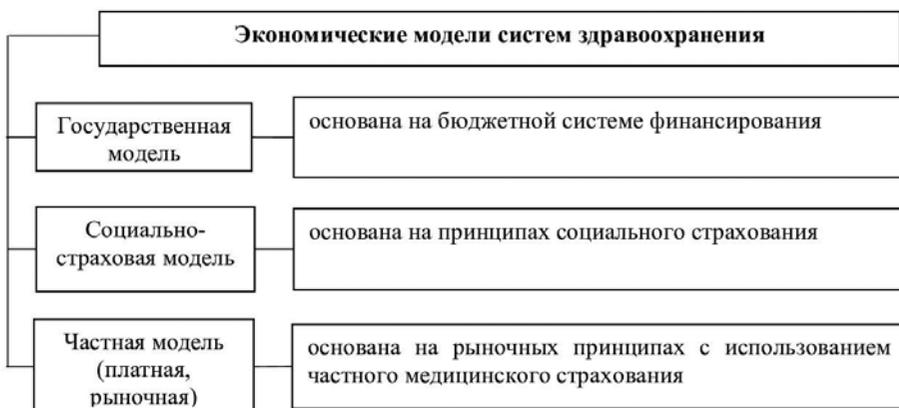


Рис. 1. Модели финансового обеспечения системы здравоохранения.

Источник: Бударин С. С. Финансирование системы здравоохранения. URL: <https://niiioz.ru/doc/нии-презентация-финансирование-системы-здравоохранения-4.pdf?ysclid=lx8kv20muk653254288>

Как видим, принципиальные отличия рассмотренных моделей финансового обеспечения системы здравоохранения состоят в:

- использовании различных источников финансирования отрасли здравоохранения;
- разной степени участия государственного бюджета в финансировании медицинского сферы;
- разных формах собственности производителей медицинских услуг;
- масштабах охвата граждан программами государственной поддержки [3].

По способу финансирования в Российской Федерации сформировалась смешанная модель финансового обеспечения системы здравоохранения, в которой, наряду с использованием средств из государственного бюджета для реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь в рамках программ ОМС, участвуют и средства населения (частные) [4].

Совершенствование и обеспечение системы здравоохранения финансовыми ресурсами в необходимом количестве выступает ключевой проблемой государственной политики в сфере охраны здоровья граждан и повышения уровня жизни населения.

Сегодня в России за счёт средств государственного бюджета осуществляются оплата медицинской помощи гражданам по Программе государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, инвестиции в отрасль для развития здравоохранения, содержание организаций медицинской сферы, в том числе образовательных организаций, осуществляющих подготовку и переподготовку медицинских кадров, работа санитарно-эпидемиологической службы и пр. Потребители медицинских услуг также могут за счёт собственных средств оплачивать медицинскую помощь напрямую в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях и в рамках системы добровольного медицинского страхования (ДМС) за счёт средств работодателей, оплачивая программы ДМС. В России государственные расходы на здравоохранение составляют порядка 65%, а личные расходы граждан и ДМС достигают 35% в общем объёме финансового обеспечения системы здравоохранения [4].

Согласно отчёту Счётной палаты РФ по итогам работы в 2023 г. большое внимание уделялось проблемным вопросам в сфере здравоохранения, физической культуры и спорта¹. В отчёте отмечено, что значимым направлением в 2023 г. стали мероприятия по обеспечению населения льготными лекарственными средствами в рамках оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. Во многих

регионах ещё существует ситуация, когда некоторые льготные группы населения не включены в перечень граждан, которым положено льготное лекарственное обеспечение, что приводит к неравноправию. Помимо этого, на региональные бюджеты возложена дополнительная нагрузка по лекарственному обеспечению льготников федеральных программ.

Важным направлением анализа Счётной палаты в 2023 г. стала оценка развития ПГГ, которое показало, что ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется без чётких порядков расчёта средних нормативов объёмов оказания и финансирования медицинской помощи. По ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;
- специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи;
- скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;
- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации утверждает на период 3 года Правительством РФ, которое рассматривает по окончании очередного года доклад о ходе реализации мероприятий программы, составляемый федеральным органом исполнительной власти. В Правительство РФ направляются рекомендации по срокам утверждения ПГГ и по разработке целевых значений качества медицинской помощи для имплементации в территориальные программы.

По итогам 2023 г. установлено, что для реализации ПГГ «с соблюдением требуемого уровня качества» требуется дополнительное привлечение 586,2 млрд руб. Оценка финансовых параметров деятельности системы ОМС выявила, что медицинской помощи, оказываемой на средства, предназначенные для покрытия расходов из-за пандемии COVID-19, было недостаточно.

Счётная палата предоставила также свои рекомендации по кадровому вопросу в системе здравоохранения, предложив увеличить сумму подъёмных денежных средств по «земским» программам и установить предельное количество бюджетных и платных мест в медицинских вузах России. Уделено внимание Счётной палаты и другим направлениям: предложено возложить полномочия по лекарственному обеспечению граждан с орфанными заболеваниями на федеральный уровень и провести корректировку методики расчёта объёма средств, которые направляются на финансирование расходов в рамках предоставления населению социальной помощи и лекарственных препаратов на льготных условиях.

¹ Заключение Счетной палаты Российской Федерации на проект федерального закона «О федеральном бюджете на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов. М., 2023. URL: <https://ach.gov.ru/audit/37716?ysclid=lx8l07dspo107990439> (дата обращения: 28.03.2024).

Рассматривая объёмы финансирования здравоохранения за последние годы, можно отметить, что существенный рост расходов федерального бюджета на отрасль здравоохранения прослеживается в 2020 г. по сравнению с 2019 г. (в 1,87 раза — с 713 млрд руб. до 1,3 трлн руб.). В 2021 и 2022 гг. показатели роста финансового обеспечения составили 10,5 и 4% соответственно.

Расходы бюджетной системы запланированы в 2024 г. в увеличенном объёме по сравнению с 2022 г. на 14%, а по сравнению с расходами 2019 г. увеличение составит 85%, в том числе расходы на здравоохранение — на 77%.

Среди приоритетных направлений государственной политики — мероприятия по обеспечению граждан лекарственными препаратами и бесплатной медицинской помощью высокого качества, развитие инфраструктуры медицинской отрасли и укомплектование системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными медицинскими кадрами.

Планируется, что расходы отечественного бюджета на развитие здравоохранения в 2024 г. не только не сократятся, но и покажут рост, по отдельным направлениям отрасли довольно существенный. Государство при помощи нормативного правового регулирования определяет источники финансового обеспечения развития здравоохранения в зависимости от реальных возможностей национального бюджета.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, расходы общества на эффективное функционирование системы здравоохранения должны составлять не менее 6% валового внутреннего продукта (ВВП). В ряде зарубежных стран, имеющих социально-ориентированную рыночную экономику (США, Бельгия, Швейцария, Германия, Франция), этот критерий достигает 7–12% ВВП. В России величина этого показателя варьируется в пределах 3–4% расходных статей бюджета, являясь недостаточной. Доля расходов в ВВП на здравоохранение будет расти в 2024 г. по сравнению с 2023 г., ориентировочно с 3,6% ВВП до 3,7% ВВП, в 2025 и 2026 гг. сохранится на уровне 2023 г. (3,6% ВВП; рис. 2).

Несмотря на тот факт, что в процентном выражении доля финансового обеспечения на развитие здравоохранения имеет тенденцию к снижению, объёмы финансирования показывают значительное увеличение в денежном выражении. Это позволяет заключить, что работники отрасли здраво-

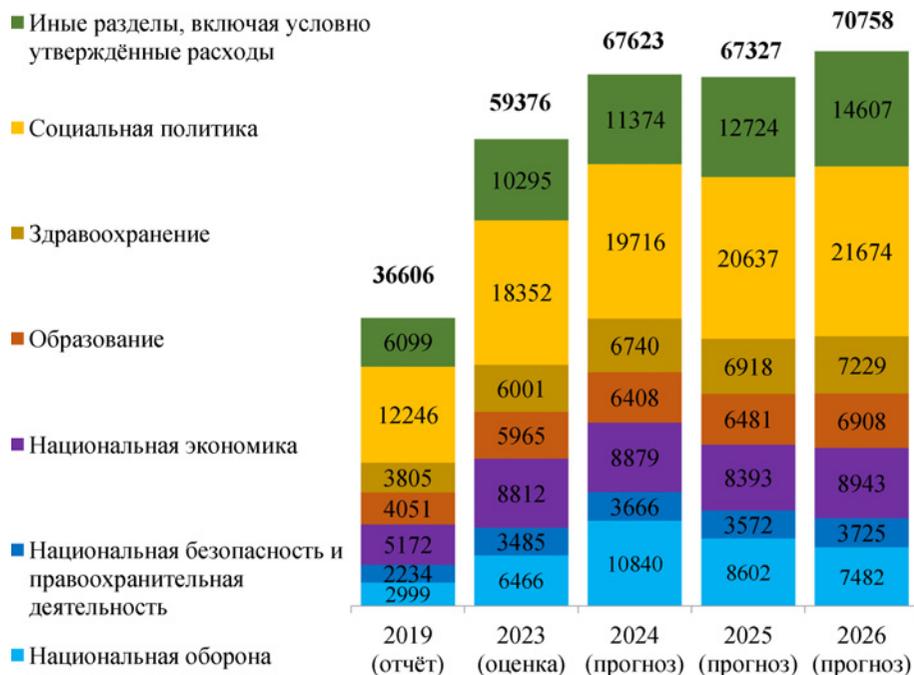


Рис. 2. Расходы федерального бюджета по разделам, 2019, 2023–2026 гг., млрд руб.

Источник: Заключение Счётной палаты Российской Федерации на проект федерального закона «О федеральном бюджете на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов. М., 2023.
 URL: <https://ach.gov.ru/audit/37716?ysclid=lx8l07dspo107990439> (дата обращения: 28.03.2024).

охранения и вся система в целом получают достаточное ресурсное обеспечение для решения задач, поставленных перед российским здравоохранением на 2024 г. и плановый период 2025–2026 гг. Эти меры будут также способствовать развитию здравоохранения — об этом свидетельствуют планы по строительству инфраструктуры медицинской сферы, модернизации медицинских структур и их оснащению современным медицинским оборудованием, решению вопросов укомплектованности профессионально подготовленными медицинскими кадрами.

Таким образом, в 2024 г. региональные министерства здравоохранения будут иметь достаточные финансовые ресурсы в своём распоряжении и для решения оперативных задач системы здравоохранения, и для развития отрасли (рис. 3).

Как свидетельствуют утверждённые бюджеты, расходы на развитие здравоохранения планируют увеличивать и региональные источники финансового обеспечения. В рейтинге регионов по расходам на развитие здравоохранения в 2024 г. 1-е место занимает Москва с большим отрывом от Санкт-Петербурга (в 3,7 раза) и Московской области (в 4,4 раза). Отметим, что эти субъекты не только направляют на развитие здравоохранения большой объём финансовых средств, но и разумно его тратят, осуществляя реализацию региональных программ, помимо федеральных. В Москве уже достаточно время назад начала функционировать система здравоохранения, которая ни в чём не уступает лучшим европейским образцам, а по некоторым аспектам и превосходит их, поэтому московское здравоохранение мо-

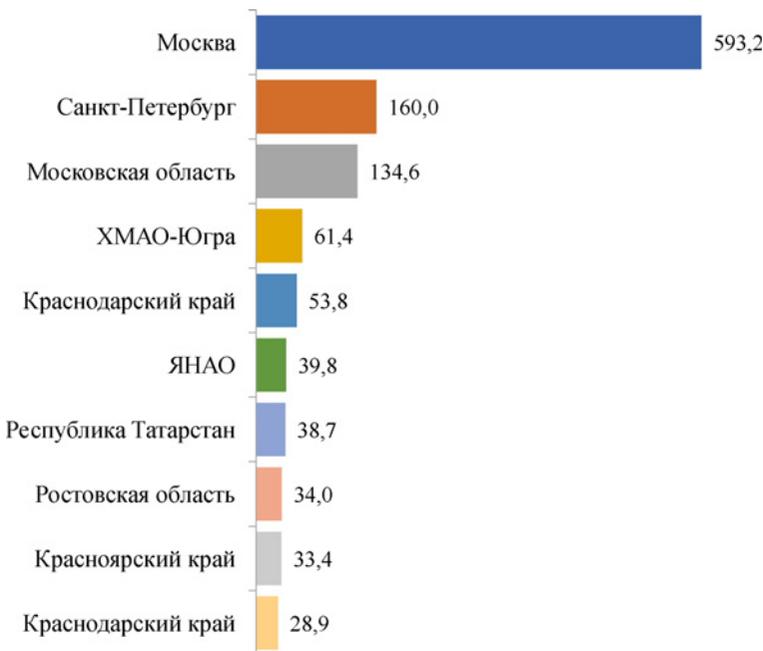


Рис. 3. Топ-10 регионов по расходам на развитие здравоохранения в 2024 г., млрд руб.

Источник: 20 регионов по расходам на здравоохранение в 2024 году // Журнал «Здравоохранение России», 31.01.2024. URL: <https://zdorovayarossia.ru/ratings/berite-na-zdorove> (дата обращения: 28.03.2024).

жет по праву считаться эталоном для других российских регионов.

В рамках укрепления материально-технической базы московских структур медицинской сферы будет завершён второй этап капитального ремонта поликлинических организаций, осуществлена модернизация приёмных отделений стационаров, продолжено строительство центров женского здоровья и оснащение организаций здравоохранения новейшей техникой: в 2024–2026 г. на это направление будет выделено 227,5 млрд руб., в том числе 121,6 млрд руб. в 2024 г.

В рамках настоящего исследования следует упомянуть, что сегодня личные расходы граждан (частные) состоят из:

- расходов на покупку лекарственных средств в амбулаторных условиях (49%);
- личных средств населения на платные медицинские услуги в государственных медицинских организациях и в частном секторе (38%);
- санаторно-курортные услуги (7%);
- взносы населения и работодателей на ДМС (6%) [4].

Обсуждение

Государство планирует выполнить в полном объёме все утверждённые социальные обязательства перед населением Российской Федерации, это относится и к финансированию сферы здравоохранения.

На 2024 г. Правительство РФ предположило направить больший объём финансирования на закупку лекарственных препаратов для пациентов, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, которые ра-

нее не относились к льготным категориям населения. На эту статью расходов ассигнования увеличили до 11,5 млрд руб.

Также в 2024 г. на приобретение противоопухолевых лекарственных средств будет выделено 140 млрд руб., а на льготные лекарства и изделия медицинского назначения для федерального реестра льготных категорий граждан — 57,9 млрд руб. На деятельность фонда «Круг добра» в 2024 г. предполагается выделение финансирования в объёме 175,9 млрд руб.

До 120,8 млрд руб. увеличена сумма на закупку зарегистрированных лекарственных препаратов, рост по сравнению с 2023 г. составит 16,5%. Финансирование льготного обеспечения лекарственными средствами предусмотрено в комплексе мероприятий «Обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами». По этому разделу сумма расходов будет увеличена до 206,3 млрд руб. по сравнению с 2023 г., рост финансирования составит 10%. Из этих расходных статей на федеральные программы предусмотрено выделение средств в размере 124,7 млрд руб., что на 3% выше, чем в 2023 г.

Заключение

Исследование показало, что сегодня в России достаточно высока доля личных расходов населения на здравоохранение — 35%, что в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах Европейского союза, в которых это показатель равен 27%. Этот факт связан с недостаточным уровнем финансирования со стороны государства отрасли здравоохранения [5].

В ВВП государственные расходы на развитие отрасли здравоохранения составляют 3–4%, что в 1,6 раза ниже, чем в странах Европейского союза (5% ВВП). Однако следует отметить, что в денежном выражении финансирование здравоохранения в России имеет тенденцию к значительному увеличению, что позволяет ожидать достаточное ресурсное обеспечение для решения задач, поставленных перед российским здравоохранением на 2024 г. и плановый период 2025–2026 гг. Эти меры будут также способствовать развитию здравоохранения — об этом свидетельствуют планы по строительству инфраструктуры медицинской сферы, модернизации медицинских структур и их оснащению современным медицинским оборудованием, решению вопросов укомплектования профессионально подготовленными медицинскими кадрами.

Таким образом, с целью оптимизации финансового обеспечения российской системы здравоохранения необходима разработка стабильной финансовой базы для оказания гражданам России квалифицированной медицинской помощи в рамках эффективной системы ОМС и привлечение внебюджетных источников финансирования в рамках государственно-частного партнёрства. Современная и усовершенствованная система здравоохранения будет

обеспечивать своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи, которая станет доступной для населения.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Рабаданова Д. А., Нурмагомедова Л. А. Финансирование здравоохранения в РФ: состояние и тенденции развития // Региональные проблемы преобразования экономики. 2019. № 11. С. 138–146.
2. Бровченко В. С., Лакеева А. Д. Финансирование здравоохранения в России: проблемы и пути решения // Аспирант. 2020. № 6. С. 50–54.
3. Ильясова А. Р. Основы экономики здравоохранения. Казань; 2019.
4. Улумбекова Г. Э., Гиноян А. Б., Калашникова А. В., Альвианская Н. В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 4–19. DOI: 10.24411/2411-8621-2019-14001
5. Улумбекова Г. Э. Анализ расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации по разделу «Здравоохранение» на 2022 г. и на плановый период 2023–2024 гг. // ОРГЗДРАВ:

Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2021. Т. 7, № 4. С. 7–15. DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-4-7-15

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Rabadanova D. A., Nurmagomedova L. A. Financing of healthcare in the Russian Federation: state and development trends. *Regional problems of economic transformation*. 2019;(11):138–146. (In Russ.)
2. Brovchenko V. S., Lakeeva A. D. Financing of healthcare in Russia: problems and solutions. *Postgraduate Student*. 2020;(6):50–54. (In Russ.)
3. Ilyasova A. R. *Fundamentals of healthcare economics*. Kazan; 2019. (In Russ.)
4. Ulumbekova G. E., Ginoyan A. B., Kalashnikova A. V., Alvianskaya N. V. Financing of healthcare in Russia (2021–2024). Facts and proposals. *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the Higher School of Economics*. 2019;5(4):4–19. (In Russ.) DOI: 10.24411/2411-8621-2019-14001
5. Ulumbekova G. E. Analysis of budget expenditures of the budgetary system of the Russian Federation under the section «Healthcare» for 2022 and for the planning period 2023–2024. *ORGZDRAV: News. Opinions. Training. Bulletin of the Higher School of Economics*. 2021;7(4):7–15. (In Russ.) DOI: 10.33029/2411-8621-2021-7-4-7-15

Тутарищева С. М., Дзыбова С. Г., Цеева С. К.

ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВАЯ, АДМИНИСТРАТИВНАЯ И УГОЛОВНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет», 385000, Майкоп, Россия

Медицинская помощь с точки зрения законодательства относится к оказанию услуг, однако вопросы юридической ответственности медицинского работника, которая возлагается при нарушении прав пациента, являются довольно непростыми и характеризуются спорными моментами для оценки. Сегодня в отношении врачей подаётся большое количество жалоб от пациентов, требующих рассмотрения компетентными органами. В статье рассмотрены особенности гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности, применяемые к работникам медицинской сферы.

Ключевые слова: медицинский работник; юридическая ответственность; медицинская помощь; правовое регулирование; права пациентов

Для цитирования: Тутарищева С. М., Дзыбова С. Г., Цеева С. К. Гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность медицинских работников. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):670–675. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-670-675>

Для корреспонденции: Цеева Светлана Касимовна; e-mail: dzeeva@mail.ru

Tutarishcheva S. M., Dzybova S. G., Tseeva S. K.

CIVIL, ADMINISTRATIVE AND CRIMINAL LIABILITY OF MEDICAL WORKERS

Adygea State University, 385000, Maykop, Russia

From the point of view of legislation, medical care refers to the provision of services, however, the issues of legal responsibility of a medical worker, which is imposed in case of violation of the rights of a patient, are quite difficult and are characterized by controversial points for assessment. Today, a large number of complaints from patients are filed against doctors, requiring consideration by the competent authorities. The article considers the features of civil, administrative and criminal liability applied to medical workers.

Keywords: medical worker; legal responsibility; medical care; legal regulation; patients' rights

For citation: Tutarishcheva S. M., Dzybova S. G., Tseeva S. K. Civil, administrative and criminal liability of medical workers. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):670–675 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-670-675>

For correspondence: Svetlana K. Tseeva; e-mail: dzeeva@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Введение

В настоящее время, когда на медицинских работников возлагается обязанность принимать ответственные решения, не всегда имея в своём распоряжении достаточно времени для анализа всей информации, исследование наступления гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности медицинских работников в процессе оказания медицинской помощи является актуальным. Сегодня в отношении врачей подаётся большое количество жалоб от пациентов, требующих рассмотрения компетентными органами. Медицинская помощь с точки зрения законодательства относится к оказанию услуг, однако вопросы юридической ответственности медицинского работника, которая возлагается при нарушении прав пациента, являются довольно непростыми и характеризуются спорными моментами для оценки. Необходимость правильной квалификации совершённого правонарушения и применения мер воздействия к виновному лицу обязывает экспертов, разбирающих вопросы гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности медицинских работников в

процессе оказания медицинской помощи иметь знания о законодательном регулировании в медицинском праве и нормах, определяющих общественное положение медицинского специалиста. В юридической науке медицинское право или право в сфере здравоохранения определяют как медицинско-правовую деятельность, которая регулирует организационные, имущественные, личные отношения, связанные с оказанием и получением медицинской помощи, правами и обязанностями медицинских работников и пациентов [1].

Цель исследования заключается в рассмотрении особенностей гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности медицинских работников в их деятельности.

Материалы и методы

Теоретическую основу исследования составили работы отечественных авторов, рассматривающих сложные вопросы медицинского права и ответственность медицинских работников за правонарушения при оказании медицинской помощи, среди которых А. В. Найда, М. В. Соболева, Санина Н. П., А. Ю. Чупрова и др. [1–3], а также нормативные

правовые акты Российской Федерации. В практической части работы приводятся статистические данные о врачебных ошибках, исследованные экспертами юридических центров защиты прав пациента и данные по расследованию ятрогенных преступлений, представленные в докладе на конференции «Региональное здравоохранение 2023». В ходе исследования автором были применены методы эмпирического, системного и сравнительного анализа.

Результаты

На медицинских работников в процессе их профессиональной деятельности возлагается большая ответственность. С одной стороны, в отношении между врачом и пациентом присутствует нравственное начало — долг перед больным, с другой стороны — их отношения регулируются юридическими нормами. Законодательством установлены различные виды ответственности медицинских работников для последствий недобросовестной работы. Юридическая ответственность — это правоотношения, в которые вступает правоприменитель, в лице компетентных органов, и правонарушитель, на которого возлагается обязанность претерпевать соответствующие лишения за совершенное им правонарушение. Виды юридической ответственности, применяемые к медицинским работникам, представлены на рис. 1.

Поскольку в случае наступления материальной и дисциплинарной ответственности пострадавшей стороной в большинстве случаев выступает работодатель медицинского работника, а в случае наступления гражданско-правовой, административной и уголовной ответственности потерпевшими являются пациенты, то рассмотрим более подробно, что означает гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность для медицинского персонала.

Гражданско-правовая ответственность представляет собой меру защиты гражданского права, которая предусмотрена законом или локальным нормативным актом с целью восстановления справедливости, обеспечивается государством и реализуется в виде установления санкций в отношении ответственного лица. Санкциями предусматривается возмещение физического, имущественного и морального вреда пострадавшей стороне или возыскание в его пользу неустойки. Гражданско-правовая ответственность медицинских работ-

ников наступает при соблюдении следующих обязательных условий:

- 1) медицинский работник совершил правонарушение (причинения вреда здоровью или вреда имуществу);
- 2) в результате противоправных действий врача пострадало пациент;
- 3) между правонарушением медицинского работника и причинённым вредом пациенту установлена причинно-следственная связь;
- 4) установлена вина правонарушителя.

Факт нарушения гражданско-правового законодательства должен подтверждаться нормой Гражданского кодекса РФ (ГК РФ). Гражданским законодательством ответственность предусмотрена за вред, причинённый вследствие некачественного оказания медицинских услуг, регулируемый ст. 1095 ГК РФ.

Помимо наличия факта причинения вреда здоровью пациента, согласно ст. 1068 ГК РФ, необходимо установление причинно-следственной связи между правонарушением медицинского работника и причинённым вредом пациенту и наличие противоправных признаков в действиях медицинского работника. Гражданско-правовая ответственности в

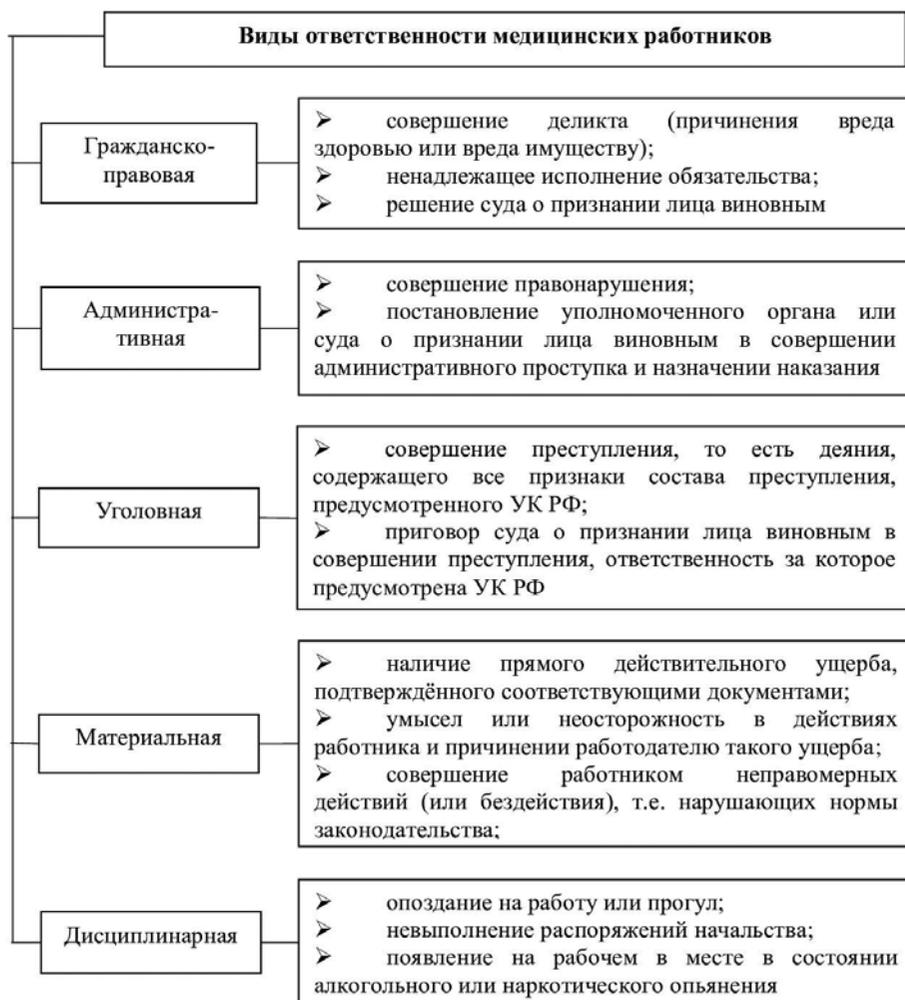


Рис. 1. Виды юридической ответственности медицинских работников в России.

отношении медицинского работника возникает, если доказано, что его противоправное деяние вызвало неблагоприятные последствия для пациента.

Важным моментом является прослеживание причинно-следственной связи между действиями медицинского работника и вредом, причинённым пациенту, для применения мер гражданско-правовой ответственности. Неблагоприятные последствия действий врача для пострадавшего пациента должны быть вызваны противоправными действиями медицинского работника.

Административная ответственность медицинских работников регулируется Кодексом РФ об административных правонарушениях (КоАП РФ). Административная ответственность — это вид ответственности, который выражается в установлении уполномоченными государственными органами мер воздействия к лицам, совершившим административное правонарушение с целью восстановления порядка и прав граждан. Одним из обязательных условий наступления административной ответственности медицинского работника является наличие вины. Вина квалифицируется как психологическое отношение правонарушителя к содеянному и в КоАП РФ вина может существовать в двух формах: умысел и неосторожность.

Правонарушение считается совершённым умышленно, если медицинский работник или должностное лицо медицинской организации совершили противоправное действие, были осведомлены о его противоправности и знали о возможности наступления неблагоприятных последствий. Тем не менее они желали их наступления и никак не препятствовали этому.

Правонарушение совершено по неосторожности, если медицинский работник-должностное лицо медицинской организации совершил противоправный поступок, предполагал о том, что существует возможность наступления неблагоприятных для пациента последствий, но не желал их наступления, в то же время ничего не предпринял, чтобы воспрепятствовать этому. Либо из-за своей легкомысленности медицинский работник вовсе не подозревал о возможности наступления негативных последствий.

Субъектами административной ответственности могут выступать: граждане — работники; должностные лица — руководитель медицинской организации, главный врач, заведующий отделением, главная медсестра; юридические лица [3]. В качестве наказания КоАП РФ использует штрафные санкции в денежном выражении.

Административные правонарушения медицинского персонала могут быть:

- в области соблюдения лицензионных требований при осуществлении медицинской деятельности;
- в сфере нарушения правил оказания медицинских услуг;
- незаконный оборот незарегистрированных лекарственных препаратов и медицинских изделий;

- нарушения санитарных норм и правил;
- нарушение правил обращения с медицинскими отходами и др.

Уголовная ответственность выступает одним из видов ответственности, применяемых к виновным лицам и устанавливающим меры наказания лицу в связи с совершением им преступления. В сфере уголовного права для признания противоправного деяния медицинского работника преступлением оно должно иметь состав преступления, запрещённого уголовным законом под угрозой наказания.

Элементы состава преступления:

- объект — регламентированная уголовным правом сфера отношений;
- субъект — медицинский работник, совершивший преступление;
- объективная сторона — внешние проявления состава преступления;
- субъективная сторона — внутреннее, психологическое отношение медицинского специалиста к совершённому им деянию.

Уголовное право предусматривает следующие основания привлечения медицинских работников к уголовной ответственности:

- неоказание больному помощи, в результате чего больной скончался;
- причинение тяжкого вреда здоровью пациента;
- подмена ребёнка в родильном доме;
- незаконный оборот наркотических и лекарственных препаратов;
- противоправное размещение больных в медицинских организациях.

Некоторые основания привлечения к уголовной ответственности медицинских работников имеют ряд схожих черт с положениями КоАП РФ, в котором закреплены более мягкие последствия для правонарушителя, когда он может отделаться только оплатой штрафа, в Уголовном кодексе (УК) РФ перечень наказаний гораздо шире — от штрафных санкций до лишения свободы.

В отечественном законодательстве отсутствует понятие «врачебная ошибка». В общем смысле врачебной ошибкой принято называть ошибку медицинского работника при оказании медицинской помощи, обусловленную халатностью или небрежностью действий. В то же время к врачебным ошибкам можно отнести ненадлежащее исполнение действия либо бездействие медицинского специалиста, которое привело к ухудшению состояния здоровья пациента или вызвало его смерть.

Официальные данные количества ошибок в деятельности медицинских работников в России не отслеживаются в связи с тем, что не все случаи ошибок в работе медицинского персонала заканчиваются летальным исходом. Исследование статистики о случаях врачебных ошибок, проведённое экспертами Юридического центра защиты прав пациента им. А. Даниелова, показало, что большая часть преступлений в медицинской сфере совершаются врачами-хирургами (27%), на 2-м месте находятся вра-

чи акушеры-гинекологи (17%), и 3-ю строчку занимают врачи — анестезиологи-реаниматологи (13%). Следует отметить, что среди совершивших преступление врачей большинство лиц мужского пола (58%)¹.

Среди наиболее распространённых врачебных ошибок можно выделить следующие виды:

- лечебно-технические, обусловленные недостаточным обследованием пациента для диагностики;
- диагностические, связанные с неправильной постановкой диагноза;
- организационные, возникающие в случае плохой организации рабочего места медицинского специалиста и процесса лечения;
- ошибки в поведении медицинского работника;
- неправильное ведение медицинской документации.

Значительная часть врачебных ошибок, совершаемых медицинскими работниками, допускается в медицинских организациях, расположенных в городах (73%), реже в 2,7 раза — в сельских медицинских организациях (27%). Следует отметить, что врачебные ошибки допускаются в 94% случаев в деятельности бюджетных медицинских организаций, остальные 6% относятся к деятельности медицинских организаций коммерческого сектора.

Из-за врачебных ошибок с тяжёлыми последствиями в нашей стране ежегодно сталкиваются более 70 тыс. человек.

Чаще всего причинами врачебных ошибок становятся постановка неправильного диагноза и проведение с нарушениями обследование пациента. По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, каждый год около 10% медицинских услуг оказывается потребителям с теми или иными дефектами².

Врачебные ошибки медицинскими работниками совершаются в каждой отрасли медицины. Однако следует отметить, что по некоторым направлениям количество жалоб пациентов больше. На рис. 2 представлены данные о врачебных ошибках по отраслям медицины.

Согласно результатам исследований, ежегодно в медицинских организациях российской системы здравоохранения от врачебных ошибок умирают 700–900 человек. Число заявлений в органы поли-

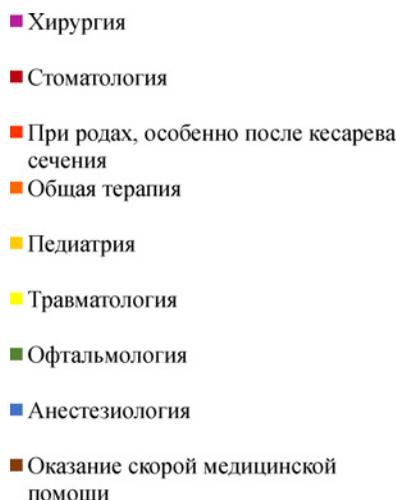


Рис. 2. Распределение врачебных ошибок по отраслям медицины в России.

Источник: Статистика дел о врачебных ошибках // Юридический центр защиты прав пациентов им. Алексея Даниелова. URL: <https://la-advokat.ru/uslugi/zashita-prav-potrebitelej/vrachebnaya-oshibka> (дата обращения: 07.03.2024).

Виды ответственности медицинских работников за ненадлежащее исполнение обязанностей

Состав преступления	Ответственность	Наказание
В случае, если в результате ошибочных действий медицинского работника пациент скончался	Ст. 109 УК РФ	До 3 лет
В ситуации, когда действия медицинского работника нанесли тяжкий вред здоровью пациента	Ст. 118 УК РФ	До 1 года
Неоказание помощи больному, вызвавшее смерть больного	Ст. 124.1 УК РФ	До 4 лет
Неоказание помощи больному, повлёкшее по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью пациента	Ст. 124.1 УК РФ	До 3 лет
Неоказание помощи больному, вызвавшее кратковременное расстройство здоровья или незначительную утрату трудоспособности	Ст. 115 УК РФ	Штраф или арест до 4 мес
Нелегальное прерывание беременности, повлёкшее тяжёлое состояние пациентки или смерть	Ст. 123 УК РФ	До 5 лет
ВИЧ-инфицирование пациента из-за ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей	Ст. 122 УК РФ	До 5 лет
Халатные действия медицинского работника, в результате которых пациент пострадал или скончался	Ст. 293 УК РФ	До 5 лет

ции о недобросовестном отношении медицинских работников — свыше 2500 в год³.

Случаи допущения врачебных ошибок регулируются статьями УК РФ и предусматривают уголовную ответственность за ненадлежащее исполнение обязанностей медицинскими работниками (таблица).

Данные по расследованию ятрогенных преступлений Главного следственного управления Следственного комитета РФ, представленные в докладе на форуме «Региональное здравоохранение 2023»,

¹ Статистика дел о врачебных ошибках // Юридический центр защиты прав пациентов им. Алексея Даниелова. URL: <https://la-advokat.ru/uslugi/zashita-prav-potrebitelej/vrachebnaya-oshibka> (дата обращения: 07.03.2024).

² Статистика дел о врачебных ошибках // Юридический центр защиты прав пациентов им. Алексея Даниелова. URL: <https://la-advokat.ru/uslugi/zashita-prav-potrebitelej/vrachebnaya-oshibka> (дата обращения: 07.03.2024).

³ Врачебная ошибка // Юридическое агентство Санкт-Петербурга. URL: <https://danielova.ru/novoe-o-rassmotrenii-mediczinskih-sporov/statistika-del-o-vrachebnyh-oshibkah> (дата обращения: 07.03.2024).

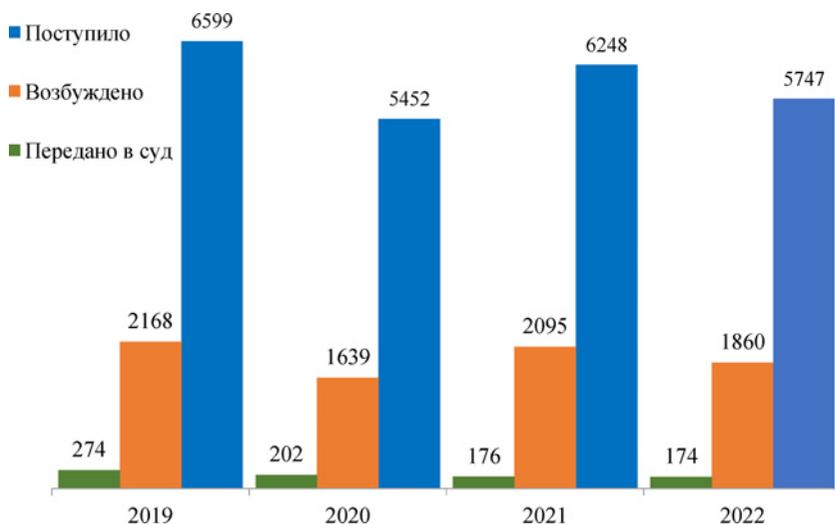


Рис. 3. Динамика уголовных дел в отношении медицинских работников в России за 2019–2022 гг.

Источник: Медиков не оставляют без дел // Коммерсантъ. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6223734#:~:text=%20В%20течение%20последних%20семи%20лет,2021-м%20—%202095> (дата обращения: 07.03.2024).

свидетельствуют о том, что в 2022 г. более 30% жалоб (1860 из 5747) от пациентов приводили к возбуждению уголовного дела в отношении медицинских работников высшего звена⁴. Следует отметить, что из 1860 уголовных дел, возбуждённых в отношении врачей в 2022 г., до судебного разбирательства дошли 174, обвинения по которым были предъявлены 193 медицинским работникам, и только 19 (10%) человек из этого числа смогли получить оправдательный приговор. Эксперты заявляют, что ятрогенные преступления сегодня являются приоритетным направлением работы Следственного комитета РФ, в этой связи были созданы специализированные подразделения.

В течение последних 4 лет количество сообщений о преступлениях медицинских специалистов находится в диапазоне от 5452 (2020 г.) до 6599 (2019 г.). Число возбуждённых уголовных дел по заявлениям пациентов в 2019 г. составило 32,8%, в 2020 г. — 30,1%, в 2021 г. — 33,5%, в 2022 г. — 32,3%.

Как видим, до судебного разбирательства доходит примерно одна и та же доля дел. Что касается обвинительных решений, то в 2019 г. было максимальное число обвинённых — 307 человек; в 2020 г. — 230, в 2021 г. — 196, в 2022 г. — 193. В 2019 г. в судебных разбирательствах также было вынесено наибольшее количество приговоров оправдательного характера — 27 случаев. В 2020–2022 гг. зафиксировано по 19 оправдательных приговоров, вынесенных в отношении медицинских работников. Отметим, что медицинским работникам, относящимся к социальной группе, суды выносят больше всего оправдательных приговоров.

⁴ Медиков не оставляют без дел // Коммерсантъ. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6223734#:~:text=%20В%20течение%20последних%20семи%20лет,2021-м%20—%202095> (дата обращения: 07.03.2024).

Уголовные дела в отношении медицинских работников возбуждаются в большом количестве вследствие причинения смерти по неосторожности — ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей (ч. 2 ст. 109 УК РФ). В 2022 г. — это 1396 случаев, сократившиеся по сравнению с 2021 г. (1565) на 10,8%. Второе место по числу случаев занимает оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности, — 138 случаев (ч. 1 ст. 238 УК РФ) и 136 дел (ч. 2 ст. 238 УК РФ). Из-за халатности, повлёкшей по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью или смерть человека, было 57 дел (ч. 2 ст. 293)⁵.

Отметим, что важным аспектом является производство по делу судебной медицинской экспертизы, которые так же сложны для судебно-медицинских экспертов, как и для юристов. Несмотря на то что в этом вопросе законода-

тельное регулирование сбалансированно, исход дела в значительной мере определяется результатами судебно-медицинской экспертизы; вопрос, совершил или не совершил медицинский работник преступление, решают эксперты. Пациент в таких разбирательствах является слабой стороной в отношениях с медицинскими организациями, но на его стороне полномочия следственных органов. На практике значительное число случаев жалоб от пациентов решается отказом в возбуждении уголовного дела, но удовлетворением иска в гражданско-правовом производстве.

Обсуждение

Рассматривая причины роста врачебных ошибок в отечественном здравоохранении, можно сказать, что они обусловлены в том числе внедрением высоких технологий в современную медицинскую деятельность, сказавшись на трансформации методов лечения. Диапазон традиционных возможностей медицины подвергся значительному расширению границ, сформировав медицинскую услугу, которая стала результативной, высокотехнологичной и персонализированной [2].

Современная медицина соединила инновационные достижения в медицинской науке, актуальные методы диагностики и лечения и высокоэффективные, но в то же время довольно агрессивные методики лечения лекарственными препаратами. Достижения в сфере здравоохранения делают сегодня возможным лечение серьёзных и смертельных заболеваний, однако риск причинения вреда пациенту в процессе оказания медицинской помощи вырос.

⁵ Медиков не оставляют без дел // Коммерсантъ. URL: <https://www.kommersant.ru/doc/6223734#:~:text=%20В%20течение%20последних%20семи%20лет,2021-м%20—%202095> (дата обращения: 07.03.2024).

Специфика медицинской деятельности допускает возможность недостижения в процессе лечения пациента благоприятного результата, ухудшения состояния здоровья пациента и даже летальный исход. Потребители медицинских услуг также очень часто бывают недовольны отсутствием положительного результата. Отмечается динамика роста медицинских рисков, связанных не только с ошибками, допущенными медицинскими работниками, но и с непреднамеренными ошибками в виде непредсказуемых реакций организма.

В современных условиях возникла необходимость в применении новой формы повышения квалификации медицинских работников — непрерывного медицинского образования, которое ставит своей целью обеспечение получения знаний, умений, навыков и компетенций, соответствующих потребностям медицинских специалистов, за счёт возможности выстраивания персональной траектории обучения с использованием инновационных технологий. Непрерывное медицинское образование охватывает и юридические аспекты составляющей работы медицинских специалистов, знание которых в современных условиях необходимо каждому работнику медицинской отрасли.

Заключение

Законодательством РФ гражданам гарантируется защита жизни и здоровья и право на получение медицинской помощи на условиях бесплатности. Однако некомпетентность медицинских работников, их ошибки или ненадлежащее исполнение своих обязанностей могут привести к нарушению основных конституционных прав гражданина. Поэтому на законодательном уровне установлена гражданско-правовая, административная и уголовная ответственность медицинских работников, наступающая вследствие недобросовестного отношения к своим профессиональным обязанностям.

Как показывает практика, на добросовестность в работе медицинских работников существенным образом влияет уровень их профессиональной квалификации. На этапе становления нового мышления медицинское образование следует рассматривать как непрерывный процесс повышения профессиональных компетенций. Врач по роду своей профессиональной деятельности должен уметь постоянно

совершенствовать свои знания, и не только в профессиональном плане, но и расширяя свой кругозор в сфере научных исследований и совершенствуя юридическую грамотность.

Таким образом, в основном ошибки в деятельности медицинских работников объясняются недостаточным уровнем медицинских знаний или неисправностью (отсутствием) диагностического оборудования, расходных материалов и другими дефектами в организации медицинской помощи [1]. В то же время присутствуют случаи проявления небрежности медицинских специалистов и халатного отношения к выполнению своих профессиональных обязанностей, что может привести к тяжёлым последствиям для пациента и привлечению к ответственности медицинского работника.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интереса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Найда А. В. Вопросы юридической ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения // Вестник КРАУНЦ. Гуманитарные науки, 2005. № 1.
2. Соболева М. В. Сравнительный анализ института юридической ответственности медицинских работников в России при оказании платных медицинских услуг (хронодискретный анализ) // Актуальные проблемы и перспективы развития научной школы Хронодискретного моногеографического сравнительного правоведения: Сборник научных трудов по материалам Третьей всероссийской научной конференции (Нижегород, 18 ноября 2020 года). Нижний Новгород; 2020. С. 226–236.
3. Санина Н. П., Чупрова А. Ю. Особенности медицинского работника как субъекта коррупционных преступлений // Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. 2021. № 2. С. 117–122.

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Naida A. V. Issues of legal liability of medical workers for professional offenses. *Herald of KRAUNTS. Humanities*. 2005;(1). (In Russ.)
2. Soboleva M. V. Comparative analysis of the Institute of legal responsibility of medical workers in Russia in the provision of paid medical services (chronodiscret analysis). Actual problems and prospects of development of the scientific school of Chronodiscret monogeographic comparative jurisprudence: a collection of scientific papers based on the materials of the Third All-Russian scientific conference (Nizhny Novgorod, November 18, 2020). Nizhny Novgorod; 2020:226–236. (In Russ.)
3. Sanina N. P., Chuprova A. Yu. Features of a medical worker as a subject of corruption crimes. *Legal Science and Practice: Bulletin of the Nizhny Novgorod Academy of the Ministry of Internal Affairs of Russia*. 2021;(2):117–122. (In Russ.)

Хохряков А. Л.^{1,2}, Мингазова Э. Н.^{1,3,4}**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЛУЖБ ДОНОРСТВА ПЛАЗМЫ: МИРОВОЙ ОПЫТ ИХ РЕШЕНИЯ**¹Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации — Федеральный медицинский биофизический центр им. А. И. Бурназяна» ФМБА России, 123098, Москва, Россия;²ФГБУ «Российский медицинский научно-практический центр «Росплазма» ФМБА России, 610002, Киров, Россия;³ГНБУ «Академия наук Республики Татарстан», 420111, Казань, Россия;⁴ФГБУ ВО «Казанский государственный медицинский университет», 420012, Казань, Россия

Как показал анализ зарубежной литературы по донорству, глобальный рынок терапии препаратами из плазмы человека растёт, что приводит к необходимости больших ее объёмов. При значительном географическом дисбалансе в мировых поставках плазмы и зависимости большинства стран от поставок плазмы из США наиболее уязвимыми являются страны с низким и средним уровнем дохода, в которых проблема удовлетворения спроса на плазменные препараты требует совершенствования региональных систем донорства плазмы. Действенным инструментом развития служб сбора плазмы являются соблюдение стандартов деятельности служб донорства плазмы, развитие добровольного безвозмездного донорства плазмы, оптимизация процессов набора и удержания доноров.

Ключевые слова: донорство плазмы; плазменные препараты; службы донорства; доноры плазмы

Для цитирования: Хохряков А. Л., Мингазова Э. Н. Современные проблемы служб донорства плазмы: мировой опыт их решения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(специальный выпуск 1):676–680. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-676-680>

Для корреспонденции: Мингазова Эльмира Нурисламовна; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

Khokhriakov A. L.^{1,2}, Mingazova E. N.^{1,3,4}**MODERN PROBLEMS OF PLASMA DONATION SERVICES: GLOBAL EXPERIENCE IN SOLVING THEM**¹Biomedical University of Innovation and Continuing Education of the State Scientific Center of the Russian Federation — A. I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 123098, Moscow, Russia;²Russian Medical Scientific and Production Center “Rosplasma” of the Federal Medical Biological Agency of Russia, 610002, Kirov, Russia;³Tatarstan Academy of Sciences, 420111, Kazan, Russia;⁴Kazan State Medical University, 420012, Kazan, Russia

As an analysis of foreign literature on donation has shown, the global market for therapy with drugs from human plasma is growing, which leads to the need for large volumes. With significant geographic imbalances in the global plasma supply and the dependence of most countries on plasma supplies from the United States, the most vulnerable are low- and middle-income countries, where the challenge of meeting the demand for plasma products requires improvements to regional plasma donation systems. An effective tool for the development of plasma collection services is compliance with the standards of plasma donation services, the development of voluntary free plasma donation, and the optimization of donor recruitment and retention processes.

Key words: plasma donation; plasma products; donation services; plasma donors

For citation: Khokhriakov A. L., Mingazova E. N. Modern problems of plasma donation services: global experience in solving them. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2024;32(Special Issue 1):676–680 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-676-680>

For correspondence: Elmira N. Mingazova; e-mail: elmira_mingazova@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024
Accepted 07.05.2024**Введение**

Существуют разные теоретические объяснения решения людей стать донорами, включая теории запланированного поведения, ожидаемой ценности и самоэффективности с позиции убеждения человека в своей способности успешно действовать в той или иной ситуации, а также альтруистической мотивации [1–5].

Исследования в области поведения людей, сдающих цельную кровь, в основном направлены на изучение мотивации и факторов, сдерживающих людей от сдачи крови. Несмотря на то что донорство цельной крови за последние десятилетия изучалось достаточно широко, в литературе мало научных фак-

тов об особенностях донорства плазмы на добровольной и безвозмездной основе. В исследованиях недостаточно оценивается положительный опыт донорства плазмы, в которых часто рассматриваются лишь негативные аспекты имеющегося опыта и сформировавшихся убеждений. В то же время исследователи показывают определённые сходства поведения между донорами крови и плазмы [3, 6].

Цель исследования: провести обзор зарубежной научной литературы последних лет, посвящённой изучению вопросов влияния различных факторов на мотивацию донорства плазмы, в том числе в условиях пандемии COVID-19.

Методы исследования: аналитический, библиографический.

Результаты

Как показывают исследовательские работы, понимание факторов, мотивирующих доноров плазмы, связано с этическими и социально-экономическими аспектами. Детальный их анализ и системный учёт в работе способствует более эффективно информированию новых потенциальных доноров, совершенствованию набора и удержанию доноров¹.

Исследователи предполагают существование различного опыта донорства плазмы. В исследованиях доказано, что наличие донорства как семейной традиции является важным фактором прихода к донорству. Считается, что унаследованные семейные ценности оказывают значительное влияние на решение стать донором [2].

Среди факторов, влияющих на практику донорства, называются социально-демографические факторы (пол, семейное положение, уровень образования, профессия, должность), сомнения в безопасности донорства, отсутствие возможностей, нехватка времени, низкая осведомленность о бесплатном медицинском осмотре, готовность стать донором, необходимость в конкретной группе крови и др. [7, 8].

В исследованиях подчёркивается, что при детальном анализе причин негативных убеждений и отрицательного опыта в отношении донорства выделяют такие факторы, как повышенный риск инфекционных заболеваний, снижение жизненного тонуса, вазовагальные реакции и сниженное содержание железа [6].

Временные перерывы, необходимые для сдачи плазмы, являются общепризнанными сдерживающими факторами. Однако опасения относительно ожидаемой частоты донорства разделяются. Вместе с тем сами доноры иногда сообщают о чрезмерных на их взгляд опросах, в том числе на бумажных носителях. Исследователи считают, что отсутствие точных требований к донорам, недостаточность достоверных знаний у населения о безопасности и процессах донации крови могут воспрепятствовать донорству [9].

Определённые страхи доноров, такие как страх перед процедурой забора крови, перед иглами, страх увидеть кровь, почувствовать боль или страх обморока, опосредованно повышают риски вазовагальных реакций и в целом способствуют снижению частоты возвращения доноров². Страх доноров предопределяет не только вазовагальные реакции, но и сильную боль при венепункции и тревогу после донорства. Боль при венепункции также опосредованно связана с вазовагальными реакциями, а впоследствии и со снижением вероятности возвращения донора (особенно в течение 6 мес) и меньшей удов-

летворённостью и позитивным опытом донорства [10]. Доказано, что страх перед процедурой забора крови и тревога в связи с донацией крови были соотнесены с меньшим количеством попыток сдачи крови, более низким уровнем доверия и негативным отношением к донорству [11].

Кроме того, авторами показано, что бывшие доноры, а также потенциальные доноры считают отсутствие осведомлённости, страх перед проблемами со здоровьем после донорства и отсутствие конфиденциальности в центрах сбора крови основными препятствиями для донации [12]. Выявлено, что тревога, неблагоприятные события и необоснованные отсрочки могут воспрепятствовать продолжению донорства. Основными мотивами для сдачи крови среди первичных доноров являются доброжелательность, чувство коллективизма и личная выгода [9].

Сравнительный анализ мотивации постоянных доноров крови из России ($n = 265$) и США ($n = 229$) выявил в обеих выборках независимо идентифицируемые мотивы, такие как помощь в спасении жизни, а не внешние вознаграждения, такие как бонусы или социальное одобрение, как основные причины донации. Существующая мотивация независимой донации крови предсказывает будущие намерения донации и оказывается более сильным предиктором для респондентов из США. Был выявлен более сильный положительный эффект внутренней мотивации и более сильный отрицательный эффект внешней контролируемой мотивации на повторную донацию в выборке из США. Положительный эффект выявленной мотивации оказался одинаково сильным и статистически значимым в обеих выборках. Контролируемая мотивация не выявила положительной связи с будущими намерениями сдать кровь ни для российских, ни для американских респондентов. Также была подтверждена связь между независимыми мотивациями и положительными эмоциями. Контролируемые внешние мотивы, например, когда кто-то сдаёт кровь, чтобы избежать чувства вины, были связаны с положительными эмоциями в выборке из России, но не в выборке из США [13].

Анализ мотивации регулярных доноров плазмы/тромбоцитов по сравнению с мотивами регулярных доноров цельной крови на добровольной и безвозмездной основе показал, что основным мотивом доноров было понимание того, что их донорство может спасти жизнь. Вера в то, что помощь другим заложена в их природе, более распространена среди доноров плазмы. В этом смысле их мотивация уникальна. Также четыре фактора мотивации отличают доноров плазмы от доноров крови: «я думаю, что существует острая потребность в продуктах крови», «это даёт мне чувство гордости», «мне нравится иметь цели» и «я получаю напоминания по телефону». Эти мотивирующие факторы указывают на роль, которую постоянная поддержка со стороны агентств по сбору крови играет в отношении доноров плазмы [14].

¹ How many plasma centers are there across the US? Olgam Life Plasma Donation Center. URL: <https://olgam.com/how-many-plasma-centers-are-there-across-the-us>

² What is IQPP. Certification and why is it important? DonatingPlasma.org. URL: <https://www.donatingplasma.org/international-quality-plasma-program>

Была обнаружена повышенная готовность доноров к сдаче плазмы в ситуациях, когда можно проявить «двойной альтруизм», т. е. когда донор сдаёт плазму для терапевтического использования и может передать вознаграждение неправительственным организациям. Можно считать, что «двойной альтруизм» может послужить отправной точкой для разработки более оптимизированных способов привлечения доноров плазмы [15].

Показано, что опытные доноры плазмы стараются поддерживать практику донорства в условиях напряжённого графика жизни, часто применяя гибкий подход к частоте сдачи плазмы. Их знание о вкладе, который вносит их донация, является ключевым в продолжении донорства. Однако большинство из них видит препятствия для более частого донорства, включая проблемы со здоровьем, которые вызывают у некоторых особую озабоченность [6].

Понимание мотивации сдачи крови среди потенциальных доноров также имеет значение для эффективного набора доноров. Анализ психологических предпосылок мотивации сдачи крови в группах, в которые были включены люди более старшего возраста и хорошо образованные, а также более молодые и менее образованные люди, показал, что аффективное отношение, субъективная норма, описательная норма и моральная норма были наиболее важными показателями намерения сдать кровь. Самоэффективность была более важной среди более молодой, менее образованной группы. Альтруизм был связан с мотивацией сдачи крови, но лишь косвенно через моральные нормы. Точно так же страх перед кровью/иглами оказывал лишь косвенное влияние на мотивацию через аффективное отношение и самоэффективность [2].

Традиционно во время кризисов число новых доноров крови увеличивается. Однако пандемия COVID-19 создала дополнительные препятствия для донорства из-за государственных профилактических мер и увеличила риски для личного здоровья. Для разработки политики в отношении донорства во время пандемии в будущем важное значение имеет изучение изменения мотивов доноров во время пандемий. Пандемия COVID-19 привела к сокращению донорства крови и ограничению запасов крови во многих странах, оказала особое влияние на доноров, поддерживаемых внутренней мотивацией [5, 16, 17].

Теория запланированного поведения, ранее широко использовавшаяся в исследованиях для понимания факторов, влияющих на донорство крови, ограничивает анализ мотивации доноров индивидуальным уровнем. Исследование на основе анализа мотивации гонконгских доноров во время пандемии COVID-19 обнаружил, что большинство участников были демотивированы сдавать кровь во время пандемии. Социокультурные силы и государственная политика предотвращения таких пандемий сильно повлияли на мотивацию участников сдавать кровь во время события. Макропонимание

поведения доноров путём изучения институциональных, социальных и перцептивных факторов, влияющих на доноров во время пандемии, может расширить понимание мотивации в донорстве [16].

Опрос репрезентативных выборок доноров в 7 европейских странах (Дания, Франция, Германия, Италия, Португалия, Нидерланды и Великобритания) об их активности в области сдачи крови и мотивации к сдаче крови в период пандемии COVID-19 выявил, что около половины доноров сдавали кровь меньше, чем обычно. Подавляющее большинство европейских доноров, которые сдали кровь, приложили особые усилия в ответ на COVID-19. Большинство доноров также не знали, что их кровь проверяли на антитела к COVID-19. Хотя предполагаемый риск заражения среди доноров при донации был относительно низким, те, кто ожидал высокого риска заражения, сдавали кровь гораздо реже. Более того, те, кто соблюдал рекомендации по COVID, также с меньшей вероятностью сдавали кровь [18].

Более половины немецких доноров хотели внести свой вклад в борьбу с пандемией, сдав кровь. Удовлетворённость доноров последней сдачей крови была высокой, и подавляющее большинство доноров чувствовали себя в полной безопасности. Однако те доноры, которые чувствовали себя небезопасно, выражали слабое намерение вернуться и хотели бы получить больше информации о том, как бороться с рисками пандемии. Намерение вернуться к донации было тесно связано с общей удовлетворённостью и ощущением безопасности во время сдачи крови, что говорит о важности тщательного отслеживания степени удовлетворённости доноров [19].

Итальянскими исследователями показано увеличение числа новых доноров после пандемии COVID-19, причём более высокий пропорциональный рост наблюдался у пожилых доноров. Более того, качество новых доноров, о чём свидетельствует частота последующих донаций крови, увеличилось по сравнению с предыдущими годами. Также обнаружены изменения во внешних мотивах, таких как возможность получить бесплатный тест на антитела или преодолеть ограничения на передвижение [5].

Отмечается, что в Нидерландах пик пандемии COVID-19 привёл к увеличению числа новых регистраций доноров крови, несмотря на связанные с этим повышенные риски для здоровья (например, из-за возраста или региона проживания). Представляет интерес для будущих исследований, являются ли эти новые доноры разовыми «пандемическими» донорами или они станут постоянными и лояльными донорами [17].

Основными опасениями китайских доноров во время пандемии были временная физическая слабость, вызванная сдачей крови, собственное физическое состояние, не отвечающее требованиям сдачи крови, неудобное место и время работы для сдачи крови, а также беспокойство семьи (или друзей) по поводу донации. По сравнению с 2022 г. в 2023 г. существенно возросли опасения относительно вредного воздействия донорства на здоровье, временной

физической слабости, заражения донорской крови и беспокойства семьи (друзей) [20].

Опыт людей, прошедших эпидемию атипичной пневмонии в Китае в раннем возрасте, особенно в период детства и подросткового возраста, оказал долгосрочное влияние на их готовность к донации крови на профилактику и контроль пандемии COVID-19. Кроме того, воздействие было неоднородным по таким социально-демографическим факторам, как уровень образования, состояние здоровья и уровень дохода.

В пандемию COVID-19 терапия реконвалесцентной плазмой считалась потенциально эффективным вариантом лечения. Как предполагалось, данная плазма может также играть важную роль в качестве одного из методов лечения различных вирусных инфекций, когда под рукой нет достаточного количества вакцин или других специфических терапевтических средств. Сбор реконвалесцентной плазмы осуществлялся при использовании обычных процедур сбора плазмы, что говорит о сходстве мотивов донорства.

Оценка мотивации сдачи реконвалесцентной плазмы медицинскими работниками показала, что половина медиков была заинтересована в донорстве плазмы. При этом имели значение образовательный уровень и состояние реконвалесцента, врачи были более заинтересованы в донорстве плазмы, чем другие медработники.

Таким образом, анализ показал, что для детального понимания мотивации донорства плазмы необходимы более глубокие исследования в области его влияния на здоровье доноров, влияния социально-демографических и экономических факторов на донорство, а также опыта пандемии COVID-19.

Понимание факторов, мотивирующих доноров плазмы, способствует применению более эффективных мер набора и удержания доноров, включая пропаганду альтруизма, снижения беспокойства и страхов, разработку и внедрение образовательных программ, индивидуализированное информирование с использованием цифровых технологий и других доступных способов, организацию комфортных условий, графика и частоты донации в центрах переливания крови, а также максимально индивидуализированный подход к донорам с учётом их опыта донорства и социально-демографических характеристик.

Заключение

Таким образом, исследования показали, что опытные доноры плазмы стараются поддерживать практику донорства в условиях напряжённого графика жизни, часто применяя гибкий подход к частоте сдачи плазмы. Их знание о вкладе, который вносит их донация крови, является ключевым в продолжении донорства. Однако большинство из них видит препятствия для более частого донорства, включая проблемы со здоровьем, которые вызывают у некоторых особую озабоченность. Опреде-

лено, что пандемия COVID-19 создала дополнительные препятствия для донорства из-за государственных профилактических мер и увеличила риски для личного здоровья. Для разработки политики в отношении донорства во время пандемии в будущем важное значение имеет изучение изменения мотивов доноров во время пандемий. Пандемия COVID-19 привела к сокращению донорства крови и ограничению запасов крови во многих странах, оказала особое влияние на доноров, поддерживаемых внутренней мотивацией.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Hajinasrollah G., Maghsudlu M., Nazemi A. M. et al. The effect of motivational strategy on voluntary plasma donation, a field trial // *Transfus. Apher. Sci.* 2023. Vol. 62, N 1. P. 103518. doi: 10.1016/j.transci.2022.103518
2. Charbonneau J., Cloutier M. S., Fainstein B. How do people become plasma and platelet donors in a VNR context? *J. Clin. Apher.* 2018. Vol. 33, N 3. P. 236–248. doi: 10.1002/jca.21577
3. Beurel A., Terrade F., Lebaudy J. P., Danic B. Determinants of plasma donation: a review of the literature // *Transfus. Clin. Biol.* 2017. Vol. 24, N 3. P. 106–109. doi: 10.1016/j.tracbi.2017.06.001
4. Strengers P. F. W. Challenges for plasma-derived medicinal products // *Transfus. Med. Hemother.* 2023. Vol. 50, N 2. P. 116–122. doi: 10.1159/000528959
5. Prevot J., Jolles S. Global immunoglobulin supply: steaming towards the iceberg? // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2020. Vol. 20, N 6. P. 557–564. doi: 10.1097/ACI.0000000000000696
6. Ochoa A., Shaefer H. L., Grogan-Kaylor A. The interlinkage between blood plasma donation and poverty in the United States // *Journal of Sociology & Social Welfare.* 2021. Vol. 48, N 2. P. 56–71.
7. Etherington C., Palumbo A., Holloway K. et al. Barriers and enablers to and strategies for promoting domestic plasma donation throughout the world: overarching protocol for three systematic reviews // *PLoS One.* 2023. Vol. 18, N 12. P. e0296104. doi: 10.1371/journal.pone.0296104
8. Burnouf T., Epstein J., Faber J. C., Smid M. Stepwise access to safe plasma proteins in resource-constrained countries: local production and pathways to fractionation — Report of an International Society of Blood Transfusion Workshop // *Vox Sang.* 2022. Vol. 117, N 6. P. 789–795. doi: 10.1111/vox.13263
9. Folléa G., Aranko K. European Blood Alliance. The revision of the European blood directives: a major challenge for transfusion medicine // *Transfus. Clin. Biol.* 2015. Vol. 22, N 3. P. 141–147. doi: 10.1016/j.tracbi.2015.05.003
10. Custer B., Zou S., Glynn S. A. et al. Addressing gaps in international blood availability and transfusion safety in low- and middle-income countries: a NHLBI workshop // *Transfusion.* 2018. Vol. 58, N 5. P. 1307–1317. doi: 10.1111/trf.14598
11. Farrugia A., Scaramuccia D. The dynamics of contract plasma fractionation // *Biologicals.* 2017. Vol. 46. P. 159–167. doi: 10.1016/j.biologicals.2017.02.007
12. Bagot K. L., Murray A. L., Masser B. M. How can we improve retention of the first-time donor? A systematic review of the current evidence // *Transfus. Med. Rev.* 2016. Vol. 30, N 2. P. 81–91. doi: 10.1016/j.tmr.2016.02.002
13. Monsellier M. Voluntary and non-remunerated blood donation; current situation and perspectives // *Transfus. Clin. Biol.* 2017. Vol. 24, N 3. P. 196–199. doi: 10.1016/j.tracbi.2017.06.021
14. Martin-Santana J. D., Cabrera-Suárez M. K., Déniz-Déniz M. C., Reinares-Lara E. Donor orientation and service quality: Key factors in active blood donors' satisfaction and loyalty // *PLoS One.* 2021. Vol. 16, N 7. P. e0255112. doi: 10.1371/journal.pone.0255112
15. Gyuris P., Gáspár B. G., Birkás B. et al. Help is in your blood: incentive to «double altruism» resolves the plasma donation paradox // *Front. Psychol.* 2021. Vol. 12. P. 653848. doi: 10.3389/fpsyg.2021.653848
16. Farrugia A., Grazzini G., Quinti I. et al. The growing importance of achieving national self-sufficiency in immunoglobulin in Italy. The emergence of a national imperative // *Blood Transfus.* 2019. Vol. 17, N 6. P. 449v458. doi: 10.2450/2019.0265-19

17. Thorpe R., Masser B., Coundouris S. P. et al. The health impacts of blood donation: a systematic review of donor and non-donor perceptions // *Blood Transfus.* 2024. Vol. 22, N 1. P. 7–19. doi: 10.2450/BloodTransfus.494
18. Schroyens N., D'aes T., De Buck E. et al. Safety and protection of plasma donors: a scoping review and evidence gap map // *Vox Sang.* 2024. Vol. 119, N 2. P. 110–120. doi: 10.1111/vox.13544
19. Goldman M. MSM and blood donation: shifting to individualized risk assessment // *Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program.* 2023. Vol. 1. P. 294–298. doi: 10.1182/hematology.2023000482
20. Kiss J. E., Vassallo R. R. How do we manage iron deficiency after blood donation? // *Br. J. Haematol.* 2018. Vol. 181, N 5. P. 590–603. doi: 10.1111/bjh.15136
9. Folléa G., Aranko K. European Blood Alliance. The revision of the European blood directives: a major challenge for transfusion medicine. *Transfus. Clin. Biol.* 2015;22(3):141–147. doi: 10.1016/j.traccli.2015.05.003
10. Custer B., Zou S., Glynn S. A. et al. Addressing gaps in international blood availability and transfusion safety in low- and middle-income countries: a NHLBI workshop. *Transfusion.* 2018;58(5):1307–1317. doi: 10.1111/trf.14598
11. Farrugia A., Scaramuccia D. The dynamics of contract plasma fractionation. *Biologicals.* 2017;46:159–167. doi: 10.1016/j.biologics.2017.02.007
12. Bagot K. L., Murray A. L., Masser B. M. How can we improve retention of the first-time donor? A systematic review of the current evidence. *Transfus. Med. Rev.* 2016;30(2):81–91. doi: 10.1016/j.tmr.2016.02.002
13. Monsellier M. Voluntary and non-remunerated blood donation; current situation and perspectives. *Transfus. Clin. Biol.* 2017;24(3):196–199. doi: 10.1016/j.traccli.2017.06.021
14. Martín-Santana J. D., Cabrera-Suárez M. K., Déniz-Déniz M. C., Reinales-Lara E. Donor orientation and service quality: Key factors in active blood donors' satisfaction and loyalty. *PLoS One.* 2021;16(7):e0255112. doi: 10.1371/journal.pone.0255112
15. Gyuris P., Gáspár B. G., Birkás B. et al. Help is in your blood-incentive to «double altruism» resolves the plasma donation paradox. *Front. Psychol.* 2021;12: 653848. doi: 10.3389/fpsyg.2021.653848
16. Farrugia A., Grazzini G., Quinti I. et al. The growing importance of achieving national self-sufficiency in immunoglobulin in Italy. The emergence of a national imperative. *Blood Transfus.* 2019;17(6):449–458. doi: 10.2450/2019.0265-19
17. Thorpe R., Masser B., Coundouris S. P. et al. The health impacts of blood donation: a systematic review of donor and non-donor perceptions. *Blood Transfus.* 2024;22(1):7–19. doi: 10.2450/BloodTransfus.494
18. Schroyens N., D'aes T., De Buck E. et al. Safety and protection of plasma donors: a scoping review and evidence gap map. *Vox Sang.* 2024;119(2):110–120. doi: 10.1111/vox.13544
19. Goldman M. MSM and blood donation: shifting to individualized risk assessment. *Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program.* 2023;1:294–298. doi: 10.1182/hematology.2023000482
20. Kiss J. E., Vassallo R. R. How do we manage iron deficiency after blood donation? *Br. J. Haematol.* 2018;181(5):590–603. doi: 10.1111/bjh.15136

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Hajinasrollah G., Maghsudlu M., Nazemi A. M. et al. The effect of motivational strategy on voluntary plasma donation, a field trial. *Transfus. Apher. Sci.* 2023;62(1):103518. doi: 10.1016/j.transci.2022.103518
2. Charbonneau J., Cloutier M. S., Fainstein B. How do people become plasma and platelet donors in a VNR context? *J. Clin. Apher.* 2018;33(3):236–248. doi: 10.1002/jca.21577
3. Beurel A., Terrade F., Lebaudy J. P., Danic B. Determinants of plasma donation: a review of the literature. *Transfus. Clin. Biol.* 2017;24(3):106–109. doi: 10.1016/j.traccli.2017.06.001
4. Strengers P. F. W. Challenges for plasma-derived medicinal products. *Transfus. Med. Hemother.* 2023;50(2):116–122. doi: 10.1159/000528959
5. Prevot J., Jolles S. Global immunoglobulin supply: steaming towards the iceberg? *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* 2020;20(6):557–564. doi: 10.1097/ACI.0000000000000696
6. Ochoa A., Shaefer H. L., Grogan-Kaylor A. The interlinkage between blood plasma donation and poverty in the United States. *Journal of Sociology & Social Welfare.* 2021;48(2):56–71.
7. Etherington C., Palumbo A., Holloway K. et al. Barriers and enablers to and strategies for promoting domestic plasma donation throughout the world: overarching protocol for three systematic reviews. *PLoS One.* 2023;18(12):e0296104. doi: 10.1371/journal.pone.0296104
8. Burnouf T., Epstein J., Faber J. C., Smid M. Stepwise access to safe plasma proteins in resource-constrained countries: local production and pathways to fractionation — Report of an International Society

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023
УДК 614.2

Хубиева Д. Х.-Д., Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Кравченко О. О., Зафировва В. Б.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ДРУГИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19: ПРОБЛЕМЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, Ставрополь, Россия

В данной статье рассматриваются вопросы, связанные с употреблением психоактивных веществ во время пандемии COVID-19. Глобальный характер этого кризиса по всему миру оказал значительное влияние на жизнь людей, включая их психическое здоровье. Введение карантина и меры «изоляции» стали одними из мер по контролю распространения болезни, но такие ограничения привели к появлению различных неблагоприятных психологических реакций: тревоги, депрессии, посттравматического стрессового расстройства, а также к случаям членовредительства и даже самоубийства. Все эти факторы могут отрицательно повлиять на другие аспекты здоровья и привести к увеличению употребления алкоголя и других психоактивных веществ. Стресс, социальная изоляция, непредсказуемость будущего, потеря работы или дохода — всё это может стать побуждающими факторами для людей обратиться к алкоголю или другим веществам в поисках расслабления или эмоциональной поддержки. Однако такие стратегии являются краткосрочными и нерациональными, т. к. употребление алкоголя только ухудшает психическое состояние и дополнительно увеличивает риск развития психических проблем.

Ключевые слова: COVID-19; пандемия; психоактивные вещества; алкоголь; психическое здоровье

Для цитирования: Амлаев К. Р., Мажаров В. Н., Кравченко О. О., Зафировва В. Б., Хубиева Д. Х.-Д. Влияние употребления алкоголя и других психоактивных веществ в период пандемии COVID-19: проблемы и последствия. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(спецвыпуск 1):681—686. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-681-686>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович; e-mail: kum672002@mail.ru

Khubiya D. H.-D., Amlaev K. R., Mazharov V. N., Kravchenko O. O., Zafirova V. B.

THE IMPACT OF ALCOHOL AND OTHER PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DURING THE COVID-19 PANDEMIC: PROBLEMS AND CONSEQUENCES

Stavropol State Medical University, 355017, Stavropol, Russia

This article discusses issues related to the use of surfactants during the COVID-19 pandemic. The global nature of this crisis has had a significant impact on the lives of people around the world, including their mental health. The introduction of quarantine and «isolation» measures have become one of the measures to control the spread of the disease, but such restrictions have led to various adverse psychological reactions such as anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, as well as cases of self-mutilation and even suicide. All of these factors can negatively affect other aspects of health and lead to increased use of alcohol and other psychoactive substances. Stress, social isolation, the unpredictability of the future, loss of a job or income — all these can be motivating factors for people to turn to alcohol or other substances in search of relaxation or emotional support. However, such strategies are short-term and irrational, since alcohol consumption only worsens the mental state and further increases the risk of developing mental problems.

Keywords: COVID-19; pandemic; psychoactive substances; alcohol; mental health

For citation: Amlaev K. R., Mazharov V. N., Kravchenko O. O., Zafirova V. B., Khubiya D. H.-D. The impact of alcohol and other psychoactive substance use during the covid-19 pandemic: problems and consequences. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2024;32(Special Issue 1):681—686 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-s1-681-686>

For correspondence: Karen R. Amlaev; e-mail: kum672002@mail.ru

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

Conflict of interest. The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 06.03.2024

Accepted 07.05.2024

Психологическое расстройство и употребление алкоголя часто сопутствуют друг другу, а основными факторами беспорядочного употребления алкоголя являются социальная изоляция и стресс [1].

Страх и тревога, усиленные во время пандемии COVID-19, способны вызвать рост употребления психоактивных веществ (ПАВ) в качестве психологического приёма, призванного помочь пережить экстренную негативную ситуацию [2, 3]. Можно предположить, что время пандемии возможны два противоположных результата: рост употребления алкоголя в некоторых группах населения из-за пережитого психологического стресса или снижение

употребления алкоголя из-за ограниченной доступности и финансовых ограничений.

«Блокировка» затрудняет на нелегальный оборот наркотиков, что может привести к меньшему употреблению и даже прекращению их употребления [4]. Также предполагается, что COVID-19 может затруднять лечение расстройств, связанных с употреблением ПАВ, и увеличивать вероятность рецидива их использования [5–7].

Клинические исследования показали высокую частоту расстройств настроения и тревожных расстройств среди пациентов, получающих лечение от наркотической зависимости. Диапазон распространённости депрессии в этой группе составлял от 27%

до 85%, а генерализованного тревожного расстройства — от 1% до 75%. Известно также, что употребление алкоголя и наличие алкогольной зависимости являются факторами риска суицидальных попыток [8]. В связи с пандемией COVID-19 также наблюдалось увеличение случаев самоубийств и попыток самоубийства [3, 9].

Во время пандемии доля лиц, употребляющих алкоголь, варьировалась в разных выборках от 21,7% [10] до 81,4% [11]. Аналогичным образом, опасное употребление алкоголя колебалось от 28,2% [12] до 52,7% [13], а запойное пьянство — от 7,1% [14] до 20% [15, 16]. Во всех исследованиях доля людей, которые не употребляли алкоголь в течение периода исследования, варьировалась от 17% [17] до 32,1% [18]. Анализ временных рядов, сравнивающий периоды изоляции, когда люди были ограничены в передвижении, с предыдущим годом, показал, что проблемы с употреблением алкоголя увеличились во время изоляции [19, 20].

Результаты двух исследований показали, что плохое физическое здоровье индивидумов имеет прямую связь с более частым употреблением наркотиков. У людей, ранее употреблявших каннабис, плохое физическое состояние становилось причиной ещё большего употребления каннабиса [21]. У пациентов, использующих каннабис в медицинских целях, было отмечено усиление симптомов в зависимости от увеличения употребления [22].

Обнаружено также, что плохое физическое здоровье связано с большим употреблением алкоголя. Изменения в потреблении алкоголя были связаны с индексом массы тела: у людей с избыточным весом/ожирением вероятность снижения потребления алкоголя была значительно ниже, чем у тех, у кого его не было [10].

Пять исследований выявили статистически значимую роль одиночества в увеличении употребления алкоголя во время пандемии. У тех, кто находился в условиях карантина/строгой самоизоляции, уровень употребления алкоголя был значительно выше, чем у тех, кто не был ограничен в свободе передвижения [14].

Выявили статистически значимую роль пола в росте употребления алкоголя во время пандемии. Шесть исследований показали, что во время пандемии мужчины значительно чаще употребляли алкоголь, чем женщины. В США мужчины сообщали о большем количестве выпивки, о более высокой общей частоте употребления алкоголя наряду с большей частотой эпизодов пьянства [23]. В другом исследовании, проведённом в Хорватии, хотя у мужчин и женщин наблюдались схожие модели употребления алкоголя, наибольшее увеличение числа тех, кто выпивал более 15 порций в неделю, наблюдалось у мужчин [18]. В России о пьянстве из-за COVID-19 сообщили 7,1% респондентов опроса, этот процент был намного выше у мужчин, чем у женщин [14].

Отношения и личные контакты с теми, кто серьёзно болен COVID-19, также являются фактора-

ми, способствующими повышенному употреблению алкоголя во время пандемии [12]. Исследования показали, что повышенное потребление ПАВ в этот период наблюдалось у 5% населения США, а в России некоторые респонденты сообщали о увеличении употребления таких веществ из-за пандемии [24]. В этот же перечень можно включить азартные игры [17], курение [16], потерю дохода или безработицу, работу в качестве медицинского работника [24–26], более интенсивное употребление алкоголя до начала пандемии [12], повышенный страх [14] или предполагаемую угрозу и дистресс [16, 23, 27], импульсивность [16, 24], напряжение и страх за здоровье: чувство беспомощности, безнадежности, отсутствие надёжной информации и беспокойство о будущем, жизнь в Великобритании [24], скуку, потерю повседневного порядка, вознаграждение после тяжёлой работы.

Религия также играет роль в снижении употребления алкоголя. О пьянстве из-за COVID-19 сообщили 10,3% светских респондентов по сравнению с 5,0% религиозными [14]. Аналогичным образом, у пациентов с ранее существовавшими алкогольными расстройствами контакт со специалистом по лечению алкогольной зависимости был положительным предиктором рецидива и улучшения новой абстиненции [28].

Во время пандемии доля населения, употребляющего ПАВ, различалась от 3,6% [12] до 17,5% [23] в общей выборке населения и составляла 13,8% [29] среди молодёжи. Среди людей, живущих с ВИЧ или использующих каннабис в медицинских целях [22], доля потребителей ПАВ достигала 75% [30]. Проведённый исследовательский анализ показал, что в период пандемии 23,2% молодых респондентов и 3,0% респондентов общей выборки отметили наличие расстройств, связанных с употреблением ПАВ [31].

Канадские учёные, в свою очередь, зафиксировали снижение потребления ПАВ в период пандемии [32]. Ещё в 3 исследованиях, напротив, отметили негативное влияние пандемии в отношении использования ПАВ [2, 3, 14]. В выборках жителей США в целом ещё 5,0% начали употреблять каннабис, 5,6% начали употреблять стимуляторы и 5,6% — опиоиды после вспышки COVID-19 [2]. 13,3% респондентов увеличили применение ПАВ [3]. Сообщается, что россияне, применявшие ПАВ перед появлением COVID-19, увеличили приём каннабиса на 27,3%, риталина — на 16,7%, обезболивающих — на 18,2%, успокоительных средств — на 23,5% [14]. Было замечено, что пандемия оказала смешанный эффект, но во всех исследованиях зафиксировано большее количество людей, сообщивших об увеличении употребления ПАВ, по сравнению с теми, кто сообщил об уменьшении [10, 12, 21, 22, 25, 29, 33–34].

Исследования, проведённые с целью изучения обращения пациентов в отделения неотложной помощи из-за употребления наркотиков, проливают свет на актуальную ситуацию во время карантина [20, 35–38]. В 2 независимых исследованиях обнаружена повышенная смертность, связанная с потре-

блением ПАВ в период пандемии COVID-19. Численность передозировок ПАВ и вызванных ею смертей выросло на 47% [35], соответственно, число вызовов скорой помощи по причине передозировки опиоидами выросло на 50% [38].

Эти результаты показывают, что карантинные меры оказали серьёзное влияние на сферу наркотической зависимости и употребления наркотиков, вызывая рост смертности и числа чрезвычайных ситуаций, требующих медицинского вмешательства. Для участников нескольких исследований ($n = 17$) выяснилось, что проблемы с психическим здоровьем чаще связаны с повышенным употреблением алкоголя в целом. Основными мотивами для этого употребления являлись тревога и безнадёжность. Интересно, что более высокий уровень психологического дистресса был связан с увеличенным употреблением алкоголя у студентов в США [39]. В другом исследовании, проведённом также в США, у людей с высокой степенью тяжести симптомов депрессии была намного большая вероятность увеличения употребления алкоголя по сравнению с теми, у кого нет депрессивных симптомов или у кого они лёгкие [14]. В исследовании в России также обнаружено, что участники, которые заявили о чрезмерном потреблении алкоголя, имели более высокий уровень депрессии [14]. В то же время в Великобритании люди, которые увеличили потребление алкоголя в начале периода изоляции, также испытывали более серьёзные проявления депрессии [24]. В Китае потребление алкоголя с высоким риском для здоровья было связано с уровнем тревоги у женщин [40].

В исследовании в Польше, проведённом среди людей, зависимых от алкоголя, обнаружено, что они склонны употреблять больше алкоголя по сравнению со здоровыми людьми, а у тех, кто имел текущие суицидальные мысли, вероятность увеличения употребления алкоголя была выше, чем у тех, у кого таких мыслей не было [12]. В масштабном интернет-опросе, проведённом во Франции среди более чем 11 000 участников, выяснилось, что текущее психиатрическое лечение было фактором роста употребления алкоголя [33]. Данное исследование указывает на значительную взаимосвязь между алкогольными расстройствами, употреблением ПАВ и психическими расстройствами с повышенным риском для пациентов, госпитализированных по поводу алкогольной интоксикации. В частности, более половины этих пациентов имели историю злоупотребления ПАВ или психические расстройства, что указывает на то, что эти факторы могут играть значимую роль в развитии таких состояний [19].

Кроме того, у пациентов с алкогольными расстройствами, которые также столкнулись с психосоциальными проблемами, связанными с COVID-19 (например, тревога, депрессия), была выявлена более высокая вероятность рецидива по сравнению с пациентами, не сталкивающимися с подобными проблемами. Это может указывать на то, что факторы психосоциального стресса, связанные с пандемией COVID-19, могут усиливать или предрасполагать

к рецидиву алкогольного злоупотребления у тех, кто уже страдает алкогольными расстройствами.

Исследователи подчеркивают важность психологической поддержки и помощи людям с алкогольными проблемами, особенно во время стрессовых периодов, таких как пандемия, чтобы предотвратить возможные негативные последствия и снизить вероятность рецидива злоупотребления алкоголем. Кроме того, были найдены положительные связи между употреблением алкоголя, зависимостью от алкоголя и симптомами посттравматического стрессового расстройства [41].

Состояние психического здоровья находится в зависимости от применения ПАВ. Так, рост употребления марихуаны коррелирует с распространённостью депрессивной симптоматики. У людей с умеренной и тяжёлой депрессией также велика вероятность увеличения потребления марихуаны по сравнению с теми, у кого её нет [10].

Схожие тенденции выявлены в американском исследовании, где участники, начавшие принимать медицинские препараты или вещества на основе каннабиса, сообщали об ухудшении своего психического и эмоционального состояния [22]. Почти половина пациентов в Италии, сталкивающихся с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, или проблемами с азартными играми, сообщили о сопутствующих психических расстройствах, особенно о расстройствах настроения, таких как депрессия и биполярное расстройство, или о тревоге в условиях изоляции [32].

Аналогичные тенденции проявляются и в США, где люди с психическими расстройствами отметили 91% увеличение употребления медицинского каннабиса после объявления о пандемии COVID-19 в сравнении с теми, у кого нет психических расстройств [42]. Учёные выделяют сосояние психического здоровья и стресс как одни из главных причин увеличения употребления каннабиса в Нидерландах [21].

Заключение

Результаты последних исследований явно указывают на то, что в условиях пандемии COVID-19 ряд факторов риска стимулируют увеличенное употребление алкоголя. Среди этих факторов выделяются:

- одиночество: люди, оставшиеся в одиночестве, более подвержены увеличенному потреблению алкоголя во время пандемии;
- мужской пол: мужчины, согласно исследованию, более склонны к увеличенному употреблению алкоголя в сравнении с женщинами;
- пожилой возраст: группы с пожилым возрастом чаще подвержены влиянию, что также связано с повышенным употреблением алкоголя;
- наличие детей: люди с детьми склонны к увеличенному потреблению алкоголя, возможно, связанному с дополнительными стрессом и ответственностью;

- более высокий уровень образования: люди с высоким уровнем образования также входят в группу с повышенным риском увеличенного потребления алкоголя;
- потеря дохода или безработица: экономические трудности, такие как потеря дохода или безработица, сильно влияют на уровень потребления алкоголя;
- плохое физическое здоровье: избыточный вес и общее плохое физическое состояние также связаны с увеличенным потреблением алкоголя.
- страх и дистресс: чувства страха и дистресса являются значимыми факторами, поддерживающими увеличенное употребление алкоголя в период пандемии.
- психические состояния: депрессия, тревога, безнадежность и изоляция также играют важную роль в увеличенном потреблении алкоголя.

Указанные факторы являются ключевыми в понимании динамики потребления алкоголя в контексте пандемии, что позволяет разработать эффективные стратегии поддержки и предотвращения негативных последствий для здоровья общества.

Тревога, безнадежность и социальная изоляция были другими психологическими факторами, наблюдаемыми в ряде исследований, связанными с увеличением употребления алкоголя. Как и в случае с депрессией, многие исследования продемонстрировали сопутствующую зависимость употребления алкоголя от аффективных и тревожных расстройств.

Важно отметить, что в контексте пандемии COVID-19 существуют также факторы, которые связаны со снижением потребления алкоголя. Религиозные убеждения, высокий уровень социальной поддержки и занятия учёбой являются примерами таких факторов, действующих как защитные механизмы.

Религиозные убеждения играют ключевую роль в уменьшении потребления алкоголя в условиях пандемии. Вероятно, религиозные общины предоставляют своим членам структуру и ценности, которые могут действовать как стабильная поддержка в трудные времена.

Высокий уровень социальной поддержки: люди, обладающие высоким уровнем социальной поддержки, менее склонны к увлечению алкоголем в период стресса и неопределённости. Это может быть связано как с религиозными общностями, так и с другими формами поддержки в обществе.

Занятия учебной работой также ассоциируются с уменьшением потребления алкоголя. Вероятно, обучение создаёт дополнительные факторы структуры и ответственности, что в свою очередь может снизить стремление к употреблению алкоголя.

Эти факторы защиты не только смягчают потенциальные негативные последствия для здоровья, но и подчёркивают важность поддержки религиозных и социальных сетей, а также образовательных про-

грамм в сбалансированном подходе к заботе о благополучии общества в период нестабильности.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Clay J. M., Parker M. O. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? // *Lancet Public Health*. 2020. Vol. 5, N 5. P. e259. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8
2. Rogers A. H., Shepherd J. M., Garey L., Zvolensky M. J. Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic // *Psychiatry Res*. 2020. Vol. 293. P. 113407. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113407
3. Czeisler M. É., Lane R. I., Petrosky E. et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—United States, June 24–30, 2020 // *Morb. Mortal. Wkly. Rep*. 2020. Vol. 69, N 32. P. 1049–1057. DOI: 10.15585/mmwr.mm6932a1
4. Lapeyre-Mestre M., Boucher A., Daveluy A. et al. Addictovigilance contribution during COVID-19 epidemic and lockdown in France // *Therapies*. 2020. Vol. 75, N 4. P. 343–354. DOI: 10.1016/j.therap.2020.06.006
5. Ornell F., Moura H. F., Scherer J. N. et al. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: implications for prevention and treatment // *Psychiatry Res*. 2020. Vol. 289. P. 113096. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113096
6. Vecchio S., Ramella R., Drago A. et al. COVID-19 pandemic and people with opioid use disorder: innovation to reduce risk // *Psychiatry Res*. 2020. Vol. 289. P. 113047. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113047
7. Dubey S., Biswas P., Ghosh R. et al. Psychosocial impact of COVID-19 // *Diabetes Metab. Syndr. Clin. Res. Rev*. 2020. Vol. 14, N 5. P. 779–788. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.05.035
8. Lynch F. L., Peterson E. L., Lu C. Y. et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study // *Addict. Sci. Clin. Pract*. 2020. Vol. 15, N 1. P. 14. DOI: 10.1186/s13722-020-0181-1
9. Ahmed M. Z., Ahmed O., Aibao Z. et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems // *Asian J. Psychiatry*. 2020. Vol. 51. P. 102092. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102092
10. Knell G., Robertson M. C., Dooley E. E. et al. Health behavior changes during COVID-19 pandemic and subsequent «stay-at-home» orders // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17, N 17. P. 6268. DOI: 10.3390/ijerph17176268
11. Romero-Blanco C., Rodriguez-Almagro J., Onieva-Zafra M. D. et al. Physical activity and sedentary lifestyle in university students: changes during confinement due to the COVID-19 pandemic // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17, N 18. P. 6567. DOI: 10.3390/ijerph17186567
12. Chodkiewicz J., Talarowska M., Miniszewska J. et al. Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: the initial stage // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17, N 13. P. 4677. DOI: 10.3390/ijerph17134677
13. Newby J., O'Moore K., Tang S. et al. Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia // *PLoS ONE*. 2020. Vol. 15, N 7. P. e0236562. DOI: 10.1371/journal.pone.0236562
14. Gritsenko V., Skugarevsky O., Konstantinov V. et al. COVID 19 fear, stress, anxiety, and substance use among Russian and Belarusian University students // *Int. J. Ment. Health Addict*. 2021. Vol. 19, N 6. P. 2362–2368. DOI: 10.1007/s11469-020-00330-z
15. Silczuk A. Threatening increase in alcohol consumption in physicians quarantined due to coronavirus outbreak in Poland: the AL-COVID survey // *J. Public Health*. 2020. Vol. 42, N 3. P. 461–465. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa110
16. Panno A., Carbone G. A., Massullo C. et al. COVID-19 related distress is associated with alcohol problems, social media and food addiction symptoms: insights from the Italian experience during the lockdown // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 1314. DOI: 10.3389/fpsy.2020.577135
17. Håkansson A. Impact of COVID-19 on online gambling — a general population survey during the pandemic // *Front. Psychology*. 2020. Vol. 11. P. 568543. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.568543
18. Đogaš Z., Kalcina L. L., Dodig I. P. et al. The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: a cross-sectional study // *Croat. Med. J*. 2020. Vol. 61, N 4. P. 309–318. DOI: 10.3325/cmj.2020.61.309

19. Grigoletto V., Cognigni M., Occhipinti A. A. et al. Rebound of severe alcoholic intoxications in adolescents and young adults after CoViD-19 lockdown // *J. Adol. Health*. 2020. Vol. 67, N 5. P. 727–729. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.08.017
20. Leichtle S. W., Rodas E. B., Procter L. et al. The influence of a statewide “Stay-at-Home” order on trauma volume and patterns at a level 1 trauma center in the united states // *Injury*. 2020. Vol. 51, N 11. P. 2437–2441. DOI: 10.1016/j.injury.2020.08.014
21. Van Laar M. W., Oomen P. E., Van Miltenburg C. J., Vercoulen E., Freeman T. P., Hall W. D. Cannabis and COVID-19: reasons for concern // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 1419. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.601653
22. Boehnke K. F., McAfee J., Ackerman J. M., Kruger D. J. Medication and substance use increases among people using cannabis medically during the COVID-19 pandemic // *Int. J. Drug Policy*. 2020. Vol. 92. P. 103053. DOI: 10.1016/j.drugpo.2020.103053
23. Rodriguez L. M., Litt D. M., Stewart S. H. Drinking to cope with the pandemic: the unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women // *Addict. Behav.* 2020. Vol. 110. P. 106532. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106532
24. Sallie S. N., Ritou V., Bowden-Jones H., Voon V. Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: highlighting negative emotionality mechanisms // *BMJ Open*. 2020. Vol. 10, N 11. P. e044276. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044276
25. Vanderbruggen N., Mathtys F., Van Laere S. et al. Self-reported alcohol, tobacco, and Cannabis use during COVID-19 lockdown measures: results from a web-based survey // *Eur. Addict. Res.* 2020. Vol. 26, N 6. P. 309–315. DOI: 10.1159/000510822
26. Wardell J. D., Kempe T., Rapinda K. K. et al. Drinking to cope during COVID-19 pandemic: the role of external and internal factors in coping motive pathways to alcohol use, solitary drinking, and alcohol problems // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2020. Vol. 44, N 10. P. 2073–2083. DOI: 10.1111/acer.14425
27. McPhee M. D., Keough M. T., Rundle S. et al. Depression, environmental reward, coping motives and alcohol consumption during the COVID-19 pandemic // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 1128. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.574676
28. Kim J. U., Majid A., Judge R. et al. Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder // *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2020. Vol. 5, N 10. P. 886–887. DOI: 10.1016/S2468-1253(20)30251-X
29. Dumas T. M., Ellis W., Litt D. M. What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors // *J. Adol. Health*. 2020. Vol. 67, N 3. P. 354–361. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.018
30. Ballivian J., Alcaide M. L., Cecchini D. et al. Impact of COVID-19-related stress and lockdown on mental health among people living with HIV in Argentina // *J. Acquired Immune Defic. Syndr.* 2020. Vol. 85, N 4. P. 475–482. DOI: 10.1097/QAI.0000000000002493
31. Hawke L. D., Barbic S., Voineskos A. et al. Impacts of COVID-19 on youth mental health, substance use, and wellbeing: a rapid survey of clinical and community samples // *Can. J. Psychiatry*. 2020. Vol. 65. P. 701–709. DOI: 10.1177/0706743720940562
32. Martinotti G., Alessi M. C., Di Natale C. et al. Psychopathological burden and quality of life in substance users during the COVID-19 lockdown period in Italy // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 896. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.572245
33. Rolland B., Haesebaert F., Zante E. et al. Global changes and factors of increase in caloric/salty food intake, screen use, and substance use during the early COVID-19 containment phase in the general population in france: survey study // *JMIR Public Health Surveill.* 2020. Vol. 6, N 3. DOI: 10.2196/19630
34. Sanchez T. H., Zlotorzynska M., Rai M., Baral S. D. Characterizing the impact of COVID-19 on men who have sex with men across the United States in April, 2020 // *AIDS Behav.* 2020. Vol. 24, N 7. P. 2024–2032. DOI: 10.1007/s10461-020-02894-2
35. Globber N., Mohler G., Huynh P. et al. Impact of COVID-19 pandemic on drug overdoses in Indianapolis // *J. Urban Health*. 2020. Vol. 97, N 6. P. 802–807. DOI: 10.1007/s11524-020-00484-0
36. Marais C., Soderstrom J., Fatovich D. Comparison of illicit drug-related presentations to the emergency department: Pre-COVID versus COVID // *Emerg. Med. Australas.* 2020. Vol. 32, N 5. P. 901–901. DOI: 10.1111/1742-6723.13597
37. Ochalek T. A., Cumpston K. L., Wills B. K. et al. Nonfatal opioid overdoses at an urban emergency department during the COVID-19 pandemic // *JAMA*. 2020. Vol. 324, N 16. P. 1673–1674. DOI: 10.1001/jama.2020.17477
38. Slavova S., Rock P., Bush H. M. et al. Signal of increased opioid overdose during COVID-19 from emergency medical services data // *Drug Alcohol Depend.* 2020. Vol. 214. P. 108176. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108176
39. Lechner W. V., Laurene K. R., Patel S. et al. Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings // *Addict. Behav.* 2020. Vol. 110. P. 106527. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106527
40. Wang Y., Lu H., Hu M. et al. Alcohol consumption in China before and during CoViD-19: preliminary results from an online retrospective survey // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 597826. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.597826
41. Yazdi K., Fuchs-Leitner I., Rosenleitner J., Gerstgrasser N. W. Impact of the COVID-19 pandemic on patients with alcohol use disorder and associated risk factors for relapse // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 1470. P. 620612. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.620612
42. Vidot D. C., Islam J. Y., Camacho-Rivera M. et al. The COVID-19 cannabis health study: results from an epidemiologic assessment of adults who use cannabis for medicinal reasons in the United States // *J. Addict. Dis.* 2021. Vol. 39, N 1. P. 26–36. DOI: 10.1080/10550887.2020.1811455

Поступила 06.03.2024
Принята в печать 07.05.2024

REFERENCES

1. Clay J. M., Parker M. O. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e259. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30088-8
2. Rogers A. H., Shepherd J. M., Garey L., Zvolensky M. J. Psychological factors associated with substance use initiation during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res.* 2020;293:113407. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113407
3. Czeisler M. E., Lane R. I., Petrosky E. et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic—United States, June 24–30, 2020. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2020;69(32):1049–1057. DOI: 10.15585/mmwr.mm6932a1
4. Lapeyre-Mestre M., Boucher A., Daveluy A. et al. Addictovigilance contribution during COVID-19 epidemic and lockdown in France. *Therapies*. 2020;75(4):343–354. DOI: 10.1016/j.therap.2020.06.006
5. Ornell F., Moura H. F., Scherer J. N. et al. The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: implications for prevention and treatment. *Psychiatry Res.* 2020;289:113096. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113096
6. Vecchio S., Ramella R., Drago A. et al. COVID-19 pandemic and people with opioid use disorder: innovation to reduce risk. *Psychiatry Res.* 2020;289:113047. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113047
7. Dubey S., Biswas P., Ghosh R. et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab. Syndr. Clin. Res. Rev.* 2020;14(5):779–788. DOI: 10.1016/j.dsx.2020.05.035
8. Lynch F. L., Peterson E. L., Lu C. Y. et al. Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: a case control study. *Addict. Sci. Clin. Prac.* 2020;15(1):14. DOI: 10.1186/s13722-020-0181-1
9. Ahmed M. Z., Ahmed O., Aibao Z. et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J. Psychiatry*. 2020;51:102092. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102092
10. Knell G., Robertson M. C., Dooley E. E. et al. Health behavior changes during COVID-19 pandemic and subsequent «stay-at-home» orders. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(17):6268. DOI: 10.3390/ijerph17176268
11. Romero-Blanco C., Rodriguez-Almagro J., Onieva-Zafra M. D. et al. Physical activity and sedentary lifestyle in university students: changes during confinement due to the COVID-19 pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(18):6567. DOI: 10.3390/ijerph17186567
12. Chodkiewicz J., Talarowska M., Miniszewska J. et al. Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: the initial stage. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(13):4677. DOI: 10.3390/ijerph17134677
13. Newby J., O’Moore K., Tang S. et al. Acute mental health responses during the COVID-19 pandemic in Australia. *PLoS ONE*. 2020;15(7):e0236562. DOI: 10.1371/journal.pone.0236562
14. Gritsenko V., Skugarevsky O., Konstantinov V. et al. COVID 19 fears, stress, anxiety, and substance use among Russian and Belarusian University students. *Int. J. Ment. Health Addict.* 2021;19(6):2362–2368. DOI: 10.1007/s11469-020-00330-z

15. Silczuk A. Threatening increase in alcohol consumption in physicians quarantined due to coronavirus outbreak in Poland: the AL-COVID survey. *J. Public Health.* 2020;42(3):461–465. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa110
16. Panno A., Carbone G. A., Massullo C. et al. COVID-19 related distress is associated with alcohol problems, social media and food addiction symptoms: insights from the Italian experience during the lockdown. *Front. Psychiatry.* 2020;11:1314. DOI: 10.3389/fpsy.2020.577135
17. Håkansson A. Impact of COVID-19 on online gambling — a general population survey during the pandemic. *Front. Psychology.* 2020;11:568543. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.568543
18. Đogaš Z., Kalcina L. L., Dodig I. P. et al. The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: a cross-sectional study. *Croat. Med. J.* 2020;61(4):309–318. DOI: 10.3325/cmj.2020.61.309
19. Grigoletto V., Cognigni M., Occhipinti A. A. et al. Rebound of severe alcoholic intoxications in adolescents and young adults after CoViD-19 lockdown. *J. Adol. Health.* 2020;67(5):727–729. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.08.017
20. Leichtle S. W., Rodas E. B., Procter L. et al. The influence of a state-wide “Stay-at-Home” order on trauma volume and patterns at a level 1 trauma center in the United States. *Injury.* 2020;51(11):2437–2441. DOI: 10.1016/j.injury.2020.08.014
21. Van Laar M. W., Oomen P. E., Van Miltenburg C. J., Vercoulen E., Freeman T. P., Hall W. D. Cannabis and COVID-19: reasons for concern. *Front. Psychiatry.* 2020;11:1419. DOI: 10.3389/fpsy.2020.601653
22. Boehnke K. F., McAfee J., Ackerman J. M., Kruger D. J. Medication and substance use increases among people using cannabis medically during the COVID-19 pandemic. *Int. J. Drug Policy.* 2020;92:103053. DOI: 10.1016/j.drugpo.2020.103053
23. Rodriguez L. M., Litt D. M., Stewart S. H. Drinking to cope with the pandemic: the unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. *Addict. Behav.* 2020;110:106532. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106532
24. Sallie S. N., Ritou V., Bowden-Jones H., Voon V. Assessing international alcohol consumption patterns during isolation from the COVID-19 pandemic using an online survey: highlighting negative emotionality mechanisms. *BMJ Open.* 2020;10(11):e044276. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-044276
25. Vanderbruggen N., Matthys F., Van Laere S. et al. Self-reported alcohol, tobacco, and Cannabis use during COVID-19 lockdown measures: results from a web-based survey. *Eur. Addict. Res.* 2020;26(6):309–315. DOI: 10.1159/000510822
26. Wardell J. D., Kempe T., Rapinda K. K. et al. Drinking to cope during COVID-19 pandemic: the role of external and internal factors in coping motive pathways to alcohol use, solitary drinking, and alcohol problems. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2020;44(10):2073–2083. DOI: 10.1111/acer.14425
27. McPhee M. D., Keough M. T., Rundle S. et al. Depression, environmental reward, coping motives and alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. *Front. Psychiatry.* 2020;11:1128. DOI: 10.3389/fpsy.2020.574676
28. Kim J. U., Majid A., Judge R. et al. Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* 2020;5(10):886–887. DOI: 10.1016/S2468-1253(20)30251-X
29. Dumas T. M., Ellis W., Litt D. M. What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors. *J. Adol. Health.* 2020;67(3):354–361. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.018
30. Ballivian J., Alcaide M. L., Cecchini D. et al. Impact of COVID-19-related stress and lockdown on mental health among people living with HIV in Argentina. *J. Acquired Immune Defic. Syndr.* 2020;85(4):475–482. DOI: 10.1097/QAI.0000000000002493
31. Hawke L. D., Barbic S., Voineskos A. et al. Impacts of COVID-19 on youth mental health, substance use, and wellbeing: a rapid survey of clinical and community samples. *Can. J. Psychiatry.* 2020;65:701–709. DOI: 10.1177/0706743720940562
32. Martinotti G., Alessi M. C., Di Natale C. et al. Psychopathological burden and quality of life in substance users during the COVID-19 lockdown period in Italy. *Front. Psychiatry.* 2020;11:896. DOI: 10.3389/fpsy.2020.572245
33. Rolland B., Haesebaert F., Zante E. et al. Global changes and factors of increase in caloric/salty food intake, screen use, and substance use during the early COVID-19 containment phase in the general population in France: survey study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(3). DOI: 10.2196/19630
34. Sanchez T. H., Zlotorzynska M., Rai M., Baral S. D. Characterizing the impact of COVID-19 on men who have sex with men across the United States in April, 2020. *AIDS Behav.* 2020;24(7):2024–2032. DOI: 10.1007/s10461-020-02894-2
35. Glober N., Mohler G., Huynh P. et al. Impact of COVID-19 pandemic on drug overdoses in Indianapolis. *J. Urban Health.* 2020;97(6):802–807. DOI: 10.1007/s11524-020-00484-0
36. Marais C., Soderstrom J., Fatovich D. Comparison of illicit drug-related presentations to the emergency department: Pre-COVID versus COVID. *Emerg. Med. Australas.* 2020;32(5):901–901. DOI: 10.1111/1742-6723.13597
37. Ochalek T. A., Cumpston K. L., Wills B. K. et al. Nonfatal opioid overdoses at an urban emergency department during the COVID-19 pandemic. *JAMA.* 2020;324(16):1673–1674. DOI: 10.1001/jama.2020.17477
38. Slavova S., Rock P., Bush H. M. et al. Signal of increased opioid overdose during COVID-19 from emergency medical services data. *Drug Alcohol Depend.* 2020;214:108176. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108176
39. Lechner W. V., Laurene K. R., Patel S. et al. Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. *Addict. Behav.* 2020;110:106527. DOI: 10.1016/j.addbeh.2020.106527
40. Wang Y., Lu H., Hu M. et al. Alcohol consumption in China before and during CoViD-19: preliminary results from an online retrospective survey. *Front. Psychiatry.* 2020;11:597826. DOI: 10.3389/fpsy.2020.597826
41. Yazdi K., Fuchs-Leitner I., Rosenleitner J., Gerstgrasser N. W. Impact of the COVID-19 pandemic on patients with alcohol use disorder and associated risk factors for relapse. *Front. Psychiatry.* 2020;11:1470:620612. DOI: 10.3389/fpsy.2020.620612
42. Vidot D. C., Islam J. Y., Camacho-Rivera M. et al. The COVID-19 cannabis health study: results from an epidemiologic assessment of adults who use cannabis for medicinal reasons in the United States. *J. Addict. Dis.* 2021;39(1):26–36. DOI: 10.1080/10550887.2020.1811455