

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-uf.ru,
www.pochta.ru

на электронную версию:
elibrary.ru

ISSN 0869-866X. Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед. 2025. Т. 33. № 1. 1—144.

 Издатель:
Акционерное общество
«Шико»

ОГРН 1027739732822

Переводчик В. С. Нечаев

Корректор И. И. Жданюк

Сдано в набор 25.12.2024.

Подписано в печать 12.02.2024.

Формат 60 × 88%. Печать офсетная. Печ. л. 18. Усл. печ. л. 17,6. Уч.-изд. л. 22,9.

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

1

Том 33

2025

ЯНВАРЬ—ФЕВРАЛЬ

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 (Флиндер, 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)

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

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

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

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

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

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

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

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

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

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)

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
PudMed, 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

1

Volume 33

2025

JANUARY—FEBRUARY

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, Habilitation, prof.

SHLIAFER S. I. — MD, PhD, DSc, prof.

Sarah WENDT — PhD, prof.

VISHLENKOVA E. A. — PhD, DSc, prof.

EDITORIAL COUNCIL:

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

Berseneva E. A. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Volkova O. A. — PhD, DSc, prof.

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

Gulzoda M. K. — MD, PhD, DSc, prof.

Gundarov I. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Dzumaliev G. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Zinchenko R. A. — MD, PhD, DSc, prof.

Zubok Yu. A. — PhD, DSc, prof.

Kasimova G. P. — MD, PhD, DSc, prof.

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

Polanin A. V. — PhD, DSc, prof.

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

Salaks Yu. M. — MD, PhD, DSc, prof.

СОДЕРЖАНИЕ

Здоровье и общество

- Волкова О. А.* Социальное здоровье человека как ресурс демографического развития Евразийского экономического сообщества: социологический аспект 5
- Амлаев К. Р., Дахкильгова Х. Т., Атоева М. А., Баратова М. С.* Последствия изменения климата для жизни и здоровья населения 11
- Ахохова А. В., Кардангушева А. М., Альмова И. Х., Хоконова Л. Т., Елокова Д. С., Тохов А. М., Дзасежев Т. Д., Хажироков Н.-М. Х., Маремкулов К. Х., Мокаев А. М.* Исследование процессов управления региональными проектами для определения алгоритмов прототипирования. Часть 2 (обзор) 18
- Заливанский Б. В., Самохвалова Е. В., Сапрыка В. А.* Социальная иммунизация как инструмент противодействия манипулятивному влиянию на молодежь 27
- Шаповалова И. С., Ковальчук О. В.* Самосохранительные стратегии молодежи: реализация национальных проектов и интересов 33
- Трегубов В. Н., Бовина А. А.* Отношение обучаемых медицинской образовательной организации к семейной жизни 42
- Ольков И. Г., Гришина Н. К., Лузанов О. А.* Методические подходы к оценке экономической эффективности применения ВПЧ-тестирования и цитологического обследования при оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» 48
- Ботнарнюк М. В.* Исследование проблемных аспектов сохранения здоровья женщин-моряков в торговом судоходстве 53
- Тимченко Т. Н.* Меры предупреждения летальных исходов у женщин-моряков 59
- Тонконог В. В.* Особенности таможенного оформления медицинских изделий при ввозе в Российскую Федерацию 65
- Казберов П. Н.* Характеристики профилактической работы с наркотической и алкогольной зависимостью лиц, отбывающих уголовное наказание 73
- Солонин А. В., Белохов Н. В., Благих И. А., Мalyushin И. И., Симченко А. Е.* Тенденции и перспективы развития рынка коммерческих медицинских услуг 79
- Ананченкова П. И.* Подходы к определению понятия «медицинский туризм» и проблема дефинитивной креолизации 85
- Гуз Н. А., Стрельников А. М.* Чувствительность рождаемости к стимулирующим мерам финансового характера 90
- Тураева Р. Р., Тураев Р. Г., Мингазова Э. Н., Жибурт Е. Б.* Совершенствование менеджмента крови пациента в медицинских организациях акушерского и гинекологического профиля 98
- Чичерин Л. П., Щепин В. О.* Психиатрическая помощь населению России: база, кадры, нормативная и организационно-методическая характеристика 105

История медицины

- Игнатиев В. Г., Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А.* Проблема качества лекарств на российском рынке (1992—2004). Сообщение 2: контроль новых и серийно выпускавшихся лекарств 112
- Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В.* К вопросу развития медико-санитарного дела в г. Иркутске конца XIX — начала XX в.: роль городского санитарного врача Л. С. Зисмана 119

CONTENTS

Health and Society

- Volkova O. A.* The human health as resource of demographic development of the Eurasian Economic Community: the sociological aspect 5
- Amlaev K. R., Dakhkilgova H. T., Atoeva M. A., Baratova M. S.* The aftermath of climate changes for life and health of population 11
- Akhokhova A. V., Kardangusheva A. M., Almova I. Kh., Khokonova L. T., Elokova D. S., Tokhov A. M., Dzasezhev T. D., Khazhirov N.-M. Kh., Maremkulov K. Kh., Mokaev A. M.* The study of management processes of regional projects to determining algorithms of prototyping. Part II: A review 18
- Zalivanskiy B. V., Samokhvalova E. V., Sapryka V. A.* The social immunization as a tool counteracting manipulative influence on the youth 27
- Shapovalova I. S., Kovalchuk O. V.* The self-preserving strategies of the youth: implementation of National projects and interests 33
- Tregubov V. N., Bovina A. A.* The attitude of trainees of medical educational organization to family life 42
- Olkov I. G., Grishina N. K., Luzanov O. A.* The methodological approaches to evaluation of economical efficiency of application of HPV-testing and cytological examination under provision of medical care on “Obstetrics and Gynecology” profile 48
- Botnaryuk M. V.* The study of problematic aspects of maintenance of health of female sailors in merchant shipping 53
- Timchenko T. M.* The measures preventing lethal outcomes in female sailors 59
- Tonkonog V. V.* The characteristics of customs official registration of medical articles under importation into the Russian Federation 65
- Kazberov P. N.* The characteristics of prevention of drug and alcohol dependencies in persons serving criminal penalty 73
- Solonin A. V., Belokhov N. V., Blagikh I. A., Malyushin I. I., Simchenko A. Y.* Trends and perspectives of development of market of commercial medical services 79
- Ananchenkova P. I.* The approaches to definition of the notion of “medical tourism” and problem of definitive creolization 85
- Guz N. A., Strelnikov A. M.* The natality sensitivity to stimulating measures of financial character 90
- Turaeva R. R., Turaev R. G., Mingazova E. N., Zhiburt E. B.* The development of management of patient blood in medical organizations of obstetrics and gynecological profile 98
- Chicherin L. P., Shchepin V. O.* The mental care to population of the Russian Federation: the normative and organizational methodological characteristics 105

History of Medicine

- Ignatiev V. G., Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A.* The problem of quality of medications at Russian market (1992—2004). Report II. The control of new and serially produced medications 112
- Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V.* On the issue of development of medical sanitary business in Irkutsk of the end of XIX — turn of XX century: The role of L. S. Zisman, the municipal sanitary physician 119

- Пашков К. А., Абрамкина Д. И.* Деятельность наркома здравоохранения СССР Г. А. Митерева по налаживанию эффективного руководства эвакуационными госпиталями в годы Великой Отечественной войны 125
- Уланова А. В.* Редкие архивные документы Николая Александровича Семашко (к 150-летию со дня рождения) ... 129
- Камельских Д. В., Серебряный Р. С.* К истории создания Института переливания крови: вклад А. А. Богданова в становление трансфузиологии в стране 134
- Дудка В. Т., Никишина Н. А., Лапшина А. А.* Профессор А. С. Брумберг — основоположник патологоанатомической службы Курской области 140
- Pashkov K. A., Abramkina D. I.* The activity of G. A. Miterev, the USSR People's Commissar of Health Care, related to arrangement of efficient guidance of evacuation hospitals during the Great Patriotic War
- Ulanova A. V.* The rare archive documents of Nikolay Aleksandrovich Semashko (to One Hundred and Fiftieth Anniversary)
- Kamelskikh D. V., Serebryany R. S.* On the history of establishment of the Institute of Blood Transfusion: the input of A. A. Bogdanov into becoming of National transfusiology
- Dudka V. T., Nikishina N. A., Lapshina A. A.* The professor A. S. Brumberg, the founder of pathologoanatomy service of the Kursk Oblast

Здоровье и общество

© ВОЛКОВА О. А., 2025
УДК 314.07

Волкова О. А.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА КАК РЕСУРС ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Институт демографических исследований ФНИСЦ РАН, 119333, г. Москва;
Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы, 115088, г. Москва;
ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва

В работе ставилась цель рассмотрения социального здоровья отдельного человека как ресурса демографического развития государств — участников Евразийского экономического сообщества и союза в целом. Сделан вывод, что обеспечение не только физического, психического, но и социального здоровья (на уровне конкретных людей) имеет важное значение для достижения общественного здоровья (на уровне социума) для гармоничного демографического развития, а также для долгосрочного планирования и управления демографическими процессами в государствах-членах и в Евразийском экономическом сообществе в целом. Обосновано, что современная демографическая политика должна отходить от концентрации первостепенного внимания на цифровых показателях и ориентироваться на достижение качественного улучшения демографической ситуации. Значимым направлением развития демографической политики должно стать фокусирование на обеспечении человеческого достоинства, содействии инклюзии разных групп населения, достижении социальной справедливости, обеспечении гендерного равенства, способствовании занятости и достойной оплате труда, повышении доступности медицинского обслуживания, совершенствовании социальной защиты, сбалансированности разнородных социальных взаимодействий.

Ключевые слова: демографическое развитие; социальное здоровье; социальный ресурс, Евразийский экономический союз.

Для цитирования: Волкова О. А. Социальное здоровье человека как ресурс демографического развития Евразийского экономического сообщества: социологический аспект. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):5–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-5-10>

Для корреспонденции: Волкова Ольга Александровна, д-р социол. наук, проф., e-mail: volkovaoa@rambler.ru

Volkova O. A.

THE HUMAN HEALTH AS RESOURCE OF DEMOGRAPHIC DEVELOPMENT OF THE EURASIAN ECONOMIC COMMUNITY: THE SOCIOLOGICAL ASPECT

The Federal State Budget Institution “The Institute for Demographic Research — the Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences”, 119333, Moscow, Russia;
The State Budget Institution “The Research Institute of Health Care Organization and Medical Management” of the Moscow Health Care Department, 115088, Moscow, Russia;
N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia

The article considers issues of personal social health as resource of demographic development of the Eurasian Economic Union (EAEU) society. It is concluded that provision of not only physical and mental health but also social health (at level of individuals) has important significance for achieving public health (at society level), harmonious demographic development and long-term planning and management of demographic processes in member-states of the EAEU and in the EAEU as a whole. It is justified contemporary demographic policy is to step aside from concentration its primary attention on numerical indicators and to focus on qualitative amelioration of demographic situation. The significant direction of demographic policy development is to become focusing on guaranteeing human dignity, promoting inclusion of diverse population groups, achieving social justice, ensuring gender equity, facilitating employment and adequate labor remuneration, increasing access to medical care, improving social security and balanced various-level social interactions.

Keywords: demographic development; social health; social resource; the Eurasian Economic Union.

For citation: Volkova O. A. The human health as resource of demographic development of the Eurasian Economic Community: the sociological aspect. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(1):5–10 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-5-10>

For correspondence: Volkova O. A., doctor of sociological sciences, professor, the Researcher of the Federal State Budget Institution “The Institute for Demographic Research — the Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences”. e-mail: volkovaoa@rambler.ru

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

Acknowledgment. The article was prepared with Grant support of the EMSI. The FZVG-2024-0021 project “Social technologies of immunization of youth of border regions and new territories of Russia in conditions of civilizational contradictions”, carried out within the framework of scientific projects in the field of social political sciences.

Received 08.06.2024
Accepted 31.10.2024

Введение

В современном мире тема демографического развития является одной из актуальных в социальной науке и практике. Цель работы — рассмотрение социального здоровья отдельного человека как ресурса демографического развития государств — участников Евразийского экономического сообщества (ЕАЭС) и союза в целом.

Актуальность и злободневность предлагаемой проблематики определяются несколькими положениями. Социальное здоровье каждого человека является основой для существования стабильного общества. Люди, обладающие высоким уровнем социальной коммуникабельности и готовности к взаимодействию с окружающими, способствуют укреплению социальных связей и поддержанию общественного порядка.

Социально здоровые люди обладают большей продуктивностью и мотивацией к труду. Они способны продуктивно контактировать с коллегами, клиентами, партнерами и конкурентами, тем самым эффективно справляться со своими профессиональными обязанностями, вносить вклад в инновации и повышать общий уровень общественного благосостояния. Для достижения устойчивого развития необходимо учитывать социальные аспекты благополучия населения. Социальный аспект здоровья тесно связан с экологическим, экономическим и культурным развитием общества. Исследование этой темы имеет важное значение для гармоничного демографического развития, а также для долгосрочного планирования и управления ресурсами государств-членов и ЕАЭС в целом.

Материалы и методы

В исследовании используется демографическая концепция В. Лутца, в рамках которой он отмечает, что «в демографических исследованиях в привилегированном положении находится макроуровень, несмотря на то что поведение конкретных членов общества на микроуровне (на уровне домохозяйств, например) в конечном счете определяет макротенденции» [1] количественных и качественных изменений в народонаселении.

При проведении исследования демографическое развитие понимается как «процесс эволюционных количественных изменений (воспроизводство населения) и революционных качественных изменений (движение по стадиям демографических переходов)» [2]. Понятие здоровья человека используется в трактовке Всемирной организации здравоохранения — как «состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [3]. Кроме того, в данном исследовании мы придерживаемся следующего понимания одной из его ключевых категорий: социальное здоровье — это «адекватное количество и качество отношений в определенном контексте для удовлетворения потребности человека в значимой человеческой связи» [4]. В дан-

ном исследовании общественное здоровье понимается как «медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей» [5].

В исследовании использованы статистические материалы по демографии государств — членов ЕАЭС [6], а также данные опроса ВЦИОМ [7].

Результаты исследования

В современных научных исследованиях подчеркнуто, что социальное здоровье, безусловно, представляет собой компонент общего здоровья человека (наряду с физическим и психическим). Однако, кроме того, оно является и результатом деятельности медицинских организаций. А именно: современная система здравоохранения «может иметь разные эффекты своего воздействия именно на социальные, а не только на физические и психические аспекты здоровья» [4].

Исследователи пишут, что социальное здоровье, как и физическое и психическое, «встроено и закодировано в человеческом теле (а также в разуме)» [4]. Оно характеризуется динамичностью и непосредственно влияет на всю жизнь и деятельность человека на разных ее этапах. В таком исследовательском ракурсе хорошее социальное здоровье включает в себя адекватное общественному контексту количество и качество отношений, которые способствуют удовлетворению потребности человека в значимых связях с референтными людьми и группами.

Активно развивающийся пациентоориентированный подход к организации общественного здравоохранения предполагает учет индивидуальной ситуации пациента при оказании ему медицинских услуг [8]. В настоящее время сотрудники медицинских организаций не могут однозначно, с опорой на убедительную доказательную эмпирическую базу утверждать, что общее, условно универсальное понимание здоровья человека может быть в принципе возможно, если внешние социальные условия жизни человека полностью исключены из медицинской диагностики и не принимаются во внимание [9] при назначении и исполнении конкретных лечебных процедур или их комплекса.

Конечно, во многих современных работах внешние социальные условия жизни человека, а также характер социальных отношений рассматриваются зачастую лишь как предпосылки, как своеобразные предикторы для возникновения или обострения других эффектов [10], которые характеризуют состояние здоровья человека и приводят его в лечебную организацию с просьбой оказать медицинскую помощь в исцелении от физического или психического недуга.

Как пишут современные исследователи, на здоровье человека, конечно, непосредственно влияют социальные факторы. Это могут быть факторы, которые действуют на каждого человека на макроу-

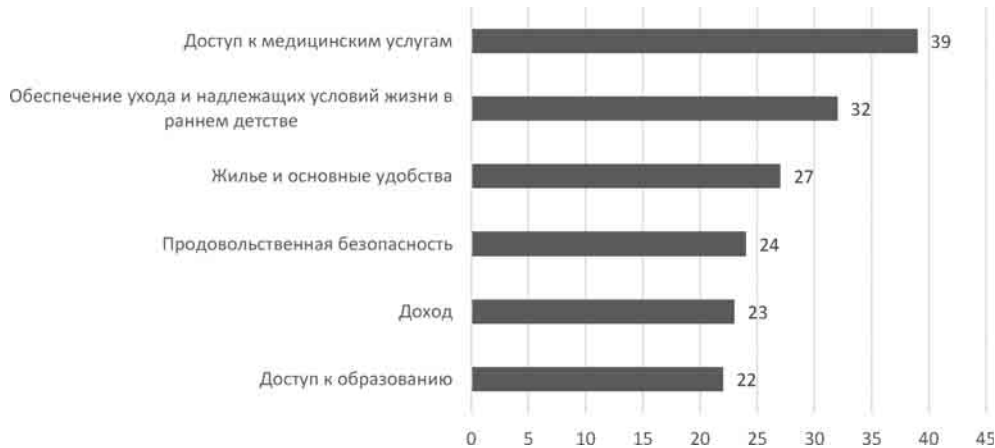


Рис. 1. Распределение социальных детерминант здоровья населения (общественного здоровья) (в процентах отпущенных; выбраны варианты ответов, набравшие более 20%) [11].

ровне и мезоуровне, в том числе это «экономическая стабильность в обществе, доступность образования, инфраструктура и среда обитания, а также общественный контекст и инклюзивность социума, в котором живут люди» [11]. Приведем распределение социальных детерминант российскими учеными (рис. 1).

Однако, безусловно, при характеристике здоровья отдельного человека также важны и микрофакторы, которые повседневно воздействуют на него (социальные условия жизни и деятельности конкретного члена общества) [12].

Отечественные ученые в своих работах, имеющих эмпирическое обоснование, отмечают, что «официальный учет влияния социальных детерминант на общественное здоровье в планировании и оказании медицинских услуг — это пока новелла в медицинском научном дискурсе и в практике оказания медицинской помощи в нашей стране» [11]. В результате комплекса теоретических и эмпирических исследований авторы приходят к выводу о наличии большого научно-практического потенциала, который состоит в полноценной интеграции социального компонента в систему общественного здравоохранения, а в пациентоориентированной практической работе медицинского персонала может быть максимально конструктивным введение практик оказания медицинской помощи, а также проведения просветительской работы в сфере здоровьесбережения [11].

Так, не только учет стрессовых жизненных ситуаций или условий повседневного профессионального труда может способствовать устранению недуга, с которым пациент обратился в лечебную организацию. Важным является и учет количественных и качественных характеристик социальных отношений, в которые включен человек [13]. Такой подход с большой степенью вероятности будет «способствовать более целостному пониманию человеческого потенциала и центральной важности социальных отношений для здоровой и полноценной жизни человека» [14].

В данном контексте отечественный исследователь Е. Н. Пристипа предлагает трактовать социальное здоровье так: «интегральная характеристика развития личности; состояние человека, при котором его биопсихические возможности способствуют установлению равновесия с социальной средой путем адаптации и конструктивной активизации в ней, следуя нравственным социальным нормам» [15].

Так, эмпирические исследования, в частности проведенные ВЦИОМ на всероссийском уровне, демонстрируют максимальную важность для человека близких и позитивных взаимоотношений с членами собственной семьи [7] (рис. 2).

Из приведенных в диаграмме данных ВЦИОМ можно сделать вывод о том, насколько важны позитивные взаимоотношения в семье для разных возрастных групп российских юношей и девушек.

В возрастной группе 14—17 лет 60% респондентов считают, что такие отношения «однозначно важны». В то же время наибольшее число людей в этой группе выбрали вариант «затрудняюсь ответить».

В возрасте 18—24 лет картина немного меняется: здесь также преобладает мнение об однозначной важности таких отношений (54%), но уже больше людей считают их скорее важными, чем однозначно важными.

В обеих группах — 25—29 и 30—35 лет — мнения распределены чуть более равномерно между категориями «скорее важно» и «однозначно важно», при этом в группах больше всего ответов приходится на вариант «однозначно важно» (52 и 61% соответственно).

Можно сказать, что в самой молодой и самой старшей группах молодежи опрошенные чаще склонны считать позитивные отношения в семье «однозначно важными» для себя. Хотя во всех возрастных когортах опрошенных этот вариант превышает 50%. Это подтверждает значимость социальных отношений, которые и определяют состояние социального здоровья члена общества.

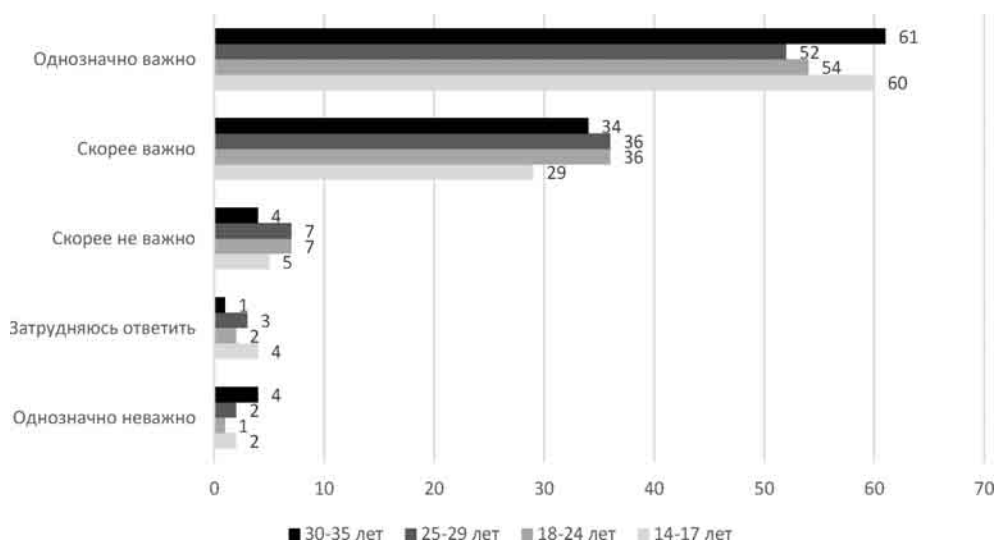


Рис. 2. Распределение мнений опрошенных молодых людей о важности для них близких позитивных взаимоотношений в семье (в %) [7].

Социальное здоровье каждого конкретного человека, которое по преимуществу формируется и существует на микроуровне его личных взаимоотношений, отражается на общественном здоровье регионов, стран и наднациональных образований, одним из которых является ЕАЭС [16]. В современном социально-экономическом и социально-политическом контексте ставится актуальная задача обеспечения демографического развития ЕАЭС [17].

В настоящее время идет активный поиск ресурсов для установления баланса между странами [18], которые характеризуются разными уровнем воспроизводства населения, направленностью международной миграции граждан, ожидаемой продолжительностью жизни, состоянием общественного здравоохранения. Приведем динамику ожидаемой продолжительности жизни населения (которая в определенной степени отражает, пожалуй, все характеристики здоровья человека, в том числе его социального компонента) в государствах — членах ЕАЭС; рис. 3).

Как видно из рис. 3, показатели ожидаемой продолжительности жизни хотя и несколько различаются, но в динамике во всех странах виден незначительный рост соответствующего показателя. На продолжительности жизни людей сказываются множественные факторы. А сама по себе количественная оценка данного показателя может являться косвенным подтверждением позитивного изменения окружающих условий жизни людей, в том числе наличия социальных контактов, которые необходимы людям для удовлетворения их жизненных потребностей.

Не случайно современные исследователи приходят к обоснованному выводу о том, что в настоящее время следует делать акцент не только на количественной характеристике населения государств — членов ЕАЭС, но и на качественной [19]. Безусловно, одной из значимых характеристик является здоровье жителей всего региона, которое определяется не только состоянием национальных систем здравоохранения, но и общим социальным контекстом

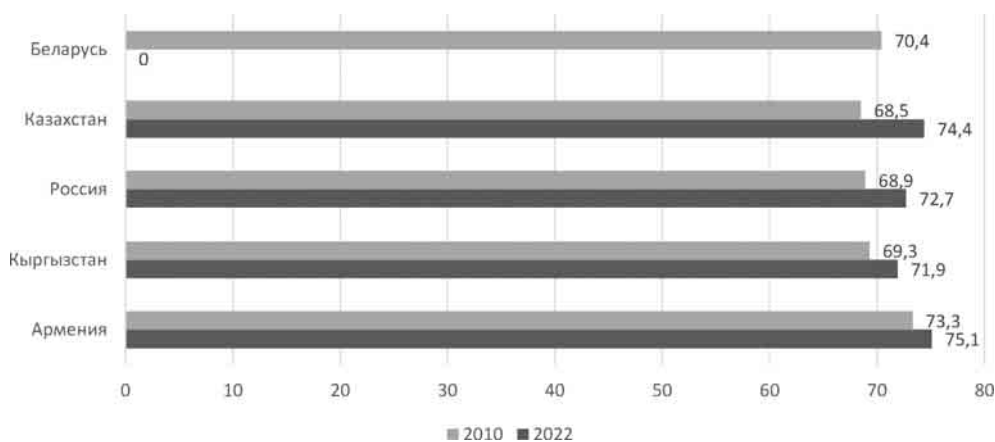


Рис. 3. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в государствах — членах ЕАЭС (в %) [6].

По Беларуси за 2022 г. нет данных.

Здоровье и общество

жизни людей. В особенности речь идет о тех, кто достаточно часто пересекает официальные границы государств в рамках ЕАЭС, например о трудовых мигрантах, перемещающихся внутри международного союзного образования.

В контексте демографических исследований в последнее время большое внимание уделяется факторам, которые действуют на изменение различных показателей. Ученые приходят к эмпирически доказанному мнению о положительной корреляции между уровнем образования, частотой ведения здоровьесберегающего поведения и фактической продолжительностью жизни [1]. Поэтому исследователи ведут речь о необходимости работы по улучшению социально-демографической ситуации, начиная ее «с повышения уровня качественного образования и улучшения здоровья, которое должно стать новой парадигмой в демографической политике и в более широком смысле политики развития» [1].

Согласимся с мнением о том, что современная демографическая политика должна отходить от концентрирования первостепенного внимания на цифровых показателях [20]. Таким же значимым направлением развития демографической политики должно стать четкое фокусирование на обеспечении человеческого достоинства, содействии инклюзивности разных групп населения, социальной справедливости, гендерном равенстве, занятости и достойной оплате труда, доступном медицинском обслуживании и социальной защите.

В таком понимании социальное здоровье каждого жителя государств — участников ЕАЭС может быть рассмотрено как объект общественного здоровья населения регионов и как ресурс сбалансированного демографического развития не только государств-членов, но и всего наднационального образования.

Заключение

Социальное здоровье отдельного человека может быть рассмотрено в качестве ресурса демографического развития государств — участников ЕАЭС и союза в целом. Обеспечение физического, психического, а также социального здоровья (на уровне конкретных людей) имеет важное значение для достижения общественного здоровья (на уровне социума) для гармоничного демографического развития, а также для долгосрочного планирования и управления демографическими процессами в государствах-членах и в ЕАЭС в целом.

Современная демографическая политика должна отходить от концентрации внимания на количественных показателях и ориентироваться на достижение качественного улучшения демографической ситуации. Значимым направлением развития демографической политики должно стать фокусирование на обеспечении человеческого достоинства, содействии инклюзии разных групп населения, достижении социальной справедливости, обеспечении гендерного равенства, способствовании занятости и достойной оплате труда, повышении доступности

медицинского обслуживания, совершенствовании социальной защиты, сбалансированности разновневных социальных взаимодействий.

Статья подготовлена при грантовой поддержке ЭИСИ: проект FZWG-2024-0021 «Социальные технологии иммунизации молодежи приграничных регионов и новых территорий России в условиях цивилизационных противоречий», выполняемый в рамках научных проектов в сфере общественно-политических наук.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lutz W. *Advanced Introduction to Demography*. Edward Elgar Publishing; 2021. 224 p.
2. Калабихина И. Е. «Гендерный переход» и демографическое развитие. *Российский экономический интернет-журнал*. 2009;(2):540—54.
3. World Health Organization. Режим доступа: <https://www.who.int> (дата обращения 30.09.2024).
4. Doyle D. M., Bruce G. Link On social health: history, conceptualization, and population patterning. *Health Psychology Review*. 2024;18:619—48. doi: 10.1080/17437199.2024.2314506
5. Статистический ежегодник Евразийского экономического союза. Евразийская экономическая комиссия. М.; 2023. 498 с.
6. Медик В. А., Лисицын В. И. Общественное здоровье и здравоохранение. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2024. 496 с.
7. Ценности молодежи. 2022. ВЦИОМ; 2022. Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/cennostimolodezhi> (дата обращения 30.09.2024).
8. Хохлов А. Л., Сычёв Д. А. Концепция пациентоориентированности в медицине и фармации. *Пациентоориентированная медицина и фармация*. 2023;1(1):1—4. doi: 0.37489/2949-1924-0001
9. Hatfield E., Searle K. M., Predmore Z., Lasser E. C., Kharrazi H., Nelson K. The impact of social determinants of health on hospitalization in the veterans' health administration. *Am. J. Prevent. Med.* 2019;56(6):811—8.
10. Амлаев К. Р., Хорошилова Е. Ю. Категории социально-экономических детерминантов здоровья. *Медицинский вестник Юга России*. 2017;8(2):59—63. doi: 10.21886/2219-8075-2017-8-2-59-63
11. Тарасенко Е. А., Русских С. В., Васильева Т. П., Макарова Е. В., Горбачева Н. А., Ротов В. М. Социальные детерминанты здоровья как методологическая основа для разработки стратегий по улучшению общественного здоровья: зарубежный опыт и уроки для России. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2024;70(2):3. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-3
12. Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Prevent. Med. Rep.* 2014;129(Suppl 2):19—31. doi: 10.1177/00333549141291S206
13. Sterling S., Chi F., Weisner C., Grant R., Pruzansky A., Bui S., et al. Association of behavioral health factors and social determinants of health with high and persistently high healthcare costs. *Prevent. Med. Rep.* 2018;11:154—9. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.06.017
14. Wilkinson R., Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd ed. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2003. Режим доступа: <https://iris.who.int/handle/10665/326568>
15. Приступа Е. Н. Здоровье ребенка как социальная ценность. *Знание. Понимание. Умение*. 2007;(1):176—83.
16. Осадчая Г. И. Евразийский экономический союз: потенциал развития, формат сотрудничества: монография. М.: Экон-Информ; 2021. 346 с.
17. Волкова О. А., Максименко Е. В. Потенциал общественных объединений по обеспечению социальной и демографической безопасности ЕАЭС. *Society and Security Insights*. 2024;7(2):37—46. doi: 10.14258/ssi(2024)2-02
18. Маньшин Р. В. Социально-демографические процессы в ЕАЭС: заметки о научных мероприятиях в Кыргызстане. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология*. 2022;22(4):990—4. doi: 10.22363/2313-2272-2022-22-4-990-994
19. Кондакова Н. А., Доброхлеб В. Г. Качество населения стран ЕАЭС: гендерный аспект. В сб.: *Равноправие мужчин и женщин в России и в мире: научный потенциал молодежных исследований*. Сборник материалов международной молодеж-

ной научной конференции. Иваново: Ивановский государственный университет; 2022. С. 8—17.

20. Gietel-Basten S. Contemporary demographic challenges and population policies. *Bull. WHO.* 2024;102(4):227. doi: 10.2471/BLT.24.291641

Поступила 08.06.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Lutz W. *Advanced Introduction to Demography.* Edward Elgar Publishing; 2021. 224 p.
2. Kalabikhina I. E. "Gender transition" and demographic development. *Russian Economic Online Journal.* 2009;(2):540–54 (in Russian).
3. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int> (accessed 30.09.2024).
4. Doyle D. M., Bruce G. Link On social health: history, conceptualization, and population patterning, *Health Psychol. Rev.* 2024;18:619–48. doi: 10.1080/17437199.2024.2314506
5. *Statistical Yearbook of the Eurasian Economic Union;* Eurasian Economic Commission. Moscow; 2023. 498 p. (in Russian).
6. Medic V. A., Lisitsyn V. I. *Public health and healthcare.* 4th ed., processed and additional Moscow. GEOTAR-Media; 2024. 496 p. (in Russian).
7. Youth values, 2022. VTsIOM. Available at: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/cennosti-molodezhi> (accesses 30.09.2024) (in Russian).
8. Khokhlov A. L., Sychev D. A. The concept of patient-centeredness in medicine and pharmacy. *Patient-centered Medicine and Pharmacy.* 2023;1(1):1–4. doi: 0.37489/2949-1924-0001 (in Russian).
9. Hatef E., Searle K. M., Predmore Z., Lasser E. C., Kharrazi H., Nelson K. The impact of social determinants of health on hospitalization in the veterans' health administration. *Am. J. Prevent. Med.* 2019;56(6):811–8.
10. Amlaev K. R., Khoroshilova E. Yu. Categories of socio-economic determinants of health. *Medical Bulletin of the South of Russia.* 2017;8(2):59–63. doi: 10.21886/2219-8075-2017-8-2-59-63 (in Russian).
11. Tarasenko E. A., Russkikh S. V., Vasilyeva T. P., Makarova E. V., Gorbacheva N. A., Rotov V. M. Social determinants of health as a methodological basis for developing strategies to improve public health: foreign experience and lessons for Russia. *Social Aspects of Public Health.* 2024;70(2):3. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-3 (in Russian).
12. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Prevent. Med. Rep.* 2014;129(Suppl 2):19–31. doi: 10.1177/00333549141291S206
13. Sterling S., Chi F., Weisner C., Grant R., Pruzansky A., Bui S., et al. Association of behavioral health factors and social determinants of health with high and persistently high healthcare costs. *Prevent. Med. Rep.* 2018;11:154–9. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.06.017
14. Wilkinson R., Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts.* 2nd ed. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2003. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/326568>
15. Pristupa E. N. Child's health as a social value. *Knowledge. Understanding. Skill.* 2007;(1):176–83 (in Russian).
16. Osadchaya G. I. *Eurasian Economic Union: development potential, format of cooperation: monograph.* Moscow: Econ-Inform; 2021. 346 p. (in Russian).
17. Volkova O. A., Maksimenko E. V. The potential of public associations to ensure social and demographic security of the EAEU. *Society and Security Insights.* 2024;7(2):37–46. doi: 10.14258/ssi(2024)2-02 (in Russian).
18. Manshin R. V. Socio-demographic processes in the EAEU: notes on scientific events in Kyrgyzstan. *Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Sociology.* 2022;22(4):990–4. doi: 10.22363/2313-2272-2022-22-4-990-994 (in Russian).
19. Kondakova N. A., Dobrokhleb V. G. Quality of the population of the EAEU countries: gender aspect. In: *Equality of men and women in Russia and in the world: the scientific potential of youth research: a collection of materials from the international youth scientific conference.* Ivanovo: ISU; 2022. P. 8–17 (in Russian).
20. Gietel-Basten S. Contemporary demographic challenges and population policies. *Bull. WHO.* 2024;102(4):227. doi: 10.2471/BLT.24.291641

Амлаев К. Р.¹, Дахкильгова Х. Т.², Атоева М. А.¹, Баратова М. С.¹

ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино Министерства здравоохранения Узбекистана, 200126, г. Бухара, Узбекистан;

²ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, 355017, г. Ставрополь

В статье рассмотрено влияние климатических изменений на распространенность неинфекционных и инфекционных заболеваний. Действие экстремальных температур, засухи, наводнений и штормов увеличивает заболеваемость и смертность и вызывает продовольственные проблемы, которые приводят к распространению голода и загрязнению продуктов питания грибковыми токсинами. Кроме того, климатические изменения приводят к распространению заболеваний, переносимых членистоногими, а также стимулируют ускоренное развитие антибиотикорезистентности микроорганизмов. Несмотря на то что изменения климата могут повлечь за собой ряд преимуществ, их положительный эффект сводится на нет долгосрочными последствиями негативных исходов.

Ключевые слова: климатические изменения; состояние здоровья населения; экстремальные температуры; вред для здоровья.

Для цитирования: Амлаев К. Р., Дахкильгова Х. Т., Атоева М. А., Баратова М. С. Последствия изменения климата для жизни и здоровья населения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):11—17. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-11-17>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович, д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры превентивной медицины, общественного здоровья и менеджмента здравоохранения Бухарского государственного медицинского института, e-mail: amlaev.karen@bsmi.uz

Amlaev K. R.¹, Dakhkilgova H. T.², Atoeva M. A.¹, Baratova M. S.¹

THE AFTERMATH OF CLIMATE CHANGES FOR LIFE AND HEALTH OF POPULATION

¹The Bukhara Abu Ali Ibn Sino State Medical University of the Health Care Ministry of Uzbekistan, 200126, Bukhara, the Republic of Uzbekistan;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University” of Minzdrav of Russia, 355017, Stavropol, Russia

The article considers effects of climate changes on prevalence of non-communicable and infectious diseases. The impact of extreme temperatures, droughts, floods and storms increases morbidity and mortality and causes food problems resulting in spread of famine and contamination of food with fungal toxins. Besides, climatic changes lead to spreading of arthropod-borne diseases and stimulate accelerated development of antibiotic resistance of microorganisms. In spite of the fact that climate changes may entail number of advantages their positive effect is negated by long-term consequences of negative outcomes.

Keywords: climate change; public health; extreme temperatures; health harm.

For citation: Amlaev K. R., Dakhkilgova H. T., Atoeva M. A., Baratova M. S. The aftermath of climate changes for life and health of population. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(1):11–17 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-11-17>

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

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 08.04.2024

Accepted 31.10.2024

Введение

Изменение климата представляет собой экзистенциальную проблему для человечества [1]. С начала промышленной революции концентрации углекислого газа (CO₂), метана (CH₄) и закиси азота (N₂O) в атмосфере увеличились на 47; 156 и 23% соответственно [2]. Последние 30 лет сопровождалось беспрецедентным выбросом парниковых газов, что повлекло за собой выраженное повышение температуры воздуха [3]. Потепление атмосферы и океана за последние десятилетия повлияло на климатическую систему Земли и нарушило природное равновесие. Это привело к более частым экстремальным температурным явлениям, засухам и наводнениям [4].

Изменения климата рассматриваются как крупнейшая глобальная проблема здравоохранения XXI в., они являются причиной 400 тыс. дополнительных смертей в год и к 2030 г. будут способствовать 700 тыс. ежегодных смертей и финансовым потерям в размере 2—4 млрд долларов США в год [5—7]. Экстремальные погодные условия, вспышки инфекционных заболеваний могут повлиять на цепочки поставок медицинских препаратов и нарушить нормальную работу системы здравоохранения. Последствия изменений климата для здоровья носят глобальный и разнообразный характер и варьируют от преждевременной смертности в результате стихийных бедствий до инфекционных заболеваний, вызванных ухудшением гигиены и чрезмерным распространением патогенных микроорганизмов [8].

Все население, проживающее в странах с низким и высоким уровнем дохода, находится под угрозой изменения климата независимо от возраста и социально-экономического статуса. Однако негативное воздействие изменений климата на развивающиеся страны с ограниченными ресурсами и слабыми системами здравоохранения будет более очевидным [9].

Цель исследования — изучить научную литературу по изменениям климата и их влиянию на здоровье человека.

Материалы и методы

Для изучения воздействия климатических трансформаций на человеческий организм в российской электронной библиотеке e-Library.ru и международной базе данных биомедицинских исследований PubMed проведен поиск научных публикаций, вышедших в 2019—2024 гг., по ключевым словам «изменения климата», «климат и здоровье», «климат и здравоохранение». В соответствии с запросом было найдено 542 обзорных публикации. В результате их изучения было отобрано 48 полных статей, релевантных цели исследования. Далее был проведен детальный контент-анализ выбранных публикаций.

Результаты исследования

Негативное влияние климатических изменений на организм человека

Действие экстремальных температур. 5 083 173 случая смерти в год в период с 2000 по 2019 г. были связаны с воздействием экстремальных температур. Ожидается, что повышенная смертность, связанная с температурным фактором, будет расти до 2050-х годов [2, 10]. Помимо повышенной смертности изменение температуры может вызвать целый ряд заболеваний. Так, воздействие экстремально высоких температур связано с более высокой вероятностью посещения отделений неотложной помощи и госпитализации в связи с заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной и метаболической систем [11]. Участвовавшие случаи депрессии, тревоги и самоубийств в жаркие дни свидетельствуют о том, что экстремально высокая температура может спровоцировать поведенческие и психические расстройства [12]. Периоды сильной жары и более высокие средние температуры повышают риск акушерских осложнений, преждевременных родов и мертворождений [13].

Изменение климата влияет на динамику распространения трансмиссивных, водных, пищевых, передаваемых грызунами и воздушно-капельным путем инфекционных заболеваний [6]. Кроме того, оно может усугубить устойчивость к противомикробным препаратам. Увеличение температуры окружающей среды на 10 °C приводит к повышению антибиотикорезистентности кишечной палочки на 4,2%, золотистого стафилококка — на 2,7%, *Klebsiella pneumoniae* — на 2,2% [14].

Предполагается, что эпидемиология и география многих инфекционных заболеваний меняются из-за изменчивости климата [14]. Так, изменение климата станет важным фактором распространения вируса Ласса в Западной Африке [15]. Изменение климата и повышение глобальных температур связывают с увеличением вероятности возникновения лихорадки Рифт-Валли, холеры и малярии [16]. Ожидаемое быстрое распространение инфекционных заболеваний в связи с изменением климата при наличии устойчивости к противомикробным препаратам может привести к значительному росту смертности во всем мире [14—16]. В условиях глобального потепления выживаемость и распространение патогенов и переносчиков могут возрасти, что приведет к увеличению числа эпидемий трансмиссивных заболеваний, передаваемых в основном членистоногими [17]. Продолжительный теплый сезон продлевает период эпидемии и расширяет ареал ее распространения. Более высокая температура способствует откладке яиц и сокращает время инкубации переносчиков. Влажность также связана с передачей болезней, поскольку влияет на продолжительность жизни переносчиков [2].

Фактические данные показали, что экстремально низкие температуры повышают частоту сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний, усиливают опасность переохлаждения и дорожно-транспортных происшествий [18]. Население, живущее в холодных районах, может быть более восприимчивым к высоким температурам, чем проживающее в жарких районах, из-за отсутствия долгосрочной адаптации и меньшей осведомленности о последствиях экстремальной жары.

Засуха. С 1900 г. в мире было зарегистрировано 770 случаев сильной засухи, вызвавшей 38 млн смертей [19]. Засухи связаны с чрезвычайно низким количеством осадков, высокой испаряемостью и высокой температурой, что может еще больше увеличить риск пыльных бурь, нехватки воды, лесных пожаров, нехватки продовольствия и других событий, связанных со здоровьем. Пыльные бури, например, могут влиять на здоровье человека, перенося с собой твердые частицы, антропогенные загрязнители (диоксины, пестициды и радиоактивные изотопы) и биоматериалы [20]. Ущерб от пыльных бурь может варьировать в зависимости от географического положения. Так, исследователи обнаружили, что вдыхание загрязненных частиц может способствовать развитию долистной лихорадки в Америке, менингита в Западной Африке, кори в Западной Европе и в Китае и конъюнктивита в Азии [14—16].

Во всем мире 4 млрд человек ежегодно испытывают острую нехватку воды по крайней мере в течение одного месяца [21]. Засухи могут усугубить проблему нехватки воды и отсутствия безопасности в водоснабжении, увеличивая риск диарейного синдрома. В некоторых регионах снижение количества осадков на каждые 10 мм связано с увеличением заболеваемости диареей на 4%, в то время как повы-

Здоровье и общество

шение температуры на 1 °С приводит к увеличению смертности от диареи на 3—11% [22]. Как и другие стихийные бедствия, засухи могут спровоцировать конфликты и миграцию населения из-за ухудшения состояния окружающей среды и нехватки основных ресурсов [23]. В дополнение к засухе высокая температура и малое количество осадков могут увеличить риск возникновения лесных пожаров, продлевая пожароопасный сезон в некоторых районах. Непосредственные последствия лесных пожаров для здоровья включают ожоги, травмы, последствия для психического здоровья и преждевременную смерть [24]. Удушье газом и пылью из-за лесных пожаров ежегодно приводит к 339 тыс. дополнительных смертей, что намного превышает число случаев, непосредственно вызванных лесными пожарами [24]. Дым от лесных пожаров также содержит токсичные компоненты — твердые частицы и оксиды азота. Исследования показали устойчивую связь между уровнем твердых частиц в воздухе и рисками смерти и госпитализации от всех причин, включая сердечно-сосудистые и респираторные [25]. Некоторые компоненты (свободные радикалы и бензол) являются токсичными и приводят к поражениям и даже злокачественным новообразованиям пищеварительной, кроветворной и репродуктивной систем [25].

Наводнения и штормы. Наводнения обычно вызываются сильными ливнями, штормами и повышением уровня моря. Наводнения и штормы являются наиболее распространенными и разрушительными стихийными бедствиями во всем мире [26]. В период 1900—2015 гг. было зарегистрировано более 4500 наводнений, в результате которых почти 90 млн человек остались без крова и 7 млн погибли [27]. Эти бедствия приводят к большому количеству травм и утоплений, кроме того, угроза здоровью сохраняется и после наводнения. Исследования показали повышенный краткосрочный и долгосрочный риск смертности и обострений неинфекционных заболеваний среди населения, пострадавшего от наводнения в первый год [28]. Загрязнители, оседающие в речных отложениях и сточных водах, могут быть смыты в результате наводнения. Переполнение канализационных коллекторов может привести к загрязнению питьевой воды, сельскохозяйственных почв и водопровода химикатами, фармацевтическими ингредиентами и патогенами. Сильные дожди и отступающие паводковые воды являются факторами, способствующими размножению переносчиков болезней (малярии, лихорадки денге, желтой лихорадки и лихорадки Западного Нила) [29]. Кроме того, была документирована связь между наводнениями и психическими расстройствами, например посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР), депрессией и тревожным расстройством. По некоторым оценкам, частота психических расстройств может варьировать от 8,6 до 53% в первые 2 года после наводнения [13]. Психические и физические расстройства, вызванные наводнениями, влияют на здоровье мате-

рей и потомства, приводя к преждевременным родам и синдрому задержки внутриутробного развития плода [13, 30].

Штормы, ураганы и тропические бури также могут существенно повлиять на окружающую среду и здоровье человека. По оценкам ряда исследований, с начала XX в. тропические циклоны стали причиной смерти около 1,33 млн человек, при этом пострадали более 629 млн человек [31]. В дополнение к мгновенным травмам, непосредственно вызванным штормами, исследования продемонстрировали повышенный краткосрочный риск госпитализации из-за респираторных, инфекционных и паразитарных заболеваний, а также преждевременных родов [13, 31, 32].

Загрязнение воздуха. Влияние краткосрочного и долгосрочного воздействия загрязнения воздуха на сердечно-сосудистую смертность и заболеваемость было установлено в контролируемых исследованиях воздействия на человека, а также в эпидемиологических и токсикологических исследованиях на животных [33]. Крупные когортные исследования показали, что воздействие загрязнения воздуха вызывает замедление роста легких у детей, снижение функции легких у взрослых, хронический обструктивный бронхит, бронхиальную астму и опухолевые поражения легких [34, 35]. Кроме того, накоплены факты, свидетельствующие о том, что воздействие загрязнения воздуха может увеличить смертность и риск развития эндокринных заболеваний, нарушений обмена веществ, заболеваний нервной и репродуктивной систем, рака [34, 36].

Аллергены. Климатические изменения приводят к усилению тяжести аллергических заболеваний. Воздушные поллютанты (оксиды азота, другие летучие соединения, пыльца растений) вызывают обострение аллергопатологии и усиление катаральных симптомов у пациентов. Окислители, вырабатываемые загрязняющими веществами в клетках ресничного эпителия, вызывают провоспалительную реакцию, эпителиальный некроз и формирование гиперреактивности бронхов. Раннее воздействие загрязнителей воздуха на детей связано с повышением риска развития у них астмы на 17% и экземы на 7%. Особенно четко в последние годы данная тенденция прослеживается в индустриально развитых странах [3, 37].

Трансформация климата привела к продлению пылевого сезона и увеличению концентрации пылицы в воздухе [38]. Более раннее наступление теплых весенних дней и запоздалое наступление холодов продлевает период цветения. В Северной Америке повышение температуры и концентрации углекислого газа привело к тому, что сезон распространения аллергенной пылицы начался на 20 дней раньше и продлился на 8 дней дольше, что сопровождалось увеличением годовой концентрации пылицы на 21% в период 1990—2018 гг. [39].

Продовольственные проблемы. Стихийные бедствия, связанные с экстремальными погодными условиями, приводят к снижению урожай-

ности основных сельскохозяйственных культур [40]. Кроме того, высокая влажность и температура могут способствовать размножению вредителей и сорняков, угрожая производству продуктов питания и вызывая голод в некоторых регионах. Аналогичным образом высокая влажность в помещениях приводит к загрязнению пищевых продуктов афлатоксинами и другими токсинами грибов и плесени [41]. К 2050 г. изменение климата сократит на 3,2% общемировую доступность продовольствия на душу населения, что приведет к дополнительным 529 тыс. смертей во всем мире из-за изменений в рационе питания и факторам, связанным с массой тела [42]. Снижение урожайности продуктов питания приводит к увеличению использования удобрений, гербицидов и пестицидов, что еще больше загрязняет почву и воду. И последнее, но не менее важное: глобальная продовольственная система генерирует выбросы парниковых газов из множества источников, в среднем выделив 16 млрд тонн эквивалента CO₂ в год за период с 2012 по 2017 г. [43].

Рыбные продукты обеспечивают 17% потребления животного белка и 7% всех белков в мире [44]. Трансформация климата воздействует на экологию производства и биоразнообразие водных систем, что ведет к снижению улова, а также к изменению видового состава рыбных уловов и их географического распределения. Эти изменения также влияют на социально-экономическое положение сектора рыболовства во многих частях мира. Исследования показали, что улов рыбы может увеличиться в некоторых регионах средних и высоких широт, но снизиться в тропических районах из-за глобального потепления [45]. Высокая температура поверхности моря является важнейшей экологической переменной, влияющей на распределение, размножение, токсичность и продолжительность вредного цветения водорослей вдоль определенных береговых линий. Паралитические токсины моллюсков, выделяемые на фоне цветения водорослей, могут вызывать смертельный паралич мышц и рвоту [46]. Кроме того, высокая температура поверхности моря, вероятно, ускорит распространение переносимых через воду патогенных микроорганизмов, таких как холерный, вильфнификус- и парагемолитикус-вибрионы. Употребление зараженных морепродуктов может привести к инфекциям, включая диарею, сепсис и даже смерть. Помимо морского рыболовства, изменение климата может также привести к изменению экосистем внутренних озер и, следовательно, повлиять на пресноводное рыболовство [47].

Преимущества трансформации климата для организма человека

Несмотря на то что изменение климата связано с целым рядом неблагоприятных последствий для здоровья, определенные климатические изменения могут давать позитивный эффект [48]. При том что дожди и наводнения могут спровоцировать вспышки трансмиссивных заболеваний в тропических и субтропических регионах, сильные ливни могут

уменьшить количество случаев заболеваний за счет разрушения мест обитания переносчиков и их яиц. Аналогичным образом в некоторых засушливых и низкоширотных регионах, по прогнозам, выпадет меньше осадков из-за изменения климата, что может привести к снижению плотности обитания насекомых и уменьшению распространения трансмиссивных заболеваний. Изменение климата также, вероятно, приведет к снижению распространенности заболеваний и смертности, связанных с низкими температурами, в некоторых странах и регионах [49]. Так, с повышением температуры производительность труда в странах с низкими базовыми температурами может возрасти, что сократит потери рабочей силы, связанные с холодом [49]. В некоторых странах может быть меньше случаев смерти, связанных с экстремально низкой температурой окружающей среды [49]. Однако остается неясным, может ли снижение смертности от холода компенсировать рост смертности от жары в определенных районах. Более того, положительные последствия изменения климата существенно различаются в зависимости от географического положения и, как правило, носят краткосрочный характер, который может быть быстро сведен на нет негативными последствиями [50].

Повышение температуры ускоряет таяние ледников, тем самым обеспечивая население, живущее в ледниковых водосборных бассейнах, большим количеством питьевой воды и воды для сельскохозяйственных нужд [49]. Более продолжительные теплые дни увеличивают продолжительность периода роста растений, в то время как более высокая концентрация CO₂ в атмосфере увеличивает фотосинтез, обеспечивая дополнительные источники углерода. Усиление озеленения может также принести пользу здоровью человека, поскольку более высокая озелененность окружающей среды связана с более низким риском многих заболеваний, связанных со старением [51]. Для сектора морского рыболовства изменение климата может привести к расширению ареала обитания некоторых рыб и увеличению их поголовья [45].

Обсуждение

Изменения климата влияют на жизнедеятельность человечества за счет действия многих факторов. К ним относятся действие экстремальных температур, наводнения и штормы, засуха, загрязнение воздуха и др.

Они способствуют распространению неинфекционных, и инфекционных, в том числе трансмиссивных, болезней, антибиотикорезистентности, увеличивают частоту стрессовых расстройств. Продовольственные проблемы, вызванные изменениями климата, влияют на усиление миграционных процессов и обострение социальных конфликтов.

Изменения климата могут позитивно влиять на здоровье человека, однако оно носит чаще всего краткосрочный характер и нивелируется более выраженным негативным влиянием.

Заключение

По данным Всемирной организации здравоохранения, изменение климата является самой серьезной угрозой для здоровья, с которой сталкивается человечество [52]. По мере того как последствия изменения климата становятся все более масштабными и значительными, становятся ясными их негативное влияние на здоровье популяции и необходимость эффективного решения данной проблемы. Необходимо разрабатывать и реализовывать программы по уменьшению выраженности последствий изменений климата, в том числе посредством увеличения осознания проблемы обществом.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Rahimi-Ardabili H., Magrabi F., Coiera E. Digital health for climate change mitigation and response: a scoping review. *J. Am. Med. Assoc.* 2022;29(12):2140—52. doi: 10.1093/jama/ocac134
- Zhao Q., Yu P., Mahendran R. Global climate change and human health: Pathways and possible solutions. *Eco Environ. Health.* 2022;1(2):53—62. Published 2022 May 7. doi: 10.1016/j.eehl.2022.04.004
- Allen M., Antwi-Agyei P., Aragon-Durand F. Technical Summary: Global Warming of 1.5° C. An IPCC Special Report on the Impacts of Global Warming of 1.5° C Above Pre-Industrial Levels and Related Global Greenhouse Gas Emission Pathways, in The Context of Strengthening the Global Response to the Threat of Climate Change, Sustainable Development, and Efforts to Eradicate Poverty. Intergovernmental Panel on Climate Change; 2019.
- Pörtner H.-O., Roberts D. C., Poloczanska E. S., Mintenbeck K., Tignor M., Alegria A., Craig M., Langsdorf S., Lösschke S., Möller V. Cambridge University Press/UNEP; 2022. Summary for Policymakers. Climate Change 2022-Impacts, Adaptation and Vulnerability: Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge University Press/UNEP; 2022.
- Vicedo-Cabrera A. M., Scovronick N., Sera F., Royé D., Schneider R., Tobias A., Astrom C., Guo Y., Honda Y., Hondula D. M. The burden of heat-related mortality attributable to recent human-induced climate change. *Nat. Clim. Change.* 2021;11:492—500. doi: 10.1038/s41558-021-01058-x
- Sweilch W. M. Bibliometric analysis of peer-reviewed literature on climate change and human health with an emphasis on infectious diseases. *Global Health.* 2020;16(1):44. Published 2020 May 8. doi: 10.1186/s12992-020-00576-1
- (WHO) WHO: Climate change and health. Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- Lemery J., Knowlton K., Sorensen C. Global Climate Change and Human Health: From Science to Practice. John Wiley & Sons; 2021.
- Le T. D. N. Climate change adaptation in coastal cities of developing countries: characterizing types of vulnerability and adaptation options. *Mitig. Adapt. Strateg. Glob. Change.* 2020;25:739—61. doi: 10.1007/s11027-019-09888-z
- Zhao Q., Guo Y., Ye T., Gasparrini A., Tong S., Overcenco A., Urban A., Schneider A., Entezari A., Vicedo-Cabrera A. M. Global, regional, and national burden of mortality associated with non-optimal ambient temperatures from 2000 to 2019: a three-stage modelling study. *Lancet Planet. Health.* 2021;5:e415-e425. doi: 10.1016/S2542-5196(21)00081-4
- Wu Y., Xu R., Wen B., Coelho M., Saldiva P. H., Li S., Guo Y. Temperature variability and asthma hospitalisation in Brazil, 2000-2015: a nationwide case-crossover study. *Thorax.* 2021;76:962—9. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-216549
- Khan A. M., Finlay J. M., Clarke P., Sol K., Melendez R., Judd S., Gronlund C. J. Association between temperature exposure and cognition: a cross-sectional analysis of 20, 687 aging adults in the United States. *BMC Publ. Health.* 2021;21:1484. doi: 10.1186/s12889-021-11533-x
- Vergunst F., Berry H. L. Climate Change and Children's Mental Health: A Developmental Perspective. *Clin. Psychol. Sci.* 2022;10(4):767—85. doi: 10.1177/21677026211040787
- Casadevall A. Climate change brings the specter of new infectious diseases. *J. Clin. Invest.* 2020;130(2):553—5. doi: 10.1172/JCI135003
- Pu J., Wang Z., Chung H. Climate change and the genetics of insecticide resistance. *Pest. Manag. Sci.* 2019;76(3):846—52.
- Cole J., Desphande J. Poultry farming, climate change, and drivers of antimicrobial resistance in India. *Lancet Planet Health.* 2019;3(12):e494—5. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30236-0
- Rocklöv J., Dubrow R. Climate change: an enduring challenge for vector-borne disease prevention and control. *Nat. Immunol.* 2020;21:479—83. doi: 10.1038/s41590-020-0648-y
- Lee H., Myung W., Kim H., Lee E. M., Kim H. Association between ambient temperature and injury by intentions and mechanisms: a case-crossover design with a distributed lag nonlinear model. *Sci. Total Environ.* 2020;746:141261. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.141261
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters EM-DAT: The CRED/OFDA international disaster database. Режим доступа: <https://public.emdat.be/>
- Fussell J. C., Kelly F. J. Mechanisms underlying the health effects of desert sand dust. *Environ. Int.* 2021;157:106790. doi: 10.1016/j.envint.2021.106790
- UNICEF Water Scarcity: Key Facts. 2020—2021. Режим доступа: <https://www.unicef.org/wash/water-scarcity>
- Hermans K., Garbe L. Droughts, livelihoods, and human migration in northern Ethiopia. *Reg. Environ. Change.* 2019;19:1101—11. doi: 10.1007/s10113-019-01473-z
- Adaawen S., Rademacher-Schulz C., Schraven B., Segadlo N. In: Drought Challenges. Mapedza E., Tsegai D., Bruntrup M., McLeman R., editors. Drought, migration, and conflict in sub-Saharan Africa: what are the links and policy options? Amsterdam: Elsevier; 2019. P. 15—31.
- Xu R., Yu P., Abramson M. J., Johnston F. H., Samet J. M., Bell M. L., Haines A., Ebi K. L., Li S., Guo Y. Wildfires, global climate change, and human health. *N. Engl. J. Med.* 2020;383:2173—81. doi: 10.1056/NEJMs2028985
- Chen G., Guo Y., Yue X., Tong S., Gasparrini A., Bell M. L., Armstrong B., Schwartz J., Jaakkola J. J. K., Zanobetti A. Mortality risk attributable to wildfire-related PM_{2.5} pollution: a global time series study in 749 locations. *Lancet Planet. Health.* 2021;5:e579—87. doi: 10.1016/S2542-5196(21)00200-X
- Rentschler J., Salhab M. People in Harm's Way: Flood Exposure and Poverty in 189 Countries. The World Bank; 2020.
- Sari Kovats S. H., Lloyd S. Introduction and Key Findings [in "Quantitative Risk Assessment of the Effects of Climate Change on Selected Causes of Death, 2030s and 2050s"]. World Health Organization; 2014. P. 3—16.
- Paterson D. L., Wright H., Harris P. N. A. Health risks of flood disasters. *Clin. Infect. Dis.* 2018;67:1450—4. doi: 10.1093/cid/ciy227
- Tiu L. A., Wahid W. E., Andriani W. Y., Mirnawati, Tosepu R. Literature review: impact of temperature and rainfall on incident malaria. *IOP Conf. Ser. Earth Environ. Sci.* 2021;755. doi: 10.1088/1755-1315/755/1/012084
- Desai Z., Zhang Y. Climate Change and Women's Health: A Scoping Review. *Geohealth.* 2021;5(9):e2021GH000386. Published 2021 Sep 1. doi: 10.1029/2021GH000386
- Konkel L. Tropical cyclone exposures and health: a new data set to assess associations over time. *Environ. Health Perspect.* 2020;128:124001. doi: 10.1289/EHP8653
- Parks R. M., Anderson G. B., Nethery R. C., Navas-Acien A., Dominici F., Kioumourtzoglou M. A. Tropical cyclone exposure is associated with increased hospitalization rates in older adults. *Nat. Commun.* 2021;12:1545. doi: 10.1038/s41467-021-21777-1
- EPA US. Integrated Science Assessment (ISA) for Particulate Matter (Final Report, Dec 2019). U. S. Environmental Protection Agency; 2019.
- Bettiol A., Gelain E., Milanesio E., Asta F., Rusconi F. The first 1000 days of life: traffic-related air pollution and development of wheezing and asthma in childhood. A systematic review of birth cohort studies. *Environ. Health.* 2021;20:46. doi: 10.1186/s12940-021-00728-9
- Liu S., Jørgensen J. T., Ljungman P., Pershagen G., Bellander T., Leander K., Magnusson P. K. E., Rizzuto D., Hvidtfeldt U. A., Raaschou-Nielsen O. Long-term exposure to low-level air pollution and incidence of asthma: the ELAPSE project. *Eur. Respir. J.* 2021;57:2003099. doi: 10.1183/13993003.03099-2020

36. Yu P, Guo S, Xu R, Ye T, Li S, Sim M. R., Abramson M. J., Guo Y. Cohort studies of long-term exposure to outdoor particulate matter and risks of cancer: a systematic review and meta-analysis. *Innovation (NY)* 2021;2:100143. doi: 10.1016/j.xinn.2021.100143
37. To T, Zhu J, Stieb D, Gray N, Fong I, Pinault L, Jerrett M, Robichaud A., Ménard R., van Donkelaar A. Early life exposure to air pollution and incidence of childhood asthma, allergic rhinitis and eczema. *Eur. Respir. J.* 2019;55:1900913. doi: 10.1183/13993003.00913-2019
38. Ray C., Ming X. Climate Change and Human Health: A Review of Allergies, Autoimmunity and the Microbiome. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2020;17(13):4814. Published 2020 Jul 4. doi: 10.3390/ijerph17134814
39. Anderson W. R. L., Abatzoglou J. T., Anderegg L. D. L., Bielory L., Kinney P. L., Ziska L. Anthropogenic climate change is worsening North American pollen seasons. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2021;118. doi: 10.1073/pnas.2013284118
40. Wang J., Vanga S., Saxena R., Orsat V., Raghavan V. Effect of climate change on the yield of cereal crops: a review. *Climate.* 2018;6:41. doi: 10.3390/cli6020041
41. Obi C. M., Enweani-Nwokelo I. B., Oshim I. O., Okeke M. U. Assessment of Fungal Concentrations Associated with Relative Humidity and Temperature Variations in the Indoor Environment. *International. J. Tropical Dis. Health.* 2021;30—4. doi: 10.9734/ijtdh/2021/v42i1730530
42. Springmann M., Mason-D'croz D., Robinson S., Garnett T., Godfray H. C. J., Gollin D., Rayner M., Ballon P., Scarborough P. Global and regional health effects of future food production under climate change: a modelling study. *Lancet.* 2016;387:1937—46. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01156-3
43. Clark M. A., Domingo N. G. G., Colgan K., Thakrar S. K., Tilman D., Lynch J., Azevedo I. L., Hill J. D. Global food system emissions could preclude achieving the 1.5° and 2°C climate change targets. *Science.* 2020;370:705—8. doi: 10.1126/science.aba7357
44. Nations FaOoU. The State of World Fisheries and Aquaculture 2020 — Sustainability in Action. Rome; 2020.
45. Muringai R. T., Mafongoya P. L., Lottering R. Climate change and variability impacts on sub-Saharan African fisheries: a review. *Rev. Fish. Sci. Aquac.* 2021;29:706—20. doi: 10.1080/23308249.2020.1867057
46. Xiao X., Agustí S., Pan Y., Yu Y., Li K., Wu J., Duarte C. M. Warming amplifies the frequency of harmful algal blooms with eutrophication in Chinese coastal waters. *Environ. Sci. Technol.* 2019;53:13031—41. doi: 10.1021/acs.est.9b03726
47. Kraemer B. M., Pilla R. M., Woolway R. I., Anneville O., Ban S., Colom-Montero W., Devlin S. P., Dokulil M. T., Gaiser E. E., Hambright K. D. Climate change drives widespread shifts in lake thermal habitat. *Nat. Clim. Change.* 2021;11:521—9. doi: 10.1038/s41558-021-01060-3
48. Barbarossa V., Bosmans J., Wanders N., King H., Bierkens M. F. P., Huijbregts M. A. J., Schipper A. M. Threats of global warming to the world's freshwater fishes. *Nat. Commun.* 2021;12:1701. doi: 10.1038/s41467-021-21655-w
49. Day E., Fankhauser S., Kingsmill N., Costa H., Mavrogianni A. Upholding labour productivity under climate change: an assessment of adaptation options. *Clim. Pol.* 2019;19:367—85. doi: 10.1080/14693062.2018.1517640
50. Watts N., Amann M., Arnell N., Ayeb-Karlsson S., Belesova K., Boykoff M., Byass P., Cai W., Campbell-Lendrum D., Capstick S. The 2019 report of the Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet.* 2019;394:1836—78. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32596-6
51. Xu R., Li S., Li S., Wong E. M., Southey M. C., Hopper J. L., Abramson M. J., Guo Y. Surrounding greenness and biological aging based on DNA methylation: a twin and family study in Australia. *Environ. Health Perspect.* 2021;129:87007. doi: 10.1289/EHP8793
52. Sheather J., Littler K., Singh J. A., Wright K. Ethics, climate change and health — a landscape review. *Wellcome Open Res.* 2023;8:343. Published 2023 Aug 14. doi:10.12688/wellcomeopenres.19490.1
2. Zhao Q., Yu P., Mahendran R. Global climate change and human health: Pathways and possible solutions. *Eco Environ. Health.* 2022;1(2):53—62. Published 2022 May 7. doi: 10.1016/j.eehl.2022.04.004
3. Allen M., Antwi-Agyei P., Aragon-Durand F. Technical Summary: Global Warming of 1.5° C. An IPCC Special Report on the Impacts of Global Warming of 1.5° C Above Pre-Industrial Levels and Related Global Greenhouse Gas Emission Pathways, in The Context of Strengthening the Global Response to the Threat of Climate Change, Sustainable Development, and Efforts to Eradicate Poverty. Intergovernmental Panel on Climate Change; 2019.
4. Pörtner H.-O., Roberts D. C., Poloczanska E. S., Mintenbeck K., Tignor M., Alegría A., Craig M., Langsdorf S., Lösschke S., Möller V. Cambridge University Press/UNEP; 2022. Summary for Policymakers. Climate Change 2022-Impacts, Adaptation and Vulnerability: Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge University Press/UNEP; 2022.
5. Vicedo-Cabrera A. M., Scovronick N., Sera F., Royé D., Schneider R., Tobias A., Astrom C., Guo Y., Honda Y., Hondula D. M. The burden of heat-related mortality attributable to recent human-induced climate change. *Nat. Clim. Change.* 2021;11:492—500. doi: 10.1038/s41558-021-01058-x
6. Sweileh W. M. Bibliometric analysis of peer-reviewed literature on climate change and human health with an emphasis on infectious diseases. *Global Health.* 2020;16(1):44. Published 2020 May 8. doi: 10.1186/s12992-020-00576-1
7. (WHO) WHO: Climate change and health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
8. Lemery J., Knowlton K., Sorensen C. Global Climate Change and Human Health: From Science to Practice. John Wiley & Sons; 2021.
9. Le T. D. N. Climate change adaptation in coastal cities of developing countries: characterizing types of vulnerability and adaptation options. *Mittig. Adapt. Strateg. Glob. Change.* 2020;25:739—61. doi: 10.1007/s11027-019-09888-z
10. Zhao Q., Guo Y., Ye T., Gasparrini A., Tong S., Overcenco A., Urban A., Schneider A., Entezari A., Vicedo-Cabrera A. M. Global, regional, and national burden of mortality associated with non-optimal ambient temperatures from 2000 to 2019: a three-stage modelling study. *Lancet Planet. Health.* 2021;5:e415—e425. doi: 10.1016/S2542-5196(21)00081-4
11. Wu Y., Xu R., Wen B., Coelho M., Saldiva P. H., Li S., Guo Y. Temperature variability and asthma hospitalisation in Brazil, 2000–2015: a nationwide case-crossover study. *Thorax.* 2021;76:962—9. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-216549
12. Khan A. M., Finlay J. M., Clarke P., Sol K., Melendez R., Judd S., Gronlund C. J. Association between temperature exposure and cognition: a cross-sectional analysis of 20, 687 aging adults in the United States. *BMC Publ. Health.* 2021;21:1484. doi: 10.1186/s12889-021-11533-x
13. Vergunst F., Berry H. L. Climate Change and Children's Mental Health: A Developmental Perspective. *Clin. Psychol. Sci.* 2022;10(4):767—85. doi: 10.1177/21677026211040787
14. Casadevall A. Climate change brings the specter of new infectious diseases. *J. Clin. Invest.* 2020;130(2):553—5. doi: 10.1172/JCI135003
15. Pu J., Wang Z., Chung H. Climate change and the genetics of insecticide resistance. *Pest. Manag. Sci.* 2019;76(3):846—52.
16. Cole J., Desphande J. Poultry farming, climate change, and drivers of antimicrobial resistance in India. *Lancet Planet Health.* 2019;3(12):e494—5. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30236-0
17. Rocklöv J., Dubrow R. Climate change: an enduring challenge for vector-borne disease prevention and control. *Nat. Immunol.* 2020;21:479—83. doi: 10.1038/s41590-020-0648-y
18. Lee H., Myung W., Kim H., Lee E. M., Kim H. Association between ambient temperature and injury by intentions and mechanisms: a case-crossover design with a distributed lag nonlinear model. *Sci. Total Environ.* 2020;746:141261. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.141261
19. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters EM-DAT: The CRED/OFDA international disaster database. Available at: <https://public.emdat.be/>
20. Fussell J. C., Kelly F. J. Mechanisms underlying the health effects of desert sand dust. *Environ. Int.* 2021;157:106790. doi: 10.1016/j.envint.2021.106790
21. UNICEF Water Scarcity: Key Facts. 2020–2021. Available at: <https://www.unicef.org/wash/water-scarcity>

Поступила 08.04.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Rahimi-Ardabili H., Magrabi F., Coiera E. Digital health for climate change mitigation and response: a scoping review. *J. Am. Med. Assoc.* 2022;29(12):2140—52. doi: 10.1093/jama/ocac134

Здоровье и общество

22. Hermans K., Garbe L. Droughts, livelihoods, and human migration in northern Ethiopia. *Reg. Environ. Change*. 2019;19:1101–11. doi: 10.1007/s10113-019-01473-z
23. Adaawen S., Rademacher-Schulz C., Schraven B., Segadlo N. In: Drought Challenges. Mapedza E., Tsegai D., Bruntrup M., McLeman R., editors. Drought, migration, and conflict in sub-Saharan Africa: what are the links and policy options? Amsterdam: Elsevier; 2019. P. 15–31.
24. Xu R., Yu P., Abramson M. J., Johnston F. H., Samet J. M., Bell M. L., Haines A., Ebi K. L., Li S., Guo Y. Wildfires, global climate change, and human health. *N. Engl. J. Med.* 2020;383:2173–81. doi: 10.1056/NEJMsr2028985
25. Chen G., Guo Y., Yue X., Tong S., Gasparrini A., Bell M. L., Armstrong B., Schwartz J., Jaakkola J. K., Zanobetti A. Mortality risk attributable to wildfire-related PM_{2.5} pollution: a global time series study in 749 locations. *Lancet Planet. Health*. 2021;5:e579–87. doi: 10.1016/S2542-5196(21)00200-X
26. Rentschler J., Salhab M. People in Harm's Way: Flood Exposure and Poverty in 189 Countries. The World Bank; 2020.
27. Sari Kovats S. H., Lloyd S. Introduction and Key Findings [in "Quantitative Risk Assessment of the Effects of Climate Change on Selected Causes of Death, 2030s and 2050s"]. World Health Organization; 2014. P. 3–16.
28. Paterson D. L., Wright H., Harris P. N. A. Health risks of flood disasters. *Clin. Infect. Dis.* 2018;67:1450–4. doi: 10.1093/cid/ciy227
29. Tiu L. A., Wahid W. E., Andriani W. Y., Mirnawati, Tosepu R. Literature review: impact of temperature and rainfall on incident malaria. *IOP Conf. Ser. Earth Environ. Sci.* 2021;755. doi: 10.1088/1755-1315/755/1/012084
30. Desai Z., Zhang Y. Climate Change and Women's Health: A Scoping Review. *Geohealth*. 2021;5(9):e2021GH000386. Published 2021 Sep 1. doi: 10.1029/2021GH000386
31. Konkel L. Tropical cyclone exposures and health: a new data set to assess associations over time. *Environ. Health Perspect.* 2020;128:124001. doi: 10.1289/EHP8653
32. Parks R. M., Anderson G. B., Nethery R. C., Navas-Acien A., Dominici F., Kioumourtoglou M. A. Tropical cyclone exposure is associated with increased hospitalization rates in older adults. *Nat. Commun.* 2021;12:1545. doi: 10.1038/s41467-021-21777-1
33. EPA US. Integrated Science Assessment (ISA) for Particulate Matter (Final Report, Dec 2019). U. S. Environmental Protection Agency; 2019.
34. Bettiol A., Gelain E., Milanesio E., Asta F., Rusconi F. The first 1000 days of life: traffic-related air pollution and development of wheezing and asthma in childhood. A systematic review of birth cohort studies. *Environ. Health*. 2021;20:46. doi: 10.1186/s12940-021-00728-9
35. Liu S., Jørgensen J. T., Ljungman P., Pershagen G., Bellander T., Leander K., Magnusson P. K. E., Rizzuto D., Hvidtfeldt U. A., Raaschou-Nielsen O. Long-term exposure to low-level air pollution and incidence of asthma: the ELAPSE project. *Eur. Respir. J.* 2021;57:2003099. doi: 10.1183/13993003.03099-2020
36. Yu P., Guo S., Xu R., Ye T., Li S., Sim M. R., Abramson M. J., Guo Y. Cohort studies of long-term exposure to outdoor particulate matter and risks of cancer: a systematic review and meta-analysis. *Innovation (NY)* 2021;2:100143. doi: 10.1016/j.xinn.2021.100143
37. To T., Zhu J., Stieb D., Gray N., Fong I., Pinault L., Jerrett M., Robichaud A., Ménard R., van Donkelaar A. Early life exposure to air pollution and incidence of childhood asthma, allergic rhinitis and eczema. *Eur. Respir. J.* 2019;55:1900913. doi: 10.1183/13993003.00913-2019
38. Ray C., Ming X. Climate Change and Human Health: A Review of Allergies, Autoimmunity and the Microbiome. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17(13):4814. Published 2020 Jul 4. doi: 10.3390/ijerph17134814
39. Anderegg W. R. L., Abatzoglou J. T., Anderegg L. D. L., Bielory L., Kinney P. L., Ziska L. Anthropogenic climate change is worsening North American pollen seasons. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 2021;118. doi: 10.1073/pnas.2013284118
40. Wang J., Vanga S., Saxena R., Orsat V., Raghavan V. Effect of climate change on the yield of cereal crops: a review. *Climate*. 2018;6:41. doi: 10.3390/cli6020041
41. Obi C. M., Enweani-Nwokelo I. B., Oshim I. O., Okeke M. U. Assessment of Fungal Concentrations Associated with Relative Humidity and Temperature Variations in the Indoor Environment. *International. J. Tropical Dis. Health*. 2021;30–4. doi: 10.9734/ijtdh/2021/v42i1730530
42. Springmann M., Mason-D'Croz D., Robinson S., Garnett T., Godfray H. C. J., Gollin D., Rayner M., Ballon P., Scarborough P. Global and regional health effects of future food production under climate change: a modelling study. *Lancet*. 2016;387:1937–46. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01156-3
43. Clark M. A., Domingo N. G. G., Colgan K., Thakrar S. K., Tilman D., Lynch J., Azevedo I. L., Hill J. D. Global food system emissions could preclude achieving the 1.5° and 2°C climate change targets. *Science*. 2020;370:705–8. doi: 10.1126/science.aba7357
44. Nations FaAOotU. The State of World Fisheries and Aquaculture 2020 — Sustainability in Action. Rome; 2020.
45. Muringai R. T., Mafongoya P. L., Lottering R. Climate change and variability impacts on sub-Saharan African fisheries: a review. *Rev. Fish. Sci. Aquac.* 2021;29:706–20. doi: 10.1080/23308249.2020.1867057
46. Xiao X., Agustí S., Pan Y., Yu Y., Li K., Wu J., Duarte C. M. Warming amplifies the frequency of harmful algal blooms with eutrophication in Chinese coastal waters. *Environ. Sci. Technol.* 2019;53:13031–41. doi: 10.1021/acs.est.9b03726
47. Kraemer B. M., Pilla R. M., Woolway R. I., Anneville O., Ban S., Colom-Montero W., Devlin S. P., Dokulil M. T., Gaiser E. E., Hambright K. D. Climate change drives widespread shifts in lake thermal habitat. *Nat. Clim. Change*. 2021;11:521–9. doi: 10.1038/s41558-021-01060-3
48. Barbarossa V., Bosmans J., Wanders N., King H., Bierkens M. F. P., Huijbregts M. A. J., Schipper A. M. Threats of global warming to the world's freshwater fishes. *Nat. Commun.* 2021;12:1701. doi: 10.1038/s41467-021-21655-w
49. Day E., Fankhauser S., Kingsmill N., Costa H., Mavrogianni A. Upholding labour productivity under climate change: an assessment of adaptation options. *Clim. Pol.* 2019;19:367–85. doi: 10.1080/14693062.2018.1517640
50. Watts N., Amann M., Arnell N., Ayeb-Karlsson S., Belesova K., Boykoff M., Byass P., Cai W., Campbell-Lendrum D., Capstick S. The 2019 report of the Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet*. 2019;394:1836–78. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32596-6
51. Xu R., Li S., Li S., Wong E. M., Southey M. C., Hopper J. L., Abramson M. J., Guo Y. Surrounding greenness and biological aging based on DNA methylation: a twin and family study in Australia. *Environ. Health Perspect.* 2021;129:87007. doi: 10.1289/EHP8793
52. Sheather J., Littler K., Singh J. A., Wright K. Ethics, climate change and health — a landscape review. *Wellcome Open Res.* 2023;8:343. Published 2023 Aug 14. doi:10.12688/wellcomeopenres.19490.1

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025
УДК 614.2

**Ахохова А. В.^{1,2}, Кардангушева А. М.², Альмова И. Х.², Хоконова Л. Т.², Елокова Д. С.², Тохов А. М.²,
Дзасежев Т. Д.², Хажироков Н.-М. Х.², Маремкулов К. Х.², Мокаев А. М.²**

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЦЕССОВ УПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫМИ ПРОЕКТАМИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АЛГОРИТМОВ ПРОТОТИПИРОВАНИЯ. ЧАСТЬ 2 (ОБЗОР)

¹ООО Фирма «СЭМ», 360017, г. Нальчик;

²ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова» Минобрнауки России, 360004, г. Нальчик

Процессы управления региональными проектами в отрасли здравоохранения сопоставимы с динамическим объектом системы, поэтому система управления проектами в отрасли должна быть достаточно гибкой, адаптивной для возможности частых модификаций без всеобщих изменений в рабочем проекте.

Цель исследования — поиск наилучшего подхода к созданию рабочей модели прототипа проектного управления в медицинской организации региона. Рабочая модель прототипа проекта — это скорее абстрактный образ моделируемого объекта (управленческих процессов), функционально «настроенный» для проведения изучения объекта и позволяющий адекватно передавать его исследуемые свойства и характеристики в динамике.

По мнению исследователей, именно на этапе целеполагания необходимо обладание глубоким знанием и умением выбора правильного решения для оптимизации ресурсов (временных, материальных, человеческих), для чего необходимо применение эффективных технологических маршрутов выполнения проектных работ на входе.

Авторами для решения задач оптимизационного характера использованы основы современной методологии проектного менеджмента, построенные на системном подходе, базирующемся на принципах декомпозиции, иерархичности, итеративности, локальной оптимизации и комплексности.

Проведенная исследователями аналогия в подходах сопоставления между процессами первой стадии жизненного цикла проекта (целеполагания) в отрасли здравоохранения и производством технического объекта, с использованием принципов системного подхода, позволяет яснее визуализировать требования, предъявляемые к цели исследования. Это является своего рода «нулевым» приближением.

«Грубым» приближением стало сопоставление требований, предъявляемых к модели процессов функционирования системы проекта и элементов организационной структуры проекта медицинской организации. Концептуальное наполнение процессами проекта медицинской организации, с учетом свойств системности, элементов управленческой деятельности, которые согласуются с требованиями, предъявляемыми к модели, сопряжено с единством целей их функционирования и петлями обратной связи.

По мнению авторов, проведенное исследование позволяет выявить закономерности развития управленческих процессов проекта в медицинской организации и обеспечить повышение точности получаемой информации, организовать поиск оптимальных проектных решений для достижения универсальности описания отдельных проектных операций и процедур.

Ключевые слова: управление проектами; динамический объект; системный подход; рабочая модель прототипа; оптимизация ресурсов; целеполагание.

Для цитирования: Ахохова А. В., Кардангушева А. М., Альмова И. Х., Хоконова Л. Т., Елокова Д. С., Тохов А. М., Дзасежев Т. Д., Хажироков Н.-М. Х., Маремкулов К. Х., Мокаев А. М. Исследование процессов управления региональными проектами для определения алгоритмов прототипирования. Часть 2 (обзор). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):18—26. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-18-26>

Для корреспонденции: Ахохова Азис Владимировна, канд. мед. наук, доцент ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х. М. Бербекова» Минобрнауки России, e-mail: Aza_stih@mail.ru

**Akhokhova A. V.^{1,2}, Kardangusheva A. M.², Almova I. Kh.², Khokonova L. T.², Elokova D. S.², Tokhov A. M.²,
Dzasezhev T. D.², Khazhirov N.-M. Kh.², Maremkulov K. Kh.², Mokaev A. M.²**

THE STUDY OF MANAGEMENT PROCESSES OF REGIONAL PROJECTS TO DETERMINING ALGORITHMS OF PROTOTYPING. PART II: A REVIEW

¹The Society with Limited Liability “The Firm “SEM””, 360017, Nalchik, the Republic of Kabardino-Balkaria, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The H. M. Berbekov Kabardino-Balkaria State University” of the Minobrnauka of Russia, 360004, Nalchik, the Republic of Kabardino-Balkaria, Russia

The management processes of regional projects in health care are comparable to system dynamic object. Therefore, project management in health care is to be enough flexible and adaptive to apply frequent modifications without total changes in working project.

The purpose of the study is to find best approach to creating working model of project management prototype in medical organization of the Region. The working model of project prototype is rather abstract image of designed object (management processes) functionally “geared up” for studying object and allowing adequately convey its studying properties and characteristics in dynamic.

Exactly at goal-setting stage is required deep knowledge and ability to choose proper solution for optimizing resources (temporary, material, human ones), which requires application of effective technological routes of implementing project work at output.

To solve optimization problems basics of modern project management methodology were applied based on systematic approach using principles of decomposition, hierarchy, iterativity, local optimization and complexity.

The derived analogy in approach of comparing processes of first stage of project life cycle (goal setting) in health care and in production of technical object, using principles of systemic approach permits to more clearly visualize requirements applied to purpose of the study. In a sense, it can be considered as a kind of “zero” approximation.

The “coarse” approximation became comparison of requirements applied to model of processes of functioning of project system and elements of organizational structure of project of medical organization. The conceptual filling of medical organization with project processes, taking into account properties of consistency, elements of management activity that are

consistent with requirements applied to model is associated with unity of goals of their functioning and feedback loops. The study permits to identify patterns of development of management processes of project in medical organization and to ensure increasing of accuracy of information received and to organize search for optimal project solutions for achieving universality of description of particular project operations and procedures.

Key words: project management; dynamic object; system approach; prototype model; resource optimization; goal setting.

For citation: Akhokhova A. V., Kardangusheva A. M., Almova I. Kh., Khokonova L. T., Elokova D. S., Tokhov A. M., Dza-sezhev T. D., Khazhirokov N.-M. Kh., Maremkulov K. Kh., Mokaev A. M. The study of management processes of regional projects to determining algorithms of prototyping. Part II: A review. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(1):18–26 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-18-26>

For correspondence: Akhokhova A. V., candidate of medical sciences, associate professor of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The H. M. Berbekov Kabardino-Balkaria State University” of the Minobrnauka of Russia. e-mail: Aza_stih@mail.ru

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

Acknowledgment. The study was carried out within the framework of budget financing at the place of work of the author's team.

Received 19.06.2024

Accepted 31.10.2024

Введение

Тенденции и сопутствующие им процессы — инновации, обучение, адаптация, социализация (равноправность), участие и организация — являются взаимозависимыми и составляют ядро любой системы, в том числе инновационной в рамках развития проектных процессов [1] в сфере здравоохранения. Вместе с тем в эволюции государственных программ в здравоохранении [2] прослеживается этапность изменений в подходах к реализации проектов: от ориентации на долгосрочные инвестиции в инфраструктуру системы здравоохранения, запуска национальных проектов и входящих в их состав федеральных (региональных) проектов до внедрения инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины [3].

Между тем недостаточные гибкость и способность к экспериментированию препятствуют росту новых разработок, предъявляемых к технологиям и изменениям в сложившейся системе здравоохранения для выработки долгосрочной стратегии в отрасли. Традиционные методы анализа и реализации проектного управления нуждаются в ресурсоемких технологиях и оптимизации достижения показателей, установленных государственной программой «Здравоохранение» [4, 5].

Применение новаторского подхода в реализации проектного управления, основанного на использовании методов математического моделирования, для последующего процесса превращения данных и рабочих процессов в *цифровой формат* приобретает особое значение для оптимизации сроков и качества реализации планов. Поэтому многоуровневость в проектно-ориентированной отрасли здравоохранения с ее сложными иерархическими связями, множеством взаимосвязанных стадий и этапов требует решения задач оптимизационного характера.

Учитывая современную методологию проектного менеджмента, основанную на системном подходе, базирующемся на принципах декомпозиции, иерар-

хичности, итеративности, локальной оптимизации и комплексности, целью исследования стал поиск наилучшего подхода к созданию рабочей модели прототипа проектного управления в медицинской организации региона. Процессы декомпозиции и иерархичности задают потенциал и намечают вероятное разнообразие и количество моделей прототипов проекта для последующего моделирования процессов.

Материалы и методы

Содержание статьи построено на материалах различных литературных источников, оригинальных авторских разработках по изучению проектных процессов с использованием методов математического моделирования и проектирования.

Методами исследования явились синтез, оптимизация управленческих процессов проекта для возможности моделирования ситуации на рабочем прототипе управленческих процессов в медицинской организации для подготовки к последующей автоматизации и цифровизации процессов.

Проанализировано более 20 источников литературы за период с 2009 г. по настоящее время. Информационно-справочной и методической основой для изучения исследовательского вопроса стали нормативные правовые акты органов управления здравоохранением Российской Федерации и ее субъектов, размещенные в кроссплатформенной справочной правовой системе Консультант плюс, разработанной в России, электронные базы данных.

Результаты исследования

Начало формализации на этапе управления процессами целеполагания в рамках прототипирования рабочего проекта. Чем сложнее, многослойнее модель проекта, тем больше потребуется ресурсов времени на автоматизацию и проведение эксперимента. Сложная модель в силу многокомпонентности слабо обусловлена, что лишает устойчивости цифровой процесс, мешает адекватной оценке достижения требуемой точности при оптимальных затратах времени.

Учитывая, что инструмент совершенствования процессов проектного управления направлен на процессы *оптимизации*, моделирование эксперимента для получения искомого результата приходится многократно повторять с учетом показателей целей (величина переменная). Положение усложняется многомерностью и многокритериальностью задач, поставленных перед всеми заинтересованными сторонами (стейкхолдерами) проекта.

По мнению ряда исследователей [6], причина заведомой неисполнимости проектов обусловлена нарушениями, происходящими на начальных этапах (при структурировании проблем), требующими программной разработки на *стадии целеполагания*. Разработка адаптированной и эффективной стратегии решения проблем целеполагания является ключевым фактором для получения положительного эффекта от результатов управленческой деятельности федеральной, региональной и муниципальной власти [7].

Еще одним фактором, по мнению авторов [8], является то, что целеполагание представляет собой слабое звено в практике проектирования при реализации социальных преобразований на федеральном и на региональном (муниципальном) уровне из-за смещения целей и ресурсов. Заключительные же этапы проектирования используют скорее вероятностные модели для зондирования процессов функциональности системы в условиях, максимально приближенных к реальным. В силу этого вопросы целеполагания становятся актуальными для практического применения только в том случае, если прототипирование не потребует слишком больших затрат времени на разработку рабочей модели проекта.

Поэтому поиск способов ускорения обработки информации и применения эффективных технологических маршрутов выполнения проектных работ на входе дает глубокое знание и умение выбрать правильное решение, что оптимизирует ресурсы (временные, материальные, человеческие) [9—11].

Ранее авторами [12] проведены попытки формализации подходов к нахождению рабочей модели прототипа на основе корреляции и анализа *свойств* процессов и алгоритмов через этапы реализации управления региональными проектами в медицинской организации.

Моделирование процессов рабочего прототипа проекта представляет собой процесс «замещения» объекта исследования, т. е. оптимальной динамической модели реализации проекта, на конкретную временную модель в «точке времени и пространства» одним из его рабочих прототипов для исследования на нем с целью получения необходимой информации.

Рабочая модель *прототипа* проекта — это скорее абстрактный образ моделируемого объекта (управленческих процессов), функционально «настроенный» для проведения изучения объекта и позволяющий адекватно передавать его исследуемые свойства и характеристики в динамике.

Легкость, доступность получения информации, ресурсоемкость, эргономичность являются основными стимулами для использования рабочей модели прототипа в конкретной точке времени и пространства.

Влияние окружающей внешней среды проекта, определение выходных/входных параметров и характеристик с последующим получением оценки показателей эффективности и качества задают вектор поиска оптимальной структуры и спектр параметров исследования объекта (управленческих процессов) рабочего прототипа объекта (табл. 1).

Для нахождения и описания рабочей модели прототипа проекта, необходимо детальное рассмотрение процессов на каждом из этапов управления проектами.

При этом логично, что наилучшие эффекты автоматизации могут быть получены на самых ранних этапах поиска рабочей модели процессов прототипа (инициализации), когда идет речь о выборе подхода к техническому решению. Ошибки и неточности, допущенные на «завязках/вехах» проекта, невозможно исправить, поэтому на ранних этапах функционального прототипирования [13], на котором определяются параметрические данные объекта, уточняются качественные показатели.

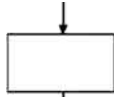
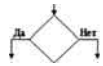
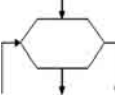
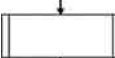
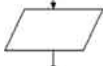


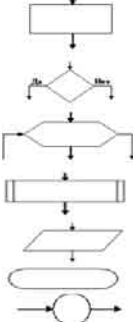
В табл. 1 представлены все этапы процессов управления проектами (пять этапов), при этом этап «целеполагания» является первым и содержит в себе процессы, априори включающие афферентный синтез (определение потребности, констатация текущей ситуации, формирование акцептора результата действия) и учет результатов работы объекта с анализом технологических аспектов их реализации, т. е. оценку результата обратной связи (табл. 2; см. строку 1 табл. 1).

С одной стороны, этапы *целеполагания* реализации процессов управления проектом и разработки концепции, регламентного формирования задания, выбора наилучшего технического решения, синтеза структуры, как правило, трудно поддаются формализации из-за *неопределенности*. С другой — чем больше (операций и процедур) проектных процессов будет формализовано, тем выше вероятность автоматизации с последующей цифровой трансформацией элементов и системы в целом, учитывая индивидуальный подход и специфику сферы деятельности [14]. Поэтому для определения оптимальности составляющих данного этапа авторами предложено использовать системный подход, базирующийся на принципах декомпозиции, иерархичности, итеративности, оптимизации, комплексности.

Этап целеполагания объекта исследования во времени и пространстве с точки зрения системного подхода. Системный подход [1] предполагает рассмотрение любого объекта, в том числе управленческих процессов проекта в отрасли здравоохранения, в виде сложной системы, состоящей из эффектов, получаемых от взаимосвязанных, целенаправленно функционирующих элементов, находящихся во взаимодействии с внешней/внутренней

Таблица 1

Нахождение рабочей модели прототипа на основе корреляции и анализа свойств процессов управления и алгоритмов в рамках реализации этапов управления региональным проектом медицинской организации

№ п/п	Этапы процессов управления проектом	Наименование символов	Изображение символа	Описание изображения символа	Управленческие процессы, с точки зрения отнесения классификации модели	Основные этапы построения моделей	Рабочая модель прототипа проекта
1	Целеполагание	Процесс		Вычислительное действие или последовательность вычислительных действий. Арифметический блок	Приближенное подобие модели объекта (<i>стохастическая и динамическая</i>)	Содержательное описание моделируемого объекта	
2	Определение ситуации	Принятие решений		Проверка условий Логический блок	Модель объекта является аналоговой (<i>непрерывной</i>) и <i>реальной</i>	Формализация операций	
3	Выявление проблемы	Модификация		Начало и конец цикла	<i>Наглядные модели</i> объекта	Проверка адекватности модели	
4	Управленческое решение	Предопределенный процесс		Вычисления по подпрограмме	<i>Гипотетическое</i> моделирование объекта	Корректировка модели	
5	Типы процессов управления	Передача данных		Ввод данных или вывод данных и печать результатов	<i>Математическое моделирование</i> объекта	Оптимизация модели	
		Прерывание		Начало, конец, пуск, остановка			
		Соединитель		Разрыв линий потока информации			
6	Системы (проблемная область) Объект моделирования Целевое назначение моделей Требования к модели Формы предоставления моделей Вид описания моделей Характер реализации моделей Метод исследования				<i>Комбинированное моделирование</i> Метод машинного обучения. Имитационное моделирование объекта	Построение концептуальной модели системы и ее формализация. Алгоритмизация модели системы и ее машинная реализация. Получение и интерпретация результатов, моделирование системы	

средой проекта. Поэтому *время* и *пространство* становятся основными требованиями (переменными), которые позволяют соотнести объект исследования во времени с понятием *жизненный цикл*, а пространство — со *средой*, в которой реализуются управленческие процессы проекта.

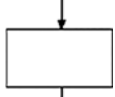
Жизненный цикл управления процессами взаимосвязан с совокупностью взаимосвязанных этапов, операций и процедур создания и последова-

тельного изменения их состояний, от сформировавшихся исходных требований к объекту в виде рабочего прототипа до окончательной эксплуатационной модели проекта.

Проведя аналогию между процессами первой стадии жизненного цикла проекта (целеполагания) в отрасли здравоохранения [15] и производством технического объекта [9] с использованием принципов системного подхода, возможно яснее визуализи-

Таблица 2

Целеполагание (формализация первого этапа) — реализация процессов управления проектом

№ п/п	Этапы процессов управления проектом	Наименование символов	Изображение символа	Описание изображения символа	Управленческие процессы, с точки зрения отнесения классификации модели	Основные этапы построения моделей	Рабочая модель прототипа проекта
1	Целеполагание	Процесс		Вычислительное действие или последовательность вычислительных действий. Арифметический блок	Приближенное подобие модели объекта (<i>стохастическая и динамическая</i>)	Содержательное описание моделируемого объекта	

Сопоставимость процессов первой стадии жизненного цикла производства технического объекта с процессами проекта в отрасли здравоохранения (инициализации) посредством принципов системного подхода («нулевое приближение»)

№ п/п	Стадия жизненного цикла (инициализации)				Принцип системного подхода				
	технического объекта		проекта в отрасли здравоохранения		декомпозиция	иерархичность	итеративность	оптимизация (локальная)	комплексное осуществление процессов проектирование (функциональное)
	процесс	стадии процесса создания	процесс	стадии процесса инициализации					
1	Создание	Техническое задание; предпроектное исследование	Формирование концепции (инициализация)	Формирование идей и постановка целей	декомпозиция	иерархичность	итеративность	оптимизация (локальная)	комплексное осуществление процессов проектирование (функциональное)
2				Формирование ключевой команды проекта					
3				Изучение мотивации и требований заказчика и других участников					
4				Сбор исходных данных и анализ существующего состояния					
5				Определение основных требований и ограничений, требуемых материальных, финансовых и трудовых ресурсов					
6				Сравнительная оценка альтернатив					
7				Представление предложений, их экспертиза и утверждение					

зировать требования цели с учетом представленной формы для заполнения (табл. 3).

«...Для создания нового технического объекта необходима обоснованная концепция, которая вытекает из безусловных потребностей общества для практической реализации достигнутого научного потенциала и повышения показателей эффективности...» [9]. Поэтому авторами настоящей статьи для технологизации системы управления региональным проектом в отрасли здравоохранения предложено провести аналогию, которая базируется на концептуальном определении требований к техническому объекту [9], содержащему описание функциональных составляющих системы, в контексте системного подхода.

Рассуждая о концептуальном наполнении процессов исследуемой области, необходимо отметить, что первостепенное определение свойств системности выражается не только в выделении взаимозависимых и взаимодействующих элементов управленческой проектной деятельности в отрасли здравоохранения, но и в *единстве целей* их функционирования.

Между тем прототипность определения стадий по функциональному назначению (табл. 3) объектов в различных отраслях неизбежно перекликается с системными принципами.

Так, процессы *декомпозиции* проекта зависят от степени абстрагирования отображаемых свойств объекта, его структуры, принятой схемы распределения работ между подразделениями — участниками проектной деятельности и др. Фаза же функциональной декомпозиции системы определяется группой функций и их составляющих с детальным описанием формализованных процессов [16].

Ранее исследователями [17] проведены процессы *декомпозиции модели управления* в медицинской

организации структурных составляющих для формирования матрицы взаимодействия внешних и внутренних факторов влияния, которые оказывают воздействие на выбор организационной структуры. В исследовании [18] декомпозированы процессы операционного ядра медицинской организации для нахождения и оптимизации элементов прототипа модели с использованием методов планирования эксперимента.

Рассуждая об атомарном уровне декомпозиции элементов операционного ядра проекта и типах ролей между участниками проектной команды, можно дифференцировать функционал, чтобы дальнейшее разделение было невозможным, учитывая спецификацию процесса и критерии декомпозиции [16], вплоть до типов ролей, используемых алгоритмом декомпозиции.

Идентичность набора действий в соответствии с конкретной целью, независимо от контекста и моделирования, позволяет декомпонировать объект в виде модульной системы и при необходимости повторно использовать ее части.

Но достижение этих качеств потребует последовательного разложения процесса (процессов) проекта для последующего синтеза и выделения составных частей объекта (схем-блоков), установления *иерархичности отношений*, что сведет сложную проектную задачу к решению более простых, учитывая их зависимости и соподчиненности.

При этом необходимо отойти от эвристического и интуитивного к более совершенному методу, построенному на алгоритмическом выполнении процессов декомпозиции. Поскольку исследователи могут столкнуться с затруднениями доказывания полноты и безизбыточности предлагаемого набора частей разделенного целого на части, авторами настоящей статьи использованы принципы системного

Нахождение прототипов управленческих процессов путем сопоставления требований, предъявляемых к модели процессов функционирования системы проекта и элементов организационной структуры проекта («грубое приближение»)

Функциональное наполнение формализованных процессов модели проекта	Требования, предъявляемые к модели процессов функционирования системы проекта для создания его прототипа [22]						Прототип
	полнота модели	гибкость модели	длительность разработки	структура модели (блочность)	информационное обеспечение	эксперимент с моделью	

**Первый этап проекта. Инициализация
Разработка целей проекта с помощью определения:**

Элементы организационной структуры проекта:

- Операционное ядро организации
- Стратегическая вершина
- Средняя линия
- Техноструктура
- Вспомогательный персонал
- Идеология
- Критерии оценки

подхода — декомпозиция, иерархичность, оптимизация, комплексное осуществление процессов, проектирование (функциональное), соотнесенные с процессами создания и технического объекта, и проекта в отрасли здравоохранения.

Создание абсолютного минимума (прототипа) по результатам *итеративного подхода* путем анализа и оценки недостаточно известных элементов цикла (фаз, процессов) проекта, в том числе этапов целеполагания, позволяет ответить на вопросы о создании достоверности моделей его реализации, что повышает эффективность проектной деятельности и способствует более полному удовлетворению потребностей заинтересованных сторон проекта [19].

Итерация дает понимание взаимозависимости таких аспектов, как функция, структура, процесс и цель (роль системы во внешней среде), для возможности управления их взаимодействиями. Новые сведения об объекте ведут к пересмотру его модели, уточнению, что свидетельствует об итерационной природе этапов процессов моделирования, включая разработку и машинную реализацию модели. Процесс итерации продолжается до получения адекватной модели (рабочего прототипа) в рамках решения поставленных задач исследования и проектирования системы.

Авторами [20] для поиска *оптимального решения* проведена попытка создания прототипа путем нахождения кратчайшего алгоритма (предложено при работе с математическими моделями), по набору входных параметров, определяющих его обусловленность, и/или для определения области допустимых решений. При этом каждая задача решается на основе локальной оптимизации исходя из свойств, задач параметров объекта.

Принимая во внимание взаимодействие и взаимосвязи отдельных объектов, систем, их частей между собой и с внешней средой проекта, учитывая характер комплексов взаимосвязанных внутренних элементов с определенной структурой, широким набором свойств и разнообразными внутренними и внешними связями, *комплексность осуществления процессов проекта* беспорна.

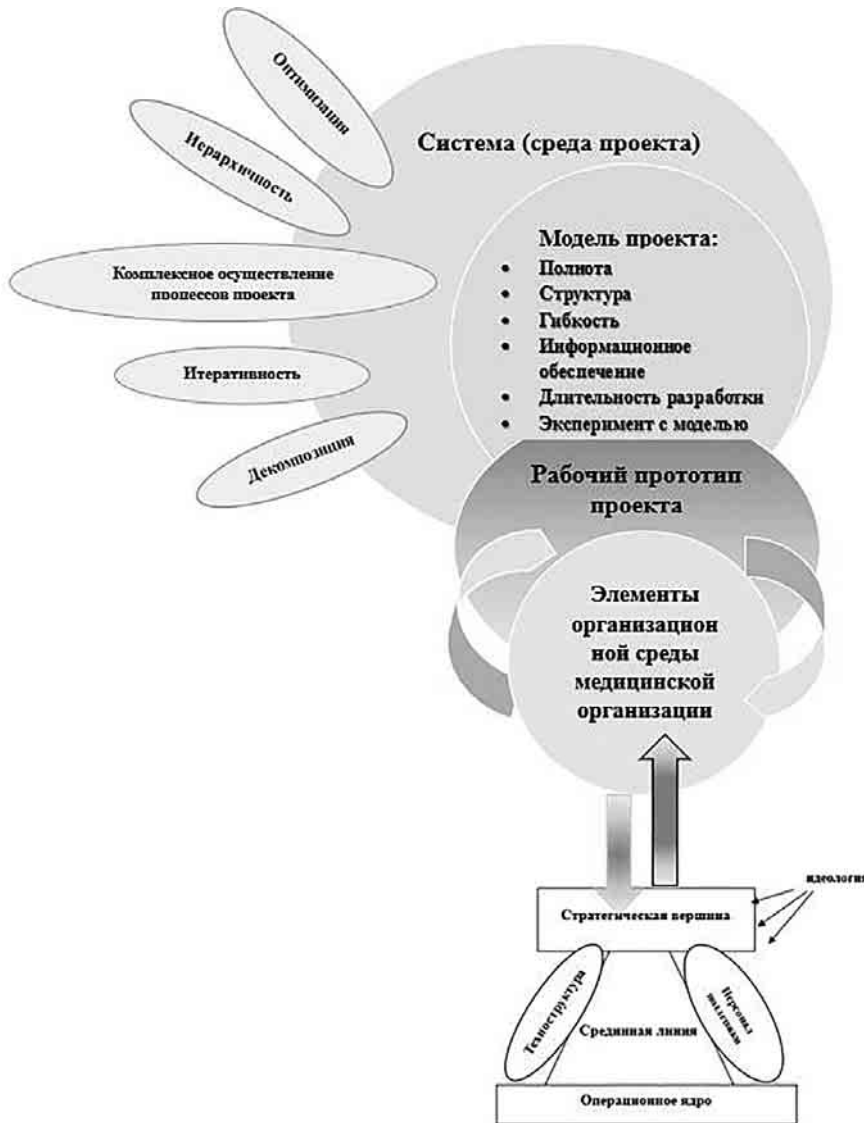
Таким образом, концепция системности выражается в единстве целей функционирования в рамках процессного подхода. По сути управленческие процессы в медицинской организации (объект исследования) необходимо рассматривать как элементы более сложной системы (надсистемы), в состав которой входит ряд объектов внешней среды, взаимодействующих с данным объектом.

Поэтому выбранный авторами подход посредством сопоставления процессов первой стадии жизненного цикла производства технического объекта с процессами проекта в отрасли здравоохранения (инициализации), базирующихся на принципах системного подхода, может иметь практическое применение для решения поставленных перед отраслью здравоохранения задач.

Прототип с точки зрения требований, предъявляемых к модели процессов функционирования системы проекта на этапе инициализации проекта («грубое приближение»). Понимание функционального наполнения первого этапа (стадии инициализации) проекта формализует процессы с помощью основных требований, предъявляемых к модели процесса функционирования системы. При этом необходимо понимать, что оценка динамики системы, в том числе на данном этапе, будет зависеть от продолжительности цикла, резервов, задержек, очередности, «узких» мест функциональности, петель обратной связи.

Поскольку разработка задач и целей проекта потребует определения результата, выгод, элементов организационной структуры проекта (ядро Генри Минцберга) [21], ответственных лиц проекта (команды), то критерием предварительной оценки может стать итоговый документ — устав проекта с описанием оснований, целей, ограничений, бюджета, рисков, плана реализации.

При этом формализация управленческих процессов проекта для их последующей алгоритмизации должна осуществляться с соблюдением требований, предъявляемых к модели процесса функционирования системы проекта для создания его прототипа [22]. К основным требованиям можно отне-



Концептуальное наполнение процессами проекта в медицинской организации с учетом свойств системности, элементов управленческой деятельности в единстве целей их функционирования (петли обратной связи).

сти полноту, гибкость, структуру (блочность) модели, а также длительность разработки, информационное обеспечение и возможность проведения эксперимента [22]. Авторами проведена попытка сопоставления требований и формальных структур процесса модели проекта для определения прототипов процессов (табл. 4).

Сопоставляя требования [22] и предложенную Генри Минцбергом [21] типологию, которая базируется на выделении шести основных структурных элементов организации: операционного ядра организации, стратегической вершины, средней линии, техноструктуры, вспомогательного персонала, идеологии, — можно выявить закономерности развития управленческих процессов проекта и визуализировать влияние на формирование прототипов процессов (см. рисунок).

Результаты, полученные путем соотнесения требований, предъявляемых к модели и элементам организационной структуры проекта, являются пред-

метом отдельной дискуссии. Авторами планируется продолжить публикации, посвященные нахождению содержательных моделей проектов с использованием закономерностей теории системного анализа и стандартизации.

Заключение

Традиционных методов управления проектными процессами при реализации региональных программ, укоренившихся в отрасли здравоохранения, недостаточно для полного понимания и влияния на процессы проекта.

Прототипирование управленческой деятельности как процесс может быть использовано для ответа на ряд вопросов путем выявления скрытых взаимодействий, тестирования зависимостей, выявления слабых сторон, предупреждения случайностей. Управленческие процессы проекта, определенные в качестве объекта прототипирования, призваны обеспечить безопасный способ тестирования и изучения различных сценариев разворачивающейся проектной деятельности в медицинской организации.

А визуализация результата процессов проекта, сформированного в «точке времени и пространства», в качестве конкретной временной модели прототипа позволит принимать стратегические решения с помощью имитационных запусков одной модели с различными сценариями и изменяющимися параметрами формализованных процессов.

Поиск инструментов для управления проектами в отрасли здравоохранения, одним из которых является прототипирование процессов проекта, может стать эффективным методом управления с использованием стратегии смягчения рисков и профилактики негативных сценариев.

По аналогии с процессами обеспечения реализации проектов регионального развития при поиске механизмов прототипирования управленческих процессов необходимо определить количество, последовательность и характер операций, составляющих этот процесс, разработать (адаптировать) для каждой операции соответствующие инструменты, методики, технические средства, определить оптимальные условия протекания процесса реализации задач во времени и пространстве.

Для оптимизации управления проектной деятельностью важна технологизация процесса прототипирования, что потребует дальнейших научных

Здоровье и общество

исследований процессов управления проектами регионального развития.

Разработка единых подходов к получению моделей прототипов для объектов исследования (динамических) и формализация данных подходов являются основной задачей для авторов настоящего исследования, которые планируют продолжить научные исследования в данной области.

В перспективе это открывает возможности использования математических моделей, позволяющих имитировать функциональность объектов проектирования, тем самым повысит точность получаемой информации, организует поиск оптимальных проектных решений и позволит достичь универсальности описания отдельных проектных операций и процедур.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Гараедаги Дж. Системное мышление. Как управлять хаосом и сложными процессами. Минск; 2010. 471 с. Режим доступа: <https://djvu.online/file/xY1Z0loa9bkRu>
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 октября 2014 г. № 618 «Об организации работы по реализации государственной программы Российской Федерации „Развитие здравоохранения“». Режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/programms/health/info>
3. Постановление Правительства РФ от 31 марта 2017 г. № 394 «О внесении изменений и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <https://base.garant.ru/71647400/>
4. Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». Режим доступа: <https://base.garant.ru/72264534/>
5. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации „Развитие здравоохранения“». Режим доступа: <https://base.garant.ru/71848440/>
6. Митрофанова И. В. Современная практика применения программно-целевого подхода к управлению регионом: проблемы остаются. *Вестник Тюменского государственного университета*. 2005;(4):3–14.
7. Бажин И. И. Социальная инноватика регионального и муниципального управления. Н. Новгород: Изд-во ВВАГС; 2008. 260 с.
8. Горный Б. Э., Артюхов И. П., Мажаров В. Ф., Аверченко Е. А. К вопросу о целеполагании в системе охраны здоровья населения региона. *Сибирское медицинское обозрение*. 2012;6(78):43–7. EDN PUMJYJ.
9. Тарасик В. П. Математическое моделирование технических систем: учебник для вузов. М.: Дизайн-ПРО; 2004.
10. Артюхов И. П., Горный Б. Э., Мажаров В. Ф. Содержательный анализ целевых демографических программ как метод их экспертной оценки. В сб.: Современные исследования социальных проблем: Сборник матер. III Общероссийской научно-практической конференции с международным участием. Красноярск: Научно-инновационный центр; 2011. С. 122–7.
11. Горный Б. Э., Мажаров В. Ф., Крупкина Т. В. Анализ и экспертная оценка содержания региональных целевых демографических программ. В сб.: Труды X международной конференции ФАМЭТ. Красноярск; КГТЭИ, СФУ; 2011. С. 106–8.
12. Ахохова А. В., Тхабисимова И. К., Тхабисимова А. Б., Шомахова А. М., Темботова И. А., Атаева М. Ж., Шукурова Д. А., Забарова М. Ю., Дыгова З. Х. Тожество теоретического и экспериментального подходов при прототипировании региональных проектов в сфере здравоохранения. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(3):24–34. doi: 10.21045/1811-0185-2024-2-24-34
13. Ахохова А. В., Тхабисимова И. К., Тхабисимова А. Б., Пиакартова З. М. Функциональные объекты моделирования для со-

здания рабочего проекта на региональном уровне. *Менеджер качества в медицине*. 2024;(1):76–83. EDN NADTRO.

14. Кондратьева М. Н., Комахина А. В. Цифровизация: исследование основных терминов. *Экономика и управление: научно-практический журнал*. 2022;3(165):134–9. doi: 10.34773/EU.2022.3.25. EDN HNJLZY.
15. Ахохова А. В., Кардангушева А. М., Тхабисимова И. К., Хадзюгов А. Б. Управление проектами в здравоохранении. Нальчик: Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова; 2023. 131 с. EDN TWOIYG.
16. Палевская С. А., Измаков Н. С. Декомпозиция процессов как этап внедрения процессного подхода к управлению медицинской организацией. *Уральский медицинский журнал*. 2020;2(185):146–52. doi: 10.25694/URMJ.2020.02.36. EDN UYQLAC.
17. Ахохова А. В., Тхабисимова И. К., Сижажева С. Х., Нахушева З. Х., Балкизова Д. А. Формирование инструмента (матрицы) для повышения эффективности проектной работы в медицинских организациях. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. *Вестник ВШОУЗ*. 2023;9(3):36–50. doi: 10.33029/2411-8621-2023-9-3-36-50
18. Ахохова А. В., Тхабисимова И. К., Тхабисимова А. Б., Оракова Ф. Х., Тлакадугова М. Х., Анаева Л. А., Шомахова А. М., Айбазова И. Н., Гадаева А. А., Нахушева З. Х. Планирование эксперимента на модели медицинской организации, реализующей региональный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» для нахождения элемента оптимального прототипа. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(5):15–27. doi: 10.21045/1811-0185-2024-5-15-27
19. Ахохова А. В., Тхабисимова И. К., Филипченков О. В., Аптиева Л. Р., Исаева К. А., Пшукков К. Р., Кешева А. К., Магомедова Р. Б., Ширитова Л. А., Оздамирова Л. Р. Фундаментальная роль итеративных процессов при создании рабочего прототипа в медицинских организациях, реализующих проекты. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2024;46(2):57–64. doi: 10.17116/medtech20244602157
20. Ахохова А. В., Тхабисимова И. К., Тхабисимова А. Б., Карданова Л. Д., Анаева Л. А., Шомахова А. М., Шомахова З. Д., Гадаева А. А., Гяургиева М. А. Поиск оптимальной модели (прототипа), предназначенной для управления проектами в медицинских организациях региона. *Менеджер здравоохранения*. 2024;(4):23–39. doi: 10.21045/1811-0185-2024-4-23-39
21. Минцберг Г. Структура в кулаке: создание эффективной организации. СПб.; 2011.
22. Беляева М. А. Моделирование систем: конспект лекций. В 2 ч. Ч. 1. М.: МГУП им. Ивана Федорова; 2012. 188 с. Режим доступа: <http://simulation.su/uploads/files/default/2012-belyaeva-lekciipart1.pdf>

Поступила 19.06.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Garaedaghi J. Systems Thinking. How to manage chaos and complex processes? Minsk; 2010. 471 p. Available at: <https://djvu.online/file/xY1Z0loa9bkRu> (in Russian).
2. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated October 14, 2014 N 618 “On the organization of work for the implementation of the state program of the Russian Federation “Health Development”. Available at: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/programms/health/info> (in Russian).
3. Decree of the Government of the Russian Federation of March 31, 2017 N 394 “On introducing amendments and invalidating certain acts of the Government of the Russian Federation” (with amendments and additions). Available at: <https://base.garant.ru/71647400/> (in Russian).
4. Decree of the President of the Russian Federation of June 6, 2019 N 254 “On the Strategy for the development of healthcare in the Russian Federation for the period until 2025”. Available at: <https://base.garant.ru/72264534/> (in Russian).
5. Decree of the Government of the Russian Federation of December 26, 2017 N 1640 “On approval of the state program of the Russian Federation “Health Development”. Available at: <https://base.garant.ru/71848440/> (in Russian).
6. Mitrofanova I. V. Modern practice of applying a program-target approach to regional management: problems remain. *Bulletin of Tyumen State University*. 2005;(4):3–14 (in Russian).

7. Bazhin I. I. Social innovation of regional and municipal management. N. Novgorod: Publishing house VVAGS, 2008. 260 p. (in Russian).
8. Gorny B. E., Artyukhov I. P., Mazharov V. F., Averchenko E. A. On the issue of goal setting in the system of health protection of the population of the region. *Siberian Medical Review*. 2012;6(78):43–7. EDN PUMJYJ (in Russian).
9. Tarasik V. P. Mathematical modeling of technical systems: a textbook for universities. Moscow: Design-PRO; 2004 (in Russian).
10. Artyukhov I. P., Gorny B. E., Mazharov V. F. Content analysis of target demographic programs as a method of their expert assessment. Modern studies of social problems: Sat. materials in the III All-Russian scientific and practical. conf. with international participation. Krasnoyarsk: Scientific and Innovation Center; 2011. P. 122–7 (in Russian).
11. Gorny B. E., Mazharov V. F., Krupkina T. V. Analysis and expert assessment of the content of regional target demographic programs. Proceedings of the X International FAMET Conference. Krasnoyarsk: KGTEI, Siberian Federal University; 2011. P. 106–8 (in Russian).
12. Akhokhova A. V., Tkhabisimova I. K., Tkhabisimova A. B., Shomakhova A. M., Tembotova I. A., Attaeva M. Zh., Shukurova D. A., Zabarova M. Yu., Dygova Z. Kh. Identity of theoretical and experimental approaches in prototyping regional projects in the field of healthcare. *Healthcare Manager*. 2024;(3):24–34. doi: 10.21045/1811-0185-2024-2-24-34 (in Russian).
13. Akhokhova A. V., Tkhabisimova I. K., Tkhabisimova A. B., Piakartova Z. M. Functional modeling objects for creating a detailed design at the regional level. *Quality Management in Medicine*. 2024;(1):76–83. EDN NADTRO (in Russian).
14. Kondratyeva M. N., Komakhina A. V. Digitalization: study of basic terms. Economics and management: scientific and practical journal. 2022;3(165):134–9. doi: 10.34773/EU.2022.3.25.EDN HNJLZY (in Russian).
15. Akhokhova A. V., Kardangusheva A. M., Tkhabisimova I. K., Khadzugov A. B. Project management in healthcare. Nalchik: Kabardino-Balkarian State University named after. H. M. Berbekov; 2023. 131 p. EDN TWOIYG (in Russian).
16. Palevskaya S. A., Izmalkov N. S. Process decomposition as a stage in the implementation of a process approach to the management of a medical organization. *Ural Medical Journal*. 2020;2(185):146–52. doi: 10.25694/URMJ.2020.02.36. EDN UYQLAC (in Russian).
17. Akhokhova A. V., Tkhabisimova I. K., Sizhazheva S. Kh., Nakhushva Z. Kh., Balkizova D. A. Formation of a tool (matrix) to increase the efficiency of project work in medical organizations. ORGHEALTH: news, opinions, training. *VSHOUZ Bulletin*. 2023;9(3):36–50. doi: 10.33029/241-1-8621-2023-9-3-36-50 (in Russian).
18. Akhokhova A. V., Tkhabisimova I. K., Tkhabisimova A. B., Orakova F. Kh., Tlakadugova M. Kh., Anaeva L. A., Shomakhova A. M., Aibazova I. N., Gadzaeva A. A., Nakhushva Z. Kh. Planning an experiment on a model of a medical organization implementing the regional project “Fighting Cardiovascular Diseases” to find an element of the optimal prototype. *Healthcare Manager*. 2024;(5):15–27. doi: 10.21045/1811-0185-2024-5-15-27 (in Russian).
19. Akhokhova A. V., Tkhabisimova I. K., Filipchenkov O. V., Aptieva L. R., Isaeva K. A., Pshukov K. R., Kesheva A. K., Magomadova R. B., Shiritova L. A., Ozdamirova L. R. The fundamental role of iterative processes in creating a working prototype in healthcare organizations implementing projects. *Medical technologies. Evaluation and selection*. 2024;46(2):57–64. doi: 10.17116/medtech20244602157 (in Russian).
20. Akhokhova A. V., Tkhabisimova I. K., Tkhabisimova A. B., Kardanova L. D., Anaeva L. A., Shomakhova A. M., Shomakhova Z. D., Gadzaeva A. A., Gyaurgieva M. A. Search for an optimal model (prototype) designed for project management in medical organizations in the region. *Healthcare Manager*. 2024;(4):23–39. doi: 10.21045/1811-0185-2024-4-23-39 (in Russian).
21. Mintzberg H. Structure in the Fist: Creating an Effective Organization. St. Petersburg; 2011 (in Russian).
22. Belyaeva M. A. Modeling of systems: lecture notes. In 2 parts. Part 1. Moscow: Moscow State University of Printing named after Ivan Fedorov; 2012. 188 p. Available at: <http://simulation.su/uploads/files/default/2012-belyaeva-lekcii-part1.pdf> (in Russian).

Заливанский Б. В.¹, Самохвалова Е. В.¹, Сапрыка В. А.²

СОЦИАЛЬНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ МАНИПУЛЯТИВНОМУ ВЛИЯНИЮ НА МОЛОДЕЖЬ

¹ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, г. Белгород;
²ФГАОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет», 125047, г. Москва

Молодые люди, в особенности подверженные цифровой аддикции, становятся объектами воздействия со стороны организаций, осуществляющих коммерческую, политическую или иную деятельность и рассматривающих молодежь в качестве ресурса, необходимого для достижения собственных целей. Цель исследования — поиск инструментов противодействия манипулятивному влиянию на представителей молодого поколения, подверженных цифровой аддикции, проявляемой в устойчивой зависимости от использования различных цифровых устройств и нахождения в сети Интернет, сопровождаемой ухудшением социально-психологического и физического здоровья, редуцированием социальных коммуникаций в реальном мире и утратой способности критически оценивать потребляемую информацию. Представители молодежи в большей степени подвержены информационному манипулятивному воздействию вследствие особенностей восприятия информации, восприимчивости к новому, активности в использовании социальных медиа, поиске собственной идентичности и социального статуса. Особенно актуальной проблема манипулирования молодежью становится в условиях существующих цивилизационных противоречий, ведения информационных и гибридных войн. В качестве инструмента противодействия манипулятивному влиянию на молодежь, в первую очередь приграничных регионов и новых территорий России, авторами обоснована необходимость разработки технологий социальной иммунизации — инструмента развития у современной молодежи духовно-нравственных основ, знаний, умений, навыков, позволяющих осознанно противостоять деструктивным влияниям внешней цифровой среды.

Ключевые слова: социальное здоровье; социальная иммунизация; молодежь; манипуляции; цифровая аддикция; приграничный регион.

Для цитирования: Заливанский Б. В., Самохвалова Е. В., Сапрыка В. А. Социальная иммунизация как инструмент противодействия манипулятивному влиянию на молодежь. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):27–32. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-27-32>

Для корреспонденции: Самохвалова Елена Владиславовна, канд. социол. наук, доцент, доцент кафедры социальных технологий и государственной службы ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», e-mail: samokhvalova@bsuedu.ru

Zalivanskiy B. V.¹, Samokhvalova E. V.¹, Sapryka V. A.²

THE SOCIAL IMMUNIZATION AS A TOOL COUNTERACTING MANIPULATIVE INFLUENCE ON THE YOUTH

¹The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University”, 308015, Belgorod, Russia;

²The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Russian State Humanitarian University”, 125047, Moscow, Russia

The article considers issue of the youth, especially the ones subjected to digital addiction, that become objects of manipulation on the part of organizations implementing commercial, political or other activity and considering the youth as resource needed for attaining one's own ends. The purpose of the study was to discover tools to counteract manipulative influence on the youth affected by digital addiction manifested by steady dependence on using digital devices and staying on-line in Internet, deterioration of social psychological and physical health, reduction of social communications in real life and loss of ability to critically assess consumed information. The youth is affected in greater extent to informational manipulative influence on account of particularities of information perception, responsiveness to the new, activity in using social media and search for one's own identity and social status. The problem of manipulation with the youth becomes especially actual in conditions of existing civilization contradictions and information and hybrid wars. The necessity is substantiated to develop technology of social immunization as tool to form in the youth spiritual moral foundations, knowledge, skills permitting to consciously counteract destructive influences of external digital medium. The priority attention is to be focused on frontier regions and new territories of Russia.

Key words: social health; social immunity; young people; socialization; social technologies, border region.

For citation: Zalivanskiy B. V., Samokhvalova E. V., Sapryka V. A. The social immunization as a tool counteracting manipulative influence on the youth. *Problemi socialnoi gigiyeni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(1):27–32 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-27-32>

For correspondence: Samokhvalova E. V., candidate of sociological sciences, associate professor. the associate professor of the Chair of Social Technologies and Public Service of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University”. e-mail: Samokhvalova@bsuedu.ru

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

Acknowledgment. The article was prepared within the framework of the project ZWG-2024–0021 “Social technologies of immunization of youth of border regions and new territories of Russia in the conditions of civilizational contradictions”, carried out within the framework of scientific projects in the sphere of social and political sciences.

Введение

Актуальность исследования, по мнению авторов, определяется тем, что среди современной молодежи все больше распространяется цифровая аддикция — состояние, возникающее «в результате глубокого погружения зависимого в цифровую среду при помощи различных цифровых устройств и, как следствие, ослабляющее его связь с реальным миром» [1]. Наряду с ухудшением физического здоровья [2] у таких молодых людей возникают социально-психологические отклонения, они испытывают проблемы с обучением, социализацией, психологические аффекты, вплоть до полного неприятия существующих социальных норм и ценностей [3]. Все это негативным образом сказывается не только на их социальном здоровье, но и на будущем России, так как создает условия для манипулятивного воздействия, вовлечения молодежи в деструктивные для государственной безопасности процессы.

В этой связи противостоять субъектам антигосударственной политики возможно, по мнению авторов, посредством реализации технологии социальной иммунизации, нацеленной на формирование у современной молодежи духовно-нравственной опоры, знаний, умений, навыков, позволяющих осознанно противостоять деструктивным влияниям цифровой среды.

Само понятие «социальный иммунитет» пока не является устоявшимся и активно обсуждается в научных кругах. Чаще его трактуют в отношении общества в целом, территориального сообщества, реже — в отношении демографических групп или конкретной личности. В зарубежной науке понятие «социальный иммунитет» разрабатывается в основном в рамках биологии и медицины и детерминируется скорее как коллективный иммунитет сообщества от заболеваний различного рода [4]. Исключения составляют работы по социологии. Так, П. Штомпка рассматривал данное понятие через призму социокультурной травмы, проводя аналогию между «социальной реакцией на внезапные изменения в обществе и реакцией организма на болезненное воздействие извне, которое также приводит к нарушению привычных ритмов функционирования организма» [5].

Современные отечественные исследователи, в том числе авторы, рассматривают социальный иммунитет с точки зрения философии, социологии, психологии, педагогики, как «защитный механизм, позволяющий субъекту (обществу, группе, личности) регулировать уровень рисков и угроз за счет невосприимчивости чужеродных по отношению к нему элементов разрушительного характера, и сохранять за счет этого стабильность и высокую адаптивность внутренней среды» [6]. В то же время, определяя понятие, обозначая основные функции социального иммунитета (защитную, адаптационную, регулятивную, интегративную), авторы не дают ответа на вопрос, каким образом возможно осу-

ществлять социальную иммунизацию в современном обществе.

В более ранний исторический период к вопросу разработки механизма социального иммунитета общества с позиции коммунистической идеологии обращались советские исследователи, рассуждавшие о необходимости физической изоляции общества от внешнего влияния [7], чего почти невозможно добиться в современном мире. В то же время их работы послужили основой для формирования самого конструкта «социальный иммунитет». В современных условиях попытка концептуализации модели обеспечения общественно-политической стабильности на основе развития социального иммунитета осуществлена В. В. Комлевой, согласно подходу которой, основными условиями формирования социального иммунитета выступают равновесность общественной системы, наличие общественного доверия центральной власти, конструктивность социальной позиции, включенность акторов сетевой среды в процесс формирования социального иммунитета [8]. Тем не менее предложенная модель нуждается в более глубокой проработке применительно к молодежной аудитории.

В целом большинство существующих работ содержит описание условий и факторов, определяющих наличие/отсутствие социального иммунитета, но не конкретных инструментов его формирования в современном обществе. Единичные исследования описывают пролонгированный во времени процесс выработки иммунитета через образование и воспитание молодых людей на разных этапах их взросления [9, 10].

Не отрицая важности проведения подобной работы, отметим, что в современных условиях этого уже недостаточно. В здравоохранении события последних лет утвердили исследователей и практиков в том, что наряду с «плановой иммунизацией», предполагающей рутинную вакцинацию по достижении определенного возраста, необходима «экстренная иммунизация» — безотлагательная и всеохватывающая вакцинация в случаях наступления неблагоприятной эпидемической ситуации, такой, например, как COVID-19. Аналогичную картину мы наблюдаем в отношении социального здоровья.

Плановая работа по формированию у молодежи традиционных ценностей, норм, культурных образцов, даже если и велась [11], оказалась несостоятельной перед внешними и внутренними вызовами в условиях Специальной военной операции. В первую очередь на молодежь были направлены инструменты информационной войны, и часто она оказывалась не готова к таким воздействиям.

Особенно это видно в условиях приграничных регионов, где внимание молодежи в большей степени приковано к военной повестке, в условиях реальной угрозы для жизни, абсолютной неопределенности будущего, они вынуждены каждый день осмысленно выбирать, на чьей они стороне. Одновременно органы региональной, муниципальной власти этих территорий не имеют реальных научно обоснованных инструментов для решения этих проблем.

Здоровье и общество

ванных инструментов «экстренной иммунизации» и зачастую теряют контроль над ситуацией, особенно в цифровой среде. Следовательно, разработка таких инструментов — задача, требующая не только фундаментальной проработки, но и доведения научно обоснованных решений до стадии возможности практического применения.

Материалы и методы

Авторами были применены различные методы научного познания: анализ, синтез и обобщение — для определения и систематизации основных понятий; проблемный и ситуационный подходы — для обоснования необходимости развития у современной молодежи знаний, умений, навыков, позволяющих осознанно противостоять деструктивным влияниям цифровой среды; системный, социально-технологический подходы — для формулировки предложений по формированию социального иммунитета у представителей этой социальной группы. Выводы авторов верифицированы результатами собственного эмпирического исследования, проведенного в 2024 г. методом анкетного опроса среди молодежи приграничных регионов и новых территорий России ($n=1215$).

Результаты исследования

Результаты анализа имеющихся исследований по заявленной проблематике позволяют отметить наличие нескольких подходов к детерминации понятия «социальный иммунитет». Общими позициями существующих определений, по мнению авторов, являются следующие. Во-первых, социальный иммунитет имеет социокультурную природу, представляя собой совокупность ценностно-смысловых ориентаций, стереотипов мышления, стандартов поведения, умений и навыков, обеспечивающих социальную деятельность, воспроизводство продуктивных социальных отношений. Во-вторых, это способность общества, группы, личности противостоять социокультурным рискам и угрозам, в том числе в цифровой среде, за счет невосприимчивости к чуждым для него элементам (ценностям, нормам, культурным образцам). В-третьих, основная задача социального иммунитета — сохранять социальное здоровье общества, группы, личности. В-четвертых, это динамическая характеристика, управляемая формированием которой возможно как на уровне личности, так и на государственном/муниципальном уровне.

В свою очередь, социальная иммунизация ориентирована на выстраивание опоры молодой личности — ценностных ориентаций, формальных и неформальных норм, стереотипов мышления и образцов поведения, умений и навыков, определяющих ее социальные практики. Следовательно, она может стать и государственным инструментом предотвращения, преодоления, минимизации последствий цифровой аддикции у отдельных представителей этой социальной группы, которые в наибольшей

степени подвержены деструктивному внешнему воздействию.

Наличие цифровой зависимости у подрастающего поколения признают не только эксперты, но и сами молодые люди. По результатам авторского социологического исследования, проведенного в 2024 г. среди молодежи приграничных регионов и новых территорий России, 44,2% опрошенных юношей и девушек согласились с тем, что цифровая зависимость характерна для большей части современной молодежи, еще 40,2% — с тем, что она есть у некоторых представителей этой демографической группы. Только 5,7% не согласились с этим утверждением, еще 9,5% затруднились с ответом.

Наиболее критичным следствием цифровой аддикции у многих представителей современного молодого поколения в условиях текущей острой общественно-политической ситуации выступает их подверженность манипулятивному воздействию, которое может носить деструктивный характер.

Некоторые исследователи [12] приходят к выводу, заключающемуся в том, что молодежь в большей степени подвержена информационному манипулированию, и это обусловлено несколькими причинами, а именно:

- особенностями восприятия информации: молодые люди часто более открыты и восприимчивы к новым идеям, могут легче поддаваться эмоциональным и манипулятивным сообщениям, с которыми сталкиваются в цифровом пространстве, например в социальных сетях и медиа-ресурсах сети Интернет;
- активным использованием социальных медиа: большая часть молодежи проводит значительное время в социальных сетях, пользуется мессенджерами, где информация может распространяться быстро и без проверки. Это создает среду, в которой дезинформация и манипуляции могут легко находить свою аудиторию;
- несформированностью критического мышления: поскольку молодежь не обладает достаточным опытом для оценки достоверности источников информации, сделанные выводы могут не соотноситься с объективными процессами в социуме, что способствует принятию манипулятивных сообщений на веру;
- поиском идентичности и социальной принадлежности: молодые люди часто ищут способы укрепления своей идентичности и принадлежности к каким-либо социальным группам, что делает их уязвимыми к манипуляциям, когда полученная информация соответствует их взглядам или интересам.

Кроме вышеперечисленного, необходимо учитывать тот факт, что молодежь выступает значимой целевой аудиторией в ходе проведения политических и коммерческих кампаний. Соответствующие организации прилагают значительные усилия, пытаясь воздействовать на молодых людей, в целях достижения собственных целей, которые в определен-

ных ситуациях носят деструктивный по отношению к самой молодежи характер.

Коммерческие организации применяют различные стратегии, чтобы манипулировать молодыми людьми и влиять на их поведение в своих финансовых интересах, например, создавая привлекательные рекламные образы, апеллируя к эмоциям, идентичности и социальному статусу с целью идолизации продукта. Упрощение процесса покупки через мобильные приложения и онлайн-магазины создает у молодежи ощущение легкости потребления [13], что может привести к импульсивным покупкам.

Безусловно, «коммерческое манипулирование» далеко не всегда приводит к крайне негативным эффектам для молодого потребителя, однако формирование культуры общества «безграничного потребления» в сочетании с проявлениями цифровой аддикции может повлечь за собой утрату существующих норм морали и деградацию традиционных культурных ценностей [14]. Для такой личности не будут привлекательны вопросы развития общества, патриотизма, создания семьи и многие другие, если они не связаны с коммерциализацией повседневной деятельности.

Еще в большей степени угрозу развитию общества и государственности несет политическое манипулирование подрастающим поколением. Современное политическое манипулирование молодежью с использованием цифровых технологий — это сложный и многоаспектный процесс, который включает в себя различные стратегии и инструменты, влияющие на политические взгляды, поведение и участие молодежи в политической жизни [15]. Социальные сети позволяют политическим субъектам достигать молодежи напрямую с определенными политическими сообщениями. Генерируемый для продвижения определенных политических идей контент часто включает в себя мемы, видео и визуальные элементы, чем привлекает молодежную аудиторию. Еще одним из способов воздействия является создание и распространение ложной информации (фейков), направленной на введение в заблуждение молодежи относительно политических вопросов и событий. Исследования показывают [16], что молодежь, проводящая много времени в интернете, может быть особенно уязвима для подобной дезинформации.

Политические субъекты могут манипулировать этим киберактивизмом молодежи, включая продвижение петиций, интернет-протесты, вирусные тренды, акцентируя внимание на определенных темах для усиления своего влияния. Мобильные коммуникативные приложения могут быть использованы в целях мобилизации молодежи в ходе организации провокаций или проведения протестных акций.

Таким образом, проблема манипулирования молодежью в политическом контексте с использованием цифровых технологий становится все более актуальной. Манипулирование особенно эффективно, если молодые люди не оценивают критически по-

требляемую информацию, что и происходит в условиях сформированной цифровой аддикции.

В условиях существующих цивилизационных противоречий, когда отдельные государства ведут информационные и гибридные войны, манипулятивное воздействие, направленное на молодежную аудиторию, приобретает комплексный характер [17]. Одной из приоритетных целей на поле информационных баталий становится подмена социокультурных ценностей у молодежи через цифровое манипулирование. Специальным образом подготовленный цифровой контент формирует искаженное восприятия реальности, в которой такие ценности как, например, материализм или индивидуализм, доминируют в ущерб ценностям семейственности или солидарности. Распространение ложной информации и манипулятивных нарративов может привести к переосмыслению молодежью государственно ориентированных ценностей, касающихся преданности своей стране, гуманистических убеждений, социальной справедливости.

Кроме того, в цифровой среде может создаваться иллюзия массовой поддержки определенных идей или ценностей [18]. Это приводит к тому, что молодежь будет воспринимать эти идеи как общепринятые, даже если это не соответствует действительности.

Выстраивать деятельность по формированию у молодежи социального иммунитета, в том числе к воздействиям через цифровые инструменты, преодолению цифровой аддикции, по мнению авторов, следует на основе социально-технологического подхода, предполагающего использование на практике инструментов социальной диагностики ситуации, планирования (с различным горизонтом), прогнозирования, программирования, оценки и минимизации последствий различных рисков взамен традиционного «ручного управления» в режиме реального времени. Именно такой подход позволит в перспективе избежать запоздалого реагирования органов государственной власти на внутренние и внешние вызовы.

Технологию социальной иммунизации молодежи по указанным в начале статьи причинам следует разработать, апробировать и внедрить в практику прежде всего в приграничных регионах и на новых территориях России. Для этого необходимо обосновать и верифицировать концепцию социальной иммунизации, разработать и апробировать методику анализа текущей ситуации (протестировать состояние социального иммунитета молодых людей, определить перечень конкретных внешних и внутренних угроз, влияющих на него, описать социально-экономические и политические условия, определяющие эффективность социальной иммунизации), сконструировать алгоритм рутинных и экстренных действий по выработке социального иммунитета и на его основе технологию социальной иммунизации; разработать методические рекомендации в адрес субъектов социальной иммунизации вышеуказанных территорий.

Таким образом, в настоящее время подмена социокультурных ценностей у молодежи посредством цифрового манипулирования происходит через разнообразные каналы и инструменты, с помощью которых молодежь воспринимает и усваивает новые нормы и идеи. В связи с этим представляется важным, чтобы молодежь обладала критическим мышлением и осознанием этих манипулятивных процессов, чтобы уметь отстаивать свои истинные ценности. В этой связи очевидна необходимость преодоления цифровой аддикции, способной привести к утрате молодого поколения как основного ресурса сохранения государственности и суверенитета в будущем. Это возможно в рамках технологии социальной иммунизации — инструмента своевременного и оперативного реагирования на возникающие риски и угрозы извне, в особенности в условиях приграничных территорий.

Заключение

Очевидно, что социальная иммунизация непременно должна стать одним из ведущих направлений государственной молодежной политики приграничных территорий и новых регионов России и страны в целом. В рамках социальной иммунизации следует уделить внимание духовно-нравственному воспитанию молодых людей; образованию и просвещению, развитию исторической памяти, навыков критического мышления, вовлечению молодежи в общественно-политическую деятельность, развитию навыков осознанного гражданства, территориальной солидарности, формированию навыков эффективной коммуникации, поддержания социальных связей офлайн, развитию эмоционального интеллекта, созданию возможностей для самореализации в профессиональной сфере и творчестве, поддержке молодежных инициатив.

Одновременно органам государственной и муниципальной власти важно вести работу по вовлечению лидеров общественного мнения среди молодежи в процесс социальной иммунизации, выявлению виртуальных акторов, оказывающих дестабилизирующее влияние на молодежь, и нейтрализации их воздействия, обеспечению собственного присутствия в виртуальной среде, формированию и размещению ориентированного на молодежь контента. Кроме того, непременным условием установления доверия, ведения диалога с молодежью является обеспечение ей достойного качества жизни, реализация в обществе принципа социальной справедливости. В перспективе настоящее исследование может лечь в основу технологий социальной иммунизации молодежи, других социальных групп, проживающих в приграничных регионах, а впоследствии и всего населения страны.

Статья подготовлена при грантовой поддержке ЭИСИ: проект FZWG-2024-0021 «Социальные технологии иммунизации молодежи приграничных регионов и новых территорий России в условиях цивилизационных противоречий», выполняемый в рамках научных проектов в сфере общественно-политических наук.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпова Е. Е. Теоретический анализ понятия «цифровая зависимость» в зарубежных исследованиях. *Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина*. 2017;(4):111—4.
2. 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(1):577—81. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s1-577-581
3. Родионов Е. С. Социально-психологические риски проявления цифровых аддикций. В сб.: *Образование в современном мире: риски и перспективы цифровизации: сборник научных трудов всероссийской научно-методической конференции с международным участием*. Самара, 27 февраля 2023 г. Самара; 2023.
4. Van Meyel S., Körner M., Meunier J. Social immunity: why we should study its nature, evolution and functions across all social systems. *Curr. Opin. Insect. Sci.* 2018;28:1—7. doi: 10.1016/j.cois.2018.03.004
5. Shtompka P. Cultural trauma in postcommunist society (article second). *Sociol. Res.* 2001;2:3—12.
6. Жапуев З. А. Социальный иммунитет как предмет социологического исследования: концептуализация понятия. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2013;(2):46—50.
7. Зиновьев А. А. Коммунизм как реальность. М.; 2012.
8. Комлева В. В. Критическое значение социального иммунитета в обеспечении общественно-политической стабильности в условиях внешних дестабилизирующих влияний: опыт моделирования. *Вопросы политологии*. 2018;(11):19—30.
9. Казурова О. А. Родительская грамотность как основа устойчивого социального иммунитета ребенка. *Муниципальное образование: инновации и эксперимент*. 2018;(2):28—32.
10. Алексеев А. А., Каира Ю. В., Кондратова Е. К., Лю Цзюньцзе, Тянь Сяюй. Социальное здоровье современной студенческой молодежи: социологический анализ. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):748—54. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-748-754
11. Демин П. Н. Риски и возможность онлайн-социализации подростков и молодежи. *Ценности и смыслы*. 2022;3(79):76—85. doi: 10.24412/2071-6427-2022-3-76-85
12. Михайличенко Д. Г. Молодежь как субъект противостояния репрессивному воздействию массовой манипуляции психикой. *Социальная политика и социология*. 2009;8(50):82—7.
13. Паллотта В. И., Носенко М. Д., Пятницына А. Д. Культура потребления и молодежь в современном мире. *Либерально-демократические ценности*. 2024;2(8):16—25.
14. Григорян Т. Р. Молодежь и «общество потребления»: как связаны культура, экономика и общественный идеал. Культура и гуманитарные проблемы современной цивилизации: доклады и материалы Общероссийской (национальной) научной конференции. Москва, 11—12 марта 2020 г. М.; 2020. С. 383—7.
15. Окуловский М. Д. Молодежь и медиа: влияние информационных технологий на политическое мировоззрение. *Социодинамика*. 2024;(4):10—21. doi: 10.25136/2409-7144.2024.4.70480
16. Салихов А. М., Краснощеченко И. П. Манипуляция сознанием: как снизить риски экстремистских влияний на молодежь? *Прикладная юридическая психология*. 2020;2(51):15—23. doi: 10.33463/2072-8336.2020.2(51).015-023
17. Ильиных Н. А. Интернет как средство массовой манипуляции молодежью в экстремистских кругах. В сб.: *Актуальные проблемы профилактики преступлений: Материалы международного научно-практического семинара*. Омск, 28 марта 2023 г. Омск; 2023. С. 18—21.
18. Гапич А. Э. Роль социальных медиа и виртуальных коммуникаций в распространении молодежного протеста. *Теория и практика общественного развития*. 2015;(12):224—6.

Поступила 22.08.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Karpova E. E. Teoreticheskiy analiz ponjatija «cifrovaja zavisimost'» v zarubezhnyh issledovaniyah. *Vestnik Leningradskogo gosudarstvennogo universiteta im. A. S. Pushkina*. 2017;(4):111—4 (in Russian).

2. Golubkina K. V., Abramjan S. K. Ispol'zovanie gadzhetov v studencheskoj srede i ih vozdejstvie na zdorov'e studentov. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2024;32(1):577–81. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-s1-577-581 (in Russian).
3. Rodionov E. S. Social'no-psihologicheskie riski projavleniya cifrovyyh addikcij. In: *Obrazovanie v sovremennom mire: riski i perspektivy cifrovizacii: sbornik nauchnyh trudov vserossijskoj nauchno-metodicheskoy konferencii s mezhdunarodnym uchastiem*. Samara, 27 Feb 2023. Samara; 2023 (in Russian).
4. Van Meyel S., Körner M., Meunier J. Social immunity: why we should study its nature, evolution and functions across all social systems. *Curr. Opin. Insect. Sci.* 2018;28:1–7. doi: 10.1016/j.cois.2018.03.004
5. Shtompka P. Cultural trauma in postcommunist society (article second). *Sociol. Res.* 2001;2:3–12.
6. Zhapuev Z. A. Social'nyj immunitet kak predmet sociologicheskogo issledovaniya: konceptualizacija ponjatija. *Gumanitarnye, social'no-jekonomicheskie i obshhestvennye nauki*. 2013;(2):46–50 (in Russian).
7. Zinov'ev A. A. *Kommunizm kak real'nost'*. Moscow; 2012 (in Russian).
8. Komleva V. V. Kriticheskoe znachenie social'nogo immuniteta v obespechenii obshhestvenno-politicheskoy stabil'nosti v uslovijah vneshnih destabilizirujushhh vlijanij: opyt modelirovaniya. *Voprosy politologii*. 2018;(11):19–30 (in Russian).
9. Kazurova O. A. Roditel'skaja gramotnost' kak osnova ustojchivogo social'nogo immuniteta rebenka. *Municipal'noe obrazovanie: innovacii i jeksperiment*. 2018;(2):28–32 (in Russian).
10. Aleksejonok A. A., Kaira Ju. V., Kondratova E. K., Lju Czjun'cze, Tjan' Sjaouj. Social'noe zdorov'e sovremennoj studencheskoj molodezhi: sociologicheskij analiz. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2024;32(4):748–54. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-748-754 (in Russian).
11. Demin P. N. Riski i vozmozhnosti onlajn-socializacii podrostkov i molodezhi. *Cennosti i smysly*. 2022;3(79):76–85. doi: 10.24412/2071-6427-2022-3-76-85 (in Russian).
12. Mihajlichenko D. G. Molodezh' kak sub'ekt protivostojaniya represivnomu vozdejstviyu tehnologij massovoj manipuljacii psihikoj. *Social'naja politika i sociologija*. 2009;8(50):82–7 (in Russian).
13. Pallotta V. I., Nosenko M. D., Pjaticynya A. D. Kul'tura potrebleniya i molodezh' v sovremennom mire. *Liberal'no-demokraticheskie cennosti*. 2024;2(8):16–25 (in Russian).
14. Grigorjan T. R. Molodezh' i "obshhestvo potrebleniya": kak svjazany kul'tura, jekonomika i obshhestvennyj ideal. In: *Kul'tura i gumanitarnye problemy sovremennoj civilizacii: doklady i materialy Obshherossijskoj (nacional'noj) nauchnoj konferencii*. Moscow, 11–12 Mar 2020. Moscow; 2020. P. 383–7 (in Russian).
15. Okulovskij M. D. Molodezh' i media: vlijanie informacionnyh tehnologij na politicheskoe mirovozzrenie. *Sociodinamika*. 2024;(4):10–21 doi: 10.25136/2409-7144.2024.4.70480 (in Russian).
16. Salihov A. M., Krasnoshhechenko I. P. Manipuljacija soznaniem: kak snizit' riski jekstremistskih vlijanij na molodezh'? *Prikladnaja juridicheskaja psihologija*. 2020;2(51):15–23. doi: 10.33463/2072-8336.2020.2(51).015-023 (in Russian).
17. Il'inyh N. A. Internet kak sredstvo massovoj manipuljacii molodezh'ju v jekstremistskih krugah. In: *Aktual'nye problemy profilaktiki prestuplenij: Materialy mezhdunarodnogo nauchno-prakticheskogo seminaru*. Omsk, 28 Mar 2023. Omsk; 2023. P. 18–21 (in Russian).
18. Gapich A. Je. Rol' social'nyh media i virtual'nyh kommunikacij v rasprostranении molodezhnogo protesta. *Teorija i praktika obshhestvennogo razvitiya*. 2015;(12):224–6 (in Russian).

Шаповалова И. С., Ковальчук О. В.

САМОСОХРАНИТЕЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ МОЛОДЕЖИ: РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ И ИНТЕРЕСОВ

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», 308015, г. Белгород

В статье изложены результаты исследования самосохранительных стратегий региональной молодежи, полученные в ходе проведения массового опроса в 2023 г. («Жизненные стратегии региональной молодежи»; N=5881). Исследование позволило ответить на вопросы о существующих в молодежной среде самосохранительных диспозициях и самосохранительных моделях поведения, жизненных планах молодежи. По отношению к здоровью были выделены группы четырех типов на основании соотношения признаков осознания ценности здоровья и целенаправленных действий по его сохранению. Исследование показало положительную динамику в отношении увеличения количества молодежи в группе осознанного типа и уменьшение групп с деструктивным отношением к своему здоровью. Важным научным результатом стало определение веса стратификационных признаков в отношении воспроизводства неравенства по вопросам реализации самосохранительных стратегий молодежи. Так, поселенческий признак, хотя и указывает на элементы определенного неравенства в возможностях, не несет в себе достаточного веса, в то время как экономический статус молодежи существенно влияет не только на ее жизненные планы относительно здоровьесохранения и продолжительности жизни, но и на самосохранительные диспозиции.

Ключевые слова: молодежь; национальные проекты; самосохранительные стратегии; самосохранительное поведение; здоровье.

Для цитирования: Шаповалова И. С., Ковальчук О. В. Самосохранительные стратегии молодежи: реализация национальных проектов и интересов. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):33—41. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-33-41>

Для корреспонденции: Шаповалова Инна Сергеевна, д-р социол. наук, доцент, зав. кафедрой социологии и организации работы с молодежью ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», e-mail: shapovalova@bsu.edu.ru

Shapovalova I. S., Kovalchuk O. V.

THE SELF-PRESERVING STRATEGIES OF THE YOUTH: IMPLEMENTATION OF NATIONAL PROJECTS AND INTERESTS

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University”, 308015, Belgorod, Russia

The article presents results of studying self-preserving strategies of regional youth obtained during through mass survey “Life Strategies of Regional Youth” in 2023. The survey clarified issues of self-preserving dispositions, behavior models and life plans of the youth. In relation to health, groups of four types were identified based on ratio of signs of awareness of value of health and purposeful actions of preserving it. The study demonstrated positive dynamics related to increasing of the number of the youth in group of being aware type and decreasing of the number of groups with destructive attitude to their health. The important scientific result became determination of weight of stratification signs related to reproduction of inequality in issues of implementation of self-preserving strategies of the youth. Thus, settlement sign, although indicating on elements of certain inequality in opportunities, brings no sufficient weight, while economic status of the youth significantly impact not only on life plans regarding health preservation and length of life, but also on self-preserving dispositions.

Keywords: the youth; national project; self-preserving strategy; self-preserving behavior; health.

For citation: Shapovalova I. S., Kovalchuk O. V. The self-preserving strategies of the youth: implementation of National projects and interests. *Problemi socialnoi gigieni, zdravoookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(1):33—41 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-33-41>

For correspondence: Shapovalova I. S., doctor of sociological sciences, associate professor, the Head of the Chair of Sociology and Organization of Work with Youth of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education “The Belgorod State National Research University”, e-mail: shapovalova@bsu.edu.ru

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

Acknowledgment. The study was prepared with financial support of State Task FZWG-2023-0016, topic “The life strategies of the youth in conditions of geopolitical transformation of the Russian space”.

Received 12.08.2024
Accepted 31.10.2024

Введение

Национальные интересы, связанные с повышением рождаемости, продолжительности жизни и здоровья граждан, отраженные в национальных программах развития нашей страны, являются ориентацией на результат эффективных самосохранительных стратегий населения, что позволяет говорить о необходимости направленного воздействия на формирование оптимальных ценностных устано-

вок, моделей поведения и жизненных планов в периметре субъективного здоровьесбережения граждан. Создание таких паттернов прежде всего требует и более вероятно для молодежи, что подтверждает увеличение количества и масштаба мероприятий социальных политик (в том числе молодежной политики) в данном направлении. Прежде всего такие мероприятия связаны с формированием установок на здоровый образ жизни (ЗОЖ), на регулярные занятия физкультурой и спортом, проведение профи-

лактических мероприятий в отношении вредных привычек, а также направлены на конструирование норм превентивного реагирования на возможные риски в отношении здоровья (профилактические медицинские осмотры, ранняя диагностика социальных заболеваний, информированность о первых симптомах заболеваний, медицинская грамотность).

По нашему убеждению, важным фактором ориентации на эффективные самосохранительные стратегии можно считать жизненные планы молодежи на долготлетие: формирование долгосрочного горизонта планирования определяет более протяженную жизненную перспективу и бережное отношение к одному из главных ресурсов для осуществления такого плана — состоянию здоровья. Желание вести активный образ жизни в преклонном возрасте побуждает к возникновению привычек относительно ЗОЖ, выбору активного досуга, физической культуры и спорта как формы времяпрепровождения. Формирование у молодежи установок на долготлетие — сложная задача с многофакторным спектром воздействия на ее решение. Так, по нашему мнению, недостаточно трансформировать влияние социализационных институтов и организовать мероприятия, репродуцирующие соответствующие ценности в молодом возрасте. Цель, связанная с долготлетием, должна стать привлекательной, в том числе в связи с трансляцией позитивного примера среди населения старшего возраста, что возможно только при поддержке социальной политики государства и изменения парадигмы медицинского обслуживания с «обеспечения и поддержания здоровья» на «здоровьеохранение».

Самосохранительные стратегии молодежи вызывают интерес со стороны отечественных социологов и часто являются предметом исследования. Как правило, социологи ориентируются на вопросы, каких установок придерживается молодежь в реализации самосохранительных стратегий, прежде всего по отношению к ЗОЖ [1—3], какое самосохранительное поведение демонстрирует [4], в том числе в возрастной динамике и поколенческой стратификации [5]. Есть работы, рассматривающие самосохранительные стратегии в контексте всей системы жизненных стратегий, что позволяет увидеть самосохранительные паттерны в общем социальном портрете молодежи [6], установить причинно-следственные связи между разными социальными сферами жизненного планирования.

Бифуркационным моментом в формировании системы жизненных ценностей, в том числе ценностей здоровья и ЗОЖ, стал период пандемии. Его влияние исследователи отмечают как в части формирования новых установок, навыков, привычек молодежи [7, 8], так и относительно увеличения ценности здоровья и самосохранительного поведения вообще [9].

В контексте связи самосохранительного поведения с национальными проектами, например таким, как «Демография», где акценты сделаны в том числе

на семью и рождение детей, исследователи обращают внимание и на связь самосохранительных стратегий с репродуктивными установками, брачным поведением молодежи. Так, Т. К. Ростовская и Е. Н. Васильева, выбирая в качестве объекта исследования студенческие семьи, анализируют брачные, репродуктивные и самосохранительные стратегии членов студенческих семей и приходят к выводам, что «в некоторых случаях родители членов молодых студенческих семей формируют установки молодежи на отложенное родительство, передают отрицательное отношение к пожилому возрасту и повышению продолжительности жизни, что негативно влияет на стратегии самосохранительного поведения молодых людей» [10, с. 74], тем самым поднимая проблему социализации через институт родительской семьи в отношении матримониальных самосохранительных стратегий. Связь самосохранительных и репродуктивных установок студенческой молодежи подчеркивается и в междисциплинарном исследовании А. И. Малышкиной и соавт. [11].

В условиях реализации национальных проектов «Здравоохранение» и «Экология» становятся актуальными исследования, посвященные оценке и самооценке состояния здоровья молодежи [12, 13], а также работы, акцентирующие внимание на подготовке специалистов, ориентированных на ценности здоровьесбережения в своей последующей деятельности, это касается, например, работников сферы социальной защиты [14].

Отдельно можно выделить исследования, в которых молодежь оценивает эффективность предлагаемых мероприятий молодежной политики, в том числе в области самосохранительного поведения и здоровьесбережения молодежи. В данных работах удается увидеть проблемы информированности, вовлеченности молодых людей в такие мероприятия, получить обратную связь о существующих проблемах с точки зрения молодежи [15].

Учитывая научный и исследовательский дискурс по проблеме, авторы статьи ставят своей целью проанализировать ключевые диспозиции и жизненные планы молодежи в контексте самосохранительных стратегий как результата и ресурса национальных проектов и уточнить влияние стратификационных факторов на возможность их реализации для региональной молодежи.

Материалы и методы

Для реализации цели статьи были использованы материалы мониторинга социальных стратегий молодежи, который Международный центр социологических исследований НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (БелГУ) осуществляет с 2018 г. на территории Белгородской области. В статье предложены результаты последней волны онлайн-опроса, проведенной в ноябре 2023 г., респондентами стала региональная молодежь ($N=5881$), выборка квотная по отношению к полу, возрасту, типу поселения и

Здоровье и общество

территории проживания. Для раскрытия темы статьи использован блок исследования, посвященный самосохранительным стратегиям (для рассмотрения динамики в этом вопросе можно ознакомиться со статьей И. С. Шаповаловой, где даны результаты мониторинга за 2020 г. [16]).

Дополнительными стратификационными признаками в исследовании выступали группы молодежи (учащаяся, студенческая и работающая), а также экономический статус молодежи и их семей (распределение по группам дохода от низкого — использовалась группа с доходом ниже среднего, поскольку количество респондентов в группе с низким доходом было не репрезентативно, — до высокого). Пилотажные исследования диагностических материалов проходили на основе опроса будущих респондентов (региональной молодежи, $N=40$), которые проверили доступность для понимания предлагаемых вопросов, а также экспертной оценки со стороны социологов-исследователей, социологов-методологов, представителей органов государственной власти и органов управления молодежной политики, заинтересованных в получении результатов мониторинга ($N=8$). Набор выборки осуществляли через рекрутинг на основе технического задания (количество рекрутеров превысило 250 человек, что позволило соблюсти территориальную представленность молодежи в условиях сложной ситуации приграничного региона).

Несмотря на то что исследование выполнено на одном регионе, есть возможность восприятия его результатов как системных: Белгородская область, с одной стороны, является развитым регионом с высоким уровнем жизни, с другой — находится в трудной ситуации прифронтовой действительности; возможности и риски территории выравнивают результаты исследования молодежи по отношению к другим регионам. Достоверность результатов также обеспечена репрезентативной и валидной выборкой, методикой проведения, позволившей получить доступ к молодежи даже в труднодоступных районах области.

Результаты исследования

Самосохранительные стратегии молодежи показывают нам перспективу возможного изменения демографических показателей и одновременно динамику отношения молодежи не только к продолжительности жизни, но и к ее качеству. В исследовании была использована типология, позволившая разделить молодых людей по отношению к своему здоровью на четыре основных типа: сознательный (воспринимающий здоровье как ценность и важный ресурс, осуществляющий целенаправленные действия по его сбережению), осознающий (понимающий ценность здоровья и старающийся относиться к нему бережно), перспективный (воспринимающий здоровье как неисчерпаемый ресурс и откладывающий внимание к нему на более поздние сроки, в связи с молодым возрастом в том числе), не сознательный (не воспринимающий здоровье как нечто важное и жизнеопределяющее, ведущий часто нездоровый образ жизни, без заботы о своем здоровье). Так, к типам, отличающимся установками на ЗОЖ и внимательным отношением к своему здоровью (сознательный и осознающий типы), относятся 81,8% молодежи; типы, не отличающиеся бережным отношением к ресурсу своего здоровья, составляют 18,2%, в том числе открыто признаются в нецелесообразном расходовании этого ресурса 4,7%.

Рассматривая 3-летнюю динамику изменения диспозиций по отношению к своему здоровью среди молодежи, можно сказать, что внимание к программам его сохранения и сбережения, актуализированное в период пандемии, а также ориентир на приобщение молодежи к физической культуре и спорту, открытие и поддержка соответствующей инфраструктуры по регионам дали значимый рост группы молодежи осознанного типа (с 21,3% в 2021 г. до 33,8% в 2023 г.), определили уменьшение групп, относящихся к перспективному типу (с 17,7 до 13,6%) и неосознанному типу (с 7,2 до 4,7%).

Стратификация молодежных групп относительно данной типологии показывает, что среди учащейся молодежи незначительно превалирует по отношению к другим группам сознательный тип



Рис. 1. Ответы респондентов на вопрос: «К какой из групп Вы себя относите?» в зависимости от их статуса.



Рис. 2. Ответы респондентов на вопрос: «К какой из групп Вы себя относите?» в зависимости от места их проживания.

(рис. 1), что может быть обусловлено большим вниманием к данному вопросу со стороны школьной системы в плане образования и воспитания. Среди работающей молодежи чаще, чем в других группах опрошенных, встречается перспективный тип, а также более характерен, чем для других групп, неосознанный тип поведения. Скорее всего, в данный возрастной период внимание направлено на профессиональную сферу, превалирует интерес к карьерным стратегиям, стратегии самосохранения откладываются на более поздний срок. В целом ориентация на здоровье для учащейся молодежи составляет 84,6%, для студенческой — 81,5%, для работающей — 76,8%.

Молодежь среднего города (размер населения такого города составляет от 100 тыс. до 1 млн человек) дает преимущественный по отношению к другим группам сознательный тип, в сельской же местности значительно превалирует осознанный (рис. 2), что может указывать на некоторый дефицит ресурсной базы в реализации самосохранительных стратегий

для молодежи (например, относительно спортивной инфраструктуры), когда сельская молодежь, формируя установки на ЗОЖ, не может реализовать их на практике. В целом для молодежи сельских поселений установка на здоровье составляет 82,0%, для малых городов (размер населения такого города составляет до 100 тыс. человек) — 81,0%, для средних городов — 82,2%. Отсутствие выраженной разницы в показателях демонстрирует выравненные условия социализации и формирования изначальных установок в самосохранительных ориентирах для молодежи разных поселений.

Среди разных экономических групп ориентация на активное сохранение здоровья более всего выражена у молодежи с высоким уровнем экономического благополучия, все формы неэффективного самосохранения более всего представлены для группы с низким уровнем экономического дохода (рис. 3). Такая явная стратификация указывает не только на большую ресурсную обеспеченность экономически благополучных групп в плане реализации самосо-



Рис. 3. Ответы респондентов на вопрос: «К какой из групп Вы себя относите?» в зависимости от их экономического статуса.



Рис. 4. Ответы респондентов на вопрос: «Можно ли сказать, что Вы систематически занимаетесь физической культурой и спортом?».

хранительных стратегий, но и на явно выраженный акцент в формировании ценностей в период ранней социализации (в семье), когда здоровье рассматривается как ресурс благополучия, а также в качестве социальной черты финансово обеспеченных и успешных людей. Можно также говорить о «социальной моде» для обеспеченной молодежи. Безусловно, ресурсный дефицит может накладывать отпечаток на набор и изменение установок для молодых людей, чьи семьи не так обеспечены финансово, но разница в распределении типов однозначно подчеркивает вероятность целенаправленного формирования ценности здоровья в обеспеченных семьях и отсутствие должного внимания к этой теме в семьях с невысоким экономическим статусом.

В рамках реализации молодежной политики большое количество программ и проектов посвящено приобщению молодежи к спорту, лозунг «О, спорт, ты — жизнь!» стал практически повсеместным. Была составлена карта спортивного вовлечения молодежи, где на первом месте стоят фитнес, волейбол, плавание, что скорее подчеркивает не столько вовлеченность молодежи в спорт, сколько приобщение к физической культуре.

По своей вовлеченности, интенсивности и периодичности занятий спортом и физической культурой молодежь четко разделилась на группы (рис. 4). Больше всего тех, кто старается систематически заниматься физической культурой, но это получается не всегда (27,6%). Достаточно представлена группа тех, кто регулярно занимается спортом (23,8%). Профессионально вовлеченных в спорт чуть менее 20%. Случайная вовлеченность характерна для 14,6%, группа не занимающихся спортом совокупно составляет 15,4%. Можно считать такое распределение относительно положительным — молодежь, не ориентированная на вовлечение в физическую культуру и спорт, составляет не более 30%, что при установлении целевых ориентров для молодежной политики можно считать точкой начала в реализа-

ции тематических проектов. Можно прогнозировать, экстраполируя динамику, что в 2024 г. мониторинг покажет не более 25% в данной группе, а к 2025 г. в ней останется только 20%, что практически соответствует закону нормального распределения (как в математическом, так и в социальном плане).

В самосохранительных стратегиях молодежи также стоит отметить важные жизненные выборы, свидетельствующие о возможности реализации целей национальных проектов и изменении самосохранительного менталитета (мышления, установок, ориентиров, ценностей, представлений). Так, обязательным в дальнейшем для 62,2% молодежи становится неупотребление табака и других вредных веществ, для 61,6% — занятия спортом (в 2022 г. таких было 51%), для 58,7% — отказ от алкоголя. Важным и обязательным ориентиром для половины опрошенных становятся и превентивные самосохранительные практики (контроль собственного здоровья, здоровое питание; рис. 5). Возрастание осознанности в самосохранительных практиках выводит молодежь на новые уровни целей: появляется потенциал спортивного волонтерства, который составляет 34,3% (в 2022 г. было 28%). Это может быть использовано в проектах и мероприятиях молодежной политики регионов, связанных с повышением интереса к спорту среди молодежи и детей (и населения иных возрастов), развитию параспорта, реабилитации и абилитации граждан (в том числе бывших военнослужащих). В целом самосохранительные практики стоят в жизненных планах как минимум 50% молодых людей на обязательной позиции (кроме спортивного волонтерства), что показывает включение их в пространства жизненного планирования, наряду с карьерными, образовательными, семейными и экономическими стратегиями.

Перспектива жизненного рубежа (возраста жизни) является сложным индикатором не только субъективного ощущения желания жить и жить полноценно, но и косвенной оценки качества жизни

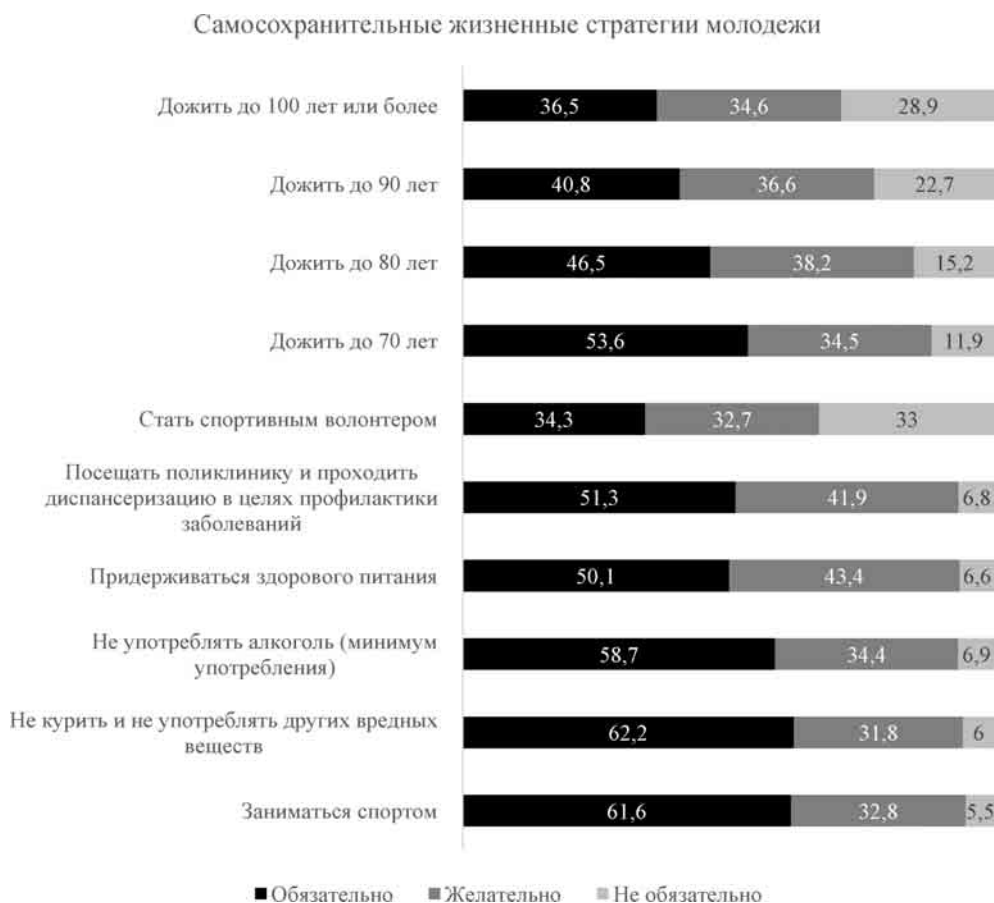


Рис. 5. Ответы респондентов на вопрос: «Насколько важно для Вас в будущем предпринять следующие шаги?».

возрастного окружения, оценки возможностей и условий для полноценной жизни в преклонном возрасте. Возрастные рубежи дожития, которые были зафиксированы в 2023 г., показали возрастающую динамику горизонта жизненного планирования среди молодежи — большая часть молодых людей ориентируется на 70-летний рубеж (53,6%, в 2022 г. было 49%) и 80-летний (46,5%, было 43,4%). К 90 и 100 годам стремятся только 40,87 и 36,5% (было 37,3 и 33,1%). Интересным в исследовательском плане можно считать тот факт, что для молодых мужчин каждый рубеж дожития получает значительно больший показатель в выборе варианта «обязательно», чем для девушек (разница составляет примерно 5% в случае 70 и 80 лет, почти 7% в случае 90 лет и почти 8% в случае 100 лет). Такой гендерный дисбаланс показывает большую заинтересованность в жизни для мужчин, возможно больший волевой компонент, но одновременно, скорее всего, говорит о более сложном «райдере» дожития для женщин — вопросы внешности, молодости для женского населения являются важным критерием принятия решений и определения возрастных перспектив, интересных для реализации.

Также мы наблюдаем более весомую ориентацию на высокие рубежи жизни для молодежи средних городов, по отношению к малым городам и сельским поселениям, что показывает заинтересован-

ность в жизни в целом и возможность сохранить свое здоровье для сохранения качества жизни. Но большее неравенство возможностей в этом вопросе показывает распределение в желаниях дожития между группами молодежи, относящимися к разному социальному статусу, — ощутимый разрыв в ориентации на высокую продолжительность жизни среди молодых людей с высоким и с низким уровнем материального благополучия действительно впечатляет: для 70 лет в ответах «обязательно» такой разрыв составляет более 23%, для остальных возрастов — 20—21%. Промежуточные группы демонстрируют нисходящую динамику, устанавливая однозначную закономерность: чем ниже материальное благополучие молодежи, тем ниже их планируемый горизонт жизни.

Обсуждение

Рассматривая полученные результаты в контексте существующего научного дискурса, хочется отметить прежде всего то, что исследования подобного рода трудно соотносимы с зарубежным опытом — затруднительно найти в международной научной периодике данные о самосохранительных стратегиях молодежи в контексте прогноза жизненных выборов, отношения к своему здоровью, научные интересы здесь более конкретны, направлены на практическую проблему, связанную, как правило,

Здоровье и общество

с объективным, действующим фактором и демонстрацией реакции молодежи на него (или установление определенной каузальной зависимости между состоянием и поведением молодежи и конкретной ситуацией). Например, проблема суицида в период пандемии среди молодежи [17], демографические показатели в группе ВИЧ-инфицированной молодежи [18], очень конкретная ситуация и исследование, посвященное изучению факторов риска для психического здоровья и прогнозированию употребления психоактивных веществ среди молодежи коренных народов, находящихся на домашнем уходе [19], — таких исследований с максимально точечной проблематикой достаточно много в данном направлении [20, 21].

Можно сделать вывод, что разница научных интересов между российскими и зарубежными учеными состоит в восприятии самого понятия «самосохранение», что предполагает для российского научного сообщества выбор исследовательских концепций, связанных, как правило, с более широкой проблемной ситуацией и возможностью прогноза, в то время как зарубежные ученые скорее выходят на социальные технологии, практики социальной защиты и медицинскую (или иную) статистику, что предопределяет междисциплинарность контента. В каждой научной позиции, безусловно, есть положительные и отрицательные моменты, но отчетливые исследования позволяют выйти на определенную динамику системных показателей относительно культуры самосохранительного поведения молодежи, установить поколенческие тренды и динамические тенденции.

Рассматривая полученные результаты в контексте существующих исследований, стоит подчеркнуть, что в самосохранительных стратегиях молодежи разных регионов есть различительные моменты, на наш взгляд, связаны они не только со временем проведения исследования, с их методикой и целями, но и с региональной ситуацией, которую определяет и молодежная политика территории. Акцент на самосохранении, который был сделан, например, в Белгородской области, показал свои результаты в виде положительной динамики типов, ориентированных на здоровьесбережение и эффективное самосохранительное поведение, на рост числа молодых людей, ориентированных на высокую продолжительность жизни, на выбор положительных самосохранительных практик как обязательных элементов жизнедеятельности. Динамика отмечена нами и в количестве молодежи, заинтересованной и вовлеченной в мероприятия физической культуры и спорта.

Стоит сказать о каузальном влиянии друг на друга всех социальных стратегий, которое можно считать взаимным. Более эффективные выборы (с позиции национальных приоритетов, идей, интересов) в одних социальных стратегиях ведут к эффективным выборам, в других, например, молодежь, ориентированная на традиционные семейные ценности, имеющая обязательные выборы по вступле-

нию в брак, рождению большого количества детей, как правило, чаще других показывает обязательные выборы по типам, ориентированным на эффективные самосохранительные практики, она чаще вовлечена в спорт, готова к спортивному волонтерству. Молодежь, эффективная с позиции самосохранительных стратегий, чаще выбирает активный досуг (досуговые стратегии), участвует в общественных мероприятиях (общественные стратегии), стремится к самореализации (самореализационные стратегии). Таким образом, целенаправленно воздействуя или поддерживая определенные стратегии молодежи, регион получает синергическое приращение социальной эффективности по всем остальным важным акцентам в жизненных приоритетах молодых людей, тем самым повышая перспективное качество регионального человеческого капитала, фундамент будущего регионального развития.

Заключение

Подводя итог исследованию самосохранительных установок и жизненных выборов молодежи, мы видим положительную динамику по важным показателям как фундаментального отношения к самосохранению (ценностям здоровья и жизни), так и по жизненным планам и ориентирам в реализации самосохранительных стратегий. Такая динамика обусловлена сложным сочетанием факторов социального характера (общий портрет ведущего поколения молодежи — поколения Z, для которого характерно внимание к своему здоровью, увеличению продолжительности жизни и необходимость сохранять ее качество на более долгий период) и управленческого (национальные проекты, входящие в них программы и мероприятия, создание инфраструктуры здоровьесохранения и сбережения, региональные акценты, внимание со стороны государственной молодежной политики).

Одновременно можно говорить об обратной возрастной динамике показателей по отношению к здоровью, обусловленной отложенным вниманием к нему и повышенным вниманием к реализации жизненных планов других стратегий (карьера, финансы, семья, досуг, самореализация).

Влияние стратификационных факторов в вопросах определения и реализации самосохранительных стратегий показало наличие и воспроизводство определенного неравенства — оно сохраняется в отношении молодежи сельских поселений, имеющих меньше возможностей и ресурсов для его сохранения, и очевидно в отношении групп молодежи с различным экономическим доходом. Такая ситуация актуализирует поиск путей преодоления этого неравенства, создания пространства равных возможностей для молодежи России. Понимание важности данного вопроса в контексте национального будущего, которое раскрывается в том числе через достижение запланированных результатов национальных программ, проектов и идей, даст возможность предложить дополнительные меры поддерж-

ки молодежи в реализации их самосохранительных стратегий.

Статья подготовлена при финансовой поддержке государственного задания FZVG-2023-0016, тема «Жизненные стратегии молодежи в условиях геополитической трансформации российского пространства».

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. А., Гафиатулина Н. Х., Самыгин С. И. Формирование установки на здоровый образ жизни как мера профилактики девиантного поведения среди молодежи. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2019;(10):54—8.
2. Гареева И. А., Конобейская А. В. Здоровый образ жизни студенческой молодежи как социальная ценность и реальная практика (по материалам социологического исследования). *Власть и управление на Востоке России*. 2020;(4):178—90.
3. Корниенко В. В., Жидяева Е. С. Современные тенденции формирования здорового образа жизни молодежи. *Modern Science*. 2020;(4-3):352—6.
4. Федорищева Е. К., Гареева И. А., Косилов К. В. Методологические подходы к исследованию поведенческих стратегий в отношении здоровья у студентов медицинских университетов. *Социально-гуманитарные технологии*. 2020;(2):15—25.
5. Попова Л. А., Милаева Т. В., Зорина Е. Н. Самосохранительное поведение населения: поколенческий аспект. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2021;14(5):261—76.
6. Кисиленко А. В., Шаповалова И. С. Проектирование жизненного пути или каким молодежь видит свое будущее? *Социологические исследования*. 2023;(2):83—94.
7. Блинова Т. В., Вьялшина А. А. Молодежь в период пандемии COVID-19: опыт болезни, опасения, отношение к мерам профилактики. *Островские чтения*. 2022;(1):183—8.
8. Латышев Д. М. Полезная и вредная пища в практиках питания православной молодежи екатеринбурга во время пандемии COVID-19. *Казанский социально-гуманитарный вестник*. 2022;(5):37—41.
9. Зубок Ю. А., Чанкова Е. В. Молодежь в условиях первой волны пандемии: особенности отношения к здоровью и новой коронавирусной инфекции. *Социальная политика и социология*. 2021;20(3):51—9.
10. Ростовская Т. К., Васильева Е. Н. Брачные, репродуктивные, самосохранительные стратегии членов студенческих семей: по результатам глубинного интервью. *Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки*. 2024;(1):74—82.
11. Малышкина А. И., Кулигина М. В., Панова И. А., Рычikhина Н. С. Самосохранительные и репродуктивные стратегии современной студенческой молодежи: медико-социологический анализ. *Женщина в российском обществе*. 2023;(4):113—22.
12. Осипова Г. С., Винокурова У. А. Самооценка качества жизни, связанного со здоровьем студенческой молодежи. *Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Экономика. Социология. Культурология*. 2023;(3):25—32.
13. Винокурова А. В., Гриценко О. А. Молодежь о здоровье и практиках здоровьесберегающего поведения: мнения, суждения, оценки. *Восточный вектор: история, общество, государство*. 2023;(1):3—8.
14. Лазуренко Н. В., Поленова М. Е., Подпоринова Н. Н. Здоровьесбережение в практике обучения специалистов по социальной работе: междисциплинарный подход. *Научные результаты в социальной работе*. 2023;2(2):68—85.
15. Шаповалова И. С. Проблемы реализации государственной молодежной политики в рефлексии региональной молодежи. *Регионоведение*. 2021;29(4):902—32.
16. Шаповалова И. С. Самосохранительное поведение молодежи: и жили они долго и счастливо? В сб.: XXII Уральские социологические чтения. Национальные проекты и социально-экономическое развитие Уральского региона. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Под общей редакцией Ю. Р. Вишневецкого, М. В. Певной. Екатеринбург; 2020. С. 181—8.
17. Choi N. G., Marti C. N., Choi B. Y. Serious suicidal thoughts, suicide plans, and mental health service use among youth during the

COVID-19 pandemic. *Children and Youth Services Review*. 2024;161(1):107665.

18. Kerin T., Cortado R., Nielsen-Saines K. Demographics of Youth With Newly Diagnosed Acute/Recent HIV Infection in Adolescent Trials Network 147: Early Treatment of Acute HIV Infection. *J. Adolescent Health*. 2024;74(3):573—81.
19. Cullen G. J. Examining the risk and predictive factors for substance use and mental health among indigenous youth in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*. 2023;150(1):106971.
20. Magan I. M., Patankar K. U., Ahmed R. The educational, social, and emotional impact of COVID19 on Rohingya refugee youth: Implications for educators and policymakers. *Children and Youth Services Review*. 2022;142(Nov):106619.
21. Hong K., Morelli N. M., Villodas M. T. Trajectories of adolescent psychopathology among youth who were maltreated and placed in out-of-home care. *Child Abuse Neglect*. 2022;128(6):105589.

Поступила 12.08.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Vorobyov G. A., Gafiatulina N. Kh., Samygin S. I. Formation of an attitude towards a healthy lifestyle as a measure of preventing deviant behavior among young people. *Gumanitarnye, social'no-ekonomicheskie i obshchestvennyye nauki*. 2019;(10):54—8 (in Russian).
2. Gareeva I. A., Konobeyskaya A. V. Healthy lifestyle of student youth as a social value and real practice (based on sociological research). *Vlast' i upravlenie na Vostoke Rossii*. 2020;(4):178—90 (in Russian).
3. Kornienko V. V., Zhidyayeva E. S. Modern trends in the formation of a healthy lifestyle among young people. *Modern Science*. 2020;(4-3):352—6 (in Russian).
4. Fedorishcheva E. K., Gareeva I. A., Kosilov K. V. Methodological approaches to the study of behavioral strategies towards health in medical university students. *Social'no-gumanitarnye tekhnologii*. 2020;(2):15—25 (in Russian).
5. Popova L. A., Milaeva T. V., Zorina E. N. Self-preservation behavior of the population: generational aspect. *Ekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz*. 2021;14(5):261—76 (in Russian).
6. Kisilenko A. V., Shapovalova I. S. Designing a life path or how do young people see their future? *Sociologicheskie issledovaniya*. 2023;(2):83—94 (in Russian).
7. Blinova T. V., Vyalshina A. A. Young people during the COVID-19 pandemic: experience of illness, fears, attitudes towards preventive measures. *Ostrovskie chteniya*. 2022;(1):183—8 (in Russian).
8. Latyshev D. M. Healthy and unhealthy food in the nutrition practices of Orthodox youth of Yekaterinburg during the COVID-19 pandemic. *Kazanskij social'no-gumanitarnyj vestnik*. 2022;(5):37—41 (in Russian).
9. Zubok Yu. A., Chankova E. V. Young people in the context of the first wave of the pandemic: features of attitude towards health and new coronavirus infection. *Social'naya politika i sociologiya*. 2021;20(3):51—9 (in Russian).
10. Rostovskaya T. K., Vasilyeva E. N. Marital, reproductive, self-preservation strategies of members of student families: based on the results of an in-depth interview. *Vestnik Nizhegorodskogo universiteta im. N. I. Lobachevskogo. Seriya: Social'nye nauki*. 2024;(1):74—82 (in Russian).
11. Malyschkina A. I., Kuligina M. V., Panova I. A., Rychikhina N. S. Self-preservation and reproductive strategies of modern student youth: a medical and sociological analysis. *Zhenshchina v rossijskom obshchestve*. 2023;(4):113—22 (in Russian).
12. Osipova G. S., Vinokurova U. A. Self-assessment of the quality of life associated with the health of student youth. *Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M. K. Ammosova. Seriya: Ekonomika. Sociologiya. Kul'turologiya*. 2023;(3):25—32 (in Russian).
13. Vinokurova A. V., Gritsenko O. A. Young people about health and health-preserving behavior practices: opinions, judgments, assessments. *Vostochnyj vektor: istoriya, obshchestvo, gosudarstvo*. 2023;(1):3—8 (in Russian).
14. Lazurenko N. V., Polenova M. E., Podporinova N. N. Health preservation in the practice of training social work specialists: an interdisciplinary approach. *Nauchnye rezultaty v social'noj rabote*. 2023;2(2):68—85 (in Russian).
15. Shapovalova I. S. Problems of implementation of state youth policy in the reflection of regional youth. *Regionologiya*. 2021;29(4):902—32 (in Russian).

Здоровье и общество

16. Shapovalova I. S. Self-preservation behavior of young people: and did they live happily ever after? In: XXII Ural sociological readings. National projects and socio-economic development of the Ural region. Materials of the All-Russian scientific and practical conference. Under the general editorship of Yu. R. Vishnevsky, M. V. Pevnaya. Yekaterinburg; 2020. P. 181–8 (in Russian).
17. Choi N. G., Marti C. N., Choi B. Y. Serious suicidal thoughts, suicide plans, and mental health service use among youth during the COVID-19 pandemic. *Children and Youth Services Review*. 2024;161(1):107665.
18. Kerin T., Cortado R., Nielsen-Saines K. Demographics of Youth With Newly Diagnosed Acute/Recent HIV Infection in Adolescent Trials Network 147: Early Treatment of Acute HIV Infection. *J. Adolesc. Health*. 2024;74(3):573–81.
19. Cullen G. J. Examining the risk and predictive factors for substance use and mental health among indigenous youth in out-of-home care. *Children and Youth Services Review*. 2023;150(1):106971.
20. Magan I. M., Patankar K. U., Ahmed R. The educational, social, and emotional impact of COVID19 on Rohingya refugee youth: Implications for educators and policymakers. *Children and Youth Services Review*. 2022;142(Nov):106619.
21. Hong K., Morelli N. M., Villodas M. T. Trajectories of adolescent psychopathology among youth who were maltreated and placed in out-of-home care. *Child Abuse Neglect*. 2022;128(6):105589.

© ТРЕГУБОВ В. Н., БОВИНА А. А., 2025
УДК 614.2**Трегубов В. Н., Бовина А. А.****ОТНОШЕНИЕ ОБУЧАЕМЫХ МЕДИЦИНСКОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ К СЕМЕЙНОЙ ЖИЗНИ**

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва

В условиях снижения численности населения России возрастает значимость совершенствования брачно-семейных и репродуктивных установок, которые должны разрабатывать и реализовывать специалисты различных отраслей, в том числе системы здравоохранения. Цель исследования — изучить отношение не состоящих в официальном браке обучаемых высшей медицинской образовательной организации к созданию семьи. Для достижения цели исследования использованы социологический, аналитический и логический методы. Исследование показало, что, несмотря на произошедшие в России социально-экономические преобразования, любовь и семья по-прежнему являются абсолютными жизненными ценностями для молодых людей. При этом, как и в большинстве развитых государств мира, в нашей стране происходит увеличение возраста молодых людей, заключающих официальный брак, что во многом обусловлено недостаточным их материальным состоянием для содержания семьи в период обучения. Большинство респондентов в течение жизни планируют иметь своих детей и считают, что государство должно помочь гражданам при создании ими семьи. Проведение с ординаторами и студентами занятий по мотивации граждан к созданию семьи будет способствовать качественному и эффективному общению врачей с пациентами и их родственниками на данную тему и доведению этих вопросов до своих детей.

Ключевые слова: семья; семейная жизнь; семейные отношения; демография; обучаемый; образовательная организация.

Для цитирования. Трегубов В. Н., Бовина А. А. Отношение обучаемых медицинской образовательной организации к семейной жизни. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):42–47. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-42-47>

Для корреспонденции: Трегубов Валерий Николаевич, д-р мед. наук, проф., профессор кафедры Сеченовского Университета, e-mail: tregubov_v_n@staff.sechenov.ru

Tregubov V. N., Bovina A. A.**THE ATTITUDE OF TRAINEES OF MEDICAL EDUCATIONAL ORGANIZATION TO FAMILY LIFE**

The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of Minzdrav of Russia (Sechenov University), 119991, Moscow, Russia

In conditions of decreasing of number of population of Russia, increases significance of improving marital family and reproductive attitudes that are to be developed and implemented by specialists from various industries, including health care. The purpose of the study is to investigate attitude of officially unmarried students of higher medical educational organization to set up family. The sociological, analytical and logical methods were applied. The study results demonstrated that despite occurred social economic transformations in Russia love and family are still absolute life values for young people. At that, as in most developed countries, in Russia occurs increasing of age of young people entering into official marriage, that is largely conditioned by insufficient material well-being that prevents supporting family during teaching period. The most of respondents plan to have children and assume the state is to support citizens in setting up family. The implementation of studies about motivating citizens to set up family with residents and students will contribute into high-quality and effective communication of physicians with patients and their relatives on this topic and bringing these issues to their children.

Keywords: family; family life; family relationships; demography; training; educational organization.

For citation: Tregubov V. N., Bovina A. A. The attitude of trainees of medical educational organization to family life. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(1):42–47 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-42-47>

For correspondence: Tregubov V. N., doctor of medical sciences, professor of the Chair of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education The I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of Minzdrav of Russia. e-mail: tregubov_v_n@staff.sechenov.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 02.07.2024
Accepted 31.10.2024**Введение**

Россия — страна с самой большой территорией в мире, имеющая выгодное географическое положение и колоссальные природные ресурсы. Преумножение ее демографического потенциала является одним из гарантов сохранения независимости, территориальной целостности и статуса великой державы [1]. К сожалению, в России сохраняются негативные тенденции демографических процессов [2].

Увеличивается возраст вступления граждан в официальный брак, распространяются внебрачные союзы, семейные пары откладывают рождение первого ребенка и ориентируются на малое число детей, увеличивается интервал между родами у женщин, повышается доля рождаемости вне официальных браков, растет число людей, никогда не вступавших в зарегистрированный брак и не имевших ни одного ребенка, остаются высокими показатели числа разводов и аборт [3–8].

В России 2024 год был объявлен Годом семьи [9], что обеспечило увеличение внимания государственных структур и общественности к демографическим проблемам и обоснованию ими новых направлений по совершенствованию брачно-семейных и репродуктивных установок. Необходимость проведения в нашей стране мероприятий по увеличению популяции населения обусловлена прогнозом Росстата, согласно которому при низком и среднем варианте развития государства отрицательная динамика показателя численности населения в России может продлиться до 2045 г. [10].

Разработкой и реализацией действий по увеличению численности населения в нашей стране занимаются различные организации. Особая роль в данном процессе принадлежит врачам, которые должны в практической деятельности выполнять мероприятия по совершенствованию общественного здоровья населения, но могут и личным примером мотивировать пациентов к выбору семейной жизни, рождению и воспитанию двух и более детей.

Цель исследования — изучить отношение не состоящих в официальном браке обучаемых высшей медицинской образовательной организации к созданию семьи.

Материалы и методы

Для достижения цели исследования использовались социологический, аналитический и логический методы. К заполнению специально разработанной карты анкетного опроса методом случайной выборки было привлечено 116 студентов старших курсов и ординаторов, обучавшихся в 2024 г. в Сеченовском Университете. Согласно расчетам К. А. Отдельной, объем выборки в социально-гигиенических исследованиях при уровне значимости 0,05 должен быть не менее 100 наблюдений, что соответствует средней точности полученных результатов и может быть использовано при выполнении подобных работ [11]. На момент проведения исследования в официальном браке состояло всего 6 (5,2%) респондентов, 110 (94,8%) не имели своих семей. Среди них доля лиц мужского пола составляла 21,8%, женского — 78,2%. Средний возраст не состоящих в браке респондентов составил 22,1 года. Для полученных в процессе анкетного опроса данных рассчитывали проценты, которые в вопросах с несколькими вариантами ответов ранжировались с помощью онлайн-калькулятора (<https://math.semestr.ru/group/rang.php>).

Результаты исследования

В процессе анкетного опроса было установлено, что 90,9% не состоящих в официальном браке респондентов положительно относятся к созданию своей семьи, 6,4% затруднились ответить, а 2,7% дали отрицательный ответ. При этом среди мужчин доля планирующих создать семью составляла 95,9%, а среди женщин — 89,5%. Как ни парадоксально, но, в отличие от мужчин, 3,5% женщин на момент анкетного опроса не планировали создавать свои се-

мьи. Кроме того, затруднились ответить на данный вопрос 4,1% мужчин и 7,0% женщин. Среди респондентов, которые планировали создавать свои семьи, 20% намерены заключить официальный брак в ближайшее время, доля мужчин с такими планами составила 16,7%, женщин — 20,9%. Основным фактором, который, по мнению респондентов, препятствует созданию ими семей в настоящее время, является недостаточное их материальное состояние (52,7%), в том числе данный показатель отметили 66,7% мужчин и 48,8% женщин. Еще 18,2% респондентов планируют заключить брак при достижении ими в среднем возраста 26,7 года. Доля мужчин при достижении ими среднего возраста 28,3 года составила 12,5%, а женщин при достижении ими среднего возраста 26,4 года — 19,8%.

На вопрос о планировании детей в течение жизни 100% мужчин и 88,3% женщин дали положительный ответ. При этом 7,0% женщин не планировали рожать детей, а 4,7% затруднились ответить на данный вопрос. Среди всех опрошенных обучаемых 20,9% планируют иметь одного ребенка, 42,7% — двух, 22,7% — трех и 4,6% — более трех детей. Такие планы у мужчин распределились как 12,5; 33,3; 41,7 и 12,5%, а среди женщин — 23,3; 45,3; 17,4 и 2,3% соответственно.

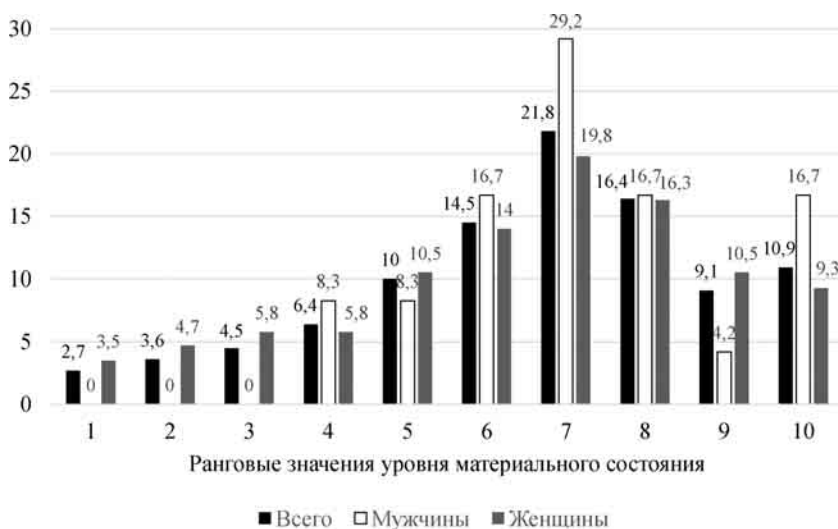
Учитывая, что планы молодых людей, связанные с заключением официальных браков, рождением и воспитанием детей, зависят от многих факторов, в исследовании была предпринята попытка определения с помощью самооценки респондентов уровня их знаний о семейных отношениях, состоянии своего здоровья и материального положения. Установлено, что только 30% респондентов считают свой уровень подготовки к семейным отношениям достаточно высоким, 50,9% ответили «Скорее знаю, чем нет», 17,3% — «Скорее нет, чем да» и 1,8% дали отрицательный ответ. В зависимости от пола опрошенных обучаемых их ответы отличались незначительно и составляли у мужчин 37,5; 41,7; 20,8 и 0%, а у женщин — 27,9; 53,5; 16,3 и 2,3% соответственно.

Как следует из табл. 1, основная доля (66,4%) респондентов изучала вопросы семейных отношений в процессе беседы с родителями (7-е ранговое место), 45,5% — по интернет-ресурсам (6-е ранговое место), 32,7% — при беседе со сверстниками (5-е ранговое место). Значительной разницы в изучении опрошенными вопросов семейных отношений, со-

Таблица 1

Изучение опрошенными обучаемыми вопросов по семейным отношениям

Источник информации	Всего		Мужчины		Женщины	
	%	ранг	%	ранг	%	ранг
В школе	26,4	4	25,0	3	26,7	3,5
В вузе	23,6	2,5	29,2	4	15,1	2
При беседе с родителями	66,4	7	54,2	7	69,8	7
При беседе со сверстниками	32,7	5	33,3	5	32,6	5
Смотрел интернет-ресурсы	45,5	6	37,5	6	47,7	6
По журналам и книгам	23,6	2,5	12,5	1,5	26,7	3,5
Другие варианты	7,3	1	12,5	1,5	5,8	1



Самооценка опрошенными обучающимися уровня их материального состояния (в %).

гласно полученным ранговым значениям, между мужчинами и женщинами не выявлено, за исключением более частого изучения этих вопросов мужчинами в вузе, а женщинами — по журналам и книгам.

Определение у респондентов групп здоровья осуществляли на основании приказа Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» по результатам диспансеризации в 2023/2024 учебном году». К I группе здоровья было отнесено 44,6% опрошенных обучаемых, ко II — 40%, к IIIа — 12,7% и к IIIб — 2,7% респондентов. Несколько лучше выглядит распределение по группам здоровья у мужчин (58,3; 33,4; 8,3 и 0% соответственно) по сравнению с женщинами (40,7; 41,9; 13,9 и 3,5% соответственно).

Несмотря на значительную долю респондентов, которые имеют факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний (II группа здоровья) и подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий (IIIа и IIIб группы здоровья), только 30,9% опрошенных обучаемых на вопрос о регулярном соблюдении ими здорового образа жизни ответили «Да», еще 49,1% респондентов менее регулярно соблюдают здоровый образ жизни и ответили «Скорее да, чем нет», а 20,0% респондентов здоровый образ жизни соблюдают реже предыдущей группы, в связи с чем ответили «Скорее нет, чем да». При этом лиц, которые ответили «Нет», так как не стремятся к ведению здорового образа жизни, не выявлено. Среди респондентов, регулярно ведущих здоровый образ жизни, было 33,3% мужчин и 30,2% женщин. «Скорее да, чем нет» в отношении здорового образа жизни ответили 37,5% мужчин и 52,3% женщин, «Скорее нет, чем да» — 29,2 и 17,4% респондентов соответственно.

Самооценку уровня материального состояния респонденты осуществляли по 10-балльной шкале (1 — минимальный уровень, 10 — максимальный уровень). Результаты свидетельствуют, что 52,7% опрошенных обучаемых оценивают свое материальное состояние выше среднего значения: 14,5% — на 6, 21,8% — на 7 и 16,4% — на 8 баллов. Подобную оценку своего материального состояния дали в целом как мужчины, так и женщины. Однако мужчины указали, что их материальное состояние распределяется в диапазоне 4—10 баллов, а у женщин — от 1 до 10. Максимально возможный его уровень в 10 баллов отразили в анкетах 16,7% мужчин и 9,3% женщин (см. рисунок).

На момент анкетного опроса проживали с родителями 50,9%, с друзьями — 11,8%, по одному — 27,3% респондентов, другие варианты указали 10% опрошенных. С учетом половой принадлежности с родителями проживало 54,2% мужчин и 50,0% женщин, с друзьями — 16,7 и 10,5% соответственно, по одному — 29,2 и 26,7% соответственно, 12,8% женщины в картах анкетного опроса указали другие варианты.

Как правило, в молодом возрасте люди в меньшей степени задумываются о последствиях проживания без создания своей семьи. Однако уже на момент проведения социологического опроса обучаемые указали, что в случае заболевания граждане, проживающие по одному, могут сталкиваться со следующими трудностями: с финансовым обеспечением (56,4%; 8-е ранговое место), с выполнением домашних дел (51,8%; 7-е ранговое место), с уходом за домашним питомцем в случае госпитализации пациента (45,5%; 6-е ранговое место). В основном мужчины и женщины в случае проживания по одному одинаково воспринимают возникающие при заболевании трудности, за исключением более ответственного отношения женщин к отсутствию на работе и уходу за домашним питомцем при их госпитализации (табл. 2).

Учитывая наметившуюся в нашей стране депопуляцию населения, стремление молодых людей со-

Таблица 2

Трудности, с которыми сталкиваются проживающие по одному граждане при заболевании

Перечень трудностей	Всего		Мужчины		Женщины	
	%	ранг	%	ранг	%	ранг
С вызовом врача	15,5	3	12,5	4	16,3	3
С отсутствием на работе	18,2	4	8,3	2,5	20,9	4
С домашними делами	51,8	7	41,7	7	54,7	7
С лечением на дому	32,7	5	29,2	6	33,7	5
С социальной изоляцией	7,3	2	8,3	2,5	7,0	2
С финансовым обеспечением	56,4	8	45,8	8	59,3	8
С уходом за домашним питомцем	45,5	6	20,8	5	52,3	6
Другие варианты	1,8	1	0,0	1	2,3	1

Таблица 3

Мероприятия, которые, по мнению опрошенных обучающихся, должно проводить государство в помощь гражданам при создании ими своей семьи

Наименование мероприятия	Всего		Мужчины		Женщины	
	%	ранг	%	ранг	%	ранг
Преподавание семейных отношений в школе	30,9	6	25,0	9	32,6	6
Преподавание семейных отношений в вузе	33,6	7	29,2	10	34,9	7
Обучение родителей	38,2	11	41,7	11	37,2	8
Опубликование литературы	34,5	8,5	16,7	4,5	39,5	9,5
Разработка интернет-ресурсов	20,9	3	16,7	4,5	22,1	3
Проведение семинаров	22,7	5	20,8	7,5	23,3	4
Показ художественных фильмов	21,8	4	8,3	2	25,6	5
Помощь и льготы при трудоустройстве	12,7	2	16,7	4,5	11,6	2
Обеспечение достойного уровня жизни	68,2	12	54,2	12	72,1	12
Исключение семейного насилия	34,5	8,5	16,7	4,5	39,5	9,5
Повышение ответственности родителей	36,4	10	20,8	7,5	40,7	11
Другие варианты	1,8	1	0,0	1	2,3	1

здавать семьи в более старшем возрасте и при достижении материального благополучия, а также ряд трудностей, возникающих у проживающих по одному граждан, проанализировано мнение респондентов о необходимости оказания помощи гражданам со стороны государства в создании семьи. На данный вопрос 42,7% респондентов дали положительный ответ, 30,9% ответили «Скорее да, чем нет», 18,2% — «Скорее нет, чем да» и 8,2% — «Нет». Мужчины в большей степени, чем женщины, считают, что создание семьи является личным делом граждан. Сравнительный анализ их ответов показал, что 41,7% мужчин и 43% женщин ответили «Да», 20,8 и 33,7% ответили «Скорее да, чем нет», 25 и 16,3% — «Скорее нет, чем да», 12,5 и 7% — «Нет».

Несмотря на то что 91,8% респондентов в разной степени считают, что государство должно помогать гражданам в создании семьи, данное исследование показало, что только 24,5% опрошенных обучающихся знают о предоставляемых государством льготах семейным гражданам, еще 40,0% скорее знают о предоставляемых льготах, чем нет, 25,5% скорее не знают, чем знают, и 10,0% о предоставляемых льготах не знают ничего. Мужчины по сравнению с женщинами в меньшей степени информированы по данному вопросу, в связи с чем их ответы на данный вопрос распределились в соотношении 16,7; 45,8; 25 и 12,5%, а у женщин — 26,7; 38,4; 25,6 и 9,3% соответственно.

Основными мероприятиями, которые, по мнению всех опрошенных обучающихся, государство должно выполнять при создании гражданами семей, являются:

- обеспечение достойного уровня жизни населения (отметили в картах анкетного опроса 68,2% респондентов; 12-е ранговое место);
- обучение родителей методикам доведения вопросов семейных отношений до детей (38,2%; 11-е ранговое место);

— разработка нормативно-правовой базы о повышении ответственности родителей за воспитание детей (36,4%; 10-е ранговое значение).

Мужчинами и женщинами в качестве приоритетного направления помощи со стороны государства было выбрано обеспечение достойного уровня жизни населения — 54,2 и 72,1% соответственно. Значимость других направлений, по мнению мужчин и женщин, существенно различается (табл. 3).

Обсуждение

Анализ ранее опубликованной научной литературы свидетельствует, что, несмотря на различие взглядов у молодых людей, многочисленные модели их поведения и мировоззренческие позиции, любовь и семья для большинства из них являются абсолютными жизненными ценностями [12]. Эту позицию, согласно данным Государственного университета управления, поддерживают 78% молодых россиян [13]. Представленные данные совпадают с результатами нашего исследования, в котором было установлено, что 90,9% респондентов положительно относятся к созданию своей семьи.

Брак для студентов — это прежде всего логичный шаг в развитии отношений между мужчиной и женщиной (20%), союз с целью создания семьи и рождения детей (26%), показатель серьезности отношений между мужчиной и женщиной (16%) [3]. Кроме того, опрошенные обучаемые понимают, что проживающий без семьи человек сталкивается в жизни с многочисленными трудностями, особенно в случае заболевания.

В настоящее время наибольшей популярностью среди россиян пользуется модель семьи с двумя детьми, которая получила распространение в нашей стране с 1970-х годов [10]. По данным анкетного опроса, проведенного О. А. Александровой, 53% студентов планируют иметь двух детей, 25% — трех, 13% — одного ребенка [3]. На момент проведения нашего исследования среди опрошенных обучающихся 20,9% планировали иметь одного ребенка, 42,7% — двух, 22,7% — трех и 4,6% — более трех детей. При этом мужчины отдали предпочтение наличию трех и более детей, а женщины — одному-двум детям, еще 7% опрошенных женщин не планировали рождать детей.

Несмотря на положительные взгляды молодых людей на семейную жизнь, сегодня мы наблюдаем, что на фоне урбанизации, изменения духовной культуры населения, стремления большинства женщин к карьерному росту и финансовой независимости и других факторов происходит изменение ранее установленного традиционного семейного уклада. Как и в большинстве развитых стран мира, в России увеличивается возраст молодых людей, вступающих в официальный брак, что приводит к распространению добрачных половых отношений и снижению числа рожденных женщиной детей [6, 10]. В ранее проведенных исследованиях установлено, что молодые люди считают оптимальным возраст создания семьи старше 30 лет, когда мужчины и женщины

уже состоялись как личности, имеют определенный опыт за плечами и точно осознают, что готовы к официальным семейным отношениям [3, 14]. Результаты, свидетельствующие о стремлении обучаемых создать семью в более зрелом возрасте и после обеспечения материального состояния, были подтверждены и настоящим исследованием.

Трудно не согласиться с данным мнением респондентов, ведь во многих работах указано, что уровень монетарной бедности детей и семей с детьми существенно превышает уровень бедности в целом. Кроме того, в ранее проведенных исследованиях отмечено, что отдельные группы семей с детьми, например многодетные и неполные семьи, часто не могут позволить себе покупку жизненно важных товаров и услуг [15]. Однако стремление молодежи до заключения официального брака и рождения ребенка обеспечить свое материальное состояние может приводить к социальным и медицинским проблемам при создании семьи в более позднем возрасте, поскольку у 5% 40-летних женщин беременность протекает без последствий [7].

В этой связи очень важно осуществлять мероприятия по сохранению здоровья граждан в течение всей их жизни, ведь наличие у обучаемых в молодом возрасте хронических неинфекционных заболеваний нередко может стать причиной возникновения у них проблем с зачатием, вынашиванием и рождением детей. На этом фоне приверженцами здорового образа жизни, по данным нашего исследования, являются только 30,9% респондентов, а остальные его соблюдают нерегулярно, что способствует сокращению доли лиц с I группой состояния здоровья.

В работе образовательных организаций особое значение имеет информирование обучаемых о заключении ими официального брака, создании и сохранении семьи, рождении и воспитании детей, так как именно эти мероприятия, проводимые в рамках государственной политики, влияют на формирование мировоззрения молодежи о семейной жизни. Эта тема неоднократно обсуждалась на страницах периодических изданий, и по ней порой принимались противоречивые управленческие решения. Так, в 1960-х годах в школах был введен курс «Основы советской семьи и семейного воспитания», затем в 1990-х годах его преподавание было прекращено, а в настоящее время данная подготовка вновь возрождается в школах [12].

Опрос обучаемых показал, что только 24,5% из них знают о предоставляемых государством льготах семейным гражданам, еще 65,5% в разной степени знают о них частично и 10% о предоставляемых льготах ничего не знают. При этом вопрос о государственной поддержке семьи, материнства, отцовства и детства, защите института брака как союза мужчины и женщины, создании условий для достойного воспитания детей в семье отражен в Конституции Российской Федерации и целом пакете нормативно-правовых документов [7].

В медицинских образовательных организациях вопросы семейных отношений могут рассматриваться в модуле по общественному здоровью, который включает такие показатели, как демография, заболеваемость, инвалидность и физическое развитие. Освоение этих тем будущими врачами может способствовать их качественному и эффективному общению с пациентами и их родственниками на работе и доведению данных вопросов в будущем до своих детей.

Заключение

Несмотря на произошедшие в России социально-экономические преобразования, любовь и семья по-прежнему являются абсолютными жизненными ценностями для молодых людей. При этом, как и в большинстве развитых государств мира, в нашей стране происходит увеличение возраста молодых людей, заключающих официальный брак, что во многом обусловлено недостаточным их материальным состоянием для содержания семьи в период обучения. Большинство респондентов в течение жизни планируют иметь своих детей и считают, что государство должно помогать гражданам при создании семьи. Проведение с ординаторами и студентами занятий по мотивации граждан к созданию семьи будет способствовать качественному и эффективному общению врачей с пациентами и их родственниками на данную тему и доведению этих вопросов до своих детей.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Рыбаковский Л. Л. Демографическое будущее России: прогнозы и реальность. *Народонаселение*. 2023;26(3):4—15. doi: 10.19181/population.2023.26.3.1
2. Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н., Зиятдинов В. Б., Лебедева У. М., Шигабутдинова Т. Н., Железова П. В., Гасайниева М. М. Прогноз рождаемости и заболеваемости населения субъектов Российской Федерации с позиции оценки репродуктивного потенциала. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021;65(6):507—13. doi: 10.47470/0044-197X-2021-65-6-507-513
3. Александрова О. А. Инфантильные или ответственные: студенческая молодежь о новых тенденциях в брачно-семейной и репродуктивной сферах. *Народонаселение*. 2024;27(S1):107—19. doi: 10.24412/1561-7785-2024-S1-107-119
4. Захаров С. В. История рождаемости в России: от поколения к поколению. *Демографическое обозрение*. 2023;10(1):4-43. doi: 10.17323/demreview.v10i1.17259
5. Корчагина Т. А. Современное состояние демографической безопасности в России. *Российский экономический вестник*. 2022;5(1):106—15.
6. Павлов Я. Н. Проблемы демографии на общегосударственном уровне. *Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия Медицинские науки*. 2021;25(4):62—6.
7. Трегубов В. Н. Динамика численности городского и сельского населения, проживавшего с 2002 по 2020 г. в частных домохозяйствах по одному человеку. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2024;70(2):11. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-11. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1591/27/lang.ru/>
8. Филимонова И. В., Ивершинь А. В., Комарова А. В., Кривошеева О. И. Факторы влияния на решение о рождении ребенка и количестве детей у женщин в России. *Народонаселение*. 2023; 26(1):55—69. doi: 10.19181/population.2023.26.1.5

Здоровье и общество

9. О проведении в Российской Федерации Года семьи: Указ президента Российской Федерации от 22.11.2023 г. № 875. Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202311220013> (дата обращения 15.08.2024).
10. Абдульязнов А. Р., Рустамова Г. М. Брачное и репродуктивное поведение современной российской молодежи. *Народонаселение*. 2024;27(S1):94–106. doi: 10.24412/1561-7785-2024-S1-94-106
11. Наркевич А. Н., Виноградов К. А. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019;65(6):10. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang.ru/>
12. Серебрякова А. А. Традиционные семейные ценности в современном российском обществе. *Право и государство: теория и практика*. 2019;177(9):57–9.
13. Сайфуллин Г. П. Социальные практики семейведения в развитии готовности молодежи к браку и семейной жизни: востребованность и потенциал. *Общество: социология, психология, педагогика*. 2022;(2):60–6. doi: 10.24158/spp.2022.2.8
14. Ильдарханова Ч. И., Ершова Г. Н., Ершова Ю. Н. Российская модель брачности: возрастной и гендерный профиль (2011–2021 гг.). *Народонаселение*. 2024;27(S1):5–16. doi: 10.24412/1561-7785-2024-S1-5-16
15. Гришина Е. Е. Материальное положение и социальная поддержка семей с детьми в Ульяновской области. *Народонаселение*. 2020;23(1):39–52. doi: 10.19181/population.2020.23.1.4
4. Zakharov S. V. History of fertility in Russia: from generation to generation. *Demograficheskoe obozrenie*. 2023;10(1):4–43. doi: 10.17323/demreview.v10i1.17259 (in Russian).
5. Korchagina T. A. The current state of demographic security in Russia. *Rossiiskij ekonomicheskij vestnik*. 2022;5(1):106–15 (in Russian).
6. Pavlov Ya. N. Problems of demography at the national level. *Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M. K. Ammosova. Seriya Medicinskie nauki*. 2021;25(4):62–6 (in Russian).
7. Tregubov V. N. Dynamics of the urban and rural population living in private one-person households from 2002 to 2020. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2024;70(2):11. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-11. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1591/27/lang.ru/> (in Russian).
8. Filimonova I. V., Ivershin A. V., Komarova A. V., Krivosheeva O. I. Factors influencing the decision to have a child and the number of children among women in Russia. *Narodonaselenie*. 2023;26(1):55–69. doi: 10.19181/population.2023.26.1.5 (in Russian).
9. On holding the Year of the Family in the Russian Federation: Decree of the President of the Russian Federation of November 22, 2023 No. 875. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202311220013> (accessed 08/15/2024) (in Russian).
10. Abdulzyanov A. R., Rustamova G. M. Marriage and reproductive behavior of modern Russian youth. *Narodonaselenie*. 2024;27(S1):94–106. doi: 10.24412/1561-7785-2024-S1-94-106 (in Russian).
11. Narkevich A. N., Vinogradov K. A. Methods for determining the minimum required sample size in medical research. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2019;65(6):10. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang.ru/> (in Russian).
12. Serebryakova A. A. Traditional family values in modern Russian society. *Pravo i gosudarstvo: teoriya i praktika*. 2019;177(9):57–9 (in Russian).
13. Sayfullin G. P. Social practices of family science in the development of youth readiness for marriage and family life: demand and potential. *Obshchestvo: sociologiya, psihologiya, pedagogika*. 2022;(2):60–6. doi: 10.24158/spp.2022.2.8 (in Russian).
14. Ildarkhanova Ch. I., Ershova G. N., Ershova Yu. N. Russian marriage model: age and gender profile (2011–2021). *Narodonaselenie*. 2024;27(S1):5–16. doi: 10.24412/1561-7785-2024-S1-5-16 (in Russian).
15. Grishina E. E. Financial situation and social support of families with children in the Ulyanovsk region. *Narodonaselenie*. 2020;23(1):39–52. doi: 10.19181/population.2020.23.1.4 (in Russian).

Поступила 02.07.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Rybakovsky L. L. Demographic future of Russia: forecasts and reality. *Narodonaselenie*. 2023;26(3):4–15. doi: 10.19181/population.2023.26.3.1 (in Russian).
2. Khabriev R. U., Mingazova E. N., Ziatdinov V. B., Lebedeva U. M., Shigabutdinova T. N., Zhelezova P. V., Gasaynieva M. M. Forecast of fertility and morbidity of the population of the constituent entities of the Russian Federation from the perspective of assessing reproductive potential. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii*. 2021;65(6):507–13. doi: 10.47470/0044-197X-2021-65-6-507-513 (in Russian).
3. Alexandrova O. A. Infantile or responsible: student youth about new trends in marriage, family and reproductive spheres. *Narodonaselenie*. 2024;27(S1):107–19. doi: 10.24412/1561-7785-2024-S1-107-119 (in Russian).
4. Zakharov S. V. History of fertility in Russia: from generation to generation. *Demograficheskoe obozrenie*. 2023;10(1):4–43. doi: 10.17323/demreview.v10i1.17259 (in Russian).
5. Korchagina T. A. The current state of demographic security in Russia. *Rossiiskij ekonomicheskij vestnik*. 2022;5(1):106–15 (in Russian).
6. Pavlov Ya. N. Problems of demography at the national level. *Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M. K. Ammosova. Seriya Medicinskie nauki*. 2021;25(4):62–6 (in Russian).
7. Tregubov V. N. Dynamics of the urban and rural population living in private one-person households from 2002 to 2020. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2024;70(2):11. doi: 10.21045/2071-5021-2024-70-2-11. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1591/27/lang.ru/> (in Russian).
8. Filimonova I. V., Ivershin A. V., Komarova A. V., Krivosheeva O. I. Factors influencing the decision to have a child and the number of children among women in Russia. *Narodonaselenie*. 2023;26(1):55–69. doi: 10.19181/population.2023.26.1.5 (in Russian).
9. On holding the Year of the Family in the Russian Federation: Decree of the President of the Russian Federation of November 22, 2023 No. 875. Available at: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202311220013> (accessed 08/15/2024) (in Russian).
10. Abdulzyanov A. R., Rustamova G. M. Marriage and reproductive behavior of modern Russian youth. *Narodonaselenie*. 2024;27(S1):94–106. doi: 10.24412/1561-7785-2024-S1-94-106 (in Russian).
11. Narkevich A. N., Vinogradov K. A. Methods for determining the minimum required sample size in medical research. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2019;65(6):10. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang.ru/> (in Russian).
12. Serebryakova A. A. Traditional family values in modern Russian society. *Pravo i gosudarstvo: teoriya i praktika*. 2019;177(9):57–9 (in Russian).
13. Sayfullin G. P. Social practices of family science in the development of youth readiness for marriage and family life: demand and potential. *Obshchestvo: sociologiya, psihologiya, pedagogika*. 2022;(2):60–6. doi: 10.24158/spp.2022.2.8 (in Russian).
14. Ildarkhanova Ch. I., Ershova G. N., Ershova Yu. N. Russian marriage model: age and gender profile (2011–2021). *Narodonaselenie*. 2024;27(S1):5–16. doi: 10.24412/1561-7785-2024-S1-5-16 (in Russian).
15. Grishina E. E. Financial situation and social support of families with children in the Ulyanovsk region. *Narodonaselenie*. 2020;23(1):39–52. doi: 10.19181/population.2020.23.1.4 (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025
УДК 614.2

Ольков И. Г., Гришина Н. К., Лузанов О. А.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ
ВПЧ-ТЕСТИРОВАНИЯ И ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

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

Представлена комплексная методика оценки экономической эффективности применения ВПЧ-тестирования и цитологического обследования при оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Использование предложенных методических подходов позволило рассчитать затраты и стоимость результата исследования с помощью ВПЧ-скрининга и традиционной цитологии, т. е. их экономическую эффективность. На основании полученных данных установлена более высокая (на 25%) экономическая эффективность ВПЧ-скрининга.

Ключевые слова: ВПЧ-скрининг; рак шейки матки; первичная медико-санитарная помощь.

Для цитирования: Ольков И. Г., Гришина Н. К., Лузанов О. А. Методические подходы к оценке экономической эффективности применения ВПЧ-тестирования и цитологического обследования при оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):48–52. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-48-52>

Для корреспонденции: Ольков Илья Геннадьевич, соискатель ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: info@bfravzvitie.ru

Olkov I. G., Grishina N. K., Luzanov O. A.

**THE METHODOLOGICAL APPROACHES TO EVALUATION OF ECONOMICAL EFFICIENCY OF
APPLICATION OF HPV-TESTING AND CYTOLOGICAL EXAMINATION UNDER PROVISION OF
MEDICAL CARE ON “OBSTETRICS AND GYNECOLOGY” PROFILE**

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

The article presents comprehensive methodology to assess economic efficiency of application of HPV-testing and cytological examination under provision of medical care on “Obstetrics and Gynecology” profile. The implementation of proposed methodological approaches permitted to calculate costs and value of result of study using HPV-screening and common cytology, i.e. their economic efficiency. The higher (up to 25%) economic efficiency of HPV-screening was established.

Key words: HPV-screening; cervical cancer; primary medical sanitary care.

For citation: Olkov I. G., Grishina N. K., Luzanov O. A. The methodological approaches to evaluation of economical efficiency of application of HPV-testing and cytological examination under provision of medical care on “Obstetrics and Gynecology” profile. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):48–52 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-48-52>

For correspondence: Olkov I. G., the Applicant of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: info@bfravzvitie.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 17.05.2024
Accepted 31.10.2024**Введение**

Принимая во внимание роль вируса папилломы человека в патогенезе рака шейки матки (РШМ) и актуальность выявления цервикальной папилломавирусной инфекции, в период с 2016 по 2017 г. в некоторых странах Европы, а также в Австралии и США был организован переход на первичный ВПЧ-скрининг или ко-тестирование, включающее в себя ВПЧ-тест + цитологическое обследование [1]. По данным некоторых зарубежных авторов, масштабные рандомизированные исследования показывают высокую эффективность ВПЧ-скрининга, в том числе диагностики предрака шейки матки [2–7]. Одним из преимуществ ВПЧ-тестирования, в отличие от цитологического исследования, является возможность самозабора биоматериала, что дает возможность увеличить охват скринингом [4–5].

Предполагается также, что приверженность пациенток самовзятию биоматериала на ДНК ВПЧ будет способствовать повышению числа женщин, принимающих участие в программах цервикального скрининга [8].

Цель исследования — оценить экономическую эффективность применения ВПЧ-тестирования и цитологического обследования (на примере данных, полученных в Республике Башкортостан).

Вопросы, касающиеся использования ряда тестов, основанных на различных методах распознавания ВПЧ в биоматериале, находятся на стадии активного изучения. Также уделяется внимание методу забора биоматериала, полученного посредством самовзятия, в сравнении с биоматериалом, собранным при помощи медицинского персонала, имеющего соответствующую квалификацию [9, 10]. Проведенный в 2022 г. зарубежными исследователями

Здоровье и общество

систематический обзор и метаанализ [9] был посвящен оценке точности нового поколения ВПЧ-тестов, ориентированных на ПЦР ВПЧ (GP5+/6+; SPF10; non GP5+/6+PCR) в моче по сравнению с клиническим забором биоматериала с целью выявления CIN2+. По результатам исследования [10], мочевой ВПЧ-тест вполне может быть использован в качестве полноценного способа диагностики для обнаружения CIN [11].

Учитывая, что в рамках пилотного проекта по скринингу РШМ с применением ВПЧ-тестирования в Республике Башкортостан новые скрининговые технологии использовались впервые, актуальным является проведение сравнительного анализа двух скрининговых методов (ВПЧ-тестирования и цитологического обследования) с целью расчета их экономической эффективности.

Материалы и методы

Объект исследования — скрининговые методы РШМ (ВПЧ-тестирование и цитологическое исследование). Предмет исследования — экономическая эффективность вышеуказанных скрининговых методов РШМ.

В качестве единиц наблюдения в зависимости от решаемых задач были выбраны научные публикации, нормативно-правовые акты (как действующие на данный момент, так и актуальные в период 2019—2020 гг.), а также женщины в возрасте 30—65 лет, получившие медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» в Республике Башкортостан.

В качестве методов исследования использованы: аналитический, статистический, экономический, сравнительного анализа и контент-анализ литературы (в том числе зарубежной).

Таблица 1

Использованные в рамках проведенного исследования данные и источники информации, необходимые для оценки экономической эффективности

№	Данные	Источник информации
1	Общее число женщин Республики Башкортостан в возрасте 30—65 лет в 2019—2020 гг.	Федеральная служба государственной статистики
2	Число женщин в возрасте 30—65 лет в разрезе возраста с 5-летним и 3-летним интервалом в 2019—2020 гг.	Федеральная служба государственной статистики
3	Стоимость одного исследования (ВПЧ-тестирование и традиционный цитологический метод)	Генеральное Тарифное соглашение ТФОМС Республики Башкортостан (2019—2020)
4	Планный объем исследований (ВПЧ-тестирование и традиционный цитологический метод)	Данные ТФОМС Республики Башкортостан (2019—2020)
5	Число выявленных случаев РШМ	Данные медицинской документации
6	Прогнозы выявления и пропуска патологии	Показатели чувствительности двух методов, данные международных клинических рекомендаций для ВПЧ-скрининга
7	Действующие нормативно-правовые акты в период с 2019 по 2020 г.	Профильные интернет-ресурсы

Примечание. ТФОМС — Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

В рамках исследования для расчета экономической эффективности вышеуказанных методов мы использовали данные, представленные в табл. 1.

Подробная схема этапов нашего исследования представлена на рисунке.

Обсуждение

В настоящее время оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» регулируется в соответствии с Приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“»¹. В 2019 г. при получении данных в начале исследования мы руководствовались положениями ранее действовавшего Приказа Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“ (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»², а также Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»³.

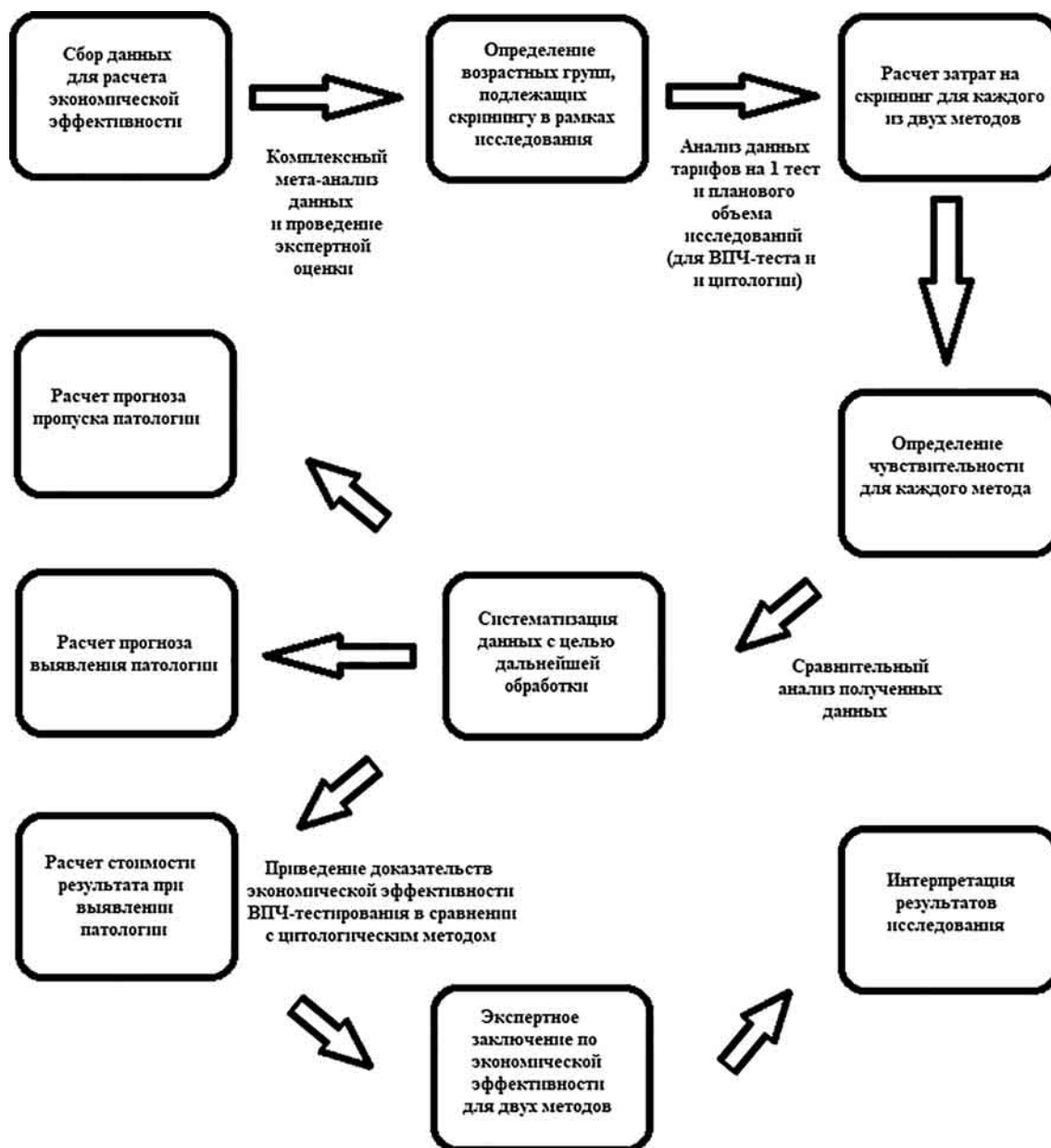
Согласно данным Федеральной службы статистики, в Республике Башкортостан подлежащее скринингу население в возрасте 30—65 лет составляло 180 тыс. женщин, за 4 года по 45 тыс. женщин ежегодно ($45\,000 \times 4 = 180\,000$ женщин).

В соответствии с действовавшей на момент исследования нормативно-правовой базой, при расчете экономической эффективности мы учитывали, что цитологическое обследование проводилось с интервалом 1 раз в 3 года, а скрининговый интервал при проведении ВПЧ-теста составлял 5 лет. Следовательно, при проведении цитологического скрининга с интервалом в 3 года нам потребовалось бы протестировать 12 возрастных групп женщин (в возрасте 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60 и 63 лет). При проведении ВПЧ-скрининга с интервалом в 5 лет количество возрастных групп женщин составило бы 8 (в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 и 65 лет). Следовательно, для оценки эффективности методов скрининга женского населения, подлежащего скринингу, при использовании ВПЧ-тестирования исследований понадобилось бы меньше, чем в случае цитологического исследования, на 4 скрининговых раунда ($12 - 8 = 4$ группы).

¹ Приказ Минздрава России от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_367763/?ysclid=m236a3og1e98587205

² Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю „акушерство и гинекология“ (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144927/?ysclid=m2369r852q720659576

³ Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_323471/?ysclid=m236gqn3u0388119637



Методика проведения исследования по оценке экономической эффективности ВПЧ-тестирования и цитологического обследования.

При плановом объеме традиционного цитологического тестирования (45 тыс. исследований в год) и стоимости одного цитологического исследования в 2019 г. в ТФОМС 750 руб. общий объем финансирования традиционного цитологического скрининга составил 33 750 000 руб. ($45\ 000 \times 750 = 33\ 750\ 000$ руб.).

При плановом объеме ВПЧ-тестирования (40 тыс. исследований в год) и стоимостью одного ВПЧ-тестирования в 2019 г. в ТФОМС 1300 руб. общий объем финансирования ВПЧ-тестирования составил 52 000 000 руб. ($40\ 000 \times 1300 = 52\ 000\ 000$ руб.).

Продemonстрированная в нашем исследовании чувствительность цитологического исследования составила 70%, в то время как чувствительность ВПЧ-тестирования составила 95%, что на 25% выше

по сравнению с традиционной цитологией. Таким образом, сравнивая показатели чувствительности двух существующих методов, прогноз выявленной патологии для традиционного цитологического тестирования составил 1607 (3,57% на 45 тыс. женщин) случаев, а прогноз пропуска патологических результатов составил 482 ($1607 / 100 \times 30 \approx 482$) случая, в то время как стоимость одного патологического результата составила 30 тыс. руб. ($1607 - 482 = 1125$ истинных патологических результатов; $33\ 750\ 000 / 1125 = 30\ 000$ руб. за 1 патологический результат цитологического скрининга).

Исходя из полученных нами результатов, а также данных международных клинических рекомендаций для ВПЧ-скрининга, прогноз выявленной патологии составил 4 тыс. (10% положительных женщин по ВПЧ высокого канцерогенного риска) случаев,

Т а б л и ц а 2

Экономическая эффективность методов скрининга РШМ

Показатель	Цитологический скрининг	ВПЧ-тестирование
Население 30—65 лет, подлежащее скринингу, абс. ед.	180 тыс. женщин (в каждой группе 5 тыс. женщин с шагом 5 лет)	
Возраст пациенток, годы	30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63	30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65
Планный объем, абс. ед.	45 000	40 000
Тариф на 1 исследование, руб.	750	1300
Затраты на скрининг, руб.	33 750 000	52 000 000
Чувствительность метода, %	70	95
Прогноз выявления патологии, число случаев	1607	4000
Прогноз пропуска патологии, число случаев	482	20
Стоимость результата при выявлении патологии, руб.	30 000	1300

прогноз пропуска патологических результатов составил 20 ($4000 / 100 \times 0,5 = 20$) случаев, а стоимость одного патологического результата составила 13 тыс. руб. ($4000 - 20 = 3980$ истинных патологических результатов; $52\,000\,000 / 3980 \approx 13\,000$ руб. за 1 патологический результат ВПЧ-скрининга).

Таким образом, проведенный в рамках нашего исследования экономический анализ показал, что суммарные затраты внедрения ВПЧ-скрининга в 1,5 раза выше существующего традиционного цитологического скрининга ($52\,000\,000 / 33\,750\,000 = 1,5$), однако клиническая эффективность ВПЧ-скрининга в 2,5 раза выше по сравнению с традиционным цитологическим тестированием (4 тыс. случаев выявления патологии при ВПЧ тестировании / 1607 случаев выявления патологии при цитологическом тестировании = 2,5 раза). При этом стоимость определения одного патологического результата в 2,3 раза ниже при использовании ВПЧ-скрининга ($30\,000 / 13\,000 = 2,3$ раза). Результаты, полученные в ходе наших расчетов, представлены в табл. 2.

Заключение

Проведенное исследование убедительно показывает более высокую (на 25%) экономическую эффективность ВПЧ-скрининга по сравнению с традиционным цитологическим исследованием. Целесообразным является совершенствование скрининговых программ и их внедрение в субъектах Российской Федерации с целью использования ВПЧ-скрининга для раннего выявления РШМ.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Wentzensen N., Arbyn M., Berkhof J., Bower M., Canfell K., Einstein M., Farley C., Monsonego J., Franceschi S. Eurogin 2016 Roadmap: how HPV knowledge is changing screening practice. *Int. J. Cancer.* 2017;140(10):2192—200. doi: 10.1002/ijc.30579
- Ronco G., Dillner J., Elfström K. M., Tunesi S., Snijders P. J., Arbyn M., Kitchener H., Segnan N., Gilham C., Giorgi-Rossi P., Berkhof J., Peto J., Meijer C. J. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet.* 2014;383:524—32. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62218-7

- Cuschieri K., Ronco G., Lorincz A., Smith L., Ogilvie G., Mirabello L., Carozzi F., Cubie H., Wentzensen N., Snijders P., Arbyn M., Monsonego J., Franceschi S. Eurogin 2017 Roadmap: Triage strategies for the management of HPV-positive women in cervical screening programs. *Int. J. Cancer.* 2018;143:4:735—45. doi: 10.1002/ijc.31261
- Arbyn M., Verdoodt F., Snijders P. J., Verhoef V. M., Suonio E., Dillner L., Minozzi S., Bellisario C., Banzi R., Zhao F. H., Hillemanns P., Anttila A. Accuracy of human papillomavirus testing on selfcollected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2014;15:172—83. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70570-9
- Verdoodt F., Jentschke M., Hillemanns P., Racey C. S., Snijders P. J., Arbyn M. Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Eur. J. Cancer.* 2015;51:2375—85. doi: 10.1016/j.ejca.2015.07.006
- Guan P., Howell-Jones R., Li N., Bruni L., de Sanjosé S., Franceschi S., Clifford G. M. Human papillomavirus types in 115,789 HPV-positive women: a meta-analysis from cervical infection to cancer. *Int. J. Cancer.* 2012;131:2349—59. doi: 10.1002/ijc.27485
- Gilham C., Sargent A., Kitchener H. C., Peto J. HPV testing compared with routine cytology in cervical screening: long-term follow-up of ARTISTIC RCT. *Health Technol. Assess.* 2019;23(28):1—44. doi: 10.3310/hta23280
- Белокриницкая Т. Е., Фролова Н. И., Туранова О. В., Шемякина К. Н., Плетнева В. А., Самбуева Н. Б., Мальцева Е. Е. Результативность и приемлемость обследования на вирус папилломы человека при самостоятельном и врачебном заборе вагинального отделяемого. *Акушерство и гинекология.* 2017;(2):97—105. doi: 10.18565/aig.2017.2.97-105
- Arbyn M., Castle P. E., Schiffman M., Wentzensen N., Heckman-Stoddard B., Sahasrabudde V. V. Meta-analysis of agreement/concordance statistics in studies comparing self-vs clinician-collected samples for HPV testing in cervical cancer screening. *Int. J. Cancer.* 2022;151(2):308—12. doi: 10.1002/ijc.33967
- Cho H. W., Shim S. R., Lee J. K., Hong J. H. Accuracy of human papillomavirus tests on self-collected urine versus clinician-collected samples for the detection of cervical precancer: a systematic review and meta-analysis. *J. Gynecol. Oncol.* 2022;33(1):e4. doi: 10.3802/jgo.2022.33.e4
- Клинышкова Т. В. Стратегии цервикального скрининга: современный взгляд. *Российский вестник акушера-гинеколога.* 2023;23(4):20—6.

Поступила 17.05.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

- Wentzensen N., Arbyn M., Berkhof J., Bower M., Canfell K., Einstein M., Farley C., Monsonego J., Franceschi S. Eurogin 2016 Roadmap: how HPV knowledge is changing screening practice. *Int. J. Cancer.* 2017;140(10):2192—200. doi: 10.1002/ijc.30579
- Ronco G., Dillner J., Elfström K. M., Tunesi S., Snijders P. J., Arbyn M., Kitchener H., Segnan N., Gilham C., Giorgi-Rossi P., Berkhof J., Peto J., Meijer C. J. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet.* 2014;383:524—32. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62218-7
- Cuschieri K., Ronco G., Lorincz A., Smith L., Ogilvie G., Mirabello L., Carozzi F., Cubie H., Wentzensen N., Snijders P., Arbyn M., Monsonego J., Franceschi S. Eurogin 2017 Roadmap: Triage strategies for the management of HPV-positive women in cervical screening programs. *Int. J. Cancer.* 2018;143:4:735—45. doi: 10.1002/ijc.31261
- Arbyn M., Verdoodt F., Snijders P. J., Verhoef V. M., Suonio E., Dillner L., Minozzi S., Bellisario C., Banzi R., Zhao F. H., Hillemanns P., Anttila A. Accuracy of human papillomavirus testing on selfcollected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *Lancet Oncol.* 2014;15:172—83. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70570-9

5. Verdoodt F., Jentschke M., Hillemanns P., Racey C. S., Snijders P. J., Arbyn M. Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Eur. J. Cancer*. 2015;51:2375–85. doi: 10.1016/j.ejca.2015.07.006
6. Guan P., Howell-Jones R., Li N., Bruni L., de Sanjosé S., Franceschi S., Clifford G. M. Human papillomavirus types in 115,789 HPV-positive women: a meta-analysis from cervical infection to cancer. *Int. J. Cancer*. 2012;131:2349–59. doi: 10.1002/ijc.27485
7. Gilham C., Sargent A., Kitchener H. C., Peto J. HPV testing compared with routine cytology in cervical screening: long-term follow-up of ARTISTIC RCT. *Health Technol. Assess.* 2019;23(28):1–44. doi: 10.3310/hta23280
8. Belokrinskaya T. E., Frolova N. I., Turanova O. V., Shemyakina K. N., Pletneva V. A., Sambueva N. B., Mal'tseva E. E. Effectiveness and acceptability of examination for human papillomavirus with independent and medical sampling of vaginal discharge. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2017;(2):97–105. doi: 10.18565/aig.2017.2.97-105 (in Russian).
9. Arbyn M., Castle P. E., Schiffman M., Wentzensen N., Heckman-Stoddard B., Sahasrabudhe V. V. Meta-analysis of agreement/concordance statistics in studies comparing self-vs clinician-collected samples for HPV testing in cervical cancer screening. *Int. J. Cancer*. 2022;151(2):308–12. doi: 10.1002/ijc.33967
10. Cho H. W., Shim S. R., Lee J. K., Hong J. H. Accuracy of human papillomavirus tests on self-collected urine versus clinician-collected samples for the detection of cervical precancer: a systematic review and meta-analysis. *J. Gynecol. Oncol.* 2022;33(1):e4. doi: 10.3802/jgo.2022.33.e4
11. Klinyshkova T. V. Cervical screening strategies: a modern perspective. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2023;23(4):20–6. doi: 10.17116/rosakush20232304120 (in Russian).

Ботнарюк М. В.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМНЫХ АСПЕКТОВ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-МОРЯКОВ В ТОРГОВОМ СУДОХОДСТВЕ

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

В настоящее время на национальном и международном уровнях перед морской отраслью поставлена задача популяризации морских профессий среди женского пола с целью снижения уровня гендерного неравенства в торговом флоте. Несмотря на привлекательность данной идеи и рост числа женщин-моряков, работающих на судах дальнего плавания в качестве члена палубной или машинной команды, до сих пор остаются актуальными вопросы сохранения их здоровья. Так, результаты изучения информационных источников позволили выявить случаи неполучения на борту морского судна квалифицированной медицинской помощи, в том числе по причине физиологических различий между мужчинами и женщинами. Кроме того, установлено, что отсутствие гендерного подхода к разработке нормативных документов, регламентирующих как организацию труда и отдыха, так и обеспечение сохранности здоровья и жизни членов экипажа, приводит к снижению эффективности мер, направленных на обеспечение защиты здоровья женщин на флоте. Опрос работающих на торговых судах женщин позволил сделать вывод о том, что все медицинские проблемы, вызванные половыми различиями, женщины решают самостоятельно. Данное обстоятельство обусловлено не только отсутствием квалифицированной медицинской помощи со стороны ответственного за здоровье члена экипажа, но и недостаточным перечнем лекарственных препаратов в судовой аптечке, учитывающих гендерный признак.

Принимая во внимание сложность и неординарность выявленной проблемы, автором разработаны рекомендации по сохранению здоровья и жизни женщин-моряков с учетом возможностей гендерной медицины, что позволит сократить риски несвоевременного оказания квалифицированной помощи.

Ключевые слова: торговый флот; женщины-моряки; сохранение здоровья; гендерный подход; рекомендации.

Для цитирования: Ботнарюк М. В. Исследование проблемных аспектов сохранения здоровья женщин-моряков в торговом судоходстве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):53–58. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-53-58>

Для корреспонденции: Ботнарюк Марина Владимировна, докт. экон. наук, доцент, профессор кафедры экономической теории, экономики и менеджмента ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: mia-marry@mail.ru

Botnaryuk M. V.

THE STUDY OF PROBLEMATIC ASPECTS OF MAINTENANCE OF HEALTH OF FEMALE SAILORS IN MERCHANT SHIPPING

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

Nowadays, both nationally and internationally, the task is set to maritime industry to popularize maritime professions among women in order to reduce level of gender inequality in the merchant fleet. Despite attractiveness of this idea and the growing number of female sailors working as members of the deck or engine crew of on long-distance vessels, issues of their health security still remain actual. The results of study discovered cases of failure in receiving by women qualified medical care on board of sea vessel, including due to physiological differences between men and women. It was established that lack of gender approach in development of normative documents regulating both organization of work and rest, and support of safety of health and life of crew members, results in decreasing of effectiveness of measures targeting protection of female health in the fleet. The survey of women working on merchant ships permitted to conclude all medical problems caused by gender differences are solved by women themselves. This circumstance is caused not only by lack of corresponding qualified medical personnel on board but also by insufficient list of medications in on-board medicine chest that take into account gender characteristics.

Taking into account complexity and unordinariness of identified problem, the original recommendations were developed to secure health and life of female sailors, taking into account possibilities of gender medicine that will reduce risks of untimely providing of qualified care.

Keywords: merchant fleet; woman; female sailor; health maintenance; gender approach; recommendations.

For citation: Botnaryuk M. V. The study of problematic aspects of maintenance of health of female sailors in merchant shipping. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):53–58 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-53-58>

For correspondence: Botnaryuk M. V., doctor of economical sciences, associate professor, professor of the Chair of Economic Theory, Economics and Management of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”. e-mail: mia-marry@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.07.2024
Accepted 31.10.2024

Введение

В настоящее время существует устойчивая тенденция наращивания ресурсного потенциала судоходных компаний в направлении увеличения доли

участия женщин в международном мореплавании. Однако в общем объеме доля женщин на борту морских торговых судов составляет не более 2% [1]. Так, в отчете, раскрывающем информацию об исследова-

нии трудовых ресурсов на море, отмечено, что на долю женщин в море приходится 1,3% всей мировой рабочей силы моряков [2].

Обзор информационных источников в данной области позволил установить, что практически полное отсутствие прогресса в решении вопроса увеличения численности женщин-моряков связано с рядом факторов, среди которых стоит выделить не только сложности в их адаптации к непростым трудовым условиям, недостаточную физическую подготовку и выносливость, но и наличие проблем психологического и психического характера [2, 3]. Также отмечаются случаи неполучения на борту морского судна квалифицированной медицинской помощи, что вызвано множеством причин, в число которых входят исключение из состава команды судового врача [4] и отсутствие понимания различий между мужчинами и женщинами у членов экипажа, ответственных за здоровье людей на борту судна [5]. Это обусловлено существованием факта гендерного неравенства на судах торгового флота, которое является достаточно серьезной проблемой, поскольку может негативно отразиться на здоровье женщин вследствие недостаточного внимания к анатомо-физиологическим особенностям их организма [5].

Целью настоящего исследования является анализ нормативных документов, научной литературы и информационных источников в направлении разработки рекомендаций, нацеленных на сохранение здоровья женщин-моряков с учетом выявленных проблемных аспектов.

Материалы и методы

Объектом настоящего исследования являются члены экипажа морских торговых судов женского пола, участвующие в перевозке грузов и заключающие длительные трудовые контракты. В статье рассматриваются члены судовой команды буксиров и иных судов прибрежного плавания вследствие разной специфики выполняемой работы и условий профессиональной деятельности. Предметом исследования стали условия труда женщин на торговых судах, а также факторы, негативно влияющие на сохранение их здоровья.

Программа авторского изыскания состоит из двух этапов. На первом этапе методом полевого и кабинетного изучения выявляются тенденции и проблемы, связанные с обеспечением сохранения здоровья женщин-моряков при выполнении профессиональных обязанностей. Выполнен обзор научной литературы и информационных источников, а также нормативно-правовых документов. Используются контент-анализ, методы системного и сравнительного анализа. Для уточнения отдельных аспектов исследования проведен устный опрос (метод панельного исследования). Респондентами выступили капитаны морских судов, имеющие опыт работы с женщинами в составе команды, абитуриенты и выпускницы высших учебных морских заведений, имеющие опыт работы в море. На втором этапе проведен анализ полученной информации и

разработаны рекомендации, направленные на сохранение здоровья женщин-моряков в течение всего периода их трудовой деятельности с учетом специфики профессии.

Результаты исследования

В последние годы наметилась ярко выраженная тенденция усиленного внимания к решению вопроса увеличения числа женщин, работающих на борту морского судна. И речь в данном случае идет не о круизных лайнерах, где значительное количество обслуживающего персонала — представительницы женского пола, а о торговых судах, в состав команды которых входят, как правило, мужчины [2]. Например, в 2019 г. международная морская организация (ИМО) сделала особый акцент на гендерное равенство, определив «Расширение прав и возможностей женщин в морском сообществе» в качестве темы Всемирного дня моря [3]. Для решения обозначенной проблемы, по мнению ИМО, необходимо разработать мероприятия, нацеленные на повышение привлекательности судоходной отрасли в контексте создания условий и предоставления возможности построения успешной карьеры не только для мужчин, но и для женщин [3]. Обсуждается данная тема и в рамках круглых столов, организованных российским профессиональным союзом моряков и ориентированных на привлечение женщин в морские профессии, в том числе вследствие ухода от сложившихся стереотипов [1]. Вместе с тем вопросы сохранения здоровья женщин на море остаются практически не затронутыми, а изучение нормативно-правовых документов позволило установить следующее.

Конвенцией 2006 г. [6] определено, что в качестве моряка следует рассматривать любое лицо, занимающее любую должность или выполняющее работы по найму в любом качестве на борту судна. При этом если возникают сомнения относительно того, стоит ли рассматривать какие-либо категории лиц в качестве моряков (применительно для Конвенции), то их необходимо прояснять посредством обращения в компетентные органы государства-члена Конвенции, но только после консультирования с организациями судовладельцев и моряков, которые являются заинтересованными сторонами [6]. Согласно правилу 1.2 Конвенции [6], все моряки должны предоставить документ, являющийся доказательством пригодности их здоровья для работы на борту судна. С целью реализации положений Конвенции [6] принято Руководство [7], в котором изложены разъяснения, комментарии и приведены примеры недостатков. В частности, определено:

- медицинские свидетельства должны быть выданы официально практикующими врачами;
- если на борту судна находятся моряки разных национальностей, то доказательством выполнения стандарта в части компетентности медицинских работников будет служить список медицинских учреждений, имеющих право выдавать медицинские свидетельства, с учетом

Здоровье и общество

национального законодательства страны члена экипажа [7].

Перечень специальностей врачей, которые проводят осмотр моряков на предмет их медицинской пригодности, Конвенцией [6] не устанавливается, женщины-моряки в качестве отдельной категории не определены.

В соответствии с Конвенцией о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков [8] в случае отсутствия врача на борту судна в составе команды должен быть член экипажа, ответственный за медицинское обслуживание и выдачу лекарств. Для выполнения возложенных на него обязанностей он должен пройти курс теоретической и практической подготовки и обеспечить удовлетворительный уровень медицинского обслуживания экипажа в период рейса. Как правило, прохождение такой подготовки возлагается на капитана или его старшего помощника [9]. При этом акцент делается на получение знаний касательно общих случаев, позволяющих принимать меры для профилактики и устранения несчастных случаев или заболеваний, которые могут возникнуть на борту судна, но без учета физиологических особенностей моряка. Для оказания неотложной медицинской помощи на борту судна имеется судовая аптечка, укомплектованная достаточным запасом медикаментов [9, 10]. Количество лекарственных препаратов и медицинских изделий судовой аптечки определяется в соответствии с нормативными документами в зависимости от таких факторов, как тип судна, численность экипажа, специфика рейса [10].

Таким образом, очевидно, что при формировании судовой аптечки гендерный вопрос не учитывается. Это также подтверждается результатами устного опроса, респондентами которого выступили капитаны морских судов, в состав команды которых входили женщины, и непосредственно представительницы женского пола, работающие в море в качестве третьих помощников. Все без исключения респонденты подчеркнули наличие в аптечке обычных препаратов, в то время как частные проблемы, в том числе гигиенического характера, девушки решают самостоятельно. Вместе с тем обзор информационных источников, а также собственные исследования, проведенные автором лично, позволили установить следующее. Во-первых, в «Атомфлоте» наблюдается увеличение числа женщин: с 80 в 2023 г. до 88 в 2024 г. В это число входят не только повара, но и штурманы, инженеры-операторы, инженеры по радиационной безопасности и электромеханик [11]. Во-вторых, группа компаний «Совкомфлот» активно поддерживает женщин, по мнению которых, морская профессия не является исключительно мужской. Это подтверждается наличием положительных примеров карьерного роста женщин-моряков от практиканта до третьего помощника капитана и третьего механика. В-третьих, компания Maersk разработала программу подготовки женщин-моряков и поставила перед собой цель увеличения набора женщин-кадетов. По ее мнению,

к 2027 г. женщины должны составлять 50% общего числа кадетов [3]. В-четвертых, сегодня, благодаря активному распространению в современном обществе гендерных норм эгалитарного типа, а также пересмотру отношения к феномену гендерной стереотипизации при выборе профессии, в высших морских учебных заведениях уже сложилась практика увеличения числа курсантов-девушек, которые получают профессию судоводителя, судомеханика, электромеханика, а также специалиста по эксплуатации транспортного радиооборудования.

Таким образом, очевидна устойчивая тенденция проявления интереса к росту числа женщин, работающих в непростых морских условиях и выполняющих трудовые функции наравне с мужчинами-моряками, на фоне практически полного отсутствия должного внимания к проблеме сохранения их здоровья.

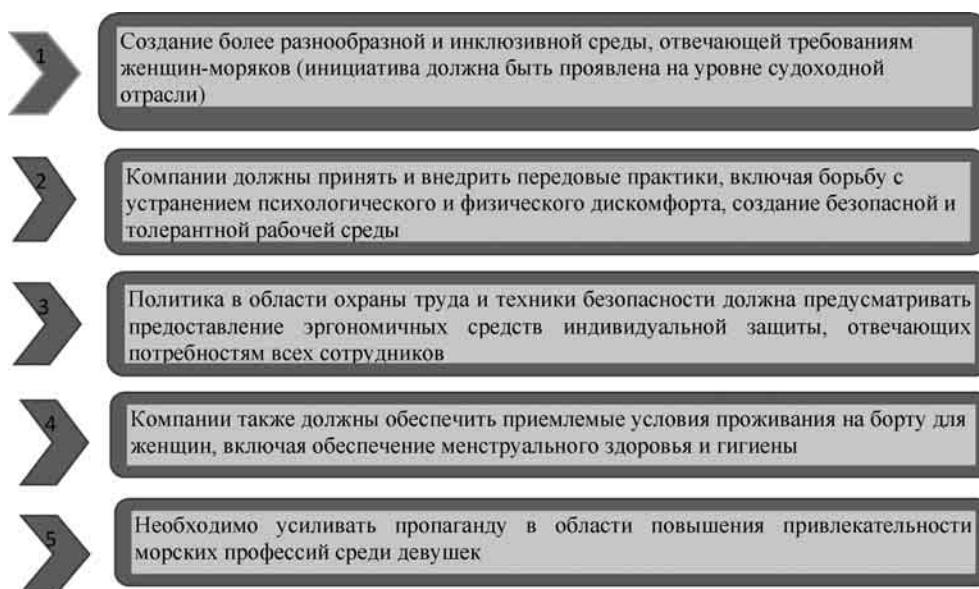
Обсуждение

Для достижения большего гендерного равенства в европейском судоходстве сегодня предложены определенные рекомендации, которые можно внедрять на отечественном и на международном уровнях (см. рисунок).

Из представленных выше рекомендаций видны некоторые попытки решения задачи сохранения здоровья женщин-моряков. Тем не менее это достаточно общие рекомендации, которые не раскрывают действительно важные для женского здоровья вопросы.

Опрос, проведенный автором с целью установления наиболее проблемных аспектов в направлении разработки мер по сохранению здоровья женщин на борту судна, показал, что девушки, работающие в море и занимающие руководящие должности (например, третий помощник капитана), как и мужчины, несут вахтенную службу и командуют рядовым составом. При этом моряки-мужчины относятся к желанию женщин строить морскую карьеру по-разному. На некоторых судах девушки (по их мнению) пользуются уважением, их приказы и распоряжения выполняются без нареканий, что свидетельствует об отсутствии предвзятого отношения к женщине на судне. Однако есть прецеденты негативного отношения к женщинам со стороны мужской половины экипажа, что приводит к возникновению конфликтной ситуации, которая может спровоцировать стресс.

В это же время капитаны, в состав команды которых входят такие подчиненные, подчеркивают наличие постоянного психологического дискомфорта со стороны отдельных членов экипажа, что требует проведения бесед и дополнительного контроля ситуации с целью ухода от межличностных конфликтов, которые могут спровоцировать нарушение психологического благополучия отдельных индивидов. Таким образом, можно сказать, что каждый случай индивидуален и предполагает разработку и реализацию мероприятий, учитывающих специфику ситуации и гендерную составляющую.



Рекомендации по реализации стратегии увеличения числа женщин-моряков в морских профессиях.

Особо стоит обратить внимание на тот факт, что все респонденты подчеркнули приверженность большинства членов судовой команды устаревшим гендерным стереотипам, в соответствии с которыми при выборе профессии доминантной все еще остается нормативная фемининность. В этой связи только грамотно выстроенные на борту судна отношения и активная пропаганда значимости реализации эгалитарных норм поведения позволят создать рабочую атмосферу, способствующую результативной работе, устранению или минимизации гендерных межличностных, а также внутриличностных конфликтов и психологическому благополучию всех членов команды.

В качестве отдельного фактора, негативно влияющего на работу моряков, следует выделить бытовую обстановку, которая является одной из важнейших составляющих психологического комфорта [12]. Особенно это проявляется в смешанных экипажах, поскольку вероятность встретить своих соотечественников минимальна и приходится постоянно вступать в межличностные отношения на неродном языке. Оказывает отрицательное воздействие на психологическое состояние и отсутствие постоянной связи с родными и близкими [12], что также подтвердили девушки-респонденты. Все это обостряет и так довольно непростую ситуацию, усложняя попытки капитана стабилизировать ситуацию на судне.

Также во время опроса девушки отметили, что для работы в море должен быть высокий иммунитет и крепкое здоровье, поскольку в течение длительного периода команда не может получить высококвалифицированную медицинскую помощь, особенно если обращение касается анатомо-физиологических особенностей женской репродуктивной системы. Это является действительно серьезной проблемой, препятствующей сохранению здоровья.

Таким образом, учитывая значимость состояния женского здоровья не только для женщины, но и для здоровья будущих поколений, по мнению автора настоящей статьи, при выборе направлений для разработки мероприятий по устранению гендерного неравенства именно медицинский аспект должен стать доминирующим. Безусловно, трудно спорить с тем, что современные женщины достаточно образованны и умны, чтобы сделать карьеру в мужских профессиях. Однако не стоит забывать о том, что любую женщину следует в первую очередь рассматривать как потенциальную мать, которая должна иметь все возможности, чтобы родить здорового ребенка. При этом стоит подчеркнуть, что опрос респондентов-девушек (уже работающих в море и являющихся курсантами морского учебного заведения) показал, что все они не только планируют карьерный рост, но и собираются реализовать себя в роли жены и матери. В связи с этим важными являются следующие установленные медицинской практикой факты: снижение качества жизни, постоянные стрессовые ситуации, воздействие вредных производственных факторов являются одной из причин ухудшения репродуктивного здоровья женщин. Также исследования определили необходимость проявления заботы о женском здоровье в течение всего жизненного цикла [13], что сделать в море достаточно сложно вследствие несбалансированного питания, работы в условиях постоянной вибрации и шумов, воздействия сложных физических нагрузок во время швартовых операций и проявления иных проблем, являющихся следствием гендерного неравенства [14–17].

Необходимо подчеркнуть и значимость существования различий между мужчинами и женщинами, причем как в клинической картине заболеваний, так и в реакции на лечение и в других аспектах [5], поскольку данный факт может привести к нега-

Здоровье и общество

тивными последствиям и даже летальному исходу в случае выбора неправильной тактики лечения во время рейса. Приведем некоторые примеры, показывающие существование гендерных различий:

- большая склонность женщин по сравнению с мужчинами к ортостатической гипотонии [17];
- существование риска тромбоэмболических осложнений при приеме комбинированной оральной контрацепции, что требует постоянного мониторинга, грамотного консультирования и оценки индивидуального риска [18];
- высокая вероятность развития аденомиоза у женщин (в данном случае речь идет о женщинах, находящихся в репродуктивном возрасте) вследствие дефицита в организме витаминов, в частности витамина D [19].

Отрицательно влияет на женский организм и фактор резкой смены климата, поскольку это может вызвать гормональную перестройку и нарушение работы репродуктивной системы. Для женщин-моряков это актуально в связи с частыми переходами судна из одной климатической зоны в другую в течение короткого периода, что характерно для большинства рейсов транспортных судов.

Следует настоятельно рекомендовать всем организациям, занимающимся вопросами продвижения женщин в морских профессиях, при создании инициативных групп, а также разработке стратегий и мероприятий уделять особое внимание медицинским проблемам моряков с учетом половых и гендерных различий.

Заключение

Морской и медицинской практикой определено, что очень непростые условия работы в море, особенно в автономном режиме в течение длительного периода, следует рассматривать в качестве факторов, крайне негативно влияющих на здоровье моряков, особенно женщин. Автор считает важным сделать акцент на том, что до сих пор в морском судостроении для организации труда моряков применяются нормативные документы, не учитывающие гендерные различия: женщины, работающие в составе судовой команды торгового судна, подчиняются общим требованиям.

Отсутствие в настоящий момент гендерного подхода к обеспечению сохранности здоровья тех, кто собирается работать или уже работает в море, на фоне усиленного внимания к мерам, касающимся популяризации морских профессий среди девушек, может стать серьезной проблемой, причем не только для нынешнего, но и для будущих поколений.

В этой связи, как представляется автору, необходимо совершенствовать систему морской медицины в части усиления акцента в сторону реализации гендерного подхода. Это предполагает в том числе разработку мер по сохранению здоровья женщин-моряков в течение всего периода их трудовой деятельности по следующим направлениям:

- Проведение более глубоких медицинских исследований с целью выявления корреляционной зависимости развития наиболее характерных для женщин болезней от факторов воздействия на них негативной производственной среды (шум, вибрация, автономный режим работы в течение длительного периода), что предполагает назначение дополнительных тестов и анализов, ведение постоянного индивидуального мониторинга.
- В процессе медицинской комиссии перед отправкой в рейс рекомендуется делать не только заключение о состоянии здоровья в конкретный момент времени, но и прогноз вероятности изменения состояния организма вследствие дефицита витаминов, в том числе из-за нерационального питания и стресса.
- Разработка медицинских рекомендаций по сохранению здоровья женщин при работе на торговых судах, регламентирующих порядок действий должностных лиц с учетом специфики обращения за квалифицированной помощью.
- Использование телемедицины в качестве инструмента сохранения здоровья женщин-моряков торговых судов.
- Корректировка нормативных документов, регламентирующих наполнение судовой аптечки с учетом женских заболеваний, которые могут проявиться во время рейса.
- Введение спецкурса при обучении члена экипажа, который является ответственным за медицинское обслуживание и выдачу лекарств на борту.

Для успешной реализации стратегии роста доли женщин в морских профессиях необходимо проводить медицинский отбор на основе гендерного подхода, который предполагает дифференцированный подход к диагностике, лечению и профилактике болезней у женщин и мужчин [20].

Следование данному подходу снизит вероятность наступления чрезвычайной ситуации на борту вследствие некачественного оказания помощи. Это не только будет способствовать сохранению здоровья и жизни членов экипажа, но и предотвратит появление дополнительных расходов судовладельца на заход в ближайший порт или экстренную репатриацию члена экипажа из-за невозможности дальнейшего выполнения должностных обязанностей, что показывает заинтересованность в решении данного вопроса не только медицинских, но и морских организаций.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Число женщин в морских профессиях не превышает 2%. Электронная версия газеты «Российское судоходство». Режим доступа: <https://rus-shipping.ru/ru/prof/news/?id=53106> (дата обращения 19.08.2024).
2. Charie Mae F. Abarca. IWD 2023: Leaders strive for 'equal opportunities' in the maritime industry. Режим доступа: <https://>

REFERENCES

- mb.com.ph/2023/03/08/iwd-2023-leaders-strive-for-equal-opportunities-in-the-maritime-industry/ (дата обращения 19.08.2024).
- From words to action: Addressing the maritime gender gap. Режим доступа: <https://www.iswan.org.uk/news/from-words-to-action-addressing-the-maritime-gender-gap/> (дата обращения 19.08.2024).
 - Тимченко Т. Н. Ненадлежащая первая медицинская помощь на борту морского судна как фактор риска нарушения здоровья членов экипажа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(S1):659–63.
 - Драпкина О. М., Ким О. Т. Половые и гендерные различия в здоровье и болезни. Часть II. Клиническая и медико-социальная. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(12):3831. doi: 10.15829/10.15829/1728-8800-2023-3831
 - Конвенция 2006 года о труде в морском судоходстве. Справочник МФТ для моряков по Конвенции МОТ о труде в морском судоходстве. Режим доступа: <https://www.itfglobal.org/sites/default/files/node/page/files/2017%20ITF%20MLC%20Guide%20RU.pdf> (дата обращения 26.08.2024).
 - Руководство по внедрению и применению положений Конвенции 2006 года о труде в морском судоходстве. Российский морской регистр судоходства. СПб.; 2015. 63 с.
 - Конвенция Международной Организации Труда № 164 о здравоохранении и медицинской помощи морякам (Женева, 8 октября 1987 г.). Режим доступа: <https://base.garant.ru/2561524/> (дата обращения 26.08.2024).
 - Тимченко Т. Н., Тонконог В. В., Арестова Ю. А., Погарская А. С., Головань Т. В. Проблемные вопросы оснащения морских судов в части укомплектованности судовой медицинской аптечки в условиях новой коронавирусной инфекции COVID-19. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S):799–803.
 - Тимченко Т. Н., Тонконог В. В., Погарская А. С., Головань Т. В., Конфино К. В. Проблемы нормативно-правового обеспечения лекарственными препаратами с содержанием наркотических и психотропных веществ судов заграничного плавания. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2021;29(S):808–12.
 - Сколько женщин работает на атомных ледоколах России: ответ «Атомфлота». Режим доступа: <https://sever-press.ru/news/obschestvo/skolko-zhenschin-rabotaet-na-atomnyh-ledokolah-rossii-otvet-atomflota/> (дата обращения 19.08.2024).
 - Burkhanov S. Legal and psychological aspects of gender asymmetry in labour market in the marine sector. *Bull. Sci. Pract.* 2017;1(14):258–63.
 - Садыхов Р. М., Большакова Н. Л. Женское здоровье: состояние, причины ухудшения, меры по улучшению. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(2):247–52. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-247-252
 - Тимченко Т. Н., Коперчак О. П. Исследование проблемы профессиональной потери слуха у членов экипажей водных судов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1337–43.
 - Конфино К. В. Влияние производственных факторов на здоровье членов экипажа нефтеналивного флота. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):61–7.
 - Тимченко Т. Н., Ботнарчук М. В. Обеспечение сбалансированного питания на борту морского судна как мера защиты здоровья членов экипажа. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):68–74.
 - Тимченко Т. Н. Проблемные аспекты оказания медицинской помощи рыбакам в географических сегментах Северного морского пути. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(5):959–64.
 - Кузнецова И. В. Экспертный круглый стол: как сохранить женское здоровье? Взгляд кардиолога и гинеколога. *Медицинский совет*. 2014;(12):10–7.
 - Молдасарина Р. С., Манабаева Г. К., Акылжанова Ж. Е., Рашидова А. М. Дефицит витамина D в патогенезе аденомиоза у женщин репродуктивного возраста. *Акушерство и гинекология*. 2021;(10):165–9.
 - Красняк Э. В., Бондарев К. В. Прошлое, настоящее и будущее гендерной медицины в России и мире. *Профилактическая медицина*. 2022;25(10):84–90.
 - The number of women in maritime professions does not exceed 2%. Electronic version of the newspaper “Russian Shipping”. Available at: <https://rus-shipping.ru/ru/prof/news/?id=53106> (accessed 19.08.2024) (in Russian).
 - Charie Mae F. Abarca. IWD 2023: Leaders strive for ‘equal opportunities’ in the maritime industry. Available at: <https://mb.com.ph/2023/03/08/iwd-2023-leaders-strive-for-equal-opportunities-in-the-maritime-industry/> (accessed 19.08.2024).
 - From words to action: Addressing the maritime gender gap. Available at: <https://www.iswan.org.uk/news/from-words-to-action-addressing-the-maritime-gender-gap/> (accessed 19.08.2024).
 - Timchenko T. N. Inadequate first medical aid on board sea vessel as a risk factor for crew member’s health. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2024;32(S1):659–63 (in Russian).
 - Drapkina O. M., Kim O. T. Sex and gender differences in health and disease. Part II. Clinical and medical-social. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(12):3831. doi: 10.15829/10.15829/1728-8800-2023-3831 (in Russian).
 - Maritime Labor Convention 2006. ITF Handbook for Seafarers on the ILO Maritime Labor Convention. Available at: <https://www.itfglobal.org/sites/default/files/node/page/files/2017%20ITF%20MLC%20Guide%20RU.pdf> (accessed 26.08.2024).
 - Guidelines for the implementation and application of the provisions of the Maritime Labour Convention, 2006. Russian Maritime Register of Shipping. St. Petersburg; 2015. 63 p.
 - Convention of the International Labor Organization No. 164 on the health and medical care of seafarers (Geneva, October 8, 1987). System Guarantor. Available at: <https://base.garant.ru/2561524/493aff9450b0b89b29b367693300b74a/> (accessed 26.08.2024).
 - Timchenko T. N., Tonkonog V. V., Arestova Yu. A., Pogarskaya A. S., Golovan T. V. Problematic issues of equipping sea vessels in terms of the completeness of the ship’s first aid kit in the context of the new coronavirus infection COVID-19. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2021;29(S):799–803 (in Russian).
 - Timchenko T. N., Tonkonog V. V., Pogarskaya A. S., Golovan T. V., Confino K. V. Problems of regulatory support for drugs containing narcotic and psychotropic substances on foreign-going ships. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2021;29(S):808–12 (in Russian).
 - How many women work on Russia’s nuclear icebreakers: Atomflot’s answer. Available at: <https://sever-press.ru/news/obschestvo/skolko-zhenschin-rabotaet-na-atomnyh-ledokolah-rossii-otvet-atomflota/> (accessed 19.09.2024) (in Russian).
 - Burkhanov S. Legal and psychological aspects of gender asymmetry in labour market in the marine sector. *Bulletin of Science and Practice*. 2017;1(14):258–63 (in Russian).
 - Sadykov R. M., Bolshakova N. L. Women’s health: condition, causes of deterioration, measures for improvement. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2022;30(2):247–52. doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-2-247-252 (in Russian).
 - 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):1337–43 (in Russian).
 - 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):61–7 (in Russian).
 - 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 Russian).
 - Timchenko T. N. Problematic aspects of providing medical care to fishermen in the geographical segments of the Northern Sea Route. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2024;32(5):959–64 (in Russian).
 - Kuznetsova I. V. Expert round table: how to maintain women’s health? A cardiologist and gynecologist’s view. *Medical Council*. 2014;(12):10–7 (in Russian).
 - Moldasarina R. S., Manabaeva G. K., Akylzhanova Zh. E., Rashidova A. M. Vitamin D deficiency in the pathogenesis of adenomyosis in women of reproductive age. *Obstetrics and Gynecology*. 2021;(10):165–9 (in Russian).
 - Krasnyak E. V., Bondarev K. V. The past, present and future of gender medicine in Russia and the world. *Preventive Medicine*. 2022;25(10):84–90 (in Russian).

Тимченко Т. Н.

МЕРЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ЖЕНЩИН-МОРЯКОВ

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

Развитие гендерного равенства в судоходстве набирает обороты. Число женщин-моряков увеличивается с каждым годом, однако их общая доля на сегодняшний день не превышает 2%. Данная категория плавсостава судов работает в таких же сложных условиях, что и мужчины. При этом возможности получения медицинской помощи на борту разнятся. В представленной статье автором обозначен актуальный проблемный аспект в рамках высокой вероятности наступления беременности у женщины-моряка в течение рейса, определены возможные причины развития патологии беременности, установлено отсутствие необходимых лекарственных препаратов и медицинского оборудования для оказания необходимой медицинской помощи, а также предложены практические рекомендации по предупреждению летальных исходов при большой кровопотере.

Ключевые слова: гендерное равенство; судоходство; женщина-моряк; беременность; патология; медицинская помощь; летальный исход.

Для цитирования: Тимченко Т. Н. Меры предупреждения летальных исходов у женщин-моряков. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):59—64. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-59-64>

Для корреспонденции: Тимченко Татьяна Николаевна, канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры таможенного права ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: timchenkomga@gmail.com

Timchenko T. M.

THE MEASURES PREVENTING LETHAL OUTCOMES IN FEMALE SAILORS

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University", 353924, Novorossiysk, Russia

The development of gender equality in shipping is gaining momentum. The number of female sailors is increasing every year. However, nowadays their total percentage does not exceed 2%. This category of ship crew works in same difficult conditions as males. At that, opportunities for receiving medical care on board vary. The article considers actual problematic aspect within the framework of high probability of pregnancy of female sailor during voyage. The possible causes of pregnancy pathology are considered. The lacking of necessary medications and medical equipment to provide necessary medical care is established. The practical recommendations for preventing lethal outcomes because of significant blood loss are proposed.

Keywords: gender equality; shipping; female sailor; pregnancy; pathology; medical care; lethal outcome.

For citation: Timchenko T. M. The measures preventing lethal outcomes in female sailors. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):59–64 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-59-64>

For correspondence: Timchenko T. M., candidate of economical sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Law of Customs of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University". e-mail: timchenkomga@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 14.08.2024
Accepted 31.10.2024

Введение

Еще 10 лет назад морская профессия считалась исключительно мужской. Причем не каждый мужчина мог стать членом экипажа судна ввиду высоких требований к состоянию физического здоровья, учитывая тяжелые условия труда. Женщины на флоте представляли единичные случаи. В основном они работали на пассажирских судах в должности повара, буфетчика или врача. В последние годы наряду с обеспечением основных прав моряков судоходная отрасль стала больше уделять внимания стимулированию широкого участия женщин в секторе, что согласуется с общими стратегиями Организации Объединенных Наций по повышению гендерного равенства на рабочем месте.

Женщины-моряки работают в тех же условиях, что и мужчины. Однако длительные рейсы, месяцы разлуки с семьей и друзьями, одиночество, изоля-

ция, отсутствие гарантий занятости, риск получить травму или быть брошенным судовладельцем в иностранном порту сказываются на психологическом состоянии женщины гораздо сильнее.

Дополнительным негативным фактором выступает ограниченный доступ к определенным помещениям судна (например, тренажерный зал), а также возможные домогательства со стороны коллег. Некоторые судоходные компании уже проводят политику против решения данных проблемных аспектов. Кроме того, на 105-й сессии Комитета Международной морской организации по безопасности на море его члены договорились о создании совместной рабочей группы для рассмотрения случаев запугивания и домогательств в морском секторе, в том числе на сексуальной почве.

С учетом вышеизложенного основной целью настоящего исследования стала оценка текущего уров-

ня готовности морского судоходства по обеспечению надлежащего медицинского сопровождения женщин-моряков при выполнении профессиональных обязанностей на борту судна, выявление возможных рисков при наступлении беременности и развитии патологий в I триместре у члена экипажа женского пола, а также разработка практических рекомендаций по предупреждению их смертности в условиях невозможности оказания необходимой медицинской помощи.

Материалы и методы

Объектом настоящего исследования выступили женщины-моряки, осуществляющие производственную деятельность на борту торгового судна. Предметом исследования стали процессы оказания надлежащей медицинской помощи в случае наступления патологии беременности на ранних сроках при выполнении профессиональных задач. Источниками получения необходимой информации послужили международные и национальные нормативно-правовые акты, регламентирующие профессиональную деятельность женщин-моряков, результаты научных изысканий различных авторов по вопросам оказания медицинской помощи в море и развитию различных профессиональных заболеваний, минимальные права женщин-моряков в соответствии с коллективным договором Международной федерации транспортников, а также собственные исследования автора по вопросам летальных исходов при невозможности оказания необходимой медицинской помощи для остановки кровотечений.

Для достижения поставленной в работе цели были рассмотрены основные положения международных и национальных нормативно-правовых документов:

- Соглашение Международной федерации транспортников;
- Международное руководство по судовой медицине;
- Конвенция № 166 (пересмотренная) о репатриации моряков;
- Трудовой кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон от 19.05.1995 № 81-ФЗ (ред. от 29.10.2024) «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».

Для выявления сущности патологии беременности на ранних сроках, а также видов и типов возможных кровотечений были рассмотрены и изучены результаты исследований специалистов-гинекологов компаний «Будь здоров» и «Клиника подологии Полёт». Влияние внешних и внутренних факторов производственной среды на флоте, негативное влияющих на здоровье членов экипажа, определены на основе работ М. В. Ботнарюк, А. Л. Боран-Кешишьяна, К. В. Конфино, О. П. Коперчака и Т. Н. Тимченко

Актуальный перечень лекарственных средств и препаратов, входящих в состав судовой аптечки, установлен на основе научных изысканий авторов

А. С. Погарской, Т. В. Головань, В. В. Тонконог, Ю. А. Арестовой, К. В. Конфино.

Для получения информации о проведении обязательных тестов на беременность перед заключением трудового контракта с женщиной-моряком было проведено глубинное интервьюирование действующих членов экипажа торгового флота женского пола и курсантов морских учебных заведений, проходящих морскую плавательную практику.

Для организации своевременной медицинской помощи беременной женщине-моряку с развитием патологии рассмотрены особенности оказания услуг воздушной медицины.

В ходе исследования использованы методы анализа и синтеза, индукции, дедукции, контент-анализа, сравнения.

Результаты исследования

Современные женщины все чаще выбирают сложные профессии, традиционно считающиеся мужскими: пилота, водителя, космонавта, сварщика, автослесаря, машиниста электропоезда и др. Морское судоходство не стало исключением. По данным Международной морской организации, в последние годы отмечен рост числа женщин моряков с 1,3 до 2% из 1,2 млн моряков в мире [1]. При этом профессиональные обязанности они выполняют не только на пассажирских судах, но и на транспортных средствах торгового флота в должностях рядового и командного состава (матрос, моторист, помощник капитана, помощник механика).

Гендерное равенство в судоходной отрасли рассматривается как ключ к экономической устойчивости и повышению производительности труда. Однако в данной профессиональной среде женщине трудно построить карьеру, поскольку приходится прилагать значительно больше усилий, чтобы проявить себя, добиться одобрения, заслужить признание и подтвердить право занимать определенную должность. Кроме того, сдерживающим фактором является материнство. Из 88 стран, ратифицировавших Конвенцию об охране материнства, только 54 государства предоставляют женщинам-морякам пособия по беременности и родам в рамках предусмотренных государством программ социальной защиты [2, 3].

По установленным правилам, до подписания трудового контракта женщина-моряк обязана пройти медицинское освидетельствование, подтверждающее отсутствие медицинских противопоказаний к работе на судне. Помимо получения заключения терапевта, профпатолога, невролога, дерматовенеролога, оториноларинголога, окулиста, психиатра, нарколога, стоматолога и хирурга, женщине-моряку необходимо пройти осмотр гинеколога, провести диагностику половых инфекций (бактериологический посев) и сдать мазок на онкоцитологию (позволяет выявить наличие раковых и предраковых клеток). Обязательного требования по проведению тестов на беременность не предусмотрено [4].

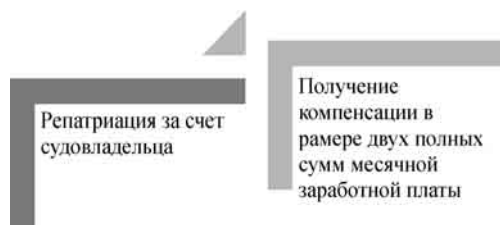


Рис. 1. Минимальные права беременных женщин-моряков в соответствии с коллективным договором МФТ.

Кроме того, результаты глубинного анкетирования 15 практиканток ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», обучающихся по специальностям 26.05.05 «Судовождение» и 26.05.06 «Эксплуатация судовых энергетических установок», а также семи действующих работников плавсостава судов ПАО «Совкомфлот» женского пола показали, что в трудовых контрактах отсутствует обязательство о ненаступлении беременности. Также необходимо отметить, что временной интервал между получением медицинского заключения и подписанием трудового контракта может составлять от 1 до 2 мес. Все вышесказанное подтверждает мнение автора о высокой вероятности нахождения беременной женщины на борту судна в ходе исполнения профессиональных обязанностей в рамках трудового контракта.

При наступлении беременности у женщины-моряка ее права будут различны в зависимости от принадлежности судна:

Если судно зарегистрировано под российским флагом, то данное обстоятельство попадает под действие законодательства Российской Федерации, а также под гарантии, установленные в коллективном договоре с учетом требований российского профсоюза моряков.

Так, в соответствии со ст. 259 Трудового кодекса РФ привлечение беременных женщин к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни запрещено [5]. Пособие по беременности и родам (декретное пособие) должно быть начислено за 70 дней до родов и 70 дней после. Для расчета размера пособия учитываются средний заработок, стипендия, денежное довольствие или установленный минимальный размер оплаты труда (МРОТ) [6].

Если судно зарегистрировано под иностранным флагом, то права женщины-моряка будут регламентироваться законодательством страны флага, в котором могут вообще отсутствовать какие-либо привилегии беременным сотрудникам. Однако одобренный Международной федерацией транспортников (МФТ) коллективный договор гарантирует некоторые минимальные права (рис. 1) [7].

Термин «репатриация» в морском судоходстве означает возвращение в страну проживания застрахованного моряка при наступлении страхового случая или истечения срока трудового контракта [8]. Досрочное расторжение

контракта в связи с беременностью женщины-моряка недопустимо.

I триместр беременности является самым опасным. Даже если беременность протекает нормально, именно в этот период риск развития осложнений очень высок. В отношении женщин-моряков ситуация усугубляется влиянием следующих негативных факторов морской профессии:

- тяжелый многочасовой физический труд в различных погодных условиях;
- смена часовых поясов;
- качка, шум и вибрация на борту судна [9];
- психологическое воздействие замкнутого пространства (небольшой размер каюты и производственных помещений);
- ультрафиолетовое излучение радиооборудования;
- травматизм при выполнении профессиональных обязанностей [10];
- отсутствие сбалансированного питания [11];
- невозможность получения квалифицированной медицинской помощи на борту судна из-за отсутствия в составе команды судового врача [12].

Самыми распространенными акушерскими осложнениями на ранних сроках беременности являются кровотечение и замирание плода. Кровотечение представляет собой состояние, связанное с самопроизвольным выкидышем и сопровождающееся определенными симптомами (рис. 2).

Кровотечения подразделяют на две группы:

- физиологические — появляются из-за естественных изменений в женском организме;
- патологические — являются одним из признаков серьезных отклонений. В этом случае кровотечение при беременности как на ранних, так и на поздних сроках может вызвать гибель плода и проблемы со здоровьем женщины [13].

Также необходимо отметить, что кровотечения могут быть трех типов: внешнее, внутреннее (образуется гематома) и комбинированное (внутреннее и внешнее одновременно).

Что касается причин возникновения кровотечений на ранних сроках беременности, то они различны: внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш, разрыв варикозно расширенных узлов, полипы, дисбаланс гормонов, истмико-цервикальная недостаточность, пузырный занос (молярная беременность), эктопия шейки матки, ошибки в медицинской диагностике и др. Несвоевременная медицинская помощь при кровотечении может привести к летальному исходу вследствие потери женщиной большого количества крови.

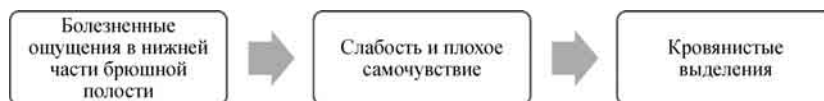


Рис. 2. Основные симптомы самопроизвольного выкидыша.



Рис. 3. Причины летального исхода при замершей беременности.

Термин «замершая беременность» означает полную остановку внутриутробного роста и развития, приводящую к гибели плода. Патология может носить бессимптомный характер и сопровождаться сильнейшей интоксикацией [14]. К смерти женщины могут привести тяжелые осложнения, возникающие при нахождении мертвого плода внутри женского организма более 3—4 нед (рис. 3).

Самым информативным и точным методом диагностики замершей беременности является ультразвуковое исследование. Звуковые волны высокой частотности позволяют максимально точно сканировать организм, не подвергая его лучевому воздействию. Необходимо отметить, что данное исследование могут проводить только дипломированные специалисты, окончившие подготовку в ординатуре или интернатуре по одному из следующих направлений:

- «клиническая лабораторная диагностика»;
- «рентгенология»;
- «ультразвуковая диагностика»;
- «авиационная и космическая медицина»;
- «педиатрия»;
- «челюстно-лицевая хирургия».

Таким образом, все вышесказанное подтверждает актуальность исследования и озабоченность автора в рамках вопроса сохранения здоровья женщины-моряка, а также предупреждения летального исхода при наступлении беременности в период выполнения профессиональных обязанностей на борту судна.

Обсуждение

В случае возникновения маточного кровотечения акушеры и гинекологи рекомендуют провести следующие действия в рамках оказания первой медицинской помощи:

- уложить женщину на кровать на спину, ноги приподнять, подложить под них валик, подушку;
- приложить грелку со льдом на низ живота;
- организовать обильное питье с целью восполнения потери крови;
- дать лекарственные препараты, уменьшающие кровотечение и компенсирующие нарушения в связи с кровопотерей: дицион, глюконат кальция, аминокaproновую кислоту, аскорбиновую кислоту, викасол, отвар крапивы [15].

Категорически запрещается находиться в стоячем и сидячем положении; лежать, прижав ноги к животу; принимать горячую ванну; делать спринцевания и употреблять горячие напитки. В большинстве случаев при грамотной первой помощи кровотечение прекращается, но в 15% случаев патологический процесс завершается летально.

Анализ результатов научных исследований авторов по вопросам укомплектованности судовой аптечки показал, что необходимые для остановки кровотечения лекарственные препараты отсутствуют на борту судна [16].

Кроме того, ни одно водное торговое судно не оснащено ультразвуковым аппаратом, а также не укомплектовано членом экипажа, способным проводить квалифицированное обследование женщины-моряка.

Третьим проблемным аспектом, препятствующим оказанию своевременной медицинской помощи женщине-моряку в случае кровотечения, является невозможность в короткий период времени доставить ее на берег. Минимальный временной интервал составляет 5—6 ч при условии, что судно находится на внешнем рейде порта. В случае нахождения судна в открытом море временной интервал увеличится до нескольких дней или недель. Кроме того, экстремальные погодные условия и дрейфующие льды в арктических морях могут помешать быстро эвакуировать больных.

Для решения данной проблемы можно воспользоваться услугами санитарной авиации, организующей перевозку тяжелобольных по воздуху на полностью оборудованных самолетах с опытным медицинским персоналом на борту. Как показывает практика, авиапарк скорой помощи оснащен стационарным оборудованием для интенсивной терапии, чтобы обеспечить оптимальный уход и транспортировку пациентов независимо от их чрезвычайного положения. При необходимости на все самолеты может быть установлено дополнительное оборудование, применяемое в конкретных клинических случаях [17].

Воздушные медицинские суда работают со всеми пациентами, независимо от характера травм или заболеваний, поскольку своевременная профессиональная помощь позволяет сохранить жизнедеятельность тяжелобольного человека. Перевозка пострадавшего по воздуху занимает меньше времени, у меньшего числа пациентов возникают осложнения в пути, поскольку они могут быстрее добраться до лечебного учреждения, больницы или госпиталя, где им окажут своевременную помощь (рис. 4).

Единственным минусом данного варианта является его дороговизна. В России стоимость вызова одного воздушного медицинского судна на дальние расстояния достигает нескольких миллионов рублей. Однако, учитывая тот факт, что судовладелец обязан организовать и оплатить репатриацию члена

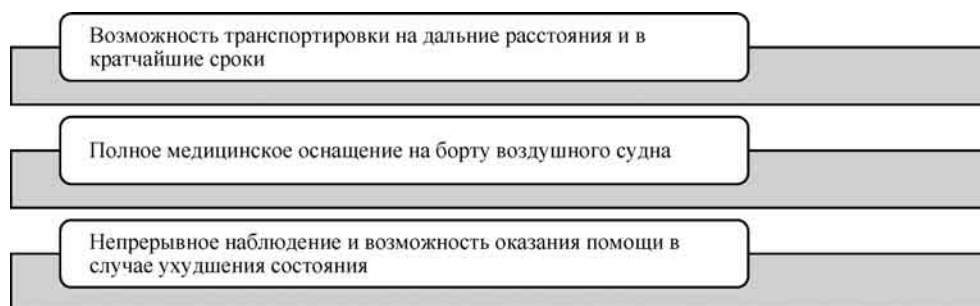


Рис. 4. Преимущества воздушной медицины.

экипажа в случае наступления страхового случая, данные расходы будут оплачены соответствующим клубом взаимного страхования.

Также необходимо отметить роль телемедицины в решении заявленного к рассмотрению проблемного аспекта. Данное направление деятельности не является заменой реальной медицинской консультации, но эта услуга является важным инструментом для оценки состояния здоровья моряка на судне в открытом море или до захода в порт. Соответствующий врач может дать рекомендации по степени неотложности медицинского случая, а также оценить возможности лечения моряка на борту судна или на берегу.

Заключение

Проведенное исследование подтверждает мнение автора относительно высокой вероятности наступления летальных исходов у женщин-моряков на борту судна вследствие неготовности морского судоходства к решению проблемных вопросов в рамках оказания необходимой медицинской помощи при патологии беременности. Данное обстоятельство обусловлено отсутствием соответствующих рекомендаций к действию ответственных за медицинское сопровождение членов экипажей в Международном руководстве по судовой медицине [18], нехваткой необходимых лекарственных препаратов для остановки кровотечений в судовой аптечке, а также невозможностью выполнения требуемых временных интервалов для доставки больного на берег.

В целях реализации задачи Международной морской организации по расширению прав и возможностей женщин в морском сообществе [19], а также решения выявленного в работе проблемного вопроса автором предлагаются следующие мероприятия:

1. Внесение в Международное руководство по судовой медицине соответствующих рекомендаций касательно действий ответственных за медицинское сопровождение на судне членов экипажа по сохранению жизни женщины-моряка при патологии беременности.
2. Пересмотр программы курса «Оказание первой медицинской помощи и медицинский уход» для моряков с включением раздела «Патология беременности».

3. Разработка нового перечня лекарственных средств, входящих в состав судовой аптечки, с учетом нахождения женщин-моряков на борту судна и возможных нарушений их здоровья.
4. Учитывая высокий риск наступления летального исхода у женщины-моряка в случае невозможности своевременного оказания медицинской помощи на берегу (длительная репатриация), требуется пересмотр положений трудового контракта в рамках вопроса о беременности.
5. Введение обязательного требования по сдаче теста на беременность перед отправлением женщины-моряка на борт судна в целях сохранения жизни и предупреждения летальных исходов при патологиях.

По мнению автора, внедрение предложенных рекомендательных мер позволит не только продолжить развитие гендерного равенства на флоте, но и обеспечит судовладельцу в полной мере выполнение необходимых конвенционных требований в рамках вопросов охраны труда и сохранения жизни членов экипажей.

Кроме того, предупреждение наступления патологий беременности у женщин-моряков станет залогом сохранения их репродуктивной функции, сократит количество страховых случаев на борту судна, а также снизит риск летальных исходов.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Российский профсоюз моряков: Число женщин на флоте не превышает 2%. Режим доступа: <https://portnews.ru/news/360473/> (дата обращения 01.09.2024).
2. Женщины в морской отрасли: реалии и перспективы. Режим доступа: http://www.sur.ru/ru/news/lent/2024-03-06/zhenshhiny_v_morskoj_otrasli_realii_i_perspektivy_23251/ (дата обращения 01.09.2024).
3. Кампания по расширению участия женщин в судоходстве демонстрирует медленный прогресс. Режим доступа: http://www.sur.ru/ru/news/lent/2022-11-29/kampanija_po_rasshireniju_uchastija_zhenshhin_v_sudokhodstve_demonstriruet_medlennyj_progress_21868/ (дата обращения 01.09.2024).
4. Медкнижка моряка. Режим доступа: https://medic1.ru/clients/medknizhki/medknizhki_vrachi_i_analizi/medknizhka-moryaka.php (дата обращения 01.09.2024).
5. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 08.08.2024). Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/b3b98c8b54f919c352560aad5f95df943fd9fe/ (дата обращения 01.09.2024).

6. Пособие по беременности и родам в 2024 году. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/law/ref/poleznye-sovety/detskie-posobija/posobie-po-beremennosti-i-rodam/> (дата обращения 01.09.2024).
7. Соглашения МФТ. Режим доступа: <https://www.itfseafarers.org/ru/your-rights/%D0%A1%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%9C%D0%A4%D0%A2-0> (дата обращения 01.09.2024).
8. Тимченко Т. Н., Боран-Кешишьян А. Л. Несвоевременная репатриация членов экипажа судна как угроза нарушения состояния психологического здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(6):1306–12.
9. Тимченко Т. Н., Коперчак О. П. Исследование проблемы профессиональной потери слуха у членов экипажей водных судов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(6):1337–43.
10. Конфино К. В. Влияние производственных факторов на здоровье членов экипажа нефтеналивного флота. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;(1):61–7.
11. 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;32(1):68–74.
12. Тимченко Т. Н. Проблемные аспекты оказания медицинской помощи рыбакам в географических сегментах Северного морского пути. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(5):959–64.
13. Кровотечение при беременности. Режим доступа: <https://klinikabudzdorov.ru/diseases/krovotechenie-pri-beremennosti/> (дата обращения 15.09.2024).
14. Замершая беременность. Режим доступа: <https://klinikabudzdorov.ru/diseases/zamershaya-beremennost/> (дата обращения 15.09.2024).
15. Кровотечения в акушерстве и гинекологии. Режим доступа: <https://clinic-nail.ru/help/stati/krovotecheniya-v-akusherstve-i-ginekologii/> (дата обращения 15.09.2024).
16. Тонконог В. В., Погарская А. С., Головань Т. В., Конфино К. В., Арестова Ю. А. Особенности пополнения судовой аптеки на судах заграничного плавания. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(1):72–9.
17. Как работает санитарная авиация. Режим доступа: https://chartertech.ru/flight_log/sanitarnaya-aviaciya-v-chem-ee-preimushchestva/ (дата обращения 15.09.2024).
18. Международное руководство по судовой медицине. Режим доступа: https://iris.who.int/bitstream/10665/43814/1/9789244547205_rus.pdf (дата обращения 15.09.2024).
19. «От слов к делу»: преодолевая гендерный разрыв в морской отрасли. Режим доступа: http://sur.ru/ru/news/lent/2023-05-29/_ot_slov_k_delu_preodolevaja_gendernyj_razryv_v_morskoj_otrasli_22370/ (дата обращения 15.09.2024).
3. Campaign to increase women's participation in shipping shows slow progress. Available at: http://www.sur.ru/ru/news/lent/2022-11-29/kampanija_po_rasshireniju_uchastija_zhenshin_v_sudokhodstve_demonstruet_medlennij_progress_21868/ (accessed 01.09.2024) (in Russian).
4. Seaman's medical book. Available at: https://medic1.ru/clients/medknizhki/medknizhki_vrachi_i_analzy/medknizhka-morya-ka.php (accessed 01.09.2024) (in Russian).
5. Labor Code of the Russian Federation of 12/30/2001 No. 197-FZ (as amended on 08.08.2024). Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/b3b98c8b54f919c352560aad5f95df943fd9fe/ (accessed 01.09.2024) (in Russian).
6. Maternity benefits in 2024. Available at: <https://www.consultant.ru/law/ref/poleznye-sovety/detskie-posobija/posobie-po-beremennosti-i-rodam/> (accessed 01.09.2024) (in Russian).
7. ITF agreements. Available at: <https://www.itfseafarers.org/ru/your-rights/%D0%A1%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F-%D0%9C%D0%A4%D0%A2-0> (accessed 01.09.2024) (in Russian).
8. Timchenko T. N., Boran-Keshishyan A. L. Untimely repatriation of ship crew members as a threat to mental health. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2022;30(6):1306–12 (in Russian).
9. 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):1337–43 (in Russian).
10. 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):61–7 (in Russian).
11. 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 Russian).
12. Timchenko T. N. Problematic aspects of providing medical care to fishermen in the geographical segments of the Northern Sea Route. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2024;32(5):959–64 (in Russian).
13. Bleeding during pregnancy. Available at: <https://klinikabudzdorov.ru/diseases/krovotechenie-pri-beremennosti/> (accessed 01.09.2024) (in Russian).
14. Frozen pregnancy. Available at: <https://klinikabudzdorov.ru/diseases/zamershaya-beremennost/> (accessed 15.09.2024) (in Russian).
15. Bleeding in obstetrics and gynecology. Available at: <https://clinic-nail.ru/help/stati/krovotecheniya-v-akusherstve-i-ginekologii/> (accessed 15.09.2024) (in Russian).
16. Tonkonog V. V., Pogarskaya A. S., Golovan T. V., Confino K. V., Arestova Yu. A. Features of replenishment of the ship's pharmacy on foreign-going ships. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2022;30(1):72–9 (in Russian).
17. How does air ambulance work. Available at: https://chartertech.ru/flight_log/sanitarnaya-aviaciya-v-chem-ee-preimushchestva/ (accessed 15.09.2024) (in Russian).
18. International Guide to Ship Medicine. Available at: https://iris.who.int/bitstream/10665/43814/1/9789244547205_rus.pdf (accessed 15.09.2024) (in Russian).
19. “From words to deeds”: bridging the gender gap in the maritime industry. Available at: http://sur.ru/ru/news/lent/2023-05-29/_ot_slov_k_delu_preodolevaja_gendernyj_razryv_v_morskoj_otrasli_22370/ (accessed 15.09.2024) (in Russian).

Поступила 14.08.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Russian Seafarers' Union: The Number of Women in the Navy Does Not Exceed 2%. Available at: <https://portnews.ru/news/360473/> (accessed 01.09.2024) (in Russian).
2. Women in the Maritime Industry: Realities and Prospects. Available at: http://www.sur.ru/ru/news/lent/2024-03-06/zhenshiny_v_morskoj_otrasli_realii_i_perspektivy_23251/ (accessed 01.09.2024) (in Russian).

Тонконог В. В.

ОСОБЕННОСТИ ТАМОЖЕННОГО ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ ПРИ ВВОЗЕ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ

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

Рассмотрены особенности таможенного оформления медицинских изделий при их ввозе в Российскую Федерацию. Актуальность темы обусловлена растущей потребностью в модернизации системы здравоохранения и обеспечении населения качественными медицинскими товарами. Основное внимание уделено анализу существующих законодательных и нормативных актов, регулирующих данный процесс, а также выявлению особенностей, возникающих на этапах регистрации, контроля и сертификации медицинских изделий. Автор исследует ключевые этапы таможенного оформления, включая подготовку необходимой документации и взаимодействие с государственными органами. Автор уделяет внимание изменениям, внесенным в законодательство в свете глобальных вызовов и потребностей внутреннего рынка. В заключении представлены причины, имеющие критическое значение для соблюдения таможенных формальностей при перевозке медицинских изделий. Статья ориентирована на специалистов в области таможенного дела, медицинского бизнеса, а также на всех заинтересованных лиц.

Ключевые слова: медицинские изделия; порядок ввоза; государственная регистрация; таможенное оформление; государственное регулирование.

Для цитирования: Тонконог В. В. Особенности таможенного оформления медицинских изделий при ввозе в Российскую Федерацию. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):65–72. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-65-72>

Для корреспонденции: Тонконог Виктория Владимировна, канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры таможенного права ФГБОУ ВО «Государственный морской университет имени адмирала Ф. Ф. Ушакова», e-mail: vikatonkonog79@mail.ru

Tonkonog V. V.

THE CHARACTERISTICS OF CUSTOMS OFFICIAL REGISTRATION OF MEDICAL ARTICLES UNDER IMPORTATION INTO THE RUSSIAN FEDERATION

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

The article considers characteristics of customs official registration of medical articles under their import into the Russian Federation. The actuality of issue is conditioned by increasing need in modernization of health care and supply of population with high-quality medical articles. The main attention is paid to analysis of actual legislative and normative acts regulating this process and to discover characteristics occurring at stages of registration, control and certification of medical articles. The key stages of customs official registration are investigated including preparation of necessary documentation and interaction with state agencies. The attention is paid to changes made to legislation in the light of global challenges and needs of national market. In conclusion, causes are presented having critical importance for observance of customs formalities during transportation of medical articles.

Keywords: medical articles; import procedure; state registration; customs official registration; state regulation.

For citation: Tonkonog V. V. The characteristics of customs official registration of medical articles under importation into the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):65–72 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-65-72>

For correspondence: Tonkonog V. V., candidate of economic sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Law of Customs of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Admiral F. F. Ushakov State Maritime University”. e-mail: vikatonkonog79@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 14.06.2024

Accepted 31.10.2024

Введение

Ситуация с преобладанием импортированных медицинских изделий на российском рынке ясно демонстрирует зависимость страны от международных поставок и технологий в сфере здравоохранения. Высокая доля импортной медицинской продукции, достигающая около 80% общего объема, подчеркивает значимую роль зарубежных партнеров в обеспечении отечественной медицинской отрасли современным оборудованием и инновационными технологиями [1]. Несмотря на важность баланса между импортом и развитием отечественного производства для обеспечения устойчивости и неза-

висимости российской системы здравоохранения, в настоящее время Россия проявляет интерес к импорту медицинских изделий и активно поддерживает данную сферу, снижая таможенные платежи. При прохождении таможенного оформления такие изделия обязательно должны быть задекларированы, что подразумевает соблюдение определенных норм и процедур. В настоящий момент для стимулирования импорта медицинской техники действуют специальные условия, которые включают как пониженные ставки таможенных пошлин, так и налоговые льготы [2]. Эти меры направлены на снижение финансовой нагрузки на медицинские учреждения

и обеспечивают доступ к современным технологиям. Действующие механизмы поддержки импорта медицинских изделий помогают улучшить ситуацию в здравоохранении, обеспечивая доступ медиков и пациентов к высококачественным услугам и современным медицинским технологиям.

Объектом исследования данной научной работы выступает нормативно-правовая база, регламентирующая вопросы импорта медицинских изделий в аспекте таможенного оформления.

Целью данной работы стал анализ механизмов государственного регулирования импорта медицинских изделий в Российской Федерации.

Материалы и методы

В рамках заявленной темы исследована законодательная база, регулирующая вопросы импорта медицинских изделий в Российскую Федерацию. В связи с большим объемом нормативно-правовых документов в рамках исследуемой темы и невозможностью их перечисления в полном объеме, представлены основополагающие нормативно-правовые акты:

- Постановление Правительства РФ от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» (с изменениями и дополнениями);
- Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании» (последняя редакция);
- Постановление Правительства Российской Федерации от 23.12.2021 № 2425 «Об утверждении единого перечня продукции, подлежащей обязательной сертификации, и единого перечня продукции, подлежащей декларированию соответствия, внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2020 г. № 2467 и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями);
- Решение Комиссии Таможенного союза от 07.04.2011 № 620 «О едином перечне продукции, подлежащей обязательному подтверждению соответствия с выдачей сертификатов соответствия и деклараций о соответствии по единой форме»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 18.03.2020 № 299 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий».

Законодательные и иные нормативные правовые акты, касающиеся вопросов импорта медицинских изделий в Российскую Федерацию, рассмотрены с акцентом на процессы их таможенного оформления. Основное внимание уделено законодательно установленным стандартам, прошедшим изменения в свете актуальных потребностей в области здраво-

охранения. В исследовании были проанализированы федеральные законы и постановления Правительства, регламентирующие особенности регистрации и контроля медицинских изделий, нормативно-правовые акты Евразийского экономического союза (ЕАЭС), содержащие положения о порядке ввоза товаров, их классификации и тарифном регулировании, нормативные акты Минздрава России, касающиеся обязательного контроля за качеством и безопасностью медицинской продукции. Исследование опиралось на работы российских ученых и специалистов, занимающихся анализом рынка медицинских изделий и правовых аспектов их импорта. Использованы различные методы научного познания, включая эмпирический метод, который позволил провести анализ фактических данных о процедурах импорта, а также оценить эффективность существующих механизмов таможенного оформления, и аналитический метод, применяемый для систематизации собранных данных и выявления закономерностей в законодательстве и практической деятельности.

Результаты исследования

Качественные характеристики медицинских изделий, ввозимых в Россию, подлежат строгому контролю [3]. Действующая система контроля и регулирования в области медицинских изделий в России направлена на обеспечение максимальной безопасности для пациентов и медицинского персонала, предотвращая использование несертифицированных или небезопасных изделий, и включает в себя несколько ключевых этапов:

1. *Государственная регистрация.* Все медицинские изделия, которые предполагаются к использованию на территории России, должны пройти процесс государственной регистрации. Это подразумевает, что производитель или его уполномоченный представитель должны подать заявление в Росздравнадзор. В процессе регистрации представляются документы, подтверждающие безопасность и эффективность медицинского оборудования на основе клинических испытаний и других исследований [4].

2. *Сертификация.* После регистрации изделие должно быть сертифицировано в соответствующих системах сертификации. Сертификат подтверждает, что продукция соответствует установленным стандартам безопасности и качества. Для понимания необходимости обязательного оформления сертификатов и деклараций о соответствии для медицинских изделий в России необходимо детально проанализировать действующие нормативные документы. Рассмотрим каждый из пунктов более подробно.

2.1. Технические регламенты Российской Федерации. К медицинским изделиям применим Федеральный закон «О техническом регулировании» [5];

2.2. Единый перечень продукции, подлежащей обязательной сертификации. Обязательная сертификация и декларирование соответствия медицин-

Здоровье и общество

ских изделий подробно прописаны в перечнях, утвержденных постановлениями Правительства:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 23.12.2021 № 2425 (с 01.09.2022) определяет обязательные категории продукции, подлежащие сертификации и декларированию [6];
- Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2009 № 982 (действовало до 01.09.2022) было основной нормативной базой для этих процессов [7].

2.3. Документы ЕАЭС по подтверждению соответствия. В рамках ЕАЭС также существует необходимость подтверждения соответствия товаров требованиям технических регламентов. Это включает издание сертификатов и деклараций о соответствии по унифицированной форме. Основные документы:

Решение Комиссии Таможенного союза от 07.04.2011 № 620 определяет порядок сертификации и декларирования на уровне ЕАЭС [8];

Решение Совета Евразийской экономической комиссии (ЕЭК) от 19.08.2022 № 119 (вступило в силу с 22.02.2023), которое обновляет правила и требования к сертификации и декларированию [9].

3. *Внесение в Госреестр медицинских изделий.* Только после успешной регистрации и сертификации аппараты могут быть добавлены в Госреестр медицинских изделий, который служит официальным подтверждением того, что изделие прошло все необходимые проверки и может безопасно использоваться в медицинских учреждениях страны [10].

4. *Постоянный контроль.* После внесения в реестр медицинские изделия продолжают подвергаться мониторингу. Это включает в себя оценку безопасности и эффективности уже используемых изделий, а также учет возможных негативных эффектов, связанных с их использованием.

Итак, медицинские изделия для целей таможенного оформления являются льготной категорией товаров. Ст. 38 Федерального закона № 323-ФЗ дает исчерпывающее определение понятию медицинские изделия: «Медицинскими изделиями являются любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболитического воздействия на организм человека. Медицинские изделия могут признаваться взаимозаменяемыми, если они сравнимы по

функциональному назначению, качественным и техническим характеристикам и способны заменить друг друга» [11].

Для ввоза медицинских изделий на территорию России с целью их продажи необходимо обеспечить наличие определенных разрешительных документов.

1. *Регистрационное удостоверение (РУ).* Оно является основным документом, подтверждающим безопасность и эффективность медицинского изделия на территории России. Получение РУ осуществляется через Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор). РУ бессрочного действия, выданные до 1 января 2013 г., должны были быть заменены на новые РУ до 1 января 2021 г. Для ввоза медицинских изделий в Россию с целью их государственной регистрации необходимо получить разрешение на ввоз от Росздравнадзора. Этот процесс регламентируется Приказом Минздрава России от 30.06.2020 № 661н, который четко определяет порядок и требования для ввоза медицинских изделий в целях их регистрации [12]. В 2020 г. значительно уменьшились сроки регистрации для определенных категорий товаров, применяемых в борьбе с коронавирусной инфекцией. В постановлении Правительства России от 18.03.2020 № 299 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий» [13] представлен перечень медицинских изделий с низкой степенью потенциального риска, для которых процесс государственной регистрации (выдача РУ) осуществляется в сокращенные сроки.

2. *Декларация о соответствии.* Для медицинских изделий, не подлежащих обязательной сертификации, необходимо оформление декларации о соответствии. Этот документ подтверждает, что изделие отвечает установленным требованиям безопасности и качества. Декларацию можно оформить на основе собственных испытаний и на основании испытаний, проведенных в аккредитованных лабораториях. С 1 января 2021 г. вступила в силу новая редакция Постановления Правительства Российской Федерации от 04.07.2020 № 982 [14], вносящая изменения в Единый перечень продукции, подтверждение соответствия которой осуществляется в форме принятия декларации о соответствии (касается декларирования соответствия требованиям ГОСТ Р). Если медицинское изделие попадает под действие технических регламентов Таможенного союза (ТС) или ЕАЭС, таких как ТР ТС 020/2011 «Электромагнитная совместимость технических средств», то необходимо соблюдать требования этих регламентов, что также включает процедуры оценки соответствия. Предприниматель может получить отказное письмо, которое подтверждает, что конкретное изделие не подлежит обязательной оценке соответствия по данному регламенту. Этот документ может иметь важное значение для бизнеса, так как освобождает от необходимости проходить все процедуры оценивания, что позволит сэкономить время и финансы. Если производитель желает подчеркнуть

высокое качество своего изделия и повысить доверие покупателей, он может получить добровольный сертификат соответствия. Этот сертификат является дополнительным и не является обязательным, но указывает на то, что изделие было оценено в соответствующей лаборатории и признано безопасным и качественным. Он может помочь в продвижении продукта на рынке, поскольку наличие такого сертификата подчеркивает ответственность производителя. Если продукция выпускается большими сериями, а изменение технологии, потребительских качеств в ближайшее время не планируется, то декларацию нужно оформлять сразу на серийное производство и на максимальный срок действия (3 года). Наименование товара, его модель должны совпадать со сведениями в РУ. Также следует обращать внимание на коды ОКПД2 (Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности), так как по некоторым кодам ОКПД2 полагается льгота по налогу на добавленную стоимость (НДС).

3. *Лицензия Минпромторга России*. Если медицинское изделие относится к высокочастотным устройствам (ВЧУ) или радиоэлектронным средствам (РЭС), требуется лицензия Минпромторга России. Согласно перечню 2.16 Решения Коллегии ЕЭК от 21.04.2015 № 30 [15], ВЧУ ограничены к ввозу на территорию ЕАЭС. В связи с этим для таможенного оформления требуется предоставление лицензии Минпромторга России или сведений о включении изделий в единый реестр. Выдача лицензии осуществляется на основании результатов испытаний товаров в лабораториях радиочастотного центра (РЧЦ). Для этого сначала необходимо провести ввоз образцов. Образцы можно оформить только в соответствии с процедурой временного ввоза (ИМ 53) и на основании заключения (разрешительного документа) Роскомнадзора. Кроме того, если товар находится в Едином реестре ЕЭК РЭС (ВЧУ), то ввоз можно осуществить без получения лицензии от Минпромторга России. Например, в этом реестре имеются такие изделия, как медицинская косметологическая техника, некоторые рентгеновские установки и электрохирургические высокочастотные аппараты.

4. *Международный сертификат качества международной организации по стандартизации (ИСО)*. ИСО 13485 — это международный стандарт, определяющий требования к системе управления качеством для организаций, работающих в области медицинских изделий. Он направлен на обеспечение постоянного производства и поставки безопасных и эффективных медицинских изделий, соответствующих законодательным и регуляторным требованиям. В Российской Федерации применяется адаптированный вариант международного стандарта, который называется ГОСТ ИСО 13485:2016. Этот стандарт разработан с учетом особенностей российского законодательства и нормативной базы. Основные отличия могут касаться таких аспектов, как документооборот, требования к отчетности и взаи-

модействие с контролирующими органами. ГОСТ ИСО 13485:2016 разработан на основе предыдущей версии ИСО 13485:2003; в отличие от старой версии, новая редакция учитывает последние изменения в области качества и безопасности медицинских изделий. Стандарт учитывает риск-ориентированный подход, что позволяет организациям более эффективно управлять качеством и безопасностью.

5. *Инвойс (или счет-фактура)* — это документ, который содержит информацию о продаже и доставке этих товаров. Он играет ключевую роль в международной торговле и таможенном оформлении. Инвойс — это документ, который выставляет продавец покупателю и фиксирует условия продажи, количество и стоимость товаров. Он также служит основанием для оплаты. Инвойс для медицинских изделий должен содержать определенные элементы:

- информацию о продавце и покупателе — название, адрес, контактные данные;
- дату выпуска инвойса;
- номер инвойса;
- описание продукции — наименование, количество, единицы измерения, код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности (если требуется);
- цену единицы и общую стоимость;
- условия поставки и оплаты — Базис ИНКОТЕРМС (International Commercial Terms; набор стандартов, которые экспортеры и импортеры используют в международной доставке товаров, описывающие обязанности и разграничивающие риски и затраты продавца и покупателя);
- данные о сертификации — наличие необходимых сертификатов и разрешений для медицинских изделий, что особенно важно, поскольку эти товары подлежат строгим регуляциям.

Транспортная документация на груз при перевозке медицинских изделий является ключевым элементом, обеспечивающим успешное выполнение всех этапов логистического процесса. Наиболее важные документы, которые необходимы для транспортировки медицинских изделий, включают:

6.1. *Транспортную накладную*. Транспортная накладная содержит информацию о грузоотправителе и грузополучателе, наименовании и количестве товаров, условиях перевозки. В зависимости от способа доставки это может быть:

- коносамент (для морских перевозок);
- международная транспортная накладная (для автомобильных перевозок); на русском языке накладную называют ЦМР (Convention relative au contrat de transport international de marchandises par route, что переводится как «Конвенция о договоре международной перевозки грузов автомобильным транспортом»);
- авианакладная (Air Waybill, AWB), для авиаперевозок.

Здоровье и общество

6.2. Упаковочный лист. Данный документ содержит информацию о содержимом упаковки (количество, описание, масса), а также может включать указания по обращению с грузом, если это требуется (например, температурный режим, хранение и транспортировка).

6.3. Документы на сопутствующие товары. Если медицинские изделия поставляются с комплектующими или расходными материалами, необходимо наличие документов, подтверждающих их качество и соответствие стандартам.

6.4. Квалифицированные документы. Для некоторых изделий могут потребоваться дополнительные документы — условия хранения и транспортировки, инструкции по применению, отчеты о клинических испытаниях и другие.

7. *Таможенная декларация* — описывает товары, их стоимость и предназначение, а также отражает информацию о таможенной стоимости и таможенных платежах, подлежащих уплате.

Обсуждение

Не все категории медицинского оборудования можно ввезти в Россию. Ограничения на импорт медицинских товаров затрагивают некоторые виды продукции, что связано с действующими нормами. При этом речь не идет о небезопасных или поддельных товарах, такие меры направлены на защиту интересов отечественных производителей, что является частью политики протекционизма.

Постановлением Правительства от 05.02.2015 № 102 установлен перечень изделий, ввоз которых из-за границы запрещен для государственной закупки [16]. Крупные медицинские учреждения, финансируемые из бюджета, являются значительными участниками этого рынка [17]. Однако законодательство считает, что отечественные производители уже достигли высокого уровня качества в производстве указанных изделий, поэтому российским организациям нет необходимости закупать иностранное оборудование, когда имеется возможность приобрести продукцию местного производства. В настоящий момент данный перечень включает около 140 наименований медицинских изделий и изменялся уже 10 раз.

Процесс таможенного оформления медицинских изделий, которые еще не прошли регистрацию, имеет особенности. Так, транспортировка такого оборудования для получения последующей регистрации разрешена только при наличии одобрения Росздравнадзора и осуществляется в ограниченных количествах, необходимых для проведения обязательных исследований. Эти исследования помогут принять решение о регистрации продукта или же отказе в выдаче РУ. Количество образцов, необходимых для этих целей, определяется с учетом:

— класса риска ввозимого изделия, что определяется по методике, изложенной в приказе Минздрава России от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий»;

— специфики испытаний, которые должны быть проведены для данного вида продукции. Согласно действующему законодательству, для каждой категории медицинских изделий предусмотрены различные испытания — технические, токсикологические, клинические исследования, а также тесты на утверждение типа.

Для таможенного оформления медицинских изделий, которые поставятся в Россию с целью последующей государственной регистрации, требуется специальный документ — разрешение Росздравнадзора на ввоз образцов для исследований. Этот процесс регламентируется Приказом Минздрава России от 15.06.2012 № 7н. «Об утверждении порядка ввоза на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях государственной регистрации». Разрешение выдается на единоразовой основе и действительно только для указанных в нем видов изделий. Срок действия документа составляет 6 мес, этого обычно достаточно для выполнения всех необходимых таможенных процедур, даже если возникают неожиданные задержки или трудности.

Как сказано ранее, медицинские изделия обладают особым статусом по сравнению с другими товарами, и для данной категории товаров предусмотрены налоговые льготы. Если все условия регистрации изделия были соблюдены, таможенное оформление этих товаров может быть выполнено с полным освобождением от НДС (ставка 0%) или с частичным освобождением от НДС (ставка 10% вместо стандартных 20%).

Для получения полного освобождения от НДС (0%) при ввозе медицинских изделий на территорию Российской Федерации необходимо соблюдение определенных условий:

1. Наличие РУ.

2. Соответствие перечню: ввозимое медицинское изделие должно входить в «Перечень медицинских товаров, реализация которых на территории Российской Федерации и ввоз которых не подлежат налогообложению». Этот перечень утвержден Постановлением Правительства России от 30.09.2015 № 1042 и периодически обновляется, последние изменения были внесены Постановлением от 01.10.2020 № 1574 «О внесении изменений в перечень медицинских товаров, реализация которых на территории Российской Федерации и ввоз которых на территорию Российской Федерации и иные территории, находящиеся под ее юрисдикцией, не подлежат обложению (освобождаются от обложения) налогом на добавленную стоимость». Компании должны внимательно следить за актуальностью перечня и соответствовать указанным требованиям.

Частичное освобождение от уплаты НДС (10%) для определенных медицинских изделий связано с несколькими важными условиями и требованиями. Условия для частичного освобождения от НДС (10%):

— наличие РУ;

— коды товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности (ТН ВЭД); для того

чтобы получить частичное освобождение от уплаты НДС, медицинские изделия должны соответствовать кодам ТН ВЭД, указанным в «Перечне кодов медицинских товаров». Этот перечень утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.09.2008 № 688.

Полная уплата НДС в размере 20% при ввозе товаров на территорию Российской Федерации обусловлена несколькими факторами.

Случаи, при которых необходимо уплатить НДС в размере 20%:

- Товар не указан в Перечнях. Если ввозимый товар не попадает ни в один из перечней, предоставленных законодательством, то на него будет начислен полный НДС. Это касается товаров, которые не классифицируются как медицинские изделия или не подходят под категории с частичным освобождением от НДС.
- Несоответствие количеству и составу в РУ. Если в РУ указаны термины «комплект», «состав» или «набор» и товар ввозится не в полной комплектации, то будет начислен полный НДС на излишки [18]. Например, если РУ подразумевает, что в комплекте должно быть одна эндоскопическая помпа и не более четырех силиконовых трубок, а ввозят одну помпу, пять трубок и три трансформатора, то за излишнюю трубку и трансформатор необходимо будет уплатить НДС в размере 20%.
- Принадлежности без основного медицинского изделия. Согласно письму Федеральной таможенной службы России от 07.03.2014 № 05-17/10390, принадлежности, ввозимые без основного медицинского изделия, также подлежат полной уплате НДС. Принадлежности — это предметы, которые не являются медицинскими изделиями, но по своему назначению используются совместно с ними. Например, если ввозятся трубки, которые предназначены для использования с конкретной медицинской аппаратурой, но сами аппараты не ввезены, НДС подлежит уплате.

Таможенное оформление товаров и предоставление льгот на ввоз медицинского оборудования осуществляется на основании таможенной декларации или декларации на товар (ДТ). Заполнение ДТ, имеющей право на льготы по НДС, имеет некоторые особенности.

1. Описание товара в графе 31 должно основываться на данных из РУ, при этом необходимо указать код ОКПД 2.

2. Если товар оформляется по схеме нулевого НДС, в графе 36 проставляется код ХТ, а для ставки НДС 19% используется код ЛМ.

3. Код вида документа 7011 в графе 44 требует указания ссылок на нормативные акты, в соответствии с которыми рассчитывается НДС.

4. Код вида документа 7012 в графе 44 должен содержать реквизиты РУ в формате «07012/0 РЗН 201x/xxxx от дд.мм.гг Пл. 5010».

5. В графе 47 указывается порядок расчета платежей по НДС: при нулевой ставке необходимо указать код УН, а для десятипроцентной — представить расчет начислений.

По мнению автора, освобождение от НДС является важным преимуществом, поскольку позволяет снизить финансовую нагрузку на компании, занимающиеся импортом медицинских изделий, и способствует развитию медицинской отрасли в стране. Такие меры стимулируют поставки медицинского оборудования и технологий, что улучшает доступность и качество медицинских услуг для населения. Для получения этих льгот необходимо предоставить необходимые документы, подтверждающие соответствие изделия установленным требованиям и его регистрацию в соответствующих органах. В случае несоблюдения процедур могут возникнуть сложности, вплоть до отказа в освобождении от налогов.

Заключение

Таможенное оформление медицинского оборудования является сложным процессом, который требует от компаний тщательной подготовки и знания актуальных требований законодательства. Понимание всех этапов и наличие необходимой документации помогают избежать юридических проблем и обеспечивают успешное прохождение таможенных процедур. Соблюдение таможенных формальностей при перевозке медицинских изделий имеет критическое значение по нескольким причинам.

1. *Соответствие законодательству.* Соблюдение таможенных формальностей помогает гарантировать соответствие действующему законодательству как страны-экспортера, так и страны-импортера. Ненадлежащее оформление может привести к юридическим последствиям — штрафам, конфискации товаров или даже уголовной ответственности для ответственных лиц.

2. *Безопасность и качество продукции.* Таможенные формальности обеспечивают контроль за качеством и безопасностью медицинских изделий. Это особенно важно в сфере здравоохранения, где любой сбой может негативно сказаться на здоровье пациентов.

3. *Скорость и эффективность при прохождении границы.* Правильное оформление документов и соблюдение всех таможенных процедур ускоряет процесс прохождения товаров через границу. Неправильные или неполные документы могут вызвать задержки, что отрицательно скажется на поставках и выполнении обязательств перед клиентами.

4. *Финансовые последствия.* Несоблюдение таможенных формальностей может привести к значительным финансовым потерям. Это могут быть не только дополнительные издержки на уплату штрафов и пошлин, но и потери из-за задержки товаров, что негативно сказывается на бизнес-процессах.

5. *Репутационные риски.* Компания, которая регулярно сталкивается с проблемами на таможне, рискует потерять доверие клиентов и партнеров. Ча-

Здоровье и общество

стые задержки и недоразумения могут негативно сказаться на репутации, что в долгосрочной перспективе приведет к снижению конкурентоспособности на рынке.

6. *Устойчивое развитие бизнеса.* Соблюдение всех таможенных формальностей способствует более стабильному и предсказуемому ведению бизнеса. Это позволяет компаниям планировать свои действия и минимизировать риски, связанные с импортом медицинских изделий.

7. *Популяризация честного бизнеса.* Соблюдение прозрачности и законности в процессах импорта и экспорта способствует формированию культуры честного бизнеса. Это важно для формирования здоровой конкуренции на рынке и повышения стандартов качества медицинских изделий.

Соблюдение таможенных формальностей при перевозке медицинских изделий является ключевым моментом не только для минимизации рисков и обеспечения безопасности, но и для поддержания положительной репутации на рынке.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаева В. Импорт медицинских изделий в России. *ATTEK Journal*. Режим доступа: <https://www.centrattek.ru/info/import/> (дата обращения 21.05.2024).
2. Тонконог В. В. Вопросы формирования и функционирования общего рынка медицинского оборудования и изделий в рамках Евразийского экономического союза: правовой аспект. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):778—4.
3. Тонконог В. В. Актуальные вопросы обязательной маркировки некоторых видов медицинских изделий. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(5):918—23.
4. Постановление Правительства РФ от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» (с изменениями и дополнениями). Гарант. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70291692/?ysclid=m20chxsbc8559492048> (дата обращения 23.09.2024).
5. Федеральный закон «О техническом регулировании» от 27.12.2002 № 184-ФЗ (последняя редакция). КонсультантПлюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_40241/?ysclid=m20cuaef57791039241 (дата обращения 23.09.2024).
6. Постановление Правительства РФ от 23.12.2021 № 2425 «Об утверждении единого перечня продукции, подлежащей обязательной сертификации, и единого перечня продукции, подлежащей декларированию соответствия, внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2020 г. № 2467 и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями). Гарант. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_40241/?ysclid=m20cuaef57791039241 (дата обращения 23.09.2024).
7. Постановление Правительства РФ от 01.12.2009 № 982 (ред. от 04.07.2020) «Об утверждении единого перечня продукции, подлежащей обязательной сертификации, и единого перечня продукции, подтверждение соответствия которой осуществляется в форме принятия декларации о соответствии» (утратил силу). КонсультантПлюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_94853/?ysclid=m20d501m2y202631500 (дата обращения 23.09.2024).
8. Решение Комиссии Таможенного Союза от 07.04.2011 № 620 «О едином перечне продукции, подлежащей обязательному подтверждению соответствия с выдачей сертификатов соответствия и деклараций о соответствии по единой форме». Гарант. Режим доступа: <https://base.garant.ru/12185812/>

9. Решение Совета ЕЭК от 19.08.2022 № 119 «О внесении изменений в Единый перечень продукции, подлежащей обязательному подтверждению соответствия с выдачей сертификатов соответствия и деклараций о соответствии по единой форме». Альта Софт. Режим доступа: <https://www.altaru.ru/tamdoc/22sr0119/?ysclid=m20dc57ik1520155906> (дата обращения 23.09.2024).
10. Реестр зарегистрированных медицинских изделий. Невасерт Сертификационный центр. Режим доступа: <https://nevacert.ru/reestr/med-reestr?ysclid=m20ge729f588099472> (дата обращения 23.09.2024).
11. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. КонсультантПлюс. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ddcfddbb49e64f085b65473218611b4bb6cd65/?ysclid=m20b8h8za0507454477 (дата обращения 23.09.2024).
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 июня 2020 г. № 661н «Об утверждении Порядка ввоза на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях государственной регистрации». Гарант. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74592262/?ysclid=m20htv65ke226040354> (дата обращения 23.09.2024).
13. Постановление Правительства РФ от 18.03.2020 № 299 «О внесении изменений в Правила государственной регистрации медицинских изделий». Альта Софт. Режим доступа: <https://www.altaru.ru/tamdoc/20ps0299/?ysclid=m20hyuml1e103596424> (дата обращения 23.09.2024).
14. Постановление Правительства РФ от 04.07.2020 № 982 «О признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации и об отмене некоторых актов федеральных органов исполнительной власти, содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю при осуществлении государственного контроля за обращением медицинских изделий». Альта Софт. Режим доступа: <https://www.altaru.ru/tamdoc/20ps0982/?ysclid=m20mozewi9877043435> (дата обращения 03.10.2024).
15. Решение Коллегии ЕЭК от 21.04.2015 г. № 30 «О мерах нетарифного регулирования». Альта Софт. Режим доступа: <https://www.altaru.ru/tamdoc/15kr0030/?ysclid=m20mrqipeu808550749> (дата обращения 03.10.2024).
16. Постановление Правительства РФ от 05.02.2015 № 102 «Об ограничениях и условиях допуска отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд». Альта Софт. Режим доступа: <https://www.altaru.ru/tamdoc/15ps0102/?ysclid=m20mw08s15946824664> (дата обращения 03.10.2024).
17. Погарская А. С. К вопросу параллельного импорта медицинских изделий и комплектующих к ним в Российскую Федерацию в условиях санкционной политики. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(1):43—51.
18. Погарская А. С. Проблемные аспекты таможенного регулирования импортируемых комплектующих принадлежностей медицинских изделий. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(S1):813—9.

Поступила 14.06.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Nikolaeva V. Import of medical devices in Russia. *ATTEK Journal*. Available at: <https://www.centrattek.ru/info/import/> (accessed 05.21.2024) (in Russian).
2. Tonkonog V. V. Issues of formation and functioning of the common market of medical equipment and products within the framework of the Eurasian Economic Union: legal aspect. *Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2024;32(4):778—4 (in Russian).
3. Tonkonog V. V. Topical issues of mandatory labeling of certain types of medical devices. *Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2024;32(5):918—23 (in Russian).
4. Decree of the Government of the Russian Federation dated December 27, 2012 No. 1416 “On approval of the Rules for state registration of medical devices” (with amendments and additions). Garant.

- Available at: <https://base.garant.ru/70291692/?ysclid=m20chxs-bc8559492048> (accessed 09.23.2024) (in Russian).
5. Federal Law "On Technical Regulation" dated 12.27.2002 No. 184-FZ (latest edition). ConsultantPlus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_40241/?ysclid=m20cuaf57791039241 (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 6. Resolution of the Government of the Russian Federation No. 2425 dated December 23, 2021 "On approval of the Unified List of products subject to mandatory Certification and the Unified List of products subject to Declaration of Conformity, Amendments to Resolution of the Government of the Russian Federation No. 2467 dated December 31, 2020 and Invalidation of Certain Acts of the Government of the Russian Federation" (with amendments and additions). Garant. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_40241/?ysclid=m20cuaf57791039241 (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 7. Decree of the Government of the Russian Federation dated 12.01.2009 No. 982 (as amended on 07.04.2020) "On approval of a single list of products subject to mandatory certification and a single list of products whose conformity is confirmed in the form of a declaration of conformity" (expired). ConsultantPlus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_94853/?ysclid=m20d501m2y202631500 (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 8. Decision of the Customs Union Commission No. 620 dated April 7, 2011 "On a single list of products subject to mandatory conformity assessment with the issuance of certificates of conformity and declarations of conformity in a single form". Garant. Available at: <https://base.garant.ru/12185812/?ysclid=m20d8q659z998966044#friends> (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 9. Decision of the EEC Council dated 08/19/2022 No. 119 "On Amendments to the Unified List of Products subject to mandatory conformity assessment with the issuance of certificates of conformity and declarations of conformity in a single form". Alta Soft. Available at: <https://www.alta.ru/tamdoc/22sr0119/?ysclid=m20dc57ik1520155906> (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 10. Register of registered medical devices. Nevasert Certification Center. Available at: <https://nevasert.ru/reestr/med-reestr?ysclid=m20ge729fo588099472> (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 11. Federal Law No. 323-FZ dated 11.21.2011 "On the Basics of public Health protection in the Russian Federation". ConsultantPlus. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ddcf-dddbbb49e64f085b65473218611b4bb6cd65/?ysclid=m20b8h8za0507454477 (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 12. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 661n dated June 30, 2020 "On Approval of the Procedure for the Import of medical devices into the Territory of the Russian Federation for the purpose of state registration". Garant. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74592262/?ysclid=m20htv65ke226040354> (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 13. Decree of the Government of the Russian Federation dated 03.18.2020 No. 299 "On Amendments to the Rules of State registration of medical devices". Alta Soft. Available at: <https://www.alta.ru/tamdoc/20ps0299/?ysclid=m20hyuml1e103596424> (accessed 09.23.2024) (in Russian).
 14. Decree of the Government of the Russian Federation dated 07.04.2020 No. 982 "On invalidation of Certain Acts and Certain Provisions of Certain Acts of the Government of the Russian Federation and on the repeal of Certain Acts of federal executive authorities containing mandatory requirements, compliance with which is assessed during control measures in the implementation of state control over the circulation of medical devices". Alta Soft. Available at: <https://www.alta.ru/tamdoc/20ps0982/?ysclid=m20mozewi9877043435> (accessed 10.03.2024) (in Russian).
 15. Decision of the EEC Board dated 04.21.2015 No. 30 "On non-tariff regulation measures". Alta Soft. Available at: <https://www.alta.ru/tamdoc/15kr0030/?ysclid=m20mrqipeu808550749> (accessed 10.03.2024) (in Russian).
 16. Decree of the Government of the Russian Federation dated 05.02.2015 No. 102 "On restrictions and conditions for the admission of certain types of medical devices originating from foreign countries for the purposes of procurement for state and municipal needs". [Alta Soft. Available at: <https://www.alta.ru/tamdoc/15ps0102/?ysclid=m20mw08s15946824664> (accessed 10.03.2024) (in Russian).
 17. Pogarskaya A. S. On the issue of parallel import of medical devices and their components to the Russian Federation in the context of sanctions policy. *Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2024;32(12):43–51 (in Russian).
 18. Pogarskaya A. S. Problematic aspects of customs regulation of imported medical device accessories. *Problems of Social Hygiene, Health Care and the History of Medicine*. 2023;31(Š1):813–9 (in Russian).

Казберов П. Н.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НАРКОТИЧЕСКОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ЛИЦ, ОТБЫВАЮЩИХ УГОЛОВНОЕ НАКАЗАНИЕ

ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний», 119991, г. Москва

Представлены результаты изучения проблем, путей развития и совершенствования организации и осуществления профилактической медико-социальной работы с наркотической и алкогольной зависимостью лиц, отбывающих уголовное наказание в пенитенциарной системе. Учитывая, что в местах лишения свободы употребление психоактивных веществ без назначения специалиста строго запрещено и у зависимых осужденных в период отбывания наказания достигается ситуативная ремиссия, лечебно-реабилитационная и профилактическая работа реализуется с акцентом на формирование у них мотивации к осознанному отказу от употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем для достижения стойкой ремиссии к употреблению. Цель исследования — раскрытие существующих особенностей организации и реализации профилактической работы с наркотической и алкогольной зависимостью лиц, отбывающих уголовное наказание, а также инновационных аспектов данной работы в пенитенциарной системе.

По результатам проведенного исследования сделаны выводы о характеристиках состояния комплексной профилактической лечебно-реабилитационной работы с осужденными рассматриваемой категории с акцентом на личностные изменения, включающей социальные, воспитательные и психологические аспекты. Комплексный и личностно-ориентированный подход к профилактической работе с осужденными с алкогольной и наркотической зависимостью потребовал реализации мер организационного характера: организацию жизнедеятельности осужденных, принимающих участие в программе профилактики, качественного и регулярного психотерапевтического воздействия на осужденных, стабилизации психоэмоционального состояния осужденных на индивидуальном уровне и в микрогруппах, проходящих профилактическую программу, обучение и переподготовку сотрудников медицинской, воспитательной, социальной и психологических служб.

Ключевые слова: осужденные с наркотической и алкогольной зависимостью; медико-социальная работа; психотерапия; профилактика; ремиссия; сфера мотивации; пенитенциарные учреждения.

Для цитирования: Казберов П. Н. Характеристики профилактической работы с наркотической и алкогольной зависимостью лиц, отбывающих уголовное наказание. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):73—78. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-73-78>

Для корреспонденции: Казберов Павел Николаевич, канд. психолог. наук, ведущий научный сотрудник ФКУ «Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний», e-mail: mr.kazberov@mail.ru

Kazberov P. N.

THE CHARACTERISTICS OF PREVENTION OF DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCIES IN PERSONS SERVING CRIMINAL PENALTY

The Federal Government Institution “The Research Institute of the Federal Penitentiary Service of Russia”, 119991, Moscow, Russia

The article presents results of study of problems, ways of development and improvement of organization and implementation of preventive medical social work with drug and alcohol addiction of persons serving criminal sentence in penitentiary system. In places of imprisonment use of psychoactive substances without specialist's prescription is strictly prohibited. So, addicted convicts can achieve situational remission while serving sentence. The treatment, rehabilitation and preventive work is implemented with emphasis on developing motivation for conscious refusal of using drugs and alcohol abuse to achieve stable remission to non-use. The purpose of the study was to reveal existing characteristics of organization and implementation of preventive work with drug and alcohol addiction in persons serving criminal sentence, as well as innovative aspects of this work in penitentiary system. The conclusions are made about characteristics of state of comprehensive preventive treatment and rehabilitation work with convicts of considered category with emphasis on personal changes, including social, educational and psychological aspects. The complex and person-oriented approach to preventive work with convicts with alcohol and drug addiction required implementation of such organizational measures as organization of life of convicts involved into prevention program, high-quality and regular psycho-therapeutic effect on convicts, stabilization of psycho-emotional condition of convicts undergoing prevention program both at individual and micro-group level, training and retraining of employees of medical, educational, social and psychological services, etc.

Key words: convict; drug and alcohol addiction; medical and social work; psychotherapy; prevention; remission; motivation; penitentiary institution.

For citation: Kazberov P. N. The characteristics of prevention of drug and alcohol dependencies in persons serving criminal penalty. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):73—78 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-73-78>

For correspondence: Kazberov P. N., candidate of psychological sciences, the Leading Researcher of the Federal Government Institution “The Research Institute” of the Federal Penitentiary Service of Russia. e-mail: mr.kazberov@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.06.2024
Accepted 31.10.2024

Введение

Согласно отчету Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 25.06.2024, от злоупотребления

алкоголем и употребления наркотиков в течение одного года в мире умирает 2,6 млн человек (4,7% от общего числа умерших) [1]. Из указанного отчета

ВОЗ также следует, что 400 млн человек в мире испытывают расстройства, вызванные злоупотреблением алкоголем и употреблением наркотиков. Из них 209 млн страдают алкогольной зависимостью [1].

Всемирный доклад о наркотиках за 2023 г. управления Организации Объединенных Наций (ООН) по наркотикам и преступности определяет, что «лечение от наркологических расстройств проходит менее 20% наркозависимых, а для многих оно и вовсе недоступно» [2]. Особый акцент в докладе сделан на тезисе, что «значительнее всего негативные последствия употребления наркотиков сказываются на социально изолированных и бедных группах населения» [2]. К таким группам имеют явное отношение лица, социальными последствиями употребления психоактивных веществ (ПАВ) которых стало уголовное наказание.

Расстройства, проявляющиеся посредством чрезмерного употребления алкоголя и употребления наркотиков, не только значительно ослабляют (поднимают) состояние физиологического и психического здоровья, но и формируют ситуации угроз благополучию и безопасности отдельного гражданина и общества в целом. Так, в Российской Федерации, согласно докладу «Состояние преступности в России» МВД России, в январе 2023 г. зафиксировано 16,2 тыс. преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, что на 21,3% больше аналогичного показателя 2022 г. [3]. В 2023 г. в России в состоянии алкогольного опьянения совершено каждое десятое (10,5%) преступление, а в состоянии наркотического опьянения — 0,3% преступлений от их общего количества [4].

В существующих сегодня условиях, по мнению директора ВОЗ Т. А. Гебреисуса, нужно «срочно предпринять решительные действия по уменьшению негативных последствий употребления алкоголя» [1]. По мнению авторов Всемирного доклада о наркотиках за 2023 г. управления ООН по наркотикам и преступности, «основное значение принадлежит профилактике в деле борьбы с алкогольной и наркозависимостью» [2].

Материалы и методы

Проведено обобщение изученного зарубежного и отечественного теоретического и практического опыта организации и проведения профилактической работы с наркотической и алкогольной зависимостью. Изучение характеристик профилактической работы с алкогольной и наркозависимостью среди лиц, отбывающих уголовное наказание, реализовывалось на базе ФКУ НИИ ФСИН России. В процессе реализации научно-исследовательской работы осуществлен компаративный анализ имеющихся научно-методических, организационных (нормативных правовых) источников, данных статистики и отчетов о профилактической работе. Исследовано 560 специалистов, непосредственно реализующих программы профилактики наркотической и алкогольной зависимости, а также изучены

результаты экспертной оценки 184 руководителей профилактических программ. В процессе исследования рассматриваемой проблемы использован социокультурный подход как инструмент, способствующий рассмотрению процесса профилактики в интеграции ряда факторов: медико-социальных, воспитательно-психологических, и социокультурных.

Результаты исследования

Помимо того что алкоголизм и наркомания являются социально значимыми заболеваниями, разрушающими конструктивное взаимодействие человека с обществом, социально полезными связями и окружающим миром, они являются фактором, провоцирующим личность к совершению административных правонарушений и уголовных преступлений. Вся совокупность преступлений (в частности, уголовных), связанных с употреблением алкоголя и наркотиков, может быть условно представлена в двух группах статей (норм) Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ). Первая группа — это статьи, регламентирующие незаконный оборот наркотических веществ (ст. с 228 по 233 УК РФ), и статьи, связанные с преступлениями, совершенными в состоянии алкогольного и наркотического опьянения либо в процессе криминального «поиска» финансовых средств на алкоголь либо наркотики (ст. 158, 161—163 УК РФ) [5]. Следствием такого положения вещей является то, что значительная часть лиц, страдающих наркотической и алкогольной зависимостью, оказывается в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС); это в очередной раз подчеркивает важность и значимость профилактики этих зависимостей, особенно ее первичного вида.

В соответствии с определением, данным в «Толковом словаре русского языка» С. Ю. Ожегова, профилактикой является «совокупность предупредительных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление нормального состояния, порядка» [6]. Выделяются следующие виды профилактики: первичная, вторичная, индивидуальная, общественная [7]. В той или иной мере каждый из четырех указанных видов профилактики включает в себя комплекс медицинских, санитарно-гигиенических, социальных, воспитательных, психологических и экономических мер, системно реализуемых государственными и общественными учреждениями и организациями с целью всестороннего развития физических и духовных сил граждан [7].

Признанными специалистами в направлении профилактической работы с алкогольной и наркозависимостью осужденных, отбывающих уголовное наказание в рамках реализации профилактики, определяются четыре основных направления: активная воспитательная работа, санитарно-гигиеническое воспитание, привлечение общественности, меры административно-законодательного (правового) характера [8]. В соответствии с дополнением Федерального закона от 25.10.2006 № 170-ФЗ к Федеральному закону от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О нарко-

Здоровье и общество

тических средствах и психотропных веществах», профилактика наркотической зависимости является «совокупностью мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании».

Важнейшие характеристики организации и проведения профилактической работы с алкогольной и наркотической зависимостью раскрываются в актуальных исследованиях зарубежных ученых. Так, крупномасштабные рандомизированные исследования G. J. Botvin и соавт. с выборкой 447 школьников, обученных по профилактической программе и протестированных повторно по окончании средней школы, свидетельствуют об уменьшении употребления ими запрещенных наркотиков в отличие от представителей контрольной группы [9].

Роль алкоголя в качестве наркотика-посредника, ведущего к полинаркомании, выявлена в исследованиях A. E. Barry и соавт. [10], а также X. Laqueille и соавт. [11]. Этими авторами определено, что «в условиях постоянного сокращения бюджета общественных и школьных программ по профилактике употребления ПАВ крайне важно выявить первое вещество в цепочке, ведущей к полинаркомании» [10]. Результаты исследований A. E. Barry и соавт. и X. Laqueille и соавт. подчеркнули важность значения скрининга по употреблению ПАВ молодежью, а также установили, что реализацию профилактических программ следует начинать с начальной школы, нацеливаясь на профилактику употребления алкоголя [10, 11]. Современными исследователями зависимостей от ПАВ профилактика рассматривается в рамках проблемного вопроса расстройств, связанных с их употреблением, указанных в двух основных номенклатурах: «Руководство по диагностике и статистике психических расстройств», пятое издание (DSM-5-TR) и Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) [12–16]. Приходя к выводу посредством опроса психиатров в 66 странах о том, что МКБ-11 более часто используется для клинической диагностики, а DSM-5-TR более эффективно для научных исследований [12], ученые отмечают следующие проблемные аспекты в использовании указанных номенклатур: актуальность разработки единой концепции аддиктивного поведения в виде алкогольной и наркозависимости [13]; необходимость стандартизации обеих наборов критериев с добавлением меры тяжести и дифференциации последствий [14]; различия категорий «психопатия» и «антисоциальное расстройство личности», вызванных употреблением ПАВ; необходимость проведения дальнейших исследований психиатрических категорий, вызванных употреблением ПАВ, с разработкой лучших критериев ремиссии [17, 18]; необходимость изучения вопроса коморбидности психонезависимых психических расстройств [19, 20]; проблемные аспекты профессиональной подготовки к использованию материалов МКБ-11 и DSM-

5-TR по вопросам психических расстройств [21]; соотношение категорий «зависимость», «неправомерное употребление», «злоупотребление» с термином «расстройство, связанное с употреблением ПАВ» [18].

Обобщение изученного зарубежного и отечественного теоретического и практического опыта организации и проведения профилактической работы с алкогольной и наркозависимостью лиц, отбывающих уголовное наказание, а также данные многолетнего авторского исследования позволили определить актуальность интеграции лечебно-реабилитационной работы с комплексным воспитательным, психологическим и социальным воздействием. Медицинские работники, а также сотрудники иных служб имеют в своем арсенале значительное количество средств и технологий для реализации профилактической работы [22].

Комплексная профилактическая работа организуется в соответствии с рядом нормативных правовых актов, одним из которых является Ведомственная программа работы в отношении лиц, имеющих алкогольную и наркотическую зависимость, содержащихся в следственных изоляторах и исправительных учреждениях УИС, утвержденная распоряжением ФСИН России от 21.02.2018 № 52-р (далее — Программа). Начав свою работу в 2018 г., Программа постепенно расширяет охват количества пенитенциарных учреждений, в которых она реализуется. На данный момент в реализации Программы принимают участие более 180 исправительных учреждений всех видов: лечебные исправительные учреждения, воспитательные колонии, колонии-поселения, исправительные колонии, тюрьмы. В лечебно-реабилитационном процессе принимают участие следующие категории сотрудников: врачи психиатры-наркологи ($n=183$), начальники отрядов ($n=188$), социальные работники ($n=188$), психологи ($n=188$), представители социально ориентированных некоммерческих организаций, в том числе волонтеры-добровольцы ($n=184$), представители традиционных религиозных конфессий ($n=185$). Представители указанных выше категорий сотрудников следующим образом охарактеризовали проводимую в их учреждениях лечебно-реабилитационную работу с осужденными. Медицинские работники определяют явную недостаточность врачей-психиатров (на это указали 46,7% опрошенных), врачей психиатров-наркологов (54,7% опрошенных). Порядка 80% опрошенных медицинских работников определяют уровень организационного, методического и материального обеспечения процесса купирования абстинентного синдрома осужденных достаточным. Стационарное лечение при расстройствах, связанных с употреблением ПАВ, также имеет достаточный уровень организационного, методического и материального обеспечения, по мнению 79,6% медицинских работников. Начальники отрядов, оценивая состояние методического обеспечения направлений воспитательной работы с осужденными, отметили высокий уровень методиче-

ской обеспеченности: лекционных мероприятий (99% опрошенных), спортивно-массовых (100% опрошенных) и культурно-массовых (100% опрошенных) мероприятий. Большая часть начальников отрядов определяют себя компетентными (70,4%) либо абсолютно компетентными (17,2%) в направлении воспитательной работы с лицами, проявляющими алкогольную либо наркотическую зависимость. Психологами дается также высокая в среднем оценка состояния методического обеспечения направлений психологической работы с осужденными: психодиагностическая работа (96,6% опрошенных), психокоррекционная работа (94% опрошенных), консультационная работа (94% опрошенных), профилактическая работа (96,2% опрошенных). Большинство психологов считают себя компетентными (77,4%) либо абсолютно компетентными (18,6%) в направлении психологической работы с лицами, проявляющими алкогольную либо наркотическую зависимость. Программой определяется существенное усиление работы с личностью осужденных с алкогольной и наркотической зависимостью.

Экспертный опрос сотрудников, участвующих в профилактической работе, позволил определить, что Программа содержит полный перечень задач, необходимых для достижения цели — создания в комплексе мер для осуществления профилактической работы и лечения для восстановления физического и психического состояния осужденных, формирования социально приемлемых форм поведения, способности адаптироваться к окружающей социальной среде, функционирования в обществе без употребления алкогольных и наркотических веществ (96,28% опрошенных). Большинство экспертов также указали, что успешной реализации Программы способствует ее положение об использовании передового и положительного опыта организации работы в отдельных учреждениях УИС.

Фиксируя, что в целом в достаточной мере удается реализация задач Программы в сферах личностного роста, саморегуляции и коррекции эмоциональной сферы осужденных, экспертная оценка руководителей программ профилактики позволила определить, что в каждой из трех указанных сфер присутствует по несколько задач, которые не удается реализовать в полной мере. Достаточно высоко в целом оценивается работа психологов с осужденными в рамках Программы по всем указанным в программе направлениям. Тем не менее возможна некоторая оптимизация их работы по двум направлениям: групповая психотерапевтическая работа и отслеживание и фиксация изменений психоэмоциональной сферы. Характеризуя содержание Программы и процесс ее реализации, практически все (96,28%) эксперты признают, что перечень задач Программы, поставленных перед сотрудниками, является полным. Соответственно, Программа содержит полный перечень задач, необходимых для достижения цели — создания в пенитенциарных учреждениях комплекса мер для осуществления про-

филактической работы и лечения с целью восстановления физического и психического состояния осужденных, формирования социально приемлемых форм поведения, способности адаптироваться к окружающей социальной среде, функционирования в обществе без употребления алкогольных и наркотических веществ.

Самые высокие оценки получило использование таких методов, как фильмотерапия (групповой просмотр, анализ и обсуждение) — оценка «отлично» 50,53% и «хорошо» 34,57%, тренинги мотивационно-смысловой сферы — оценка «отлично» 35,64% и «хорошо» 45,74%, аутотренинги и медитация — оценка «отлично» 35,11% и «хорошо» 40,96%. Самым действенным стимулом для участия осужденных в Программе начальники отрядов почти единогласно (95,21%) определяют учет мер социального воздействия и организации удовлетворительного микроклимата, а также мер поощрительного характера для участников программ профилактики. Мотивационным стимулом также выступали возможность избавиться от наркотической и алкогольной зависимости (84,57% опрошенных) и возможности для проведения предусмотренных курсом Программы мероприятий в период отбывания наказания и подготовки к освобождению (83,51% опрошенных). Опрошенные отмечают, что в целом количество сотрудников различных служб в их исправительных учреждениях, реализующих курс мероприятий Программы, является достаточным, кроме врачей психиатров-наркологов (указали на нехватку 70,33%) и представителей социально ориентированных некоммерческих организаций, в том числе волонтеров-добровольцев (указали на нехватку 51,1%). Из числа специалистов, реализующих Программу, 32,42% прошли повышение квалификации по направлению работы с лицами, проявляющими алкогольную, наркотическую зависимость, в ведомственной образовательной организации или в иной образовательной организации.

Заключение

Реализованное нами исследование характеристик профилактической работы с алкогольной и наркотической зависимостью лиц, отбывающих уголовное наказание, позволило раскрыть следующие из указанных характеристик.

1. Расстройств, вызванные алкогольной и наркотической зависимостью, не только значительно ослабляют и подрывают состояние физиологического, психического здоровья человека, они способствуют ситуациям угрозы благополучию и безопасности отдельного гражданина и общества в целом.

2. По мнению специалистов в направлении борьбы с алкогольной и наркозависимостью, в частности сотрудников управления ООН по наркотикам и преступности, значительнее всего негативные последствия употребления ПАВ сказываются на социально изолированных группах населения, к которым относятся лица, отбывающие уголовное наказание.

3. Обобщение изученного зарубежного и отечественного теоретического и практического опыта организации и проведения профилактической работы с зависимыми осужденными способствовало разработке комплексной профилактической лечебно-реабилитационной, воспитательной, психологической и социальной работы при алкогольной и наркотической зависимости осужденных, акцентируя внимание на формировании у них мотивации к осознанному отказу от употребления.

4. Анализ актуального состояния и опыта работы УИС позволил определить в основном положительные характеристики функционирования Программы. Некоторые перспективные аспекты реализации Программы способствовали определению возможных путей оптимизации комплексной лечебно-реабилитационной, профилактической работы: оптимизации всех направлений медико-социально-психологической работы, совершенствованию работы по реализации всех задач Программы в сферах личностного роста, саморегуляции и коррекции эмоциональной сферы осужденных, обеспечению исправительных учреждений недостающими врачами психиатрами-наркологами, а также волонтерами-добровольцами, организации повышения квалификации специалистов, участвующих в Программе.

5. Основным инновационным стратегическим направлением проведения профилактической работы видится ее организация в рамках службы пробации. Пробация позволит отслеживать анамнез осужденных после освобождения из мест лишения свободы, в частности ситуацию со стойкой ремиссией, достигнутой не только благодаря невозможности употреблять спиртное.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет Всемирной организации здравоохранения от 25.06.2024. Режим доступа: <https://www.rbc.ru/life/news/667d4e609a7947434ebdebe5>
2. Всемирный доклад о наркотиках за 2023 год управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности. Режим доступа: https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1719561427&tld=ru&lang=ru&name=WDR23_ExSum_Russian.pdf&text
3. Доклад МВД России за 2023 год «Состояние преступности в России». Режим доступа: <https://www.pnp.ru/social/v-rossii-zafiksirovali-rost-narkoticheskikh-prestupleniy.html>
4. Аналитический обзор за январь—декабрь 2023 года «Состояние преступности в России». М.: ФКУ «Главный информационно-аналитический центр» МВД Российской Федерации; 2024. 64 с.
5. Жарких А. А. Программа психологической коррекции мотивационно-смысловой сферы наркозависимых осужденных. Методические рекомендации. Рязань; 2012. 128 с.
6. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. Под ред. проф. Л. И. Скворцова. 28-е изд., перераб. М.: Мир и образование; 2014. 1376 с.
7. Медицинская энциклопедия. Режим доступа: https://gufo.me/dict/medical_encyclopedia
8. Ганишина И. С. Профилактика наркотической зависимости: курс лекций. Рязань: Академия ФСИН России; 2013. 125 с.
9. Botvin G. J., Griffin K. W., Diaz T., Scheier L. M., Williams C., Epstein J. A. Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addict Behav.* 2000 Sep-Oct;25(5):769—74. doi: 10.1016/s0306-4603(99)00050-7
10. Barry A. E., King J., Sears C., Harville C., Bondoc I., Joseph K. Prioritizing Alcohol Prevention: Establishing Alcohol as the Gateway Drug and Linking Age of First Drink With Illicit Drug Use. *J. Sch. Health.* 2016 Jan;86(1):31—8. doi: 10.1111/josh.12351
11. Laqueille X., Launay C., Kanit M. Les troubles psychiatriques et somatiques induits par le cannabis [Induced psychiatric and somatic disorders to cannabis]. *Ann. Pharm. Fr.* 2008 Aug;66(4):245—54. doi: 10.1016/j.pharma.2008.06.001. Epub 2008 Sep 4 (in French).
12. Abdalla-Filho E. Personality disorders in the 10th and 11th editions of the International Classification of Diseases. Cambridge Scholars Publishing; 2022. Режим доступа: <https://psycnet.apa.org/record/2022-90264-000>
13. Cottler L. B., Grant B. F. Characteristics of nosologically informative data sets that address key diagnostic issues facing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V) and International Classification of Diseases, eleventh edition (ICD-11) substance use disorders workgroups. *Addiction.* 2006 Sep;101 Suppl 1:161—9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01590.x
14. Hasin D., Hatzenbuehler M. L., Keyes K., Ogburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction.* 2006 Sep;101 Suppl 1:59—75. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01584.x
15. Soyka M., Preuss U., Hoch E. Cannabisinduzierte Störungen [Cannabis-induced disorders]. *Nervenarzt.* 2017 Mar;88(3):311—25. doi: 10.1007/s00115-017-0281-7 (in German).
16. Laqueille X. Troubles psychiatriques liés, induits ou associés au cannabis [Related, induced and associated psychiatric disorders to cannabis]. *Rev. Prat.* 2005 Jan 15;55(1):30-4 (in French).
17. Меззич Д. Е. Международные обзоры по использованию МКБ-10 и связанных с ними диагностических систем. *Психопатология.* 2002;35(2—3):72—5. doi: 10.1159/000065122
18. Baumgärtner G., Soyka M. DSM-5 Was ändert sich für die Suchttherapie und -forschung? [DSM-5—what has changed in therapy for and research on substance-related and addictive disorders?]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2013 Nov;81(11):648—54. doi: 10.1055/s-0033-1355618. Epub 2013 Nov 5 (in German).
19. Brady K. T., Kalin N. H. Substance Use Disorders: Confronting Addiction From Prevention to Recovery. *Am. J. Psychiatry.* 2024 May 1;181(5):347—8. doi: 10.1176/appi.ajp.20240221
20. Schmidt L. G. Substanz-bezogene Störungen: Auf dem Weg zu ICD-11 und DSM-V [Substance-induced disorders: moving towards DSM-V and ICD-11]. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2006 Nov;74(11):634—42. doi: 10.1055/s-2005-919079. Epub 2006 Jan 2 (in German).
21. Piegari G. Professional training to the use of the icd-11 chapter on mental disorders. *Actas. Esp. Psiquiatr.* 2021 Nov;49(6):286—7. Epub 2021 Nov 1.
22. Адылин Д. М. Общественная опасность преступности осужденных, связанной с заражением ВИЧ-инфекцией в местах лишения свободы. *Вестник Самарского юридического института.* 2019;4(35):9—16.

Поступила 11.06.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Report of the World Health Organization dated June 25, 2024. Available at: <https://www.rbc.ru/life/news/667d4e609a7947434ebdebe5> (in Russian).
2. World Drug Report 2023 by the United Nations Office on Drugs and Crime. Available at: https://docs.yandex.ru/docs/view?tm=1719561427&tld=ru&lang=ru&name=WDR23_Ex-Sum_Russian.pdf&text (in Russian).
3. Report of the Ministry of Internal Affairs of Russia for 2023 “The state of crime in Russia”. Available at: <https://www.pnp.ru/social/v-rossii-zafiksirovali-rost-narkoticheskikh-prestupleniy.html> (in Russian).
4. Analytical review for January-December 2023 “State of crime in Russia.” Moscow: FKU “Main Information and Analytical Center” of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation. 2024. 64 p. (in Russian).
5. Zharkikh A. A. Program for psychological correction of the motivational-semantic sphere of drug-addicted convicts: Methodological recommendations. Rязань; 2012. 128 p. (in Russian).

6. Ozhegov S. I. Explanatory dictionary of the Russian language. Ed. prof. L. I. Skvortsov. 28th ed. reworked Moscow: Peace and Education; 2014. 1376 p. (in Russian).
7. Medical encyclopedia. Available at: <https://gufo.me/dict/medical-encyclopedia> (in Russian).
8. Ganishina I. S. Prevention of drug addiction: a course of lectures. Ryazan: Academy of the Federal Penitentiary Service of Russia; 2013. 125 p. (in Russian).
9. Botvin G. J., Griffin K. W., Diaz T., Scheier L. M., Williams C., Epstein J. A. Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. *Addict Behav.* 2000 Sep-Oct;25(5):769–74. doi: 10.1016/s0306-4603(99)00050-7
10. Barry A. E., King J., Sears C., Harville C., Bondoc I., Joseph K. Prioritizing Alcohol Prevention: Establishing Alcohol as the Gateway Drug and Linking Age of First Drink With Illicit Drug Use. *J. Sch. Health.* 2016 Jan;86(1):31–8. doi: 10.1111/josh.12351
11. Laqueille X., Launay C., Kanit M. Les troubles psychiatriques et somatiques induits par le cannabis [Induced psychiatric and somatic disorders to cannabis]. *Ann. Pharm. Fr.* 2008 Aug;66(4):245–54. doi: 10.1016/j.pharma.2008.06.001. Epub 2008 Sep 4 (in French).
12. Abdalla-Filho E. Personality disorders in the 10th and 11th editions of the International Classification of Diseases. Cambridge Scholars Publishing; 2022. Available at: <https://psycnet.apa.org/record/2022-90264-000>
13. Cottler L. B., Grant B. F. Characteristics of nosologically informative data sets that address key diagnostic issues facing the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-V) and International Classification of Diseases, eleventh edition (ICD-11) substance use disorders workgroups. *Addiction.* 2006 Sep;101 Suppl 1:161–9. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01590.x.
14. Hasin D., Hatzenbuehler M. L., Keyes K., Ogburn E. Substance use disorders: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM-IV) and International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). *Addiction.* 2006 Sep;101 Suppl 1:59–75. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01584.x
15. Soyka M., Preuss U., Hoch E. Cannabisinduzierte Störungen [Cannabis-induced disorders]. *Nervenarzt.* 2017 Mar;88(3):311–25. doi: 10.1007/s00115-017-0281-7 (in German).
16. Laqueille X. Troubles psychiatriques liés, induits ou associés au cannabis [Related, induced and associated psychiatric disorders to cannabis]. *Rev. Prat.* 2005 Jan 15;55(1):30–4 (in French).
17. Mezzich D. E. International reviews on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology.* 2002;35(2–3):72–5. doi: 10.1159/000065122 (in Russian).
18. Baumgärtner G., Soyka M. DSM-5 Was ändert sich für die Suchttherapie und -forschung? [DSM-5—what has changed in therapy for and research on substance-related and addictive disorders?]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 2013 Nov;81(11):648–54. doi: 10.1055/s-0033-1355618. Epub 2013 Nov 5 (in German).
19. Brady K. T., Kalin N. H. Substance Use Disorders: Confronting Addiction From Prevention to Recovery. *Am. J. Psychiatry.* 2024 May 1;181(5):347–8. doi: 10.1176/appi.ajp.20240221
20. Schmidt L. G. Substanz-bezogene Störungen: Auf dem Weg zu ICD-11 und DSM-V [Substance-induced disorders: moving towards DSM-V and ICD-11]. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2006 Nov;74(11):634–42. doi: 10.1055/s-2005-919079. Epub 2006 Jan 2 (in German).
21. Piegari G. Professional training to the use of the icd-11 chapter on mental disorders. *Actas. Esp. Psiquiatr.* 2021 Nov;49(6):286–7. Epub 2021 Nov 1.
22. Adylin D. M. Public danger of crime among convicts associated with HIV infection in places of deprivation of liberty. *Bulletin of the Samara Law Institute.* 2019;4(35):9–16 (in Russian).

Солонин А. В.¹, Белохов Н. В.², Благих И. А.³, Малюшин И. И.³, Симченко А. Е.²

ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ РЫНКА КОММЕРЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

¹Ассоциация частных клиник Санкт-Петербурга, 190000, г. Санкт-Петербург;

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, 194100, г. Санкт-Петербург;

³ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург

Статья посвящена исследованию направлений развития рынка коммерческих медицинских услуг (на примере Санкт-Петербурга). Региональный рынок коммерческой медицины играет важную роль в системе здравоохранения Российской Федерации. Коммерческая медицина позволяет сократить дефицит государственного финансирования медицины в России за счет роста платежеспособности населения, предъявляющего спрос на коммерческие медицинские услуги. Среди региональных рынков коммерческой медицины наиболее развитыми являются рынки Москвы и Санкт-Петербурга. В статье определены субъективные и объективные факторы, влияющие на формирование барьеров входа на рынок коммерческих медицинских услуг в регионе. Авторами на основе проведенного исследования представлены перспективы развития регионального рынка коммерческой медицины путем построения динамических рядов и оценок на основе рейтингов, полученных редуцированием вербальных оценок в числовую форму. Полученные результаты могут быть полезны и интересны как для бизнеса, так и для региональных органов управления учреждениями здравоохранения. Приведенные тенденции и перспективы развития рынка коммерческих медицинских услуг в Санкт-Петербурге отражают стратегические направления модернизации отрасли здравоохранения через призму тиражирования лучших практик роста удовлетворенности пациентов уровнем качества предоставляемых медицинских услуг.

Ключевые слова: медицинские услуги; коммерческие медицинские услуги; рынок медицинских услуг; регион; Санкт-Петербург.

Для цитирования: Солонин А. В., Белохов Н. В., Благих И. А., Малюшин И. И., Симченко А. Е. Тенденции и перспективы развития рынка коммерческих медицинских услуг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):79–84. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-79-84>

Для корреспонденции: Симченко Анастасия Евгеньевна, студентка педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, e-mail: natalsimchenko@yandex.ru

Solonin A. V.¹, Belokhov N. V.², Blagikh I. A.³, Malyushin I. I.³, Simchenko A. Ye.²

TRENDS AND THE PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT OF MARKET OF COMMERCIAL MEDICAL SERVICES

¹The Self-Regulating Organization “Saint Petersburg Private Clinics Association”, 190000, St. Petersburg, Russia;

²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Saint Petersburg State Pediatric Medical University” of Minzdrav of Russia, 194100, St. Petersburg, Russia;

³The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Saint Petersburg State University”, 199034, St. Petersburg, Russia

The article considers directions of development of market of commercial medical services exemplified by St. Petersburg. The regional market of commercial medicine plays important role in health care of the Russian Federation. The commercial medicine permits to reduce deficiency of state financing of medicine in Russia at the expense of increasing of solvency of population making demand for commercial medical services. Among regional markets of commercial medicine, the most developed are markets of Moscow and St. Petersburg. The subjective and objective factors affecting formation of barriers for entering market of commercial medical services in region are identified. The prospects of development of regional market of commercial medicine are presented on the basis of construction dynamic series and estimates based on ratings obtained by reducing verbal assessments into numerical form. The study results can be useful and of interest for both business and regional health care authorities. The presented trends and prospects of development of market of commercial medical services in St. Petersburg reflect strategic directions of modernization of health care through prism of replication of best practices of increasing satisfaction of patients with quality of medical services.

Keywords: medical services; commercial medical services; medical services market; region; St. Petersburg.

For citation: Solonin A. V., Belokhov N. V., Blagikh I. A., Malyushin I. I., Simchenko A. Ye. Trends and the perspectives of development of market of commercial medical services. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):79–84 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-79-84>

For correspondence: Simchenko A. Ye., the student of the Pediatric Faculty of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Saint Petersburg State Pediatric Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: natalsimchenko@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 19.06.2024

Accepted 31.10.2024

Введение

Региональный рынок коммерческого сектора медицинских услуг стал формироваться с конца 1980-х годов, когда в Москве и Ленинграде (раньше, чем в других городах и регионах России) появились меди-

цинские кооперативы. Уровень жизни и платежеспособности населения в этих городах традиционно превышал общероссийские показатели. Кроме того, в развитии рынка платных медицинских услуг немаловажным фактором послужила сложившаяся медико-научная база систем Минздрава, Академии ме-

дицинских наук, медицинских вузов, правительственного аппарата и других ведомств.

В других регионах первые частные многопрофильные лечебно-профилактические учреждения появились лишь в конце 1990-х годов. До 1999 г. работали только хозрасчетные отделения государственных клиник и частные стоматологические кабинеты. Коммерческий сектор медицинских услуг стал формироваться в тех областях, которые были слабо развиты в государственной медицине: в стоматологии, косметологии, урологии, гинекологии. Постепенно в этих сферах коммерческая медицина значительно потеснила государственную.

В период 2000—2010 гг. в условиях роста благосостояния коммерческая медицина стала более востребованной. Наиболее крупные частные медицинские учреждения постепенно становятся многопрофильными. Совершенствование законодательства и рост спроса способствовали формированию современного регионального рынка медицинских услуг.

Коммерческий сектор медицинских услуг дополняет слабые звенья государственной системы здравоохранения, предлагая альтернативные подходы и решения, которые соответствуют актуальным потребностям пациентов. Коммерческая медицина позволяет сократить дефицит государственного финансирования медицины в России за счет платежеспособности населения, предъявляющего спрос на коммерческие медицинские услуги.

При всех недостатках, на которых мы остановимся ниже, коммерческая медицина обладает определенными свойствами, привлекающими пациентов: гибкостью и адаптивностью. Она быстрее адаптируется к изменениям в спросе на услуги и внедряет новые методы лечения, предлагает индивидуальный подбор лечения, более высокие меры безопасности, качества, сервиса и контроля, что соответствует более высокому уровню удовлетворенности пациентов. Кроме того, немаловажным фактором является сокращение времени ожидания: коммерческие клиники могут предложить более короткие сроки ожидания на прием к специалистам и проведение процедур. Коммерческая медицина стимулирует конкуренцию, что приводит к улучшению качества услуг и снижению уровня цен.

Бесплатные медицинские услуги доступны населению по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Такого рода медицинские услуги оплачиваются за счет бюджетных средств и средств фонда обязательного медицинского страхования (ОМС). С 1 января 2011 г. вступил в силу Федеральный закон № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»¹. Этот документ разделил государственные учреждения здравоохранения на бюджетные, казенные и автономные. Таким образом, часть государственных учреждений получили законодательно закрепленное право оказывать платные услуги. С 2013 г. был уста-

новлен порядок оказания платных медицинских услуг, определенный Правительством РФ в Постановлении «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»².

Негативной тенденцией в региональном коммерческом секторе медицинских услуг стало «навязывание» пациентам максимального количества услуг и дорогостоящего лечения для увеличения выручки частных клиник. При этом наряду с легальными расчетами существуют нелегальные платежи. Легальная коммерческая медицина включает все оплаченные в наличной или безналичной форме медицинские услуги для физических и юридических лиц. Самым распространенным видом платежа в легальной медицине является оплата медицинских приемов через кассу клиники, одновременно с получением медицинской услуги. Поэтому легальную медицину часто называют «кассовой».

Нелегальной, или теневой, медициной принято считать некассовую форму обслуживания, когда средства не отражаются ни во внутренней отчетности медучреждений, ни в официальной налоговой отчетности. По причине отсутствия официальной отчетности параметры теневого обслуживания рассчитываются социологическими методами — через опросы врачей и пациентов. Информация о теневой медицине является наименее точной по сравнению с легальными формами коммерческой медицины, но позволяет диагностировать причины оказания нелегальных услуг, определить направления и перспективы совершенствования регионального сектора коммерческой медицины.

Цель данной работы — представить и обосновать на основе анализа тенденций развития рынка коммерческих медицинских услуг в Санкт-Петербурге перспективы развития региональной коммерческой медицины.

Материалы и методы

Проведен контент-анализ отечественных и зарубежных источников литературы, включая нормативно-правовые документы, в которых отражены основные направления развития коммерческой медицины в России [1—4]. Особое внимание уделено региональным источникам, официальным отчетам частных клиник Санкт-Петербурга, публикуемым в открытом доступе. Использованы данные статистики, сведения из баз данных Scopus, Web of Science, MedLine, CyberLeninka, eLIBRARY.RU, Консультант Плюс и др., а также результаты обобщения материа-

¹ Федеральный закон от 01.01.2011 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/structure/administration> (дата обращения 14.09.2024).

² Постановление Правительства РФ от 23.11.2013 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/structure/administration> (дата обращения 14.09.2024).

Здоровье и общество

лов, представленных Ассоциацией частных клиник Санкт-Петербурга, результаты собственных исследований, на основании которых представлен прогноз развития регионального сектора коммерческой медицины до 2028 г. на примере Санкт-Петербурга.

С целью определения перспектив развития рынка коммерческих медицинских услуг использовали методы прогнозирования на основе анализа ретроспективных данных для определения тренда развития. При этом выявлено, что такой анализ дает лишь общее направление тренда развития на стабильных рынках с известной многолетней динамикой. Поскольку региональный рынок коммерческих медицинских услуг не обладает стабильностью, эффективность математического анализа может уменьшаться. Для уточнения первичного прогнозирования был использован рейтинговый подход с приемами редуцирования вербальных оценок в числовую (процентную) форму, что позволило уточнить иерархичность жестких факторов, определяющих перспективы дальнейшего развития регионального рынка коммерческой медицины. Такими факторами являются государственное отраслевое и муниципальное регулирование. Выявлено, что помимо управленческих факторов, которые в целом являются индивидуальными, влияние следующих в рейтинге факторов выражено менее заметно либо противоречиво, поскольку в этом случае потребительское поведение определяется стохастическими факторами (пандемия, санкционное давление и внешнеполитическая обстановка), что требует анализа широкого круга переменных, выходящих за рамки данной статьи.

Результаты исследования

Согласно полученным результатам выделим несколько направлений совершенствования рынка региональной коммерческой медицины. Прежде всего это устранение барьеров входа на региональный рынок коммерческих медицинских услуг. Формирование барьеров происходит вследствие субъективных и объективных факторов. К субъективным факторам следует отнести:

- высокие кредитные ставки и долгую окупаемость проектов;
- рост цен на расходные материалы и лекарства;
- кадровый дефицит врачей и среднего медицинского персонала;
- порядок лицензирования организаций регионального сектора коммерческой медицины;
- ужесточение конкуренции в коммерческом секторе медицины.

Среди объективных факторов, формирующих барьеры входа на рынок региональной коммерческой медицины, следует назвать:

- падение спроса среди населения на профилактику заболеваний, диспансеризацию;
- сокращение относительного потенциального спроса на медицинские услуги в сфере геронтологии, реабилитации, лабораторной диагностики;

— недостаточно эффективный уровень использования возможностей коммерческих клиник для диагностики пациентов с использованием высокотехнологичного оборудования в удобное для пациента время;

— слабый уровень развития платных телемедицинских услуг. В настоящее время телемедицинские платформы действуют в рамках проектов: Сбер Здоровье (ранее DocDoc), Яндекс Здоровье, Доктис, Доктор рядом, Педиатр 24/7, Онлайн доктор³. И хотя совместные проекты запускают и другие игроки, платные телемедицинские услуги предоставляют ограниченное количество крупных, технически хорошо оснащенных учреждений;

— неразвитость механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП) в области кардиологии, онкологии, гемодиализа, гинекологии, ЭКО. Данные направления требуют точной и быстрой диагностики, пациенты зачастую готовы сами оплачивать услуги, не дожидаясь направлений и дотаций от государства [5].

Рассмотрим влияние вышеназванных факторов на перспективы развития региональной коммерческой медицины до 2030 г. более подробно.

В начале 1990-х годов в России произошла реформа системы здравоохранения. В качестве ориентира была выбрана германская модель, основанная на принципах медицинского страхования. Данная модель рассматривалась как наиболее подходящая для России, поскольку при рыночной ориентации она предусматривала также сохранение роли государства в финансировании здравоохранения. Проект реформы государственной системы здравоохранения был подготовлен в сжатые сроки, и в июне 1991 г. был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»⁴.

Новая система предполагала сохранение государственных органов управления здравоохранением, но их функции должны были радикально измениться. Вместо прямого финансирования подведомственных медицинских учреждений и управления их деятельностью органы здравоохранения должны были контролировать соблюдение нормативных требований к организации и качеству медицинской помощи, предоставлять консультативно-методическую помощь руководителям и главным специалистам лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и заниматься разработкой и реализацией целевых программ.

В настоящее время в Санкт-Петербурге функционируют более 2 тыс. медицинских учреждений разного профиля, из них амбулаторно-поликлинических — 1967, больничных — 121, учреждений скорой медицинской помощи — 96⁵. В городской сис-

³ Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения. Режим доступа: <http://newinspire.ru/> (дата обращения 18.09.2024).

⁴ Закон РФ от 21.06.1991 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/structure/administration> (дата обращения 01.10.2024).

Таблица 1
Динамика количества медицинских учреждений по формам собственности в Санкт-Петербурге в 2019—2023 гг. (в абс. ед.)

Форма собственности	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Государственная	424	440	442	466	467
Частная	1764	1766	1781	1713	1680
Иная	36	36	36	37	37
Всего...	2224	2242	2259	2216	2184

Примечание. Составлено на основе статистических данных^{*,**}.

* Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга. Режим доступа: <http://zdrav.spb.ru/gu/> (дата обращения 04.10.2024).

** Саморегулируемая организация «Ассоциация частных клиник Санкт-Петербурга». Режим доступа: <https://acspb.ru/> (дата обращения 04.10.2024).

теме ОМС числится более 6,1 млн граждан. Финансирование программы ОМС из года в год растет: в 2022 г. — 137,6 млрд руб., в 2023 г. — 142,4 млрд руб., в 2024 г. — 154,2 млрд руб. Медицинскую помощь по ОМС будут предоставлять 382 медицинские организации, в том числе 189 — городского подчинения, 30 — федерального, а также более 150 частных учреждений. В 2023 г. число медицинских приемов в секторе коммерческой медицины Санкт-Петербурга составила 13,9 млн руб.⁶ Численность медицинских учреждений на 1 тыс. жителей является одним из основных государственных параметров учета в системе здравоохранения. Однако данные о ней не всегда характеризуют объем рынка, так как не показывают объем и стоимость совершаемых коммерческих операций. В табл. 1 приведены данные о количестве медицинских учреждений по формам собственности.

Выделим следующие тенденции, отражающие развитие регионального рынка коммерческой медицины:

- повышенная востребованность услуг кардиологов, психиатров, оториноларингологов, травматологов и других узких специалистов со стороны населения;
- сдерживание роста цен на услуги платной медицины методами государственного регулирования, что способствует увеличению спроса;
- развитие внутреннего медицинского туризма; из-за ослабления национальной валюты пациенты, ранее проходившие лечение за рубежом, стали рассматривать варианты получения медицинской помощи в российских клиниках. В Санкт-Петербурге представлен выбор клиник с широким перечнем услуг и высокой квалификацией врачей.

В 2022—2023 гг. число коммерческих медицинских приемов в Санкт-Петербурге сократилось на 2,8 и 0,7% соответственно (до 14,1 млн в 2023 г.).

⁵ Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга. Режим доступа: <http://zdrav.spb.ru/gu/> (дата обращения 04.10.2024).

⁶ Саморегулируемая организация «Ассоциация частных клиник Санкт-Петербурга». Режим доступа: <https://acspb.ru/> (дата обращения 04.10.2024).

Операторы рынка связывали это преимущественно с эффектом высокой базы 2021 г.⁷ По оценкам Ассоциации частных клиник Санкт-Петербурга, в условиях пандемии пациенты активно интересовались услугами лабораторной диагностики, лучевой терапии, реанимационными услугами, вызовом специалистов на дом. По мере ее угасания востребованность этих услуг уменьшилась. Кроме того, к работе в штатном режиме вернулись городские стационары, что снизило спрос на платные хирургические услуги.

Таким образом, сокращение объема рынка частных медицинских услуг в Санкт-Петербурге в 2022 г. во многом стало реакцией на снижение эпидемической напряженности. Значительное влияние на уменьшение числа приемов в коммерческом секторе оказали также сокращение реальных располагаемых расходов населения в 2022 г. и активный рост цен на медицинские услуги в коммерческих секторах медицинского рынка в 2022—2023 гг.

По нашим оценкам, в 2024—2028 гг. численность приемов в секторе коммерческой медицины в Санкт-Петербурге будет расти на 0,8—1,6% в год и составит к концу периода 14,9 млн, что выше уровня 2023 г. на 6,5% (табл. 2).

Согласно нашим оценкам, в 2024—2028 гг. численность пациентов сектора коммерческой медицины будет планомерно расти. Прогнозируемый рост реальных располагаемых доходов и высокая значимость медицинского обслуживания для населения будут способствовать постепенному восстановлению числа потребителей услуг коммерческой медицины.

В среднем за 2019—2023 гг. в секторе легальной коммерческой медицины Санкт-Петербурга на одного потребителя приходилось 5,6 приема в год. По нашим прогнозам, к 2028 г. среднее число приемов на потребителя в секторе составит 5,8 в год (см. табл. 2).

В 2019—2023 гг. средние годовые затраты потребителя на услуги в секторе коммерческой медицины Санкт-Петербурга увеличились с 20,2 до 30,9 тыс. руб. (53%).

По нашим оценкам, в 2024—2028 гг. средняя стоимость годового обслуживания пациента в коммерческом секторе будет расти на 3,7—6,2% ежегодно и к концу периода составит 39,3 тыс. руб., что будет выше уровня 2023 г. на 27%.

С одной стороны, цены на приемы в частных клиниках будут повышаться по мере роста расходов на зарплату персонала, аренду помещений, закупку лекарств, расходных материалов. С другой стороны, рост средних затрат на коммерческую медицину будет сдерживаться перераспределением спроса в сторону дешевого сегмента клиник в связи со снижением реальных доходов населения.

В 2023 г. оборот коммерческих медицинских услуг в Санкт-Петербурге составил 75,8 млрд руб.,

⁷ Здравинформ. Журнал для медицинских менеджеров. Режим доступа: www.zdravinform.ru (дата обращения 29.09.2024).

Т а б л и ц а 2

Прогноз динамики числа медицинских приемов на рынке услуг коммерческой медицины в Санкт-Петербурге в 2024—2028 гг.

Показатель	2024 г.	2025 г.	2026 г.	2027 г.	2028 г.
Число медицинских приемов в коммерческом секторе, млн	14,1	14,3	14,5	14,7	14,9
К предыдущему году, в %	0,9	1,0	1,2	1,5	1,6
Численность населения Санкт-Петербурга, включая граждан и иностранцев, млн чел.	6,23	6,24	6,25	6,27	6,27
Численность потребителей сектора, млн	2,46	2,48	2,50	2,53	2,56
Доля потребителей сектора от населения Санкт-Петербурга, % к населению Санкт-Петербурга на 2023 г.	39,6	39,8	40,0	40,4	40,7
Среднегодовое число приемов на потребителя в секторе коммерческой медицины, абс. ед.	5,73	5,75	5,78	5,80	5,83
Процент к предыдущему году	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5

Примечание. Составлено на основе статистических данных^{*,**}.

* Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга. Режим доступа: <http://zdrav.spb.ru/ru/> (дата обращения 04.10.2024).

** Саморегулируемая организация «Ассоциация частных клиник Санкт-Петербурга». Режим доступа: <https://acspb.ru/> (дата обращения 04.10.2024).

что на 51,2% выше уровня 2019 г. Основным фактором роста оборота сектора в целом за период стало увеличение стоимости приемов (с 3,6 до 5,4 тыс. руб. за прием), так как прирост объема рынка за 5 лет был незначительным (с 13,9 до 14,0 млн приемов).

В 2020 г. объем сектора в стоимостном выражении упал с 50,1 до 44,1 млрд руб. [6—8]. Причиной стало сокращение числа приемов в результате пандемии. В 2021 г. выручка операторов коммерческого сектора медицинского рынка выросла на 35,6% и достигла 59,8 млрд руб. Основной причиной стало увеличение числа приемов в связи с реализацией отложенного спроса на плановые медицинские услуги. В 2022—2023 гг., несмотря на сокращение численности приемов, из-за активного роста цены обслуживания оборот сектора легальной коммерческой медицины увеличился на 13,5 и 11,7% соответственно и достиг 75,8 млрд руб. [9].

По нашим оценкам, в 2024—2028 гг. ожидается дальнейшее увеличение денежного оборота сектора в среднем на 5,8%, до 100,5 млрд руб. к концу периода. Рост будет поддерживаться как за счет повышения цен, так и за счет увеличения числа приемов. По сравнению с 2023 г. объем рынка в денежном выражении увеличится на 32,5%.

В последнее время российские клиники активно занимаются созданием собственных программ прикрепления [10]. У многих медицинских центров есть клиенты, которые пользуются услугами в рамках полиса добровольного медицинского страхования. Клиника при этом выставляет страховой компании цены, близкие к ценам собственной кассы, ничего, таким образом, не теряя на обслуживании держателей полисов. Но страховщик получает с клиента дополнительную «премию», которая до ме-

дицинского центра не доходит. Если клиент будет прикрепляться к клинике вместо покупки полиса, он сможет сэкономить 15—20%. Однако и клиника может «подтянуть» цены на свои программы прикрепления до уровня страховок путем продвижения услуг коммерческой медицины и формируя программы лояльности на основе удовлетворенности услугами медицинского учреждения.

Заключение

Проведенные исследования показывают весьма значимую роль негосударственных медицинских организаций в обеспечении модернизации отрасли здравоохранения:

Внедрение и территориальное распространение новых медицинских технологий обеспечивают значительное повышение их доступности для населения — лабораторная диагностика, КТ, МРТ, ЭКО, протонная терапия (Хеликс, СЗЦДМ, Инвитро, МЦХХИвек, МИБС, Скандинавия, Евромед, МЦРМ, Сканферт, Источник, Корис, Мать и Дитя, МАРТ, МЕДСИ, Медика, Медиус, СМТ, Приоритет, Гранти-Мед, СМ клиника, Спортклиника, Энерго и др.).

Система управления в негосударственной медицинской организации учитывает необходимость создания современной организационной культуры и мотивации персонала для привлечения высококвалифицированных кадров. Пациентоориентированный подход заложен в цели создания и мотивации негосударственной медицинской организации, поскольку низкая удовлетворенность пациентов приведет к банкротству клиники. Такие инструменты и системы сертификации, как СМК ИСО, JCI, EFQM, «бережливое производство», система сбалансированных показателей, позволяют активизировать управленческие техники, направленные на уменьшение бюрократизации и повышение экономической и медицинской эффективности (Ава-Петер, ОАО «Медицина», ЭКО-безопасность, МЦС, Реанмед, EMS, СЗЦДМ, ЭкспресМедСервис, Евроонко, Хеликс, Инвитро, МЦХХИвек и др.).

Активное участие частных клиник в оказании медицинской помощи в рамках программы ОМС и по федеральной программе врачебной медицинской помощи (МИБС, Евромед, Кардиоклиника, Ава-Петер, Гранти-мед, Источник, МАРТ, МЕДСИ, Медика, МЦРМ, МЦХХИвек, СМТ, Роддом на Фурштатской, ОНА, Энерго и др.).

Цифровизация через современные медицинские информационные системы, внедрение электронных медицинских карт и телемедицинских технологий обеспечивают высокий уровень сервиса для пациентов (Ава-Петер, АБИА, АМК, Дентал-Сервис, Эко-безопасность, Источник, СМТ, 7 докторов, МСЧ157 и др.).

Приведенные тенденции и перспективы развития рынка коммерческих медицинских услуг в Санкт-Петербурге отражают стратегические направления модернизации отрасли здравоохранения через призму тиражирования лучших практик роста

удовлетворенности пациентов уровнем качества предоставляемых медицинских услуг.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Снегирева Ю. Ю., Ананченкова П. И., Гурцкой Л. Д., Шкрумьяк А. Р., Метельская А. В. Управление кадровыми ресурсами частной медицинской организации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023; 31(S2):1257–62.
2. Волнухин А. В., Морозова Т. Е., Сквирская Г. П., Резе А. Г., Гурджар М. В., Герцог А. А., Самохина Е. О., Заугольникова Т. В. Социальные, демографические и профессиональные характеристики врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых государственного и частного секторов здравоохранения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(2):155–62.
3. Зудин А. Б., Снегирева Ю. Ю., Ананченкова П. И., Метельская А. В. Совершенствование деятельности частных медицинских организаций под влиянием современных тенденций развития здравоохранения. *Ремедиум*. 2023;27(4):325–32.
4. Гайдаров Г. М., Макаров С. В., Лифляндер-Пачерских А. А. анализ врачебного кадрового потенциала стоматологической службы субъекта российской федерации с учетом ее частного сектора. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):848–54.
5. Бабенко А. А. Специфика организации маркетинговой деятельности в сфере платных медицинских услуг. *ГлавВрач*. 2017;(1):73–7.
6. Татарников М. А. Управление качеством медицинской помощи. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
7. Воробьева В. Инструменты повышения качества медицинской помощи. *Медсестра*. 2017;(5–6):51–3.
8. Омельченко В. П. Информатика, медицинская информатика, статистика. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021.
9. Нестеров О. Л. Уровни контроля качества медицинской помощи. *Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения*. 2023;(8):53–8.
10. Ильченко Г. В., Ищенко О. Ю., Ольховская Ю. А. Аспекты внедрения цифровых технологий при предоставлении услуг в сфере здравоохранения (обзор литературы). *Проблемы социальной*

гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(3):325–31.

Поступила 19.06.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Snegireva Yu. Yu., Ananchenkova P. I., Gurckoj L. D., Shkrumyak A. R., Metel'skaya A. V. Management of human resources of a private medical organization. *The Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2023;31(S2):1257–62 (in Russian).
2. Volnuhin A. V., Morozova T. E., Skvirskaya G. P., Reze A. G., Gurdzhar M. V., Gercog A. A., Samohina E. O., Zaugolnikova T. V. Social, demographic and professional characteristics of general practitioners and district general practitioners in the public and private health sectors. *The Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2024;32(2):155–62 (in Russian).
3. Zudin A. B., Snegireva Yu. Yu., Ananchenkova P. I., Metel'skaya A. V. Improving the activities of private medical organisations under the influence of modern trends in healthcare development. *Remedium*. 2023;27(4):325–32 (in Russian).
4. Gajdarov G. M., Makarov S. V., Lifyander-Pacherskih A. A. Analysis of the medical personnel potential of the dental service of a constituent entity of the Russian Federation taking into account its private sector. *The Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2024;32(4):848–54 (in Russian).
5. Babenko A. A. Specifics of organisation of marketing activity in the sphere of paid medical services. *Glavvrach*. 2017;(1):73–7 (in Russian).
6. Tatarnikov M. A. Managing the quality of medical care. Moscow: GEOTAR-Media; 2016 (in Russian).
7. Vorob'eva V. Tools to improve the quality of care. *Medsestra*. 2017;(5–6):51–3 (in Russian).
8. Omel'chenko V. P. Informatics, medical informatics, statistics. Moscow: GEOTAR-Media; 2021 (in Russian).
9. Nesterov O. L. Levels of quality control of medical care. *Medical Statistics and Organisational Methodology in Health Care Institutions*. 2023;(8):53–8 (in Russian).
10. Il'chenko G. V., Ishchenko O. Yu., Ol'hovskaya Yu. A. Aspects of digital technology adoption in health service delivery (literature review). *The Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2024;32(3):325–31 (in Russian).

Ананченкова П. И.

ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ «МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ» И ПРОБЛЕМА ДЕФИНИТИВНОЙ КРЕОЛИЗАЦИИ

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

Рассмотрено развитие медицинского туризма как одного из значимых направлений глобального рынка экспорта услуг. Описаны исторические этапы становления медицинского туризма с конца XIX в., а также современные тенденции его развития, обусловленные экономическими, социальными и технологическими факторами. Приведены различные подходы к определению медицинского туризма, его классификация и сравнительная характеристика с лечебно-оздоровительным туризмом. Сделан вывод о дефинитивной креолизации самого понятия «медицинский туризм». Выделены ключевые факторы и барьеры, влияющие на развитие данной индустрии, включая стоимость медицинских услуг, качество медицинской помощи, технологический прогресс и коммуникационные барьеры. Особое внимание уделено роли аккредитации, телемедицины и информационно-коммуникационных технологий в обеспечении конкурентоспособности стран на рынке медицинского туризма. Сделан прогноз дальнейшего роста этого сектора в постпандемийный период, а также подчеркнута его влияние на трансформацию национальных систем здравоохранения.

Ключевые слова: медицинская помощь; экспорт медицинских услуг; медицинский туризм; лечебно-оздоровительный туризм; особенности; отличия; инновации; технологическое развитие.

Для цитирования: Ананченкова П. И. Подходы к определению понятия «медицинский туризм» и проблема дефинитивной креолизации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):85—89. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-85-89>

Для корреспонденции: Ананченкова Полина Игоревна, канд. экон. наук, доцент, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки, e-mail: ananchenkova@yandex.ru

Ananchenkova P. I.

THE APPROACHES TO DEFINITION OF THE NOTION OF “MEDICAL TOURISM” AND PROBLEM OF DEFINITIVE CREOLIZATION

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

The article considers development of medical tourism as one of the significant areas of global market of services export. The historical stages of formation of medical tourism are described, starting from the end of the 19th century, as well as modern trends in its development due to economic, social and technological factors. The various approaches to definition of notion “medical tourism”, its classification and comparative characteristics with medical and wellness tourism are presented. The conclusion is made about definitive creolization of the very notion of “medical tourism”. The key factors and barriers affecting development of this industry are highlighted, including cost of medical services, quality of medical care, technological progress and communication barriers. The special attention is paid to role of accreditation, telemedicine and information communication technologies in ensuring competitiveness of countries in the medical tourism market. The forecast of further development of this sector in post-pandemic period is made. Its impact on transformation of national health systems is emphasized.

Keywords: medical care; export; medical services; medical tourism; medical and wellness tourism; features; differences; innovations; technological development.

For citation: Ananchenkova P. I. The approaches to definition of the notion of “medical tourism” and problem of definitive creolization. *Problemy socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):85—89 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-85-89>

For correspondence: Ananchenkova P. I., candidate of economical sciences, associate professor, the Leading Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Ministry of Education and Science of Russia. e-mail: ananchenkova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 18.08.2024
Accepted 31.10.2024

Введение

Развитие сегмента медицинского туризма на рынке экспорта услуг берет начало в конце XIX в., в условиях, когда дисфункциональность национальных систем здравоохранения в совокупности с упрощенными пограничными процедурами стимулировали граждан (как правило, из слабо экономически развитых стран), обладающих достаточными денежными средствами, обращаться за медицин-

ской помощью в зарубежные клиники и медицинские центры для получения необходимого медицинского обслуживания, недоступного по месту постоянного проживания. Дальнейшее развитие медицинского туризма, экономический рост, организационные, технологические и структурные преобразования систем здравоохранения «слабых» стран, а также мощные инвестиции в экспорт медицинских услуг стимулировали качественно иные потоки пациентов-туристов: из стран с высокой стоимостью

медицинского обслуживания в страны, где аналогичную медицинскую помощь можно получить по более низким ценам. Для такой категории туристов инфраструктурные неудобства и дискомфорт в сопутствующих услугах компенсируются низкой ценой основной услуги, ради которой и совершается путешествие. Возможность сохранить ограниченные финансовые ресурсы является основным фактором их потребительского поведения.

В последние десятилетия, помимо перемещения товаров и услуг из одних государств в другие, глобализация привнесла в свои ряды много новых аспектов. Медицинский туризм как практическое воплощение концепции *global health* является одним из растущих явлений глобализованного мира, где в последние годы наблюдается значительный рост экспорта медицинских услуг. Из-за высокой стоимости здравоохранения люди из развитых стран переезжают из своей страны в другую, чтобы получить лечение. При этом определения медицинского туризма не существует, поскольку как исследователи, так и нормативная база отдельных стран предусматривают разные критерии для определения и статистической обработки предлагаемых в рамках медицинского туризма процедур и услуг.

Материалы и методы

При работе над темой были использованы методы научного исследования:

- метод системного анализа, позволивший исследовать медицинский туризм как комплексное явление, включающее экономические, социальные и медицинские аспекты, а также провести анализ факторов, влияющих на выбор пациентов и развитие сектора;
- метод сравнительного анализа медицинского и лечебно-оздоровительного туризма: выделены их ключевые различия;
- методы контент-анализа и классификации: проанализированы различные определения медицинского туризма, предложенные исследователями, и выявлена их неоднородность, проведена классификация медицинского туризма по различным параметрам (видам медицинских услуг, степени вмешательства, механизму организации, правовому статусу).

Указанный набор материалов и методов исследования позволяет сформировать целостное представление о тенденциях, движущих силах и проблемах развития медицинского туризма в глобальном контексте.

Результаты исследования

Медицинский туризм не новое явление, он быстро растет во всем мире, однако у него нет единого определения. Некоторые ученые рассматривают медицинский туризм как подмножество сегментов и направлений оздоровительного туризма или объединяют их [1], другие пытаются дифференцировать медицинский туризм от оздоровительного. В целом

«сам термин является предметом активных дискуссий» [2].

Всемирная туристическая организация в докладе *Exploring Health Tourism* определяет медицинский туризм как «сегмент туризма, при котором основной мотивацией является улучшение физического, ментального и/или духовного здоровья через медицинские и оздоровительные мероприятия. Этот вид туризма включает поездки с целью получения медицинских услуг, таких как диагностика, лечение, профилактика и реабилитация, а также включает возможности для досуга и развлечений» [3].

Наиболее часто медицинский туризм рассматривается как «практика получения медицинских услуг за границей, включая лечение и реабилитацию» [4], которая «предполагает намеренную поездку пациентов для частного получения медицинской помощи в другую страну» [5], а также как «международная деятельность, включающая получение медицинских услуг в других странах» [6]. С позиции медицинской организации медицинский туризм рассматривается как «предоставление медицинских услуг иностранным гражданам в рамках туризма, включая оздоровительные и реабилитационные процедуры» [7].

Указывая на социальный характер организации путешествий для получения медицинской помощи, Г. Ю. Щекин рассматривает медицинский туризм как «специфический вид деятельности, формирующийся в результате взаимодействия социального института медицины и туризма» [8].

По мнению С. Л. Мозокиной, «медицинский туризм, как правило, включает в себя проведение оперативного медицинского вмешательства на базе учреждений здравоохранения по таким направлениям, как хирургия, стоматология, офтальмология и др. <...> Можно сказать, что медицинский туризм совмещает в себе предоставление медицинских услуг и перемещение пациента-туриста в отличный от места постоянного проживания регион или страну» [9].

Ряд зарубежных авторов склоняются к тому, что медицинский туризм — это сегмент «оздоровительного туризма, включающего совмещение отдыха с возможностями проведения каких-то лечебных процедур» [10]. В этом контексте российские исследователи Г. Ю. Щекин и Н. Н. Седова утверждают, что терминологически правильнее использовать понятие «санаторно-курортное лечение» [11].

Другие исследователи отмечают, что необходимо отличать медицинский туризм от оздоровительного туризма с целью посещения спа-курортов [12].

«Недостатки статистики связаны в том числе с нечетким разделением медицинского и оздоровительного туризма. Часто эти два вида туризма объединяют, хотя оздоровительный туризм не предполагает получения высококвалифицированной медицинской помощи» [13].

Таким образом, можно сделать вывод, что в пространстве научных исследований в области меди-

Сравнительные характеристики медицинского и лечебно-оздоровительного туризма

Показатель	Медицинский туризм	Лечебно-оздоровительный туризм
Цель поездки	Основная цель медицинского туризма — получение медицинских услуг, которые могут включать хирургические операции, стоматологическое лечение, диагностические процедуры, лечение хронических заболеваний и другие специализированные медицинские услуги	Основная цель лечебно-оздоровительного туризма — улучшение общего состояния здоровья, профилактика заболеваний и укрепление организма через различные терапевтические и оздоровительные процедуры
Характер процедур	Процедуры, проводимые в рамках медицинского туризма, часто являются инвазивными и требуют высокого уровня медицинской квалификации и оборудования. Примеры включают кардиохирургию, ортопедические операции, онкологическое лечение и пластическую хирургию	Процедуры обычно неинвазивные и направлены на общее улучшение самочувствия. Они могут включать спа-процедуры, массажи, бальнеотерапию, грязевые ванны, диетотерапию, физическую активность и отдых
Медицинская инфраструктура	Пациенты обращаются в специализированные клиники или больницы, которые оборудованы для проведения сложных медицинских процедур и имеют сертифицированный медицинский персонал	Оздоровительные курорты, санатории и спа-центры часто находятся в природных зонах и предлагают комплексные программы оздоровления с использованием природных ресурсов (минеральные воды, лечебные грязи и др.)
Факторы развития	Инновационные факторы (инновационные методики лечения и реабилитации, высокотехнологическое оборудование)	Природные рекреационные ресурсы
Дестинации	Территориальные инновационные кластеры (медицинские центры, медицинские вузы, медицинские институты, лаборатории, реабилитационные центры, предприятия по производству медицинской техники, материалов)	Курорты
Место расположения Ресурсы	Территории городов Медицинская инфраструктура для лечения и реабилитации	Особо охраняемые природные территории, курортные зоны Водоёмы для купания (моря, озера, реки), минеральные воды, климатические ресурсы, лечебные грязи и др.
Риски и уход	Медицинский туризм может включать значительные риски, связанные с осложнениями после операций и необходимостью длительного послеоперационного ухода	Лечебно-оздоровительный туризм обычно связан с низким уровнем риска и не требует длительного послеоперационного ухода, так как процедуры в основном направлены на оздоровление и общее улучшение здоровья

цинского туризма наблюдается высокой степени неоднородность методических подходов к определению самого базового понятия, определяющего объект и предмет исследований. В результате, как отмечают некоторые исследователи, «в связи с многофункциональным и междисциплинарным характером медицинского туризма, оценка его как экономической категории представляется весьма затруднительной как с точки зрения выделения специализированных областей, не пересекающихся с процессом оказания медицинских услуг, так и в контексте характеристики факторов, определяющих траектории развития данного вида туризма, в том числе в условиях кризисных явлений современной экономики» [14].

В таблице представлены основные характеристики медицинского и лечебно-оздоровительного туризма, дифференцирующие их.

Таким образом, основные различия медицинского и лечебно-оздоровительного туризма, позволяющие дифференцировать их как разные виды туризма, заключаются в следующем:

- инвазивность процедур: медицинский туризм включает инвазивные медицинские процедуры, тогда как лечебно-оздоровительный фокусируется на неинвазивных терапевтических методах;
- цель: медицинский туризм направлен на лечение конкретных медицинских проблем, в то время как лечебно-оздоровительный направлен на общее улучшение здоровья и профилактику заболеваний;
- место проведения: медицинский туризм проводится в клиниках и больницах, а лечебно-оздоровительный — в санаториях, спа-центрах и курортах;

— уровень риска: медицинский туризм связан с более высоким уровнем риска и требует специализированного медицинского ухода, тогда как лечебно-оздоровительный имеет минимальные риски и не требует специализированного медицинского ухода.

Таким образом, можно сделать вывод, что терминологический аппарат сферы медицинского туризма характеризуется дефинитивной креолизацией, что обуславливает разный методологический подход к исследованию феномена медицинского туризма как инструмента обеспечения доступности медицинской помощи в сравнительных международных исследованиях. По нашему мнению, *медицинский туризм следует рассматривать как разновидность туризма с целью получения медицинской помощи без использования природных лечебных ресурсов.*

Медицинский туризм как медико-социальное явление может быть классифицирован:

- по видам медицинских услуг;
- по географии предоставления/получения медицинской помощи (в конкретном регионе или государстве);
- по направлению туристических потоков (въездной, выездной, внутренний, трансграничный);
- по механизму организации (организованный, самостоятельный);
- по степени медицинского вмешательства (высоко-, средне- и низкоинвазивный);
- по законности (законный, незаконный, относительно законный);
- по пограничному регулированию (визовый, безвизовый);
- по степени государственного регулирования (регулируемый, нерегулируемый).

Пациенты во всем мире выбирают медицинский туризм для получения широкого спектра медицинских, хирургических, стоматологических и иных услуг. Наиболее известные медицинские услуги включают косметическую хирургию, стоматологию, ортопедическую хирургию, кардиохирургию и трансплантацию органов. В то же время спрос на вспомогательные репродуктивные технологии, такие как экстракорпоральное оплодотворение и сурrogатное материнство, также растет быстрыми темпами. Помимо этого, азиатские страны значительно расширяют существующий арсенал традиционных и альтернативных методов лечения, таких как аюрведа, гомеопатия и многие другие. Спрос на эти методы лечения чрезвычайно растет в западных странах.

Обсуждение

Определенные факторы в секторе медицинского туризма влияют на его рост. Основные драйверы включают в себя:

- Коммуникационный барьер. Коммуникация является одним из существенных барьеров для медицинского туризма. Взаимодействие между пациентом и врачом может препятствовать медицинскому обслуживанию. Однако на практике этот вопрос чаще всего решается с помощью переводчика, владеющего специальной медицинской лексикой и способного транслитерировать особенности коммуникационного процесса.
- Качество лекарственных средств. Страны следуют разным процедурам тестирования и утверждения лекарственных средств и медицинских товаров. В некоторых случаях качество лекарств в развивающихся странах может негативно влиять на здоровье. Система сертификации и строгость регулирующего законодательства могут выступать как фактором риска, так и драйвером развития медицинского туризма.
- Послеоперационный уход. В некоторых случаях могут возникнуть вопросы, связанные с послеоперационным уходом. Планы медицинского страхования в родной стране могут не покрывать послеоперационные осложнения и симптомы, если медицинское вмешательство было проведено за рубежом.
- Стремительный рост стоимости медицинских услуг в развитых странах. Более низкая стоимость услуг привлекает людей из развитых стран в развивающиеся для получения медицинской помощи. Точно так же отсутствие медицинской страховки и покрытия отдельных услуг, связанных с косметической хирургией, лечением бесплодия, процедурами по смене пола и восстановлением зубов в рамках схемы здравоохранения влияют на решение ехать в другую страну, где стоимость на эти вмешательства ниже.
- Качество медицинской помощи. Качество предлагаемых медицинских услуг является

еще одним важным фактором развития медицинского туризма. Несколько больниц в развивающихся странах аккредитованы Объединенной международной комиссией (Joint Commission International, JCI) для больниц и медицинских центров других стран. Медицинские работники также имеют международно признанные полномочия и проходят обучение в зарубежных странах, таких как США, Великобритания, Канада и многие другие. В результате предоставляемые ими услуги не уступают развитым странам.

- Длинные списки ожидания. В некоторых развитых странах длинные списки ожидания побуждают пациентов обращаться за медицинской помощью из другой страны, где пациенты могут не стоять в очереди, например на операцию по замене тазобедренного сустава, без каких-либо задержек.
- Технологический прогресс. Раньше пациенты, плохо разбирающиеся в принципах и условиях организации и предоставления медицинской помощи в другой стране, координировали свои действия с больницей или поставщиком медицинских услуг через посредников (медицинских турагентов) для принятия обоснованного решения. Однако информационные и коммуникационные технологии сегодня могут напрямую связывать поставщиков медицинских услуг с пациентами. В ближайшие годы эта тенденция, вероятно, будет развиваться. Аналогичным образом, передача электронных медицинских карт и соответствующей диагностики упростила процедуру обращения к специалистам в области здравоохранения и их консультаций.

Другие факторы — ответственность за слепопроцедурную помощь, ожидаемые и фактические результаты лечения после медицинского вмешательства, риски путешествия обратно, культурные различия, вопросы, связанные с неприкосновенностью частной жизни и конфиденциальностью информации о пациенте, недорогие перелеты, широкий выбор вариантов размещения, простая политика получения медицинских виз, предоставление сопровождающего — также входят в число значимых для потребителей факторов, влияющих на сектор медицинского туризма.

В поисках подходящего медицинского направления большинство медицинских туристов фактически посещают несколько больниц, аккредитованных JCI, которые предлагают удобства и исключительную атмосферу для лечения и периода реабилитации после перенесенных хирургических процедур. Рост численности пожилого населения также является одним из основных факторов, стимулирующих рынок медицинского туризма из-за потребности в качественном долгосрочном уходе. Расстройства, связанные с образом жизни, и заболеваемость раком быстро растут во всем мире, а высокая стои-

Здоровье и общество

мость лечения рака также способствует росту медицинского туризма во всем мире.

Телемедицина все чаще используется для содействия медицинскому туризму. Поскольку различные технологические баррикады разрушены, пациенты и медицинский персонал могут обсуждать данные и опасения до и после операции.

Заключение

Конкуренция в сфере здравоохранения в настоящее время является жесткой. Каждая страна прилагает усилия для развития своих медицинских услуг, чтобы удовлетворить потребности местного населения и привлечь иностранных пациентов. Хотя на фоне ограничений на поездки из-за карантина, связанного с COVID-19, в 2020—2021 гг. число медицинских туристов значительно снизилось, а меры по блокировке нарушили доходы и темпы развития отрасли здравоохранения во многих странах, эксперты сходятся во мнении, что в ближайшие несколько лет сектор медицинского туризма восстановится. Многие страны запустили специальный портал медицинского туризма для информации о медицинских процедурах, иммиграции и визах. Некоторые предлагают политику длительного пребывания и возможность разрешить кровным родственникам получать визы медицинского работника. Принимающие страны вносят изменения в законодательство, регулирующие неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность информации о пациентах.

Индустрия медицинского туризма подпитывается и управляется пациентами, которые чувствуют себя ущемленными в своем праве на медицинскую помощь и возможностях ее получения в системе здравоохранения своей страны. Эти пациенты склоняются к альтернативным формам получения доступных медицинских услуг и участвуют в медицинских путешествиях за пределы национальной системы здравоохранения. Становится все более очевидным, что медицинский туризм выступает не только фактором трансформации и модернизации национальных систем здравоохранения, но и в целом серьезно влияет на глобальный рынок экспорта медицинских услуг.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Smith M., Puczkó L. Health and Wellness Tourism. New York, NY: Routledge; 2008.
2. Лядова А. В. Медицинский туризм как социальная практика: современное состояние и перспективы развития. *Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки*. 2017;(3):79—82.
3. Exploring Health Tourism. World Tourism Organization and European Travel Commission. UNWTO, Madrid; 2018.
4. Юдина Н. Н., Мельгунова М. С., Чернышев Е. В., Петрова Г. Д. Международный опыт развития въездного медицинского туризма (экспорта медицинских услуг), включая определение потенциальных стран-доноров для Российской Федерации. Аналитический обзор. *Проблема стандартизации в здравоохранении*. 2020;9(10):60—7.

5. Hopkins L., Labonté R., Runnels V., et al. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *J. Public Health Policy*. 2010;31:185—98.
6. Пирогова О. В., Буй Т. Н. Тенденции развития медицинского туризма. *Инновации. Наука. Образование*. 2021;34:2942—6.
7. Гринева О. О., Чурлей Э. Г. Методологический подход к проведению исследований на рынке медицинского туризма. В сб.: Тенденции экономического развития в XXI веке: Материалы III Международной научной конференции. Минск; 2021. С. 618—20.
8. Щекин Г. Ю. Концептуализация феномена медицинского туризма в социологии медицины: Дис. ... д-ра социол. наук. Волгоград; 2013.
9. Мозокина С. Л. Тенденции развития лечебно-оздоровительного и медицинского туризма. *Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета*. 2014;5(89):42—6.
10. Kangas B. Traveling for Medical Care in a Global World. *Med. Anthropol*. 2010;29(4):344—62.
11. Щекин Г. Ю., Седова Н. Н. Медицинский туризм: история, теория, практика. М.: ООО Издательская группа «Юрист»; 2014.
12. Conell J. Medical tourism: see, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*. 2006;27(6):1093—100.
13. Кириллов А. Н., Мальцев А. В., Балашова М. В. Международная практика организации медицинского туризма. *Фундаментальные исследования*. 2018;(6):133—7.
14. Игнатова Е. В., Карпова Г. А., Рыбальченко И. Е. Эволюция развития и перспективные направления совершенствования рынка медицинского туризма в современных условиях. *Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета*. 2020;(5):102—7.

Поступила 18.08.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Smith M., Puczkó L. Health and Wellness Tourism. New York, NY: Routledge; 2008.
2. Lyadova A. V. Medical tourism as a social practice: current state and development prospects. *Humanities, Socio-Economic and Social Sciences*. 2017;(3):79—82 (in Russian).
3. Exploring Health Tourism. World Tourism Organization and European Travel Commission. UNWTO, Madrid; 2018.
4. Yudina N. N., Melgunova M. S., Chernyshev E. V., Petrova G. D. International experience in the development of inbound medical tourism (export of medical services), including identification of potential donor countries for the Russian Federation. Analytical review. *The Problem of Standardization in Healthcare*. 2020;9(10):60—7 (in Russian).
5. Hopkins L., Labonté R., Runnels V., et al. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *J. Public Health Policy*. 2010;31:185—98.
6. Pirogova O. V., Bui T. N. Trends in the development of medical tourism. *Innovations. Science. Education*. 2021;34:2942—6 (in Russian).
7. Grineva O. O., Churley E. G. Methodological approach to conducting research in the medical tourism market. In: Trends in economic development in the 21st century: Proceedings of the III International Scientific Conference. Minsk; 2021. P. 618—20 (in Russian).
8. Shchekin G. Yu. Conceptualization of the phenomenon of medical tourism in the sociology of medicine. Dissertation, Doctor of Social Sciences. Volgograd; 2013 (in Russian).
9. Mozokina S. L. Trends in the development of therapeutic and medical tourism. *Proceedings of the St. Petersburg State University of Economics*. 2014;5(89):42—6 (in Russian).
10. Kangas B. Traveling for Medical Care in a Global World. *Med. Anthropol*. 2010;29(4):344—62.
11. Shchekin G. Yu., Sedova N. N. Medical tourism: history, theory, practice. — Moscow: Lawyer Publishing Group, LLC; 2014 (in Russian).
12. Conell J. Medical tourism: see, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*. 2006;27(6):1093—100.
13. Kirillov A. N., Maltsev A. V., Balashova M. V. International practice of medical tourism organization. *Fundamental Research*. 2018;(6):133—7 (in Russian).
14. Ignatova E. V., Karpova G. A., Rybalchenko I. E. Evolution of development and promising directions for improving the medical tourism market in modern conditions. *Izvestiya of St. Petersburg State University of Economics*. 2020;5:102—7 (in Russian).

Гузь Н. А., Стрельников А. М.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ РОЖДАЕМОСТИ К СТИМУЛИРУЮЩИМ МЕРАМ ФИНАНСОВОГО ХАРАКТЕРА

ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125167, г. Москва

На преодоление негативной демографической ситуации в России направлен ряд финансовых инструментов государственной политики, в том числе материнский (семейный) капитал. Цель статьи — определить эффективность данного инструмента и оценить степень его влияния на рождаемость в России. В исследовании использованы открытые данные. Дифференциацию рождаемости анализировали на основе данных Единой межведомственной информационной статистической системы. Проведен анализ причинно-следственной связи между совершенствованием государственной программы материнского капитала (2007—2024) и возможностью ее превращения в реальный инструмент демографической политики. Выявлена прогрессивная динамика изменения условий предоставления материнского капитала в соответствии с национальными целями и социально-экономическими условиями. Выделены ограничения в реализации данного финансового инструмента и перспективные условия повышения привлекательности материнского капитала как меры государственной финансовой поддержки.

Ключевые слова: рождаемость; финансовые стимулы; государственные расходы; социальное обеспечение; Национальный проект «Демография»; материнский (семейный) капитал.

Для цитирования: Гузь Н. А., Стрельников А. М. Чувствительность рождаемости к стимулирующим мерам финансового характера. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):90—97. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-90-97>

Для корреспонденции: Гузь Наталья Алексеевна; канд. экон. наук, доцент, доцент кафедры общественных финансов финансового факультета ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», e-mail: NAGuz@fa.ru

Guz N. A., Strelnikov A. M.

THE NATALITY SENSITIVITY TO STIMULATING MEASURES OF FINANCIAL CHARACTER

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 125167, Moscow, Russia

In Russia, a number of financial instruments of state policy, including maternity (family) capital, are targeted to overcome negative demographic situation. The purpose of the study is to determine efficiency of this instrument and to assess degree of its effect on birth rate. The data with open access were used. The differentiation of birth rate was analyzed on the basis of data from the Unified Interdepartmental Information Statistical System. The analysis of cause-and-effect relationship between improvement of state program of maternity capital (2007–2024) and possibility of its transformation into real tool of demographic policy was carried out. The progressive dynamics of changing of conditions of granting maternity capital in accordance with national goals and social economic conditions is revealed. The limitations of implementing this financial tool and prospective conditions of increasing attractiveness of maternity capital as measure of state financial support are highlighted.

Keywords: birth rate; financial incentives; government charges; social support; national project “Demography”; maternal (family) capital.

For citation: Guz N. A., Strelnikov A. M. The natality sensitivity to stimulating measures of financial character. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):90–97 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-90-97>

For correspondence: Guz N. A., candidate of economical sciences, associate professor, associate professor of the Chair of Public Finances of the Financial Faculty of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, e-mail: NAGuz@fa.ru

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

Acknowledgment. The study was carried out at the expense of budgetary funds, according to the State Assignment of Financial University for 2024.

Received 11.06.2024

Accepted 31.10.2024

Введение

В 2024 г. Президентом Российской Федерации определена национальная цель — «Сохранение населения, укрепление здоровья и повышение благополучия людей, поддержки семьи»¹. Ее достижение связано со следующими результатами:

— снижением уровня бедности многодетных семей до 12% к 2030 г. и до 8% к 2036 г.;

— повышением суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 к 2030 г. и до 1,8 к 2036 г., в том числе ежегодный рост суммарного коэффициента рождаемости третьих и последующих детей.

В ситуации с социальным выравниванием по доходам есть успехи, однако демографическая ситуация остается сложной. По данным Росстата, в 2023 г. продолжилось снижение числа рождений, начавшееся в 2017 г. На коротком промежутке 2015—2017 гг. в России был естественный прирост, сейчас — естественная убыль в 500—600 тыс. чело-

¹ Определены новые национальные цели развития. Режим доступа: <https://rg.ru/2024/05/10/tochki-opory.html> (дата обращения 22.11.2024).

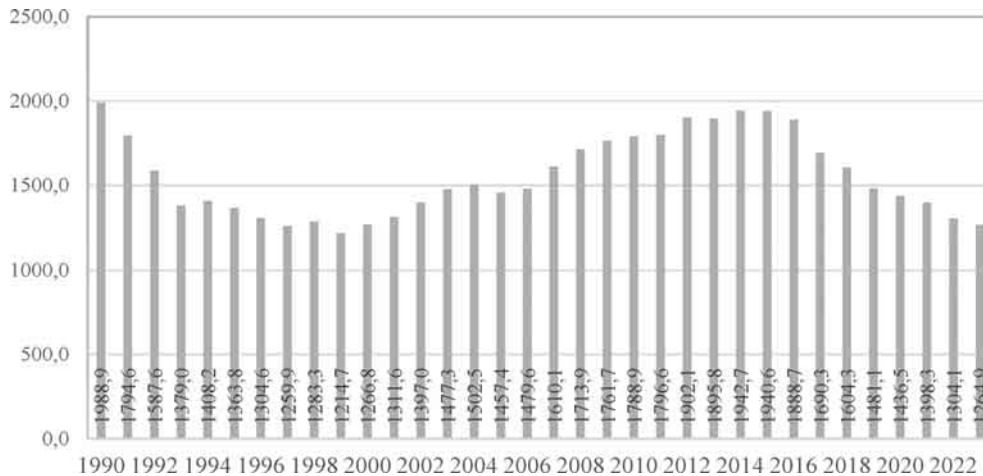


Рис. 1. Число родившихся в 1990—2023 гг., по данным Росстата (в тыс. человек).

век в год. Число родившихся в 2023 г. (1264,9 тыс.) является минимальным с 1999 г. (рис. 1).

В рамках достижения национальной цели государством реализуется значительное число мер поддержки семей с детьми, предусмотренных Государственной программой «Социальная поддержка граждан» и Национальным проектом «Демография», в который включены пять федеральных проектов, в том числе «Финансовая поддержка семей при рождении детей».

Цель работы — определить эффективность материнского (семейного) капитала и оценить степень его влияния на уровень рождаемости в России.

Материалы и методы

Анализ дифференциации уровня рождаемости в субъектах Российской Федерации проведен на основе данных Единой межведомственной информационной статистической системы (ЕМИСС)² о коэффициенте рождаемости (число детей, рожденных одной женщиной на протяжении всего репродуктивного периода). Этот коэффициент используется в международных базах данных, хотя авторы признают недостатки данного показателя, отмеченные австрийскими демографами [1, 2].

Сведения о бюджетном финансировании социальных мер поддержки получены из информационной базы НПО «Кристалл», одного из разработчиков подпрограмм государственной интегрированной информационной системы (ГИИС) «Электронный бюджет»³.

Поскольку рождаемость имеет положительную связь с бюджетным стимулированием и выплатами семьям с детьми, политика государственного финансового стимулирования рождаемости может

быть оценена различными простыми и сложными статистическими и эконометрическими методами, в которых зависимой переменной выступают различные показатели фертильности, а объясняющей переменной могут быть непосредственные программы социальной поддержки роженицам в рамках временной нетрудоспособности по беременности и родам, а также семьям с детьми.

Решение о рождении второго и последующих детей принимается не только на основе потенциальных экономических компенсаций, связанных с выпадающими доходами из-за необходимости рождения и воспитания детей. Оно также зависит от субъективных ожиданий экономического благополучия в будущем, в котором дети смогут реализовать себя, а также качества и уровня доступности публичных благ (здравоохранения, образования, безопасности, культуры и спорта). Таким образом, объясняющей переменной могут быть не только расходы в рамках прямого финансового регулирования, но и косвенные расходы — все публичные расходы бюджетной системы.

Повышение рождаемости на основе стимулирующих семейных пособий подтверждено исследованиями еще в 1960 г. [3]. Более поздние эмпирические исследования демографических и социально-экономических данных о замужних женщинах Израиля за период 1997—2005 гг. показали, что финансовые стимулы в значительной мере положительно влияют на рождаемость вне зависимости от возрастных, культурных и религиозных характеристик (включая ортодоксальных евреев и женщин старшего возраста). Государственное финансовое стимулирование рождаемости приводит к увеличению показателей рождаемости на 7,8% [4], а также незначительно, но все же повышает вероятность рождения второго и последующих детей на 0,04 п. п. [5]. При этом бюджетное стимулирование рождаемости на основе пособий семьям с детьми оказалось ожидаемо незначительным для высокодоходных групп населения.

Эконометрическое исследование конца прошлого века [6] на основе данных по странам — членам

² Данные Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС) о суммарном коэффициенте рождаемости. Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicator/31517>

³ Автоматизированная система мониторинга, анализа и прогнозирования финансового и социально-экономического развития Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Режим доступа: <https://www.iminfin.ru/areas-of-analysis/budget>

Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) на тему влияния денежных выплат семьям с детьми показало эффективность мер финансового стимулирования рождаемости. В среднем рост семейных пособий на 25% приводил к повышению рождаемости на 0,6% в краткосрочном периоде и примерно на 4% в долгосрочном. Эффективность пособий для семей с детьми как инструмента государственного финансового стимулирования рождаемости также подтверждается и в ряде более поздних исследований репродуктивного поведения женщин [7—15].

На текущем этапе эволюции человека общество вынуждено компенсировать семье издержки на рождение и воспитание детей. Данная политика пока в среднем сохраняет свою эффективность, однако объемы и виды государственной финансовой поддержки материнства и детства постепенно увеличиваются, поскольку стоимость воспроизводства человеческого капитала становится выше. Есть мнение, что из всех мер финансового стимулирования рождаемости наиболее важными и эффективными являются субсидирование совокупных расходов на воспитание детей, налоговые льготы, декретные выплаты, по их мнению, менее эффективны [16].

Существенное увеличение финансовых стимулов, как правило, приводит к значительному росту показателей рождаемости. Факторный анализ эффективности финансовых стимулов в исследовании [17] показал, что увеличение рождаемости в подобных случаях объясняется значительным снижением вероятности абортов, в то время как средний уровень зачатия изменяется несущественно. Данный эффект обусловлен решениями в области планирования семьи женщинами из низкодоходных домохозяйств, которые в большей степени выигрывают от изменений условий предоставления бюджетных выплат по программам материнства и детства.

Исследование данных по китайским домохозяйствам [18] показало, что не только прямые методы государственного финансового регулирования, но и смешанные (включающие прямые и косвенные меры), которые можно оценить количественно как совокупные государственные расходы, также положительно влияют на намерение женщин рожать больше детей (в среднем от 2,3 до 3,4 ребенка). При этом эффект от совокупных государственных расходов выше для семей с одним ребенком мужского пола и для семей, живущих в сельской местности, что косвенно указывает на специфику предельной склонности к рождению детей и фактор урбанизации.

Эффект от введения материнского (семейного) капитала в России в 2010—2017 гг. рассмотрен в исследовании [19], где автор оценивает влияние материнского капитала на здоровье, благосостояние детей и инвестиции в человеческий капитал. Значительную долю в расходах бюджетов субъектов Российской Федерации занимают выплаты получателям регионального материнского капитала (РМК), при этом его финансирование занимает существенную долю расходов на социальное обеспечение в

бюджетах субъектов Российской Федерации, а его стимулирующая роль изучена недостаточно. Можно привести исследование [20], в котором на основе данных 1996—2020 гг. рассмотрено влияние регионального материнского капитала на рождаемость в субъектах Российской Федерации. Авторы делают выводы, что наибольший эффект имеет введение РМК в областях центральной православной России и при размере, близком к федеральному уровню.

Результаты исследования

Демографический прогноз Организации Объединенных Наций (ООН) определил 124 млн жителей РФ к 2100 г. (с учетом 20-миллионной миграции, которую эксперты ООН прогнозируют в отношении России). С 2007 г. отмечено увеличение доли рождений третьих и последующих детей от общего числа рождений (рис. 2). В исследуемый период (1980—2022) примерно на одном уровне остается рождение вторых детей, а увеличение рождений третьих и последующих детей идет на фоне снижения рождения первых. Темпы роста рождения третьих детей увеличились на 11%.

За последние 10 лет количество многодетных семей в России удвоилось. Сейчас в России 2,4 млн многодетных семей (9,4% от общего количества семей⁴), в них воспитываются 7,4 млн детей (24,7% всех российских детей⁵). Для сохранения населения страны и ее устойчивого роста нужно, чтобы 51% семей были многодетными.

Текущий 2024 год объявлен Президентом РФ Годом семьи и подкреплен принятием соответствующих нормативных правовых документов:

- Указом Президента РФ от 23.01.2024 № 63 «О мерах социальной поддержки многодетных семей»;
- Федеральным законом от 12.06.2024 № 137-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившим силу пункта 3.3 части 4 статьи 2 Федерального закона „О содействии развитию и повышению эффективности управления в жилищной сфере и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации“» продлен до 31 декабря 2030 г. период рождения третьего ребенка, дающий право на 450 тыс. руб. в счет погашения ипотеки для многодетных семей;
- 10.07.2024 Государственная Дума РФ приняла Федеральный закон от 13.07.2024 № 179-ФЗ «О ежегодной семейной выплате гражданам Российской Федерации, имеющим двух и более детей» об увеличении стандартного налогового вычета для семей с двумя и более детьми и о ежегодной семейной выплате гражданам Российской Федерации, имеющим двух и более детей.

⁴ Общее число многодетных семей в России — 24 млн.

⁵ Общая численность детей в России — 30 млн.

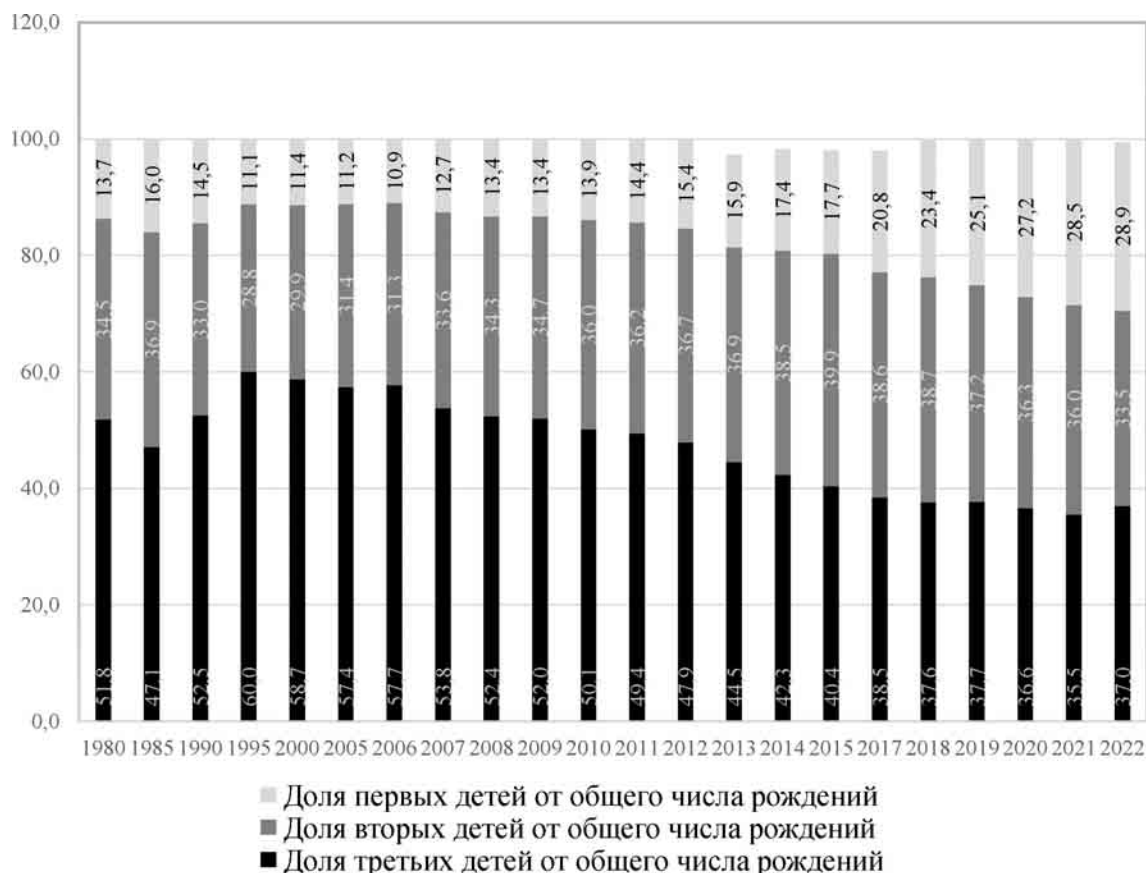


Рис. 2. Динамика доли очередности рождений в 1980—2022 гг., по данным Росстата (в %).

На поддержку семей с детьми ежегодно выделяется все больше средств, а ситуация с рождаемостью в указанный период ухудшается. На рис. 3 представ-

лены данные о финансировании мер по поддержке семей с детьми за счет средств федерального бюджета.

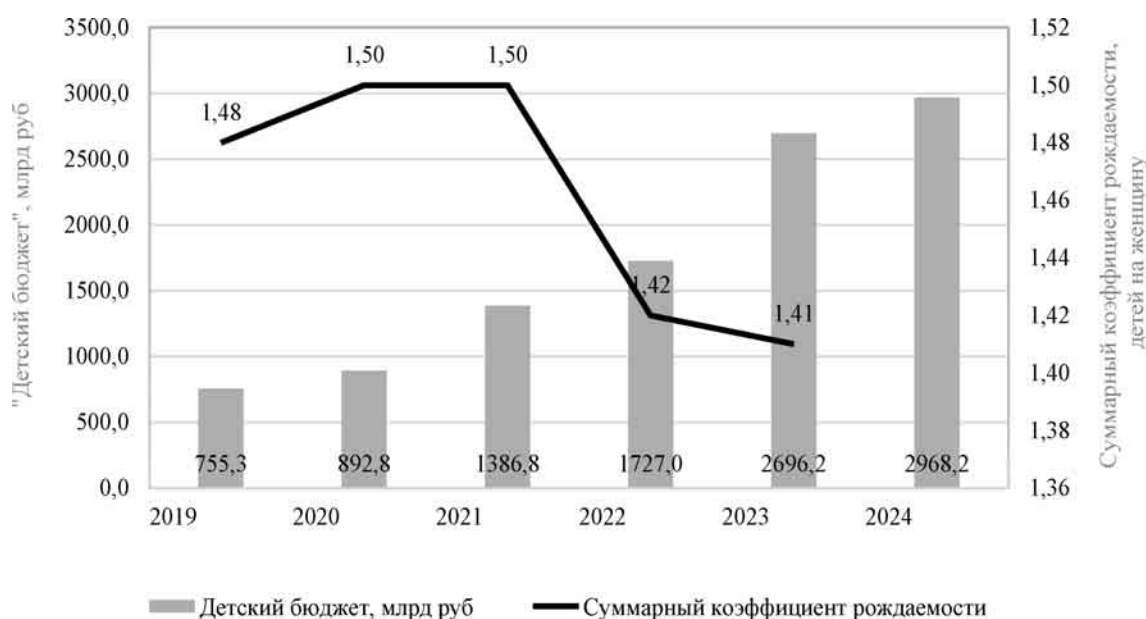


Рис. 3. Объемы ассигнований федерального бюджета, направляемых на поддержку семей с детьми («детский бюджет»), и динамика суммарного коэффициента рождаемости по материалам к проектам законов о федеральном бюджете на очередной год.

Федеральный закон от 12.06.2024 № 137-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившим силу пункта 3.3 части 4 статьи 2 Федерального закона „О содействии развитию и повышению эффективности управления в жилищной сфере и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации“». Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_478531/ (дата обращения 22.11.2024).

Поэтапное введение федеральных мер демографической поддержки

Год	Мера поддержки
2007	Введение материнского (семейного) капитала при рождении второго ребенка (с 2020 г. был переориентирован на рождение первых детей)
2012	Введена доплата при рождении третьего ребенка, распространявшаяся на семьи, нуждающиеся в поддержке
2013	Ежемесячная выплата трудоспособным лицам, осуществляющим уход за ребенком-инвалидом или инвалидом с детства I группы
2013	Ежемесячная доплата за третьего ребенка или последующих детей до достижения ребенком возраста 3 лет нуждающимся семьям (в регионах с неблагоприятной демографической ситуацией за счет федерального бюджета)
2013	Включение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в базовую программу обязательного медицинского страхования как части программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению в Российской Федерации
2014	Предоставление земельных участков многодетным семьям в собственность бесплатно
2017	«Семейная ипотека»
2018	Ежемесячные выплаты при рождении первого ребенка (из федерального бюджета) и второго ребенка (из материнского капитала) до 3 лет
2019	Субсидия 450 тыс. руб. на погашение ипотеки многодетным семьям
2020—2021	Выплаты на ребенка в возрасте от 3 до 7 лет включительно и от 8 до 16 лет включительно
2023	«Единое пособие» — новое пособие в связи с рождением и воспитанием ребенка, при назначении которого осуществляется комплексная оценка нуждаемости

Материнский капитал и единое детское пособие пришли на смену комплексу разрозненных мер социальной поддержки семей с детьми. Краткий ретроспективный анализ федеральных мер демографической поддержки включает следующие этапы (см. таблицу).

Среди стимулирующих мер, наряду с социальными пособиями на детей и семейной ипотекой, наиболее существенный вклад в повышение рождаемости и увеличение числа многодетных семей внес материнский капитал. Первоначально федеральная программа материнского капитала, которая стартовала в 2007 г., предусматривала право на капитал

при рождении второго ребенка. С 2020 г. семья получает право на материнский капитал при рождении первого ребенка, а если семья воспользовалась правом на материнский капитал при рождении старших детей, величина материнского капитала составляет разницу между максимальной величиной и величиной материнского капитала на первого ребенка.

Федеральным законодательством на 2024 г. установлена сумма материнского (семейного) капитала при рождении (усыновлении) первого ребенка около 630 тыс. руб. (около 7 средних зарплат, или 41 прожиточный минимум), второго, третьего ребенка — чуть более 830 тыс. руб., если семья раньше не воспользовалась правом на капитал при рождении старших детей. Если воспользовалась, то она получает разницу между этими суммами (около 200 тыс. руб.).

Программы РМК были введены позже федеральной программы — в 2011 г. — и не конкурируют с последней, а дополняют ее. Первоначально число субъектов Российской Федерации, которые начали финансировать программы РМК, составляло 33 (39% общего числа субъектов Российской Федерации), в 2024 г. программы РМК действуют в 76 субъектах Российской Федерации (85% всех субъектов Российской Федерации). Изменение охвата субъектов Российской Федерации программами РМК происходило нелинейно: большинство субъектов ввели свои программы в 2012 г., а отдельные из них уже завершили свои программы. Например, в Пермском крае в соответствии с Законом Пермского края от 29.02.2012 № 5-ПК «О дополнительных мерах социальной поддержки семей, имеющих детей» (ред. от 02.03.2015) программа действовала 6 лет (2012—2018). Несмотря на отмену программы, суммарный коэффициент рождаемости по данному субъекту Российской Федерации остается выше среднероссийского, но пиковые значения с начала действия

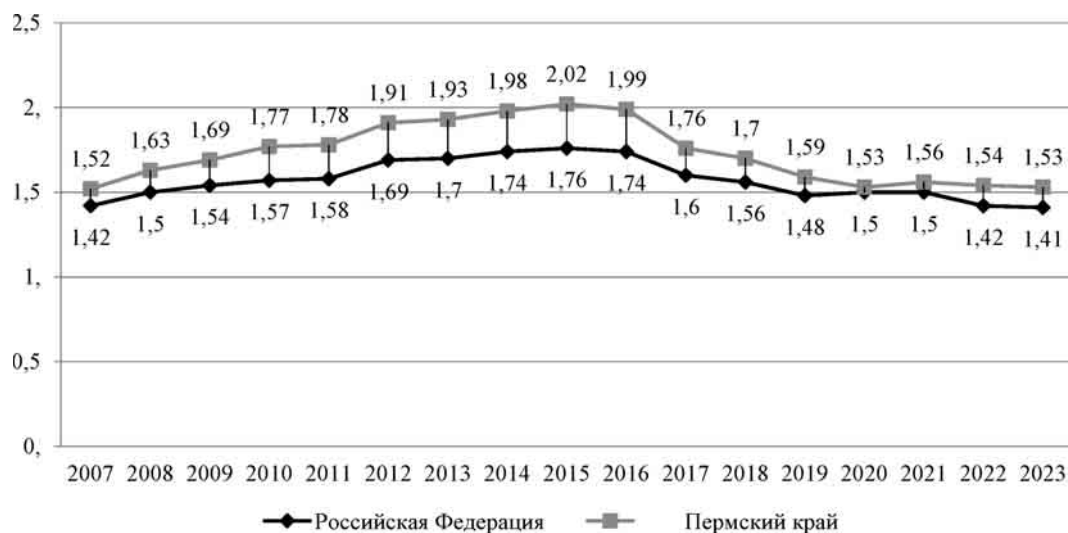


Рис. 4. Изменение суммарного коэффициента рождаемости в Пермском крае и в среднем в Российской Федерации в 2016—2023 гг.

Здоровье и общество

федеральной программы, как и в среднем по России, наблюдались в период 2007—2016 гг. (рис. 4).

Через 2 года после переноса выплат материнского капитала на первого ребенка (с 2020 г. львиную долю его перенесли на первенца) коэффициент суммарной рождаемости вторых детей начал падать, а первых так и не вырос. Из этого можно сделать предварительный вывод, что рождаемость первого ребенка не чувствительна к финансовым стимулам, следовательно, нужно «потенцировать» рождение вторых и последующих детей.

Из финансовых инструментов воздействия на рождаемость наименее затратной является процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), а наиболее затратной — субсидированная ипотека, при том что результат ее влияния на рождаемость не очевиден. Доля детей, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), в Российской Федерации зафиксировалась на уровне 2,5% (по данным Российской ассоциации репродукции человека)⁶ и не растет. Возможно, следует сделать бесплатными сопутствующие медицинские процедуры, а также проезд женщины к месту проведения операции и обратно.

Обсуждение

Авторы получили результаты, соответствующие гипотезе Г. Беккера и Р. Томса, в которой связываются доходные эффекты и предельная склонность семей к рождению последующих детей [21]. Отрицательный доходный эффект на рождаемость проявляется в низкодоходных группах, поскольку семьи откладывают решение о рождении ребенка из-за ограничений в уровне благосостояния и рассматривают каждого последующего ребенка как дополнительное обременение для семейного бюджета. Положительный доходный эффект, согласно гипотезе Г. Беккера и Р. Томса, проявляется в том, что высокодоходные семьи рассматривают детей как «дорогие товары», которые могут повысить социальный статус семьи и стать альтернативной инвестицией в человеческий капитал. Поэтому в богатых семьях более вероятно рождение второго и последующих детей, а в бедных, при прочих равных, — нет. Таким образом, авторы подтверждают высокую эффективность пособий для семей с детьми для стимулирования рождаемости, в первую очередь это касается низкодоходных и нижней половины среднедоходных семей.

Внедрение программ финансового стимулирования рождаемости — сложнообратимый процесс, потому что социально-экономический эффект от отмены стимулов или пособий для семей с детьми может оказаться выше, чем их введение на определенный период. Так, в исследовании эффективности введения программы стимулирования рождаемости в Испании показана именно такая динамика рождаемости [22]. После введения стимулирующих

выплат населению в 2007 г. уровень рождаемости вырос, а уровень абортот сократился. Однако в 2010 г., эта программа была свернута, от чего был получен обратный эффект, который оказался сильнее (рост числа абортот и сокращение уровня рождаемости), особенно среди малообеспеченных слоев населения и мигрантов. В большей степени негативный эффект от сворачивания стимулов проявился в отстающих в экономическом развитии регионах страны.

Поддерживая мысль испанских ученых, следует напомнить о последствиях отмены или несвоевременной пролонгации социальных выплат и в Российской Федерации. К сожалению, программы материнского капитала (и другие меры стимулирующего характера) имеют заранее фиксированную дату завершения. Их продление в самый последний момент или даже постфактум⁷ дезориентирует пары, которые хотели бы обзавестись ребенком определенной очередности. Происходит так называемый сдвиг календаря рождений. Данные исследования указывают на очень важное условие в стимулировании рождаемости. Выстраивание политики государственного финансового стимулирования рождаемости должно иметь долгосрочный поступательный характер. Как подчеркивает исследователь М. Л. Дорофеев, государство не может отказаться от принятых на себя социальных обязательств по стимулированию рождаемости слишком быстро, потому что это может перечеркнуть все приложенные ранее усилия. Необходимо избегать непродуманных популистских обещаний и не брать чрезмерные объемы социальных обязательств, если существуют высокие риски их отмены в краткосрочной и среднесрочной перспективе [23].

Заключение

Попытки «омолодить» рождение первых и вторых детей, как показывает мировой опыт за последние 30-40 лет и опыт регионов Российской Федерации, не работают. Применение возрастных ограничений при получении региональных выплат на детей (например, 30—35 лет — на второго ребенка) рядом субъектов Российской Федерации (Республика Татарстан, Республика Башкортостан, Челябинская область) слабо мотивирует тех, кто приближается к данному возрасту, но демотирует тех, кто из него вышел. В этой связи предлагается материнский капитал или иные разовые крупные выплаты инвестиционного характера вводить начиная со второго ребенка, без учета критериев нуждаемости, возрастных ограничений.

Для перелома сложившегося негативного демографического тренда в Российской Федерации необходимо совершенствовать меры поддержки семей, направленные на стимулирование рождений третьих и последующих детей. Рождение каждого по-

⁶ Российская ассоциация репродукции человека, ТАСС. Режим доступа: <https://journal.tinkoff.ru/eco-stat/>

⁷ Речь идет о продлении жилищной субсидии многодетным семьям на 2023—2024 гг. в начале 2024 г.

следующего ребенка не должно ухудшать материальное положение семьи.

Полученные результаты могут быть использованы не только федеральными органами власти, но и органами власти субъектов Российской Федерации, международными организациями, группами исследователей, специализирующихся на вопросах выбора финансовых инструментов регулирования демографических процессов, в частности стимулирования рождаемости.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Bongaarts J. What can fertility indicators tell us about pronatalist policy options? *Vienna Yearbook of Population Research*. 2008;6(1):39—55.
- Lutz W., Skirbekk V., Testa M. R. The low-fertility trap hypothesis: Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe, 2006. *Vienna Yearbook of Population Research*. 2006;4:167—92.
- Becker G. An economic analysis of fertility. In: Bureau U.-N. (ed.). *Demographic and economic change in developed countries: a conference of the Universities-National Bureau Committee for Economic Research*. Vol. 11. Princeton: Princeton University Press; 1960. P. 209—31.
- Cohen A., Dehejia R., Romanov D. Do Financial Incentives Affect Fertility? National Bureau of Economic Research Working Paper 2007. №. 13700. Режим доступа: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w13700/w13700.pdf
- Nieto A. Can subsidies to permanent employment change fertility decisions? *Labour Economics* 2022;78:102219. doi: 10.1016/j.labe-co.2022.102219
- Gauthier A. H., Hatzius J. Family benefits and fertility: An econometric analysis. *Population Studies*. 1997;51(3):295—306.
- Vikat A. Women's labor force attachment and childbearing in Finland. *Demogr. Res.* 2004;3(8):177—212. doi: 10.4054/Dem-Res.2004.S3.8
- Luci-Greulich A., Thévenon O. The impact of family policies on fertility trends in developed countries. *Eur. J. Population = Revue Européenne De Démographie*. 2013;29(4):387—416.
- Cohen A., Dehejia R., Romanov D. Financial incentives and fertility. *Rev. Econ. Stat.* 2013;95(1):1—20. doi: 10.1162/REST_a_00342
- González L. The effect of a universal child benefit on conceptions, abortions, and early maternal labor supply. *Am. Econ. J. Econ. Policy*. 2013;5(3):160—88. doi: 10.1257/pol.5.3.160
- Raute A. Can financial incentives reduce the baby gap? Evidence from a reform in maternity leave benefits. *J. Publ. Econ.* 2019;169:203—22. doi: 10.1016/j.jpubeco.2018.07.010
- Riphahn R. T., Wijnck F. Fertility effects of child benefits. *J. Populat. Econ.* 2017;30(4):1135—84. doi: 10.1007/s00148-017-0647-y
- Olivetti C., Petrongolo B. The economic consequences of family policies: lessons from a century of legislation in high-income countries. *J. Econ. Perspect.* 2017;31(1):205—30. doi: 10.1257/jep.31.1.205
- Spéder Z., Murinkó L., Oláh L. S. Cash support vs tax incentives: The differential impact of policy interventions on third births in contemporary Hungary. *Population Studies*. 2020;74(1):39—54. doi: 10.1080/00324728.2019.1694165
- Alijanzadeh M., Bahrami N., Jafari E., Noori M., Miri F., Jofityar M. Iranian women's attitude toward childbearing and its' association with generalized trust, social support, marital satisfaction and governmental childbearing incentives. *Heliyon*. 2023;9(5):e16162. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e16162
- Doepke M., Kindermann F. Bargaining over babies: theory, evidence, and policy implications. *Am. Econ. Rev.* 2019;109(9):3264—306. doi: 10.1257/aer.20160328
- Tudor S. Financial incentives, fertility and early life child outcomes. *Labour Economics*. 2020;64:101839. doi: 10.1016/j.labe-co.2020.101839
- Zhang J., Li X., Tang J. Effect of public expenditure on fertility intention to have a second child or more: Evidence from China's CGSS survey data. *Cities*. 2022;128:103812. doi: 10.1016/j.cities.2022.103812
- Proshin A. Impact of Child Subsidies on Child Health, Well-Being, and Investment in Child Human Capital: Evidence from Russian Longitudinal Monitoring Survey 2010–2017. *Eur. J. Populat.* 2023;39:14. doi: 10.1007/s10680-023-09653-8
- Вакуленко Е. С., Ивашина Н. В., Свистильник Я. О. Региональные программы материнского капитала: влияние на рождаемость в России. *Экономика региона*. 2023;19(4):1077—92. doi: 10.17059/ekon.reg.2023-4-10
- Becker G. S., Tomes N. Child Endowments and the quantity and quality of children. *J. Polit. Economy*. 1976;84(4, Part 2):143—62.
- González L., Trommlerová S. K. Cash transfers and fertility: How the introduction and cancellation of a child benefit affected births and abortions. *J. Human Resources*. 2023;58(3):783—818.
- Дорофеев М. Л. Государственное финансовое регулирование демографических процессов в России: проблемы и решения. *E-Management*. 2023;6(4):83—94. doi: 10.26425/2658-3445-2023-6-4-83-94

Поступила 11.06.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

- Bongaarts J. What can fertility indicators tell us about pronatalist policy options? *Vienna Yearbook of Population Research*. 2008;6(1):39—55.
- Lutz W., Skirbekk V., Testa M. R. The low-fertility trap hypothesis: Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe, 2006. *Vienna Yearbook of Population Research*. 2006;4:167—92.
- Becker G. An economic analysis of fertility. In: Bureau U.-N. (ed.). *Demographic and economic change in developed countries: a conference of the Universities-National Bureau Committee for Economic Research*. Vol. 11. Princeton: Princeton University Press; 1960. P. 209—31.
- Cohen A., Dehejia R., Romanov D. Do Financial Incentives Affect Fertility? National Bureau of Economic Research Working Paper 2007. №. 13700. Available at: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w13700/w13700.pdf
- Nieto A. Can subsidies to permanent employment change fertility decisions? *Labour Economics* 2022;78:102219. doi: 10.1016/j.labe-co.2022.102219
- Gauthier A. H., Hatzius J. Family benefits and fertility: An econometric analysis. *Population Studies*. 1997;51(3):295—306.
- Vikat A. Women's labor force attachment and childbearing in Finland. *Demogr. Res.* 2004;3(8):177—212. doi: 10.4054/Dem-Res.2004.S3.8
- Luci-Greulich A., Thévenon O. The impact of family policies on fertility trends in developed countries. *Eur. J. Population = Revue Européenne De Démographie*. 2013;29(4):387—416.
- Cohen A., Dehejia R., Romanov D. Financial incentives and fertility. *Rev. Econ. Stat.* 2013;95(1):1—20. doi: 10.1162/REST_a_00342
- González L. The effect of a universal child benefit on conceptions, abortions, and early maternal labor supply. *Am. Econ. J. Econ. Policy*. 2013;5(3):160—88. doi: 10.1257/pol.5.3.160
- Raute A. Can financial incentives reduce the baby gap? Evidence from a reform in maternity leave benefits. *J. Publ. Econ.* 2019;169:203—22. doi: 10.1016/j.jpubeco.2018.07.010
- Riphahn R. T., Wijnck F. Fertility effects of child benefits. *J. Populat. Econ.* 2017;30(4):1135—84. doi: 10.1007/s00148-017-0647-y
- Olivetti C., Petrongolo B. The economic consequences of family policies: lessons from a century of legislation in high-income countries. *J. Econ. Perspect.* 2017;31(1):205—30. doi: 10.1257/jep.31.1.205
- Spéder Z., Murinkó L., Oláh L. S. Cash support vs tax incentives: The differential impact of policy interventions on third births in

Здоровье и общество

- contemporary Hungary. *Population Studies*. 2020;74(1):39–54. doi: 10.1080/00324728.2019.1694165
15. Alijanzadeh M., Bahrami N., Jafari E., Noori M., Miri F., Joftyar M. Iranian women's attitude toward childbearing and its' association with generalized trust, social support, marital satisfaction and governmental childbearing incentives. *Heliyon*. 2023;9(5):e16162. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e16162
 16. Doepke M., Kindermann F. Bargaining over babies: theory, evidence, and policy implications. *Am. Econ. Rev.* 2019;109(9):3264–306. doi: 10.1257/aer.20160328
 17. Tudor S. Financial incentives, fertility and early life child outcomes. *Labour Economics*. 2020;64:101839. doi: 10.1016/j.labeco.2020.101839
 18. Zhang J., Li X., Tang J. Effect of public expenditure on fertility intention to have a second child or more: Evidence from China's CGSS survey data. *Cities*. 2022;128:103812. doi: 10.1016/j.cities.2022.103812
 19. Proshin A. Impact of Child Subsidies on Child Health, Well-Being, and Investment in Child Human Capital: Evidence from Russian Longitudinal Monitoring Survey 2010–2017. *Eur. J. Populat.* 2023;39:14. doi: 10.1007/s10680-023-09653-8
 20. Vakulenko E. S., Ivashina N. V., Svistyl'nik Y. O. Regional Maternity Capital Programmes: Impact on Fertility in Russia. *Ekonomika regiona = Economy of Regions*. 2023;19(4):1077–92. doi: 10.17059/ekon.reg.2023-4-10
 21. Becker G. S., Tomes N. Child Endowments and the quantity and quality of children. *J. Polit. Economy*. 1976;84(4, Part 2):143–62.
 22. González L., Trommlerová S. K. Cash transfers and fertility: How the introduction and cancellation of a child benefit affected births and abortions. *J. Human Resources*. 2023;58(3):783–818.
 23. Dorofeev M. L. State financial regulation of demographic processes in Russia: problems and solutions. *E-Management*. 2023;6(4):83–94. doi: 10.26425/2658-3445-2023-6-4-83-94 (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025
УДК 614.2Тураева Р. Р.¹, Тураев Р. Г.², Мингазова Э. Н.³⁻⁵, Жибурт Е. Б.⁶**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕНЕДЖМЕНТА КРОВИ ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ АКУШЕРСКОГО И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**¹ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», 420064, г. Казань;²ГАУЗ «Республиканский центр крови Министерства здравоохранения Республики Татарстан», 420140, г. Казань;³ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;⁴ГНБУ «Академия наук Республики Татарстан», 420111, г. Казань;⁵ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 420012, г. Казань;⁶ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, 105203, г. Москва

Цель исследования — изучить опыт менеджмента крови пациента в медицинских организациях акушерского и гинекологического профиля, оценить соответствие уровню науки и практики российских клинических рекомендаций по акушерско-гинекологическим кровотечениям.

Проведен поиск по словам «менеджмент крови пациента», «гинекология», «акушерство», «кровотечение», «анемия» на русском и английском языках в электронных библиотеках России (eLibrary.ru) и США (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov). Найдено 19 исследований и 2 документа в виде клинических рекомендаций. Установлено, что менеджмент крови пациента в гинекологии и акушерстве — комплексная проблема, требующая программного решения в национальном и региональном масштабе, формирования комплекса мероприятий: врачебного мышления с «анемической настороженностью»; мер профилактики и коррекции анемии и коагулопатии; технологий «щадящей» хирургии; средств профилактики и остановки кровотечения; донорства крови, производства селективных и безопасных компонентов крови; доказательной трансфузионной терапии; доработки клинических рекомендаций, совершенствования нормативной базы.

К л ю ч е в ы е с л о в а: менеджмент крови пациента; здравоохранение; гинекология; акушерство; медицинские организации; кровотечение; анемия.

Для цитирования: Тураева Р. Р., Тураев Р. Г., Мингазова Э. Н., Жибурт Е. Б. Совершенствование менеджмента крови пациента в медицинских организациях акушерского и гинекологического профиля. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):98—104. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-98-104>

Для корреспонденции: Жибурт Евгений Борисович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой трансфузиологии ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, e-mail: ezhiburt@yandex.ru

Turaeva R. R.¹, Turaev R. G.², Mingazova E. N.^{3,4,5}, Zhiburt E. B.⁶**THE DEVELOPMENT OF MANAGEMENT OF PATIENT BLOOD IN MEDICAL ORGANIZATIONS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGICAL PROFILE**¹The State Autonomous Health Care Institution “The Republican Clinical Hospital of the Minzdrav of the Republic of Tatarstan”, 420064, Kazan, Russia;²The State Autonomous Health Care Institution “The Republican Center of Blood of the Minzdrav of the Republic of Tatarstan”, 420064, Kazan, Russia;³N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;⁴The State Scientific Budget Institution “The Tatarstan Academy of Sciences”, 420111, Kazan, Russia;⁵The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kazan State Medical University”, 420012, Kazan, Russia;⁶The Federal State Budget Institution “The N. I. Pirogov National Medical Surgery Center” of Minzdrav of Russia, 105203, Moscow, Russia

The purpose of the study was to analyze experience of patient blood management in obstetric and gynecological medical organizations, to assess compliance of Russian clinical guidelines of obstetric and gynecological bleeding with actual level of science and practice.

The methodology applied provided search for Russian and English words “patient blood management”, “gynecology”, “obstetrics”, “bleeding”, “anemia” in electronic libraries of Russia (eLibrary.ru) and the USA (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov). The search resulted in 19 studies and 2 documents in form of clinical guidelines. It was established that patient blood management in gynecology and obstetrics is complex problem requiring both policy solution at national and regional scale. The formation of following set measures is required: physician mentality with “anemic alertness”, measures preventing and adjusting anemia and coagulopathies, technologies of “sparing” surgery, means of preventing and stopping bleeding, blood donorship, production of selective and safe blood components, evidence-based transfusion therapy, improvement of clinical guidelines, elaboration of normative base.

Key words: patient blood management; health care; gynecology; obstetrics; medical organization; bleeding; anemia.

For citation: Turaeva R. R., Turaev R. G., Mingazova E. N., Zhiburt E. B. The development of management of patient blood in medical organizations of obstetrics and gynecological profile. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2025;33(1):98—104 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-98-104>

For correspondence: Zhiburt E. B., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Transfusiology of the Federal State Budget Institution “The N. I. Pirogov National Medical Surgery Center” of Minzdrav of Russia. e-mail: ezhiburt@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 11.06.2024

Accepted 31.10.2024

Введение

Менеджмент крови пациента (МКП; англ. термин — *patient blood management*) — основанный на доказательствах междисциплинарный подход к оптимизации лечения пациентов, которым может потребоваться переливание крови. МКП охватывает все аспекты обследования и лечения пациента, окружающие процесс решения о гемотрансфузии, включая применение надлежащих показаний, а также минимизацию кровопотери и оптимизацию массы эритроцитов пациента. МКП может снизить потребность в переливании компонентов аллогенной крови и уменьшить расходы на здравоохранение, обеспечивая при этом доступность компонентов крови для пациентов, которым они необходимы [1, 2]. Во многом МКП соответствует идеологии кровосбережения [3], но несколько выходит за рамки трансфузиологии и нацелен на улучшение клинического исхода за счет отказа от ненужных гемотрансфузий. Три «столпа» (составляющих) МКП:

- оптимизация объема крови и массы эритроцитов;
- минимизация кровопотери;
- оптимизация переносимости анемии пациентом [4].

В акушерской и гинекологической практике МКП применим к различным клиническим ситуациям:

- анемия;
- хирургическое лечение;
- лечение онкопатологии;
- кровотечение, в том числе акушерское кровотечение;
- сочетание перечисленных выше клинических ситуаций.

Инструментами МКП в акушерстве и гинекологии являются:

- профилактика и коррекция анемии и коагулопатии;
- миниинвазивные технологии;
- хирургическое обеспечение гемостаза;
- реинфузия;
- рациональное применение донорских компонентов.

Цель исследования — изучить опыт МКП в медицинских организациях акушерского и гинекологического профиля, оценить соответствие уровню науки и практики российских клинических рекомендаций по акушерско-гинекологическим кровотечениям.

Материалы и методы

Проведен поиск по словам «менеджмент крови пациента», «гинекология», «акушерство», «кровотечение», «анемия» на русском и английском языках в электронных библиотеках России (eLibrary.ru) и США (pubmed.ncbi.nlm.nih.gov).

Результаты исследования

Найдено 19 исследований и 2 клинические рекомендации — «Послеродовое кровотечение» и «Аномальные маточные кровотечения».

Анемия

Анемия — понятие, которое определяется Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как концентрация гемоглобина <130 г/л для мужчин, <120 г/л для небеременных женщин и <110 г/л для беременных.

По официальным данным, в Российской Федерации наблюдается высокая распространенность анемии: в 2024 г. заболевание было зарегистрировано у 1 607 490 человек (1,1% населения) [5], впервые диагноз «анемия» был установлен у 505 054 человек (0,34% населения) [6].

Глобальная статистика позволяет предположить, что примерно 33% населения земного шара страдает анемией, основной причиной которой считается дефицит железа (ДЖ), и что анемия может служить одной из причин 9% лет, прожитых в мире с инвалидностью. По данным ВОЗ, ДЖ является основной причиной анемии, поражая 29% небеременных женщин, 38% беременных женщин и 43% детей. В России существуют объективные сложности сбора статистических данных по частоте анемии. По различным оценкам, железодефицитная анемия (ЖДА) составляет около 75% всех случаев анемии. Из числа женщин, у которых завершилась беременность, анемией, по данным 2020 г., страдали 35,5%. Анемия у женщин при диспансеризации в целом выявляется в 12—13% случаев, достигая 21—22% в возрасте 40—49 лет [7]. У медицинских работников, ведущих прием, обследование и лечение женщин, должна существовать «анемическая настороженность».

Минимально инвазивные хирургические методы против открытой миомэктомии при миомах матки

Лейомиомы матки являются одним из наиболее распространенных и пока еще недостаточно изученных заболеваний у женщин. Эти опухоли, обычно называемые фибромами, поражают женщин в основном в репродуктивном возрасте и диагностируются у 70% белых женщин в течение жизни. Это заболевание значительно влияет на оказание медицинской помощи и расходы во всем мире. У большинства женщин оно протекает бессимптомно, но примерно у 30% из них проявляются серьезные симптомы, которые могут включать аномальное маточное кровотечение (АМК), обильные и длительные менструации, анемию, хроническую тазовую боль и давление, боль в спине, частое мочеиспускание, запор или бесплодие, и требуют вмешательства. Кроме того, фибромиомы связаны с плохими акушерскими и гинекологическими исходами. Текущие варианты симптоматического лечения фибромиомы включают выжидательную тактику, медикаментозное и хирургическое ведение, а также процедуры интервенционной радиологии [8].

Миомэктомия — хирургическое лечение выбора для женщин с симптоматическими миомами, которые предпочитают или хотят сохранить матку. Миомэктомию можно выполнить с помощью обычной

лапаротомии, мини-лапаротомии или с помощью методов минимального доступа (гистероскопия, лапароскопия).

Для определения преимуществ и недостатков лапароскопической или гистероскопической миомэктомии по сравнению с открытой миомэктомией был проведен Кохрейновский метаанализ 9 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), в которых участвовало в общей сложности 808 женщин.

Лапароскопическая миомэктомия — это процедура, связанная с меньшей субъективно сообщаемой послеоперационной болью, более низкой послеоперационной лихорадкой и более коротким пребыванием в больнице по сравнению со всеми типами открытой миомэктомии. Нет никаких доказательств, указывающих на разницу в риске рецидива между лапароскопической и открытой миомэктомией. Необходимы дополнительные исследования для оценки частоты разрывов матки, возникновения тромбоемболии, необходимости повторной миомэктомии и гистерэктомии на более позднем этапе [9].

Вмешательства для уменьшения кровотечения во время миомэктомии при фибромиомах

Стандартным лечением симптоматических фибром является гистерэктомия (хирургическое удаление матки) для женщин, которые завершили репродуктивную функцию, и миомэктомия для женщин, которые хотят иметь детей в будущем или просто хотят сохранить матку. Миомэктомия — хирургическое удаление миом — может быть связана с опасным для жизни кровотечением. Чрезмерное кровотечение может потребовать экстренного переливания крови. Знание эффективности вмешательств по уменьшению кровотечения во время миомэктомии имеет важное значение для принятия клинических решений на основе фактических данных.

В метаанализе 18 РКИ с 1250 участниками [10] были оценены эффективность, безопасность, переносимость и стоимость вмешательств по уменьшению кровопотери во время миомэктомии.

Установлено, что могут уменьшить кровотечение во время миомэктомии:

- мизопростол или вазопрессин (доказательства среднего качества);
- бупивакаин плюс адреналин;
- транексамовая кислота;
- желатино-тромбиновая матрица;
- аскорбиновая кислота;
- динопростон;
- петлевое лигирование;
- фибриновый герметик;
- перицервикальный жгут или жгут, завязанный вокруг шейки матки и воронкотазовой связки (доказательства низкого качества).

Нет никаких доказательств того, что окситоцин и временное клипирование маточной артерии уменьшают кровопотерю. Необходимы дальнейшие хорошо спланированные исследования для установ-

ления эффективности, безопасности и стоимости различных вмешательств для уменьшения кровопотери во время миомэктомии [10].

Интраоперационная реинфузия

С целью оптимизации ведения периоперационного периода у пациенток с диагнозом «миома матки» и ЖДА с применением методов МКП обследованы 94 пациентки с миомой матки и ЖДА, находившиеся в Национальном медицинском исследовательском центре акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова. Первую (проспективную) группу составили 74 пациентки, которым в периоперационном периоде проводили лечение ЖДА внутривенным введением карбоксимальтозата железа и при оперативном лечении в объеме лапароскопии/лапаротомии и миомэктомии выполняли интраоперационную реинфузию аутоэритроцитов (ИРАЭ) на аппарате Cell Saver 5+. Сравнительную (ретроспективную) группу составили 20 женщин с миомой матки и ЖДА, которые не получали терапию внутривенными препаратами железа в периоперационном периоде и ИРАЭ. Всем пациенткам проведено хирургическое лечение в объеме лапароскопии/лапаротомии и миомэктомии. При операции 74 пациенткам основной группы проведена ИРАЭ в среднем объеме $467,4 \pm 327,8$ мл. Переливание донорских компонентов крови в основной группе не потребовалось ни одной из них. В послеоперационном периоде пациенткам основной группы продолжали терапию анемии внутривенным введением карбоксимальтозата железа, гемотрансфузия не потребовалась ни одной женщине. Во второй группе двум пациенткам (10%) была перелита донорская эритроцитарная масса в среднем объеме $358,2 \pm 85,8$ мл. Инфекционно-воспалительные осложнения (повышение температуры, воспаление послеоперационного шва, параметрит) возникли у 6,8% женщин основной группы и у 15% женщин из группы сравнения. Сделан вывод о том, что внедрение в клиническую практику современных методик менеджмента крови у пациенток с миомой матки и ЖДА (введение внутривенных высокодозных препаратов железа в периоперационном периоде, использование аппаратов Cell Saver для ИРАЭ) способствует сокращению времени терапии, минимизации трансфузий донорских эритроцитов, снижению частоты гнойно-воспалительных осложнений [11].

Донорство аутологичной плазмы

Применение этого эмпирического метода сокращается. Так, в Сургутском перинатальном центре на начальных этапах внедрения программы применяли рутинную заготовку аутоплазмы. По сути показанием к заготовке аутологичной среды был сам факт запланированного оперативного родоразрешения. С 2018 г. коллеги пересмотрели концепцию программы аутоплазмодонорства в сторону дифференцированного подхода. В основу смены концепции легли экономическая составляющая и проведенный системный анализ исходов кровотечений при раз-

Здоровье и общество

личных акушерских осложнениях. В настоящее время приоритетными показаниями к включению беременной в программу аутоплазмодонорства являются различные варианты истинного вращения плаценты, аномальное расположение плаценты, многоплодная беременность, а также два и более рубца на матке [12].

Кровотечение

Маточное кровотечение может быть обусловлено различной гинекологической патологией: доброкачественными и злокачественными опухолями, органическими заболеваниями, нарушениями гормональной функции яичников и внутренним эндометриозом. Значительно реже кровотечение из половых путей женщины бывает связано с травмой или заболеваниями системы крови и других систем [13].

АМК встречается с частотой 3—30% и напрямую влияет на качество жизни женщин, использование ресурсов здравоохранения и расходы. АМК у женщин старше 40 лет, особенно в постменопаузе, требует быстрой и эффективной оценки в основном для исключения наличия злокачественных или предраковых поражений эндометрия. Рак эндометрия является наиболее распространенным гинекологическим злокачественным заболеванием, заболеваемость которым в США составляет более 60 тыс. случаев, а смертность оценивается в 10 тыс. женщин ежегодно [14, 15].

Менеджмент крови беременной и роженицы

МКП включает в себя ряд мер по поддержанию адекватного уровня гемоглобина, улучшению гемостаза и уменьшению кровотечения, направленных на улучшение результатов лечения пациентов. ВОЗ рекомендовала МКП в начале 2010 г., поскольку он продемонстрировал снижение заболеваемости, смертности и расходов для пациентов, перенесших операцию или медицинское вмешательство с высоким потенциалом кровотечения. Все беременные женщины имеют значительный риск перипартального кровотечения (peripartum hemorrhage, РРН). Факторы риска существуют, однако 60% женщин, которые переносят РРН, не имеют ранее существовавшего фактора риска. Поэтому МКП в акушерстве должно быть сосредоточено не только на женщинах

с выявленным фактором риска РРН, но и на всех беременных женщинах. Из-за риска РРН, который присущ каждой беременности, МКП имеет особое значение в акушерстве и базируется на трех основных составляющих: диагностические и/или терапевтические вмешательства во время беременности, во время родов и в послеродовой период (табл. 1).

Эти три основных столпа должны учитываться всеми специалистами, ухаживающими за беременными женщинами, включая акушеров, врачей общей практики, акушеров и анестезиологов, чтобы улучшить исход беременности и оптимизировать ресурсы [16].

К совершенствованию клинических рекомендаций «Послеродовое кровотечение»

Послеродовое кровотечение является существенным фактором материнской заболеваемости и смертности. При анализе современных руководств по послеродовому кровотечению установлено, что достигнут консенсус о том, что после возникновения послеродового кровотечения важно определить его основную причину (4Т: tone, tissue, trauma, trombin), оценить кровопотерю и немедленно начать протокол реанимации с заменой жидкости, переливанием крови и тщательным наблюдением за женщиной. В случае атонии матки рекомендуют массаж матки, бимануальную компрессию матки и введение утеротоников, хотя наблюдаются незначительные расхождения относительно оптимальных схем. Если эти меры неэффективны, единогласно рекомендуется использование внутриматочной баллонной тампонады или других хирургических вмешательств. Также достигнут консенсус относительно лечения послеродового кровотечения из-за задержки плаценты, приращения плаценты, акушерской травмы, разрыва или выворота матки и острой коагулопатии. Протоколы массивного переливания крови не согласованы в рассмотренных руководствах. Наконец, все руководства подчеркивают важность активного ведения третьего периода родов для профилактики послеродового кровотечения, предлагая несколько вмешательств, при этом введение окситоцина является стандартным критерием. Отмечается важность разработки последовательных международных практических протоколов для эффективного ведения и профилактики этого серьезного осложнения [17].

Выявлено несколько несоответствий текста клинических рекомендаций «Послеродовое кровотечение» современному уровню доказательной медицины.

В разделе 2.3 родильницам рекомендовано исследование уровня общего гемоглобина и гематокрита. Можно определить лишь один из этих показателей, поскольку соотношение гематокрита (%) к гемоглобину (г/дл) у здоровых людей обычно составляет три к одному [18].

Также рекомендовано одновременное определение протромбинового времени (ПВ) и международного нормализованного отношения (МНО).

Таблица 1

МКП в акушерстве

Медицинская стратегия	Хирургическая/интервенционная стратегия
До родов	
Коррекция анемии	Хирургическая техника, минимизирующая кровопотерю (профилактика РРН)
Во время родов	
Утеротоники (профилактика и лечение РРН)	Баллонный катетер
Активное управление коагуляцией при РРН (транексамовая кислота, фибриноген, свежемороженая плазма — СЗП)	Компрессионные швы Эмболизация Реинфузия
После родов	
Коррекция анемии	
Избегать ненужных переливаний крови	

Таблица 2

Стандарт специализированной медицинской помощи при кровотечении в последовом и послеродовом периоде. Кровь и ее компоненты

Наименование компонента крови	Усредненный показатель частоты предоставления	Единица измерения	СДД*	СКД**
Отмытые эритроциты	0,1	мл	500	500
Эритроцитарная взвесь, размороженная и отмытая	0,2	мл	250	500
Тромбоцитарный концентрат, полученный методом афереза	0,01	мг	200	400
СЗП, полученная методом афереза, карантинизированная	0,6	мл	700	700

Примечание. * — средняя суточная доза; ** — средняя курсовая доза.

Известно, что результаты ПВ у здоровых индивидуумов варьируют в зависимости от типа реагента — тканевого фактора (тромбопластина), используемого в разных лабораториях. Показатель МНО был введен в клиническую практику, чтобы стандартизировать результаты теста ПВ. Производители реагента (тканевого фактора) для теста ПВ обязаны указывать международный индекс чувствительности (МИЧ) для реагентов. МИЧ показывает активность тканевого фактора в данной произведенной партии реагента в сравнении со стандартизованным образцом. Значение МИЧ обычно находится в диапазоне между 1,0 и 2,0. МНО рассчитывают как отношение ПВ пациента к нормальному ПВ, возведенное в значение МИЧ использованного при тесте реагента: $MNO = (ПТВ\ пациента / ПТВ\ норма)^{МИЧ}$ ¹. Оптимально ориентироваться только на МНО.

Целесообразно внести изменения и в приложение А3.2 «Средства профилактики и коррекции коагуляционных нарушений при кровотечении», где упомянуты 5 видов компонентов донорской крови.

В России есть важный норматив о переливании крови — Постановление Правительства РФ от 22.06.2019 № 797 «Об утверждении Правил заготовки, хранения, транспортировки и клинического использования донорской крови и ее компонентов и о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» (далее — Правила 797).

Правила 797, в частности, предписывают: «88. Для предупреждения реакций и осложнений в связи с трансфузией в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) реципиентам проводят трансфузии лейкоредуцированных компонентов донорской крови, патогенредуцированных компонентов донорской крови, микрофильтрованных компонентов донорской крови, облученных эритроцитсодержащих компонентов донорской крови и концентратов тромбоцитов, отмытых эритроцитов, а также эритроцитной взвеси и концентратов тромбоцитов, заготовленных с замещением плазмы донора взвешивающими или добавочными растворами».

В Клинических рекомендациях столь подробных спецификаций компонентов крови нет, что чревато выдачей устаревших, недостаточно эффективных компонентов крови.

Результатом такого подхода стал норматив, определенный Приказом Минздрава России от 07.11.2012 № 598н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при кровотечении в последовом и послеродовом периоде» (табл. 2).

Неточности табл. 2:

1. Показание к переливанию отмытых эритроцитов — тяжелая повторная некупируемая трансфузи-

онная аллергическая реакция. Согласно официальной статистике, в России не встречается.

2. Замораживают эритроциты редких групп крови. От их заказа до выдачи нужно не менее суток.

3. Концентрат тромбоцитов не измеряют в миллиграммах.

4. Такого количества плазмы недостаточно даже для одного переливания пациенту с массой тела более 50 кг.

5. Вовсе не упомянут криопреципитат.

В клинических рекомендациях целесообразно:

— положение «При наличии тромбоконцентрата, заготовленного методом афереза, переливание возможно без учета группы и резус-фактора» заменить цитатой из Правил 797 «Допускается трансфузия неидентичного по системе АВ0 концентрата тромбоцитов, полученного с использованием добавочного раствора. По жизненным показаниям допускается трансфузия концентратов тромбоцитов из единицы крови 0 группы или концентратов тромбоцитов, полученных методом афереза АВ группы, реципиенту с любой группой крови»;

— уточнить положение «Известно, что 2 дозы криопреципитата повышают уровень фибриногена примерно на 1 г/л» так: «Известно, что 2 дозы пулированного криопреципитата повышают уровень фибриногена примерно на 1 г/л», тогда становится понятно, что в приложении А3.2 имеются в виду 10 единичных доз криопреципитата;

— не называть компоненты крови препаратами (компоненты — индивидуальны, препарат — лекарственное средство);

— исключить тромбоцитную массу — небольшой контейнер с тромбоцитами, выделенными из дозы цельной крови, которые нельзя дополнительно обработать и можно использовать только для пулирования (из 4—5 контейнеров получается лечебная доза концентрата тромбоцитов);

¹ Протромбиновое время. Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>

Таблица 3

Упомянутые в Клинических рекомендациях и реально нужные компоненты крови

Упомянуты	Реально нужны
Донорские эритроциты	Эритроцитарная взвесь, лейкодеплецированная, 49 сут годности
Тромбоконцентрат	СЗП, патогенредуцированная Концентрат тромбоцитов, пулированный или аферезный, в добавочном растворе, лейкодеплецированный, патогенредуцированный
Криопреципитат	Криопреципитат пулированный, патогенредуцированный

— рекомендовать компоненты крови, полученные с использованием современных технологий (табл. 3).

К совершенствованию клинических рекомендаций «Аномальные маточные кровотечения»

В исследовании [19] была изучена частота возникновения новых АМК у пациенток, получающих терапевтическую антикоагуляцию, и оценена схема гинекологического лечения. Проведен ретроспективный обзор историй болезни пациенток в возрасте от 18 до 55 лет, одобренный институциональным наблюдательным советом, которым были назначены терапевтические антикоагулянты, включая антагонисты витамина К, низкомолекулярные гепарины и прямые пероральные антикоагулянты, в городской больницы сети.

Из 2479 пациенток, которые соответствовали критериям включения, у 645 было диагностировано АМК после начала терапевтической антикоагуляции; 29,5% пациенток получили переливание крови [19].

Таким образом, целесообразно внести в клинические рекомендации «Аномальные маточные кровотечения» переливание крови, отсутствующее в текущей версии норматива.

Заключение

МПК в акушерской и гинекологической практике — комплексная проблема, требующая программного решения в национальном и региональном масштабе, формирования комплекса мероприятий:

- врачебного мышления с «анемической настроенностью»;
- мер профилактики и коррекции анемии и коагулопатии;
- технологии «щадящей» хирургии;
- средств профилактики и остановки кровотечения;
- донорства крови, производства селективных и безопасных компонентов крови;
- доказательной трансфузионной терапии;
- доработки клинических рекомендаций, совершенствования нормативной базы.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Жибурт Е. Б. Менеджмент крови пациента при критическом кровотечении и массивной трансфузии. *Вестник Националь-*

ного медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. 2013;8(4):71—7.

2. Хофманн А., Аапро М., Федорова Т. А., Жибурт Е. Б., Снеговой А. В., Каганов О. И. Менеджмент крови пациентов в онкологии в Российской Федерации. Резолюция во имя улучшения оказания помощи онкологическим больным. *Современная онкология.* 2020;22(3):59—78. doi: 10.26442/18151434.2020.3.200340

3. Шевченко Ю. Л., Жибурт Е. Б., Шестаков Е. А. Внедрение кровесберегающей идеологии в практику Пироговского центра. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова.* 2008;3(1):14—21.

4. Жибурт Е. Б., Мадзаев С. Р., Шестаков Е. А. Менеджмент крови пациента. М.: Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова; 2021. 121 с.

5. Деев И. А., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И. Заболеваемость всего населения России в 2023 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 152 с.

6. Деев И. А., Кобякова О. С., Стародубов В. И., Александрова Г. А., Голубев Н. А., Оськов Ю. И. Заболеваемость всего населения России в 2023 году: статистические материалы. М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 154 с.

7. Драпкина О. М., Авалуева Е. Б., Бакулин И. Г. Ведение пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи: Практическое руководство. М.: Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, ООО «Силицея-Полиграф»; 2022. 88 с. doi: 10.15829/ROPNIZ-zda-2022

8. Giuliani E., As-Sanie S., Marsh E. E. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2020;149(1):3—9. doi: 10.1002/ijgo.13102

9. Bhav Chittawar P., Franik S., Pouwer A. W., Farquhar C. Minimally invasive surgical techniques versus open myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014;2014(10):CD004638. doi: 10.1002/14651858.CD004638.pub3

10. Kongnyuy E. J., Wiysonge C. S. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014;2014(8):CD005355. doi: 10.1002/14651858.CD005355.pub5

11. Федорова Т. А., Борзыкина О. М., Стрельникова Е. В., Хамидулина К. Г., Рогачевский О. В., Козаченко А. В., Иванец Т. Ю. Менеджмент крови у пациенток с миомой матки и анемией в периоперационном периоде. *Медицинский совет.* 2022;16(16):9—27. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-16-19-27

12. Белоцерковцева Л. Д., Зинин В. Н., Коваленко Л. В., Панкратов В. В. Оценка эффективности технологии «Менеджмент крови пациента» в акушерском стационаре третьего уровня. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* 2022;21(3):75—82. doi: 10.20953/1726-1678-2022-3-75-82

13. Сметник В. П., Тумилович Л. Г. Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. СПб.: СОТИС; 1995. 224 с.

14. Соловьева А. В., Черус Л. А. Аномальные маточные кровотечения у женщин в репродуктивном возрасте и менопаузе. *Акушерство и гинекология.* 2020;(8):29—38. doi: 10.18565/aig.2020.8.29-38

15. Khafaga A., Goldstein S. R. Abnormal Uterine Bleeding. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 2019;46(4):595—605. doi: 10.1016/j.jogc.2019.07.001

16. Surbek D., Vial Y., Girard T., Breyman C., Bencaiova G. A., Baud D. Patient blood management (PBM) in pregnancy and childbirth: literature review and expert opinion. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2020;301(2):627—41. doi: 10.1007/s00404-019-05374-8

17. Giouleka S., Tsakiridis I., Kalogiannidis I., Mamopoulos A., Tentas I., Athanasiadis A., Dagklis T. Postpartum Hemorrhage: A Comprehensive Review of Guidelines. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2022;77(11):665—82. doi: 10.1097/OGX.0000000000001061

18. Акулов С. А., Чистякова И. Б., Федотов А. А. Методы измерения уровня гематокрита крови. *Приволжский научный вестник.* 2014;11-1(39): 29—32.

19. Brioso X. B., Bolt M., Sammel M. D., McKenney K. Abnormal uterine bleeding in anticoagulated patients by drug class: outcomes and management. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2023;229(3):318.e1—318.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2023.05.00

REFERENCES

1. Zhiburt E. B. Patient Blood Management in Critical Bleeding and Massive Transfusion. *Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra im. N.I.Pirogova*. 2013;8(4):71–7 (in Russian).
2. Hofmann A., Aapro M., Fedorova T. A., Zhiburt E. B., Snegovoj A. V., Kaganov O. I., et al. Patient Blood Management in Oncology in the Russia. Resolution for the Improvement of Care for Cancer Patients. *Sovremennaja onkologija*. 2020;22(3):59–78. doi: 10.26442/18151434.2020.3.200340 (in Russian).
3. Shevchenko Ju. L., Zhiburt E. B., Shestakov E. A. Implementation of Blood-Saving Ideology in the Practice of the Pirogov Center. *Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo centra im. N.I.Pirogova*. 2008;3(1):14–21 (in Russian).
4. Zhiburt E. B., Madzaev S. R., Shestakov E. A. Patient's blood management. 2nd ed. Moscow: Nacional'nyj mediko-hirurgicheskij centr imeni N. I. Pirogova; 2021 (in Russian).
5. Deev I. A., Kobjakova O. S., Starodubov V. I., Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Os'kov Yu. I. Incidence of the entire population of Russia in 2023 with a diagnosis established for he first time in life: statistical materials. Moscow: FGBU "CNIIOIZ" Minzdrava Rossii; 2024 (in Russian).
6. Deev I. A., Kobjakova O. S., Starodubov V. I., Aleksandrova G. A., Golubev N. A., Os'kov Yu. I. Morbidity of the entire population of Russia in 2023: statistical materials. Moscow: FGBU "CNIIOIZ" Minzdrava Rossii; 2024 (in Russian).
7. Drapkina O. M., Avalueva E. B., Bakulin I. G. Management of patients with iron deficiency anemia at the stage of primary health care: A practical guide. Moscow: Rossijskoe obshhestvo profilaktiki neinfekcionnyh zabolevanij, OOO "Siliceja-Poligraf"; 2022. 88 p. doi: 10.15829/ROPNIZ-zda-2022 (in Russian).
8. Giuliani E., As-Sanie S., Marsh E. E. Epidemiology and management of uterine fibroids. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2020;149(1):3–9. doi: 10.1002/ijgo.13102
9. Bhave Chittawar P., Franik S., Pouwer A. W., Farquhar C. Minimally invasive surgical techniques versus open myomectomy for uterine fibroids. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014;2014(10):CD004638. doi: 10.1002/14651858.CD004638.pub3
10. Kongnyuy E. J., Wiysonge C. S. Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014;2014(8):CD005355. doi: 10.1002/14651858.CD005355.pub5
11. Fedorova T. A., Borzykina O. M., Strel'nikova E. V., Hamidulina K. G., Rogachevskij O. V., Kozachenko A. V., Ivanec T. Ju. Blood management in patients with uterine fibroids and anemia in the perioperative period. *Meditsinskij sovet.* 2022;16(16):19–27. doi: 10.21518/2079-701X-2022-16-16-19-27 (in Russian).
12. Belocerkovceva L. D., Zinin V. N., Kovalenko L. V., Pankratov V. V. Evaluation of the effectiveness of the "Patient Blood Management" technology in a third-level obstetric hospital. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii.* 2022;21(3):75–82. doi: 10.20953/1726-1678-2022-3-75-82 (in Russian).
13. Smetnik V. P., Tumilovich L. G. Non-operative Gynecology: A Guide for Physicians. St. Petersburg: SOTIS; 1995 (in Russian).
14. Solov'eva A. V., Chegus L. A. Abnormal Uterine Bleeding in Women of Reproductive Age and Premenopause. *Akusherstvo i ginekologija.* 2020;(8):29–38. doi: 10.18565/aig.2020.8.29-38 (in Russian).
15. Khafaga A., Goldstein S. R. Abnormal Uterine Bleeding. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 2019;46(4):595–605. doi: 10.1016/j.jogc.2019.07.001
16. Surbek D., Vial Y., Girard T., Breyman C., Bencaiova G. A., Baud D. Patient blood management (PBM) in pregnancy and childbirth: literature review and expert opinion. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2020;301(2):627–41. doi: 10.1007/s00404-019-05374-8
17. Giouleka S., Tsakiridis I., Kalogiannidis I., Mamopoulos A., Tentas I., Athanasiadis A., Dagklis T. Postpartum Hemorrhage: A Comprehensive Review of Guidelines. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2022;77(11):665–82. doi: 10.1097/OGX.0000000000001061
18. Akulov S. A., Chistjakova I. B., Fedotov A. A. Methods for Measuring Blood Hematocrit Levels. *Privolzhskij nauchnyj vestnik.* 2014;11-1(39):29–32 (in Russian).
19. Brioso X. B., Bolt M., Sammel M. D., McKenney K. Abnormal uterine bleeding in anticoagulated patients by drug class: outcomes and management. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2023;229(3):318.e1–318.e14. doi: 10.1016/j.ajog.2023.05.006

Чичерин Л. П., Щепин В. О.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ РОССИИ: БАЗА, КАДРЫ, НОРМАТИВНАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

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

Уровень психического здоровья населения является следствием влияния и взаимодействия комплекса индивидуальных, социальных и структурных источников стресса и иных факторов. Во всем мире психическими расстройствами страдает порядка 1 млрд человек, в том числе около 15% подростков, а смерть людей с тяжёлыми психическими заболеваниями наступает в среднем на 10–20 лет раньше, чем в общей массе населения, в основном из-за развития поддающихся профилактике соматических заболеваний. В настоящее время подобные нарушения наблюдаются более чем у 150 млн жителей Европейского региона, необходимую же помощь при наиболее частых расстройствах — депрессии — получает лишь один человек из трех, которые нуждаются в ней.

Несмотря на отмеченное в последние годы повышенное внимание к проблеме, оно пока не вылилось в конкретные результаты по наращиванию объемов предоставления качественных услуг в области охраны психического здоровья, соответствующих потребностям. В Российской Федерации на фоне преимущественного освещения клинического аспекта проблемы налицо явно недостаточно работ по ресурсному обеспечению психиатрической службы.

Цель исследования — по результатам комплексного научного анализа информации об основных составляющих организации психиатрической помощи населению России с акцентом на детское население представить с позиций общественного здоровья и здравоохранения материалы в части состояния базы, кадров данного вида помощи (ресурсы, обеспеченность, квалификация), нормативной характеристики, включая штатную.

Ключевые слова: население; дети; подростки; психиатрическая помощь; ресурсы; организация.

Для цитирования: Чичерин Л. П., Щепин В. О. Психиатрическая помощь населению России: база, кадры, нормативная и организационно-методическая характеристика. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):105–111. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-105-111>

Для корреспонденции: Чичерин Леонид Петрович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: leo2506@gmail.com

Chicherin L. P., Shchepin V. O.

THE MENTAL CARE TO POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION: THE NORMATIVE AND ORGANIZATIONAL METHODOLOGICAL CHARACTERISTICS

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

The level of mental health of population is determined by effect and interaction of complex of individual, social and structural sources of stress and other factors. All the world, about 1 billion people suffer from mental disorders, including about 15% of adolescents. The death of people with severe mental diseases on average occurs 10–20 years earlier than in general population, mainly due to development of preventable somatic diseases. Currently, such disorders are observed in more than 150 million residents of the European Region. The needed medical care in case of such most frequent disorders as depression is provided only to 1 out of 3 people who need it.

Despite increased attention to this problem in recent years, it is not yet resulted in concrete results of increasing provision of quality mental health services meeting needs of patients. In the Russian Federation, against the background of predominant coverage of clinical aspects of problem, there is clearly not enough inputs related to resource support of mental service.

The purpose of the study was, on basis of results of comprehensive scientific analysis of information on main components of psychiatric care organization for population of Russia, with emphasis on children population submit materials from standpoint of public health and health care in terms of state of the base; manpower of this type of care (resources, security, qualifications); normative characteristics, including regular ones.

Keywords: population; children; adolescents; mental health care; resources; organization.

For citation: Chicherin L. P., Shchepin V. O. The mental care to population of the Russian Federation: the normative and organizational methodological characteristics. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):105–111 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-105-111>

For correspondence: Chicherin L. P., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: leo2506@gmail.com

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 24.08.2024

Accepted 31.10.2024

Введение

Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) гласит: «Здоровье есть состояние полного фи-

зического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Одной из функций этой международной организации является поощрение работы в области

психического здоровья (ПЗ), в особенности такой, которая имеет значение для гармонии человеческих отношений [1].

ПЗ населения — неотъемлемая составляющая общего здоровья и благополучия человека, оно является следствием влияния и взаимодействия комплекса индивидуальных, социальных и структурных источников стресса и факторов. Во всем мире, по данным ВОЗ, психическими расстройствами страдают порядка 1 млрд человек, в том числе около 15% подростков. Смерть людей с тяжелыми ПЗ наступает в среднем на 10—20 лет раньше, чем в общей массе населения, в основном из-за развития поддающихся профилактике соматических заболеваний [2].

По случаю Всемирного дня психического здоровья (10 октября) люди и сообщества во всем мире объединяются под девизом «Психическое здоровье — одно из универсальных прав человека» [3].

Согласно Общевропейской коалиции по охране психического здоровья ЕРБ ВОЗ [4], такие расстройства наблюдаются более чем у 150 млн жителей региона, а необходимую помощь при депрессии получает лишь один из трех нуждающихся в ней. Наиболее уязвимым в данном плане является детско-подростковый контингент.

Алгоритм действий в этой области в качестве рекомендаций странам Региона четко прописан в одном из ведущих официальных документов для стран-участниц — Комплексном плане действий в области психического здоровья на 2013—2030 гг., имеющем глобальный характер и призванном служить основой для национальных планов действий [5]. При этом основное внимание уделяется расширению служб ПЗ в условиях нехватки ресурсов.

Проведению исследований во многом препятствует имеющее место сравнительно небольшое число источников по проблемам ПЗ с позиций общественного здоровья, а акцент обычно делается на клиническую манифестацию, лечебные и реабилитационные меры и, что главное, преимущественно в отношении лиц, уже имеющих диагноз психического расстройства и расстройства поведения (ПРИП), и это в ущерб организации и профилактике. Имеются также серьезные затруднения, касающиеся получения и недостаточной полноты имеющихся данных официальной государственной и ведомственной статистики по изучаемым вопросам, не позволяющие анализировать региональную специфику не только по субъектам Российской Федерации, но даже по федеральным округам.

Ранее нами была представлена аналитическая информация, осветившая ведущие рекомендации международных органов в области проблем ПРИП, законодательную и нормативную их реализацию в России [6], тенденции ПЗ детей и подростков [7], эволюцию критериев отбора в Вооруженные силы граждан с психическими расстройствами [8], некоторые теоретические аспекты проблемы у детско-подросткового контингента [9], а также актуальные вопросы суицида как социального явления [10].

В связи с очевидной актуальностью научного поиска по проблеме цель настоящего научного изыскания — по результатам комплексного научного анализа информации об основных составляющих организации психиатрической помощи населению России, с акцентом на детское, представить с позиций общественного здоровья и здравоохранения материалы в части состояния базы, кадров (ресурсы, обеспеченность, квалификация) нормативной, включая штатную, характеристики.

Материалы и методы

Изучены, обобщены, проанализированы и систематизированы данные официальной государственной и ведомственной статистики по проблеме, представленные в виде таблиц в статистических сборниках Росстата («Здравоохранение в России» и др.), Минздрава России (совместно с ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» — ЦНИИОИЗ).

Применены традиционные методы и методические приемы социально-гигиенического и медико-организационного исследования: аналитический (в том числе сравнительного анализа, контент-анализа), статистический, математико-статистический, изучения и обобщения опыта межсекторального сотрудничества, монографический.

Результаты исследования

Действующий по проблеме закон Российской Федерации (1992)¹ гласит, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства. А в его Преамбуле устанавливаются правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи населению.

Указом Президента России на период 2019—2025 гг. утверждена Стратегия развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации². Ею предусмотрено комплексное решение соответствующих вопросов с учетом современных мировых тенденций общественного развития, последних научно-практических и организационных достижений. Реализуя Стратегию, согласно Плану мероприятий Правительства РФ на 2020—2024 гг.³, в

¹ Федеральный закон от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями). Режим доступа: <https://base.garant.ru/10136860/>

² Указ Президента России от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития системы охраны психического здоровья в Российской Федерации (2019—2025 гг.)». Режим доступа: <https://base.garant.ru/72264534/>

³ Распоряжение Правительства России от 23.12.2020 № 3512-р «Об утверждении плана мероприятий по совершенствованию в течение 2020–2024 годов системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации». Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_372267/

целях совершенствования системы оказания психиатрической помощи населению предусмотрено совершенствование законодательства, развитие инфраструктуры и материально-технической базы медицинских организаций, проведение научных исследований.

В развитие этих документов профильным приказом Минздрава России (2022)⁴ утвержден Порядок оказания медицинской помощи при ПРиРП, согласно которому ее оказание осуществляется медицинскими и иными организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющими соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности при заболеваниях (состояниях), входящих в рубрики МКБ-10 F00—F09, F20—F99, а также с подозрением на психические расстройства.

База и номенклатура медицинских организаций. Наиболее удачной по логическому построению, систематизации, согласованности с функционирующей в стране системой здравоохранения нам представляется утвержденная Минздравсоцразвития России (2005) Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения⁵. Документ состоял из крупных разделов, начиная с раздела «Лечебно-профилактические учреждения» (ЛПУ), в который входили больничные учреждения, диспансеры (в том числе психоневрологический), амбулаторно-поликлинические и иные учреждения. Но в 2013 г. он утратил силу согласно с действующим ныне приказом Минздрава России, утвердившим номенклатуру медицинских организаций (МО)⁶.

К сожалению, если по предыдущему (2005) приказу диспансеры занимали четкое самостоятельное место, логично располагаясь между больничными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями, то теперь они буквально «утонули» в длинном списке из почти 100 учреждений, сведенных лишь в один раздел — «Лечебно-профилактические медицинские организации». Это существенно затрудняет ознакомление специалистами с Номенклатурой, быстрый поиск нужного.

Ныне в число лечебно-профилактических МО государственной и муниципальной систем здравоохранения включены следующие МО психиатрического профиля:

- специализированные больницы: психиатрическая, в том числе детская, психиатрическая (стационар) специализированного типа, психиатрическая (стационар) специализирован-

- ного типа с интенсивным наблюдением, психоневрологическая, в том числе детская;
- психоневрологический диспансер (ПНД);
- психотерапевтическая поликлиника.

Наряду с этим в связи с достижениями психотерапии все большее распространение получают учреждения внебольничной помощи психически больным и их реабилитации⁷. К ним, кроме ПНД, относятся дневные и ночные стационары (обычно организуются при ПНД, психиатрических больницах), лечебно-трудовые мастерские, спецучастки или спеццеха на промышленных предприятиях, общежития для больных с психическими расстройствами.

При этом *дневные стационары* предназначены для купирования первичных психических расстройств или их обострений, если их тяжесть не соответствует обозначенным как состояния, требующие обязательной госпитализации в психиатрический стационар. Такие пациенты ежедневно осматриваются врачами, принимают назначенные им препараты, проходят необходимое обследование, а вечером возвращаются домой. *Ночные стационары* преследуют те же цели, что и дневные, в случаях возможного ухудшения состояния или неблагоприятной домашней ситуации в вечернее время.

Согласно Правилам организации деятельности психоневрологического диспансера (утв. Приложением № 1 к приказу Минздрава России от 14.10.2022 № 668н), он является самостоятельной МО или структурным подразделением медицинской или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность, создаваемой для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (при наличии в структуре диспансера структурных подразделений для оказания медицинской помощи в стационарных условиях) лицам, страдающим ПРиРП.

Однако, вопреки сказанному, далее в числе функций этой МО Правилами предусмотрены и превентивные функции, далеко не всегда, судя по доступным публикациям, получающие освещение:

- осуществление мероприятий по профилактике психических расстройств (ПР), организация и проведение санитарно-просветительной работы среди населения по их предупреждению;
- оказание методической и консультативной помощи врачам-специалистам по вопросам профилактики, диагностики, лечения и психосоциальной реабилитации лиц, страдающих ПР, в том числе с применением телемедицинских технологий;
- освоение и внедрение в практику новых эффективных методов профилактики, диагностики, лечения и психосоциальной реабилитации лиц, страдающих ПР.

⁴ Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения». Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/352246404>

⁵ Приказ Минздравсоцразвития России от 07.10.2005 № 627 «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения». Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=104465>

⁶ Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (последняя редакция). Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/499038908>

⁷ Организация психиатрической помощи. Режим доступа: <https://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii/organizacia-psihiatricheskoj-pomosi>

Таблица 1

Динамика числа ПНД в России

Год	2010	2015	2019	2020	2021	2022
Число ПНД	136	92	76	74	73	70

Таблица 2

Заболееваемость детского населения России ПРиРП за 2010—2022 гг. (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Показатель	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Первичная заболеваемость:					
дети 0—14 лет	661,3	545,4	422,5	468,3	528,7
дети 15—17 лет	1412,7	1080,9	625,1	723,0	785,8
Общая заболеваемость:					
дети 0—14 лет	3263,2	2905,0	2604,0	2624,8	2705,6
дети 15—17 лет	7029,2	6303,6	5121,1	5153,4	5351,8

Численность ПНД, по данным Росстата⁸, представлена в табл. 1.

Налицо очевидная тенденция к снижению в стране за 13 лет числа ПНД почти вдвое: со 136 до 70, или на 48,5%. Также в их структуре уменьшается число имеющих стационары: с 83 в 2010 г. до 54 в 2022 г., или на 35%. Сокращение числа ПНД в стране, по мнению Профильной комиссии Минздрава России по специальности «Психиатрия» (2021), связано с утратой ими самостоятельности. Это происходит на фоне отмечаемого в динамике за 2012—2020 гг. снижения уровня общей и первичной заболеваемости ПРиРП на 8,1%, что объясняется сформировавшимся стремлением граждан обращаться за психиатрической помощью в частные структуры амбулаторные и стационарные, причем в анонимном (!) порядке.

Таковыми же причинами могут быть и выявленные в результате нашего анализа статистических данных Минздрава России тенденции первичной и общей заболеваемости ПРиРП детей 0—17 лет в динамике за 13 лет (табл. 2).

Первичная и общая заболеваемость детей 0—14 и 15—17 лет с 2010 г. постепенно снижалась, некоторое повышение отмечено лишь за последние 2 года.

Кроме того, при анализе деятельности ПНД отмечено, что эти МО, ранее самостоятельные, стали подразделениями психиатрических больниц. К тому

⁸ Здравоохранение в России. 2023: Стат. сб. Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf>

же и число больничных психиатрических коек за те же 13 лет уменьшилось со 153,4 тыс. до 124,7 тыс., или на 18,7%.

Номенклатура должностей работников.

С 1 сентября 2023 г. функционирует документ Минздрава России о Номенклатуре должностей медицинских работников и фармацевтических работников. В действующую Номенклатуру по искомой специальности входят врач-психиатр, врач-психиатр участковый, врач-психиатр детский, врач-психиатр детский участковый, врач-психиатр подростковый (сохраняется для лиц, принятых на должность до 1 сентября 2023 г.), врач-психиатр подростковый участковый (сохраняется для тех же лиц), врач-психиатр-нарколог, врач-психиатр-нарколог участковый (сохраняется для лиц, принятых на должность до 1 сентября 2023 г.), врач-психотерапевт, врач-судебно-психиатрический эксперт.

Кстати, это наибольшее количество должностей «внутри» одной специальности — 10 (наряду со стоматологической специальностью — 5 должностей, в том числе врач-стоматолог, а также стоматолог детский, ортопед, терапевт, хирург).

Кадровые ресурсы. Динамика кадров специалистов, по данным таблиц Минздрава России и ЦНИИОИЗ, на примере контингента (раздельно для детей 0—14 и 15—17 лет) представлена в табл. 3.

По результатам анализа, за 9 лет:

- общая численность психиатров детских для обслуживания детей 0—14 лет возросла с 1368 до 1508, или на 9,1%;
- число психиатров детских участковых уменьшилось с 743 до 491, или на $\frac{1}{3}$, а обеспеченность ими — с 0,3 до 0,19;
- катастрофичной за последний год стала ситуация с обеспеченностью в стране 15—17-летних детей кадрами психиатров подростковых: их число снизилось за изучаемый период со 120 до 26 (на 94 человека, или на 74%), а обеспеченность ими — с 0,3 до 0,06. Примечательно, что до 2022 г. эта цифра практически не менялась, но если в 2022 г. этих специалистов насчитывалось 112, то уже в 2023 г. их было 26 (уменьшение за год в 4,3 раза);
- число психиатров подростковых участковых с 2015 г. уменьшилось с 70 до 21, или в 3,3 раза.

Общее же число в России всех четырех категорий специалистов психиатрического профиля для детей

Таблица 3

Динамика кадровых ресурсов в России врачей-психиатров, обслуживающих детей 0—14 и 15—17 лет, в 2015—2023 гг. (физические лица) [11]

Показатель	2015 г.		2020 г.		2023 г.	
	число, абс. ед.	обеспеченность, на 10 тыс. соответствующего возраста	число, абс. ед.	обеспеченность, на 10 тыс. соответствующего возраста	число, абс. ед.	обеспеченность, на 10 тыс. соответствующего возраста
Психиатры детские (0—14 лет)	1368	0,56	1335	0,51	1508	0,59
Психиатры детские участковые (0—14 лет)	743	0,3	716	0,28	491	0,19
Психиатры подростковые (15—17 лет)	120	0,3	118	0,27	26	0,06
Психиатры подростковые участковые (15—17 лет)	70	0,18	77	0,17	21	0,05

Таблица 4

Численность врачей-психиатров и обеспеченность ими детей 0—14 лет в разрезе федеральных округов

Субъект	Психиатры детские			
	численность (физические лица, абс. ед.)		обеспеченность врачами, на 10 тыс. детского населения 0—14 лет	
	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.
Российская Федерация	1353	158	0,52	0,59
Центральный ФО	429	462	0,68	0,73
г. Москва	198	233	1,02	1,18
Северо-Западный ФО	187	212	0,87	0,99
г. Санкт-Петербург	118	138	1,48	1,72
Южный ФО	137	164	0,48	0,58
Северо-Кавказский ФО	49	51	0,22	0,23
Приволжский ФО	220	247	0,44	0,5
Уральский ФО	137	145	0,57	0,61
Сибирский ФО	139	173	0,43	0,55
Дальневосточный ФО	53	53	0,35	0,35

Примечание. Здесь и в табл. 5: ФО — федеральный округ.

Таблица 5

Численность врачей-психиатров подростков и обеспеченность ими детей 15—17 лет в разрезе федеральных округов

Субъект	Психиатры подростковые (15—17 лет)			
	численность врачей (физические лица), абс. ед.		обеспеченность врачами, на 10 тыс. детского населения 15—17 лет	
	2021 г.	2023 г.	2021 г.	2023 г.
Российская Федерация	118	26	0,26	0,06
Центральный ФО	36	5	0,33	0,04
г. Москва	17	1	0,51	0,03
Северо-Западный ФО	15	3	0,39	0,08
г. Санкт-Петербург	10	2	0,75	0,15
Южный ФО	12	0	0,24	0,0
Северо-Кавказский ФО	4	4	0,09	0,09
Приволжский ФО	14	5	0,16	0,06
Уральский ФО	13	3	0,33	0,07
Сибирский ФО	15	5	0,27	0,09
Дальневосточный ФО	8	1	0,29	0,04

0—17 лет (в сравнении 2015 г. и 2023 г.) за 9 лет снизилось с 2301 до 2046, или на 11,14%. Соответственно, снизилась и обеспеченность ими детского населения.

Положение вещей с кадрами врачей-психиатров для данного контингента в разрезе федеральных округов России за последние 3 года представлено в табл. 4 и 5.

При среднероссийской обеспеченности детей 0—14 лет детскими психиатрами, равной в 2023 г. 0,59 на 10 тыс. детей, показатели превышены лишь в Северо-Западном, Центральном и Уральском федеральных округах.

В табл. 5 представлена информация в отношении детей 15—17 лет.

Превышение среднероссийского показателя обеспеченности контингента психиатрами подростковыми отмечено в Северо-Западном, Северо-Кавказском, Сибирском и Уральском федеральных округах.

Отметим, что показанное выше сокращение первичной сети психиатрической службы противоречит задачам ее развития, будучи во многом обусловленным кадровым дефицитом.

Квалификация психиатров, современное состояние. Базирующийся на табличных данных Минздрава России за 2022 г. (материалы «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения», 2023 г.) сравнительный анализ показывает следующие тенденции удельного веса врачей, в том числе изучаемого профиля, имеющих *квалификационную категорию и аккредитацию специалиста*:

- психиатры взрослые — 47,3 и 24,3% соответственно;
- психиатры участковые взрослые — 37,7 и 25,5%;
- психиатры детские (0—14 лет) — 49,1 и 21,6%;
- психиатры детские участковые (0—14 лет) — 45,7 и 18,1%;
- психиатры подростковые (15—17 лет) — 43,8 и 25,9%;
- психиатры подростковые (15—17 лет) участковые — 36,5 и 25,7%;
- психиатры-наркологи — 46,3 и 19%;
- психиатры-наркологи участковые — 31,8 и 14,6%;
- психотерапевты — 39,4 и 18,4%.

Для сравнения приводим категории ряда других специалистов: терапевты всего — 22,8 и 43,6%; терапевты участковые — 15,3 и 54,2%; педиатры всего — 32,0 и 36,5%; педиатры участковые — 24,9 и 44,6%; врачи-стоматологи — 16,8 и 52,9%; врачи-стоматологи детские — 40,6 и 20,0%.

Эти экстенсивные показатели свидетельствуют о реальных резервах в увеличении доли врачей многих специальностей (включая психиатрическую), вообще имеющих квалификационную категорию, а особенно аккредитацию специалиста. При этом *квалификационная категория* есть показатель профессионализма врача, отражающий степень его компетентности, а также влияющий на размер оплаты труда. После аттестации присваиваются три категории: первая, вторая, высшая. В свою очередь, *аккредитация* специалиста — процедура определения соответствия лица, получившего образование (в данном случае медицинское), требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности. Проводится аккредитационной комиссией.

С сентября 2023 г., согласно приказу Минздрава России⁹, действуют *квалификационные требования* к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием. По специальности «Психиатрия» требуется уровень профессионального образования — высшее образование (специалитет по од-

⁹ Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406869654/>

ной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия»). Дополнительное профессиональное образование предусматривает подготовку в интернатуре/ординатуре по специальности «Психиатрия» или профессиональную переподготовку по специальности «Психиатрия» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из 12 специальностей («Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия», «Судебно-психиатрическая экспертиза» и др.). При этом повышение квалификации должно осуществляться не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

Полагаем, что данный аспект нуждается, несомненно, в более детальном рассмотрении с учетом, с одной стороны, экспертной оценки уровня вузовского и последипломного дополнительного образования врачей в стране, с другой — желания/готовности/стремления самого специалиста повысить уровень своего профессионализма. Тем более что в 2023 г. приказом Минздрава России утверждены дополнительные программы профессиональной переподготовки врачей по специальностям «Психиатрия» и «Психотерапия»¹⁰.

Заключение

В связи с представленным положением вещей с психиатрической помощью особо подчеркнем: еще в утвержденной 5 лет назад Указом Президента РФ упомянутой выше действующей Стратегии развития системы охраны психического здоровья до 2025 г. отмечено, что при оценке состояния национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан остаются нерешенными проблемы качества подготовки медицинских работников, ощущается дефицит врачей, среди которых психиатры. Как и врачей, работающих в амбулаторно-поликлинических организациях (при их избытке в стационарах). И уже тогда фиксировалось, что ни существенного увеличения числа психиатрических учреждений, оказывающих амбулаторную помощь, ни кадрового наполнения психиатрической, в том числе участковой, а особенно детской, как и психотерапевтической, службы не наблюдается.

Выявленный нами кадровый «голод» в психиатрической службе подтверждается и другими исследованиями. Так, В. М. Шиповой экспертным путем на модели оказания психиатрической помощи населению показано несовершенство ее современной нормативной базы, в частности исключение штатно-нормативного обеспечения врачей-психиатров подростковых и врачей-психиатров подростковых участковых, хотя эти должности и указаны в номенклатуре должностей. Более того, фактически эти

врачи введены в штатные расписания диспансеров, психиатрических больниц [12].

Показанная негативная ситуация с ресурсами службы нуждается в оперативных мерах со стороны Минздрава России и требует пролонгации исследований по проблеме, особенно в сложившихся условиях, когда именно подростки особенно нуждаются в наблюдении, профилактической помощи ответственных за их здоровье психиатров и психологов. Тем более что в соответствии Программой фундаментальных научных исследований в России на 2021—2030 гг. одним из приоритетных направлений является изучение психологического благополучия россиян, ПЗ, развития детей и семьи¹¹.

По нашему мнению, повышенного внимания в ходе дальнейших научных изысканий в области проблем ПЗ населения, роли здравоохранения в его укреплении, должно альянса врачей-психиатров, психологов, педиатров и иных специалистов заслуживает комплексное изучение важнейшей его составляющей — психологического здоровья. Это диктует необходимость аналитического исследования с позиций общественного здоровья и здравоохранения нормативного и организационно-методического обеспечения, ресурсов и организационных технологий оказания сравнительно нового вида медицинской помощи в России — медико-психологической.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Устав (Конституция) Всемирной Организации здравоохранения. Принят Международной конференцией здравоохранения (Нью-Йорк, июнь 1946 г.), подписан 22 июля 1946 г. представителями 61 страны (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100) и вступил в силу 7 апреля 1948 года. С последующими поправками. Режим доступа: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf> (дата обращения 06.05.2024).
2. Сколько человек в мире страдают психическими расстройствами. ВОЗ. Центр психического здоровья. Режим доступа: <https://psy-klinika.ru/news/voz-nazvala-tsifru-skolko-chelovek-v-mire-stradayut-psikhicheskimi-rasstrojstvami/#:~:text>
3. Всемирный День психического здоровья, 2023. ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/campaigns/world-mental-health-day/2023#:~:text> (дата обращения 12.01.2024).
4. Европейская коалиция по охране психического здоровья. ВОЗ, Европа. Режим доступа: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/the-pan-european-mental-health-coalition> (дата обращения 27.01.2024).
5. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013—2030 гг. ВОЗ, 2022. 30 с. Режим доступа: <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/psixicheskoe-zdorove-i-psixicheskie-rasstrojstva/3748.html>
6. Чичерин Л. П., Щепин В. О., Загоруйченко А. А. Психическое здоровье населения, детей и подростков: рекомендации ВОЗ, правовая и организационно-нормативная их реализация в России. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2023;(1):66—71. doi: 10.35177/1994-5191-2023-1-12
7. Чичерин Л. П., Щепин В. О., Загоруйченко А. А. Тенденции психического здоровья детей и подростков России. *Здравоох-*

¹⁰ Приказ Минздрава России от 06.07.2023 № 344н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ — программ профессиональной переподготовки врачей по специальностям Психиатрия и Психотерапия». Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407384097/>

¹¹ Программа фундаментальных научных исследований в Российской Федерации на долгосрочный период (2021—2030 годы). 149 с.: утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.12.2020 № 3684-п (с изменениями на 22.07.2024). Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/573319222>

Здоровье и общество

- ранение Российской Федерации. 2024;68(2):123—30. doi: 10.47470/0044-197X-2024-68-2-123-130
8. Сोगияйнен А. А., Щепин В. О., Чичерин Л. П. Эволюция критериев отбора в Вооруженные силы граждан с психическими расстройствами. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2023;31(4):541—4. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-4-541-544
 9. Чичерин Л. П., Щепин В. О. Психическое здоровье детей и подростков: основные характеристики, некоторые теоретические аспекты. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(3):377—82. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-3-377-382
 10. Чичерин Л. П., Щепин В. О., Чичерина С. Л. Суицид как проблема общественного здоровья. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2024;32(4):740—7. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-740-747
 11. Деев И. А., Кобякова О. С., Стародубов В. И. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения, 1 часть. Медицинские кадры: статистические материалы М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; 2024. 292 с. doi: 10.21045/978-5-94116-172-0-2024
 12. Шипова В. М. Новое штатно-нормативное обеспечение оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения. *Журнал «Оргздрав. Вестник ВШО-УЗ»*. 2023;(1). Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2023-god/novoe-shtatno-normativnoe-obespechenie-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi-pri-psikhicheskikh-rasstroystv/>
- Поступила 24.08.2024
Принята 31.10.2024
- #### REFERENCES
1. Constitution of the World Health Organization. Adopted by the International Health Conference (New York, June 1946), signed on 22 July 1946 by representatives of 61 countries (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100) and entered into force on 7 April 1948. With subsequent amendments. Available at: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-ru.pdf> (accessed 06.05.2024) (in Russian).
 2. How many people in the world suffer from mental disorders. WHO. Center for Mental Health. Available at: [https://psy-klinika.ru/news/voz-nazvala-tsifru-skolko-chelovek-v-mire-stradayut-psikhicheskimi-rasstroystvami/#:~:text=\(in Russian\).](https://psy-klinika.ru/news/voz-nazvala-tsifru-skolko-chelovek-v-mire-stradayut-psikhicheskimi-rasstroystvami/#:~:text=(in Russian).)
 3. World Mental Health Day, 2023. WHO. Available at: [https://www.who.int/ru/campaigns/world-mental-health-day/2023#:~:text=\(accessed 12.01.2024\) \(in Russian\).](https://www.who.int/ru/campaigns/world-mental-health-day/2023#:~:text=(accessed 12.01.2024) (in Russian).)
 4. Pan-European Mental Health Coalition. WHO, Europe. Available at: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/the-pan-european-mental-health-coalition> (accessed 27.01.2024) (in Russian).
 5. Comprehensive mental health action plan 2013—2030. WHO, 2022. 30 p. Available at: <https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnyepublikaczi/psicheskoe-zdorove-i-psichicheskie-rasstrojstva/3748.html> (in Russian).
 6. Chicherin L. P., Shchepin V. O., Zagoruychenko A. A. Mental health of the population, children and adolescents: WHO recommendations, their legal and organizational-normative implementation in Russia. *Dal'nevostochnyj medicinskij zhurnal*. 2023;(1):66—71. doi: 10.35177/1994-5191-2023-1-12 (in Russian).
 7. Chicherin L. P., Shchepin V. O., Zagoruychenko A. A. Mental health trends in children and adolescents in Russia. *Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii*. 2024;68(2):123—30. doi: 10.47470/0044-197X-2024-68-2-123-130 (in Russian).
 8. Sogiyainen A. A., Shchepin V. O., Chicherin L. P. Evolution of selection criteria for citizens with mental disorders in the Armed Forces. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2023;31(4):541—4. doi: 10.32687/0869-866X-2023-31-4-541-544 (in Russian).
 9. Chicherin LP, Shchepin VO Mental health of children and adolescents: main characteristics, some theoretical aspects. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2024;32(3):377—82. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-3-377-382 (in Russian).
 10. Chicherin LP, Shchepin VO, Chicherina SL Suicide as a public health problem. *Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine*. 2024;32(4):740—7. doi: 10.32687/0869-866X-2024-32-4-740-747 (in Russian).
 11. Deev I. A., Kobyakova O. S., Starodubov V. I. Resources and activities of medical healthcare organizations, part 1. Medical personnel: statistical materials М.: FGBU “TsNII OIZ” of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2024. 292 p. doi: 10.21045/978-5-94116-172-0-2024 (in Russian).
 12. Shipova V. M. New staffing and regulatory support for the provision of medical care for mental disorders and behavioral disorders. *Journal “Orgzdrav. Bulletin of the Higher School of Healthcare”*. 2023; (1). Available at: <https://www.vshouz.ru/journal/2023-god/novoe-shtatno-normativnoe-obespechenie-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi-pri-psikhicheskikh-rasstroystv/> (in Russian).

История медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025
УДК 614.2

Игнатъев В. Г.¹, Затравкин С. Н.¹, Вишленкова Е. А.²

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ (1992—2004). СООБЩЕНИЕ 2: КОНТРОЛЬ НОВЫХ И СЕРИЙНО ВЫПУСКАВШИХСЯ ЛЕКАРСТВ

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

²Мюнхенский университет им. Людвига — Максимилиана, 80539, Мюнхен, Германия

Архив Министерства здравоохранения, журнальные публикации, интервью и мемуары свидетельствуют: вопрос качества лекарств был в 1992—2004 годах ключевым в жизни российской фармы. Обеспечение лекарственной безопасности рассматривалось не только как часть социальной политики, но и как правила, с помощью которых можно реформировать «дикий базар» в «управляемый рынок». Медийные споры, ведомственные обоснования, политические законопроекты и воспоминания дают представление о «цене вопроса» — накале эмоций, амбициях, финансовых потерях. К тому же в зависимости от того, кто будет определять качество (и значит, оценивать всех игроков фармрынка), зависело, где на нем будет располагаться центр силы. В серии сообщений авторы исследования представляют результаты исторической реконструкции строительного материала, архитекторов и технологий возведения российской контрольно-разрешительной системы и рыночных правил. Во втором сообщении речь идет о практиках экспертизы новых и серийно выпускавшихся лекарств.

Ключевые слова: история медицины; история фармации; контрольно-разрешительная система; качество лекарств.

Для цитирования: Игнатъев В. Г., Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А. Проблема качества лекарств на российском рынке (1992—2004). Сообщение 2: контроль новых и серийно выпускавшихся лекарств. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):112-118. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-112-118>

Для корреспонденции: Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, e-mail: zatravkine@mail.ru

Ignatiev V. G.¹, Zatravkin S. N.¹, Vishlenkova E. A.²

THE PROBLEM OF QUALITY OF MEDICATIONS AT RUSSIAN MARKET (1992–2004). REPORT II. THE CONTROL OF NEW AND SERIALY PRODUCED MEDICATIONS

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

²The Ludwig-Maximilian University of Munich, 80539 Munich, Germany

The archives of the Ministry of Health Care of Russia, journal publications, interviews and memoirs testify that issue of medications quality was key issue in life of Russian Pharma in 1992–2004. The support of medication safety considered not only as part of social policy, but also as rules that could be used to reformat the “wild bazaar” into “controlled market”. The media disputes, departmental justifications, political bills and memoirs give idea about “price of the issue” (heat of emotions, ambitions, financial losses). Besides, depending on who would determine quality (and thus to evaluate all players of Pharma market) depended placement of center of power in market. The authors of the study present in series of reports results of historical reconstruction of building materials, architects and technologies of construction of Russian control and authorization-based system and market rules. This report deals with practices of expertise of new and serially produced medications.

Keywords: history of medicine; history of pharmacy; control and authorization-based system; medication quality.

For citation: Ignatiev V. G., Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A. The problem of quality of medications at Russian market (1992–2004). Report II. The control of new and serially produced medications. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):112–118 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-112-118>

For correspondence: Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Department of History of Medicine of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health of the Minobrnauka of Russia. e-mail: zatravkine@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 14.08.2024

Accepted 31.10.2024

Об экспертизе новых лекарств

Централизация управления и «собрание земель», начатые А. И. Воробьевым и продолженные Э. А. Нечаевым, были самыми заметными, но не единственными инициативами Министерства здравоохранения Российской Федерации в сторону рас-

ширения и усиления контроля над фармацевтическим рынком. Важные изменения оно внесло и в процедуры экспертизы.

Пристальный интерес политиков к правилам ввода новых лекарств на российский рынок был прости- мулирован экзогенными факторами. Во-первых, ре-

История медицины

форматорское Правительство хотело скорейшего введения в России международных стандартов надлежащей практики, а также гармонизации российских законов с американскими и европейскими правилами проведения клинических испытаний и регистрации лекарственных препаратов. Во-вторых, после отказа от централизованной системы лекарственного обеспечения на отечественном рынке появилось много новых игроков. Часть стартапов не имели опыта, компетенций и квалифицированного персонала в сфере производства, импорта и продажи лекарств. К тому же некоторых участников мало интересовала сколь-либо долгосрочная перспектива на этом пространстве, деловая репутация и тем более социальная ответственность. Их помыслы были сосредоточены лишь на быстром обогащении. При таком подходе к фармацевтическому бизнесу упало качество циркулировавших на рынке товаров: прежде всего лекарств, произведенных в России, но также и препаратов авторитетных компаний, пострадавших в результате ненадлежащего хранения, транспортировки и реализации. Именно для таких случаев и ситуаций на богатых фармацевтических рынках действовали стандарты GMP, GSP, GDP, GPP. В-третьих, в Россию «поток хлынули дженерики низкого качества из Индии, Пакистана, Бангладеш»¹, Болгарии и стран бывшего СССР. Аналогичная ситуация наблюдалась и с поставками фармацевтических субстанций из стран Юго-Восточной Азии.

Дефицитная ситуация, громкие сообщения прессы об отравлениях или побочном действии лекарств побудили испуганных пациентов² обратиться к власти с призывом взять на себя ответственность за здоровье населения, проверить качество поступающих лекарств и, соответственно, очистить российский рынок от угроз. Возможно, государство было не лучшим защитником своих граждан, но тогда других, способных взяться за это, не было. К тому же у российских потребителей была инерция советской жизни, побуждавшая видеть в государственных чиновниках единственного арбитра, а у министров были амбиции, на которые хорошо ложились такие воззвания. Поэтому Минздрав взялся за модернизацию и расширение контрольной системы, выстраивая ее так, чтобы использовать для установления правил рыночной игры. Для строительства контрольной плотины пригодились конструкции и материалы, оставшиеся от советской системы, — ее специалисты и институции.

В позднем СССР процедура экспертизы и регистрации новых отечественных и зарубежных лекарственных средств осуществлялась следующим образом. В соответствии с утвержденным Минздравом СССР перечнем документов разработчик готовил обширный пакет справок на регистрируемый

им препарат и направлял его в «Управление». За рубежом и в постсоветской России этот пакет имел особое название — «регистрационное досье». В него входило название препарата и его краткое описание, отчеты о клинических испытаниях и экспериментальном исследовании специфической и общей фармакологической активности, фармакокинетики, токсичности, местнораздражающем действии, аллергизирующих свойствах, влиянии на иммунную систему, канцерогенной активности, тератогенных и мутагенных свойств, проекты временных фармакопейных статей (ВФС) на активное вещество и лекарственные формы, включая результаты контрольных анализов вещества и препарата.

Российские разработчики были обязаны добавить к этим справкам расчет себестоимости препарата и указание на наличие для его производства сырьевых ресурсов внутри СССР³. Последнее требование было одним из решающих, поскольку Советский Союз проводил последовательную политику независимости от ресурсов Запада и Big Pharma. В связи с этим министерство стремилось иметь полный цикл производства на внутренней территории страны — от синтеза субстанций до выпуска готовых лекарственных средств. Заявка на новый препарат с использованием импортного сырья рассматривалась в Минздраве в исключительных случаях и требовала согласия министра⁴.

Для изготовления воспроизведенных препаратов (дженериков) заинтересованные лица должны были предоставить сравнительные данные физико-химических свойств и биодоступности данного лекарственного средства. С их помощью надо было доказать соответствие свойств регистрируемого дженерика оригиналу зарубежного препарата.

Изучал этот пакет документов, а при необходимости еще и образцы препаратов, Фармакологический комитет. При нем в советские времена работала Лаборатория экспертизы лекарственных средств и наркотиков, а в 1990 г. был создан Всесоюзный научный центр экспертизы лекарственных средств (ВНЦЭЛС) МЗ СССР. В случае положительного заключения этих аналитиков Фармакологический комитет давал просителю разрешение на проведение клинических испытаний.

В те времена клинические исследования велись по лекалам, разработанным Минздравом, и на выбранных им же клинических базах (около 100). Сроки их проведения были ограниченными, и обычно их выдерживали. В отличие от многих стран в Советском Союзе испытания лекарств были возможны только на больных людях и прежде всего в лечебных целях. Изучение опытных препаратов на здоровых

¹ Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 972. Л. 12.

² Под пациентами понимаются не только лица с нарушениями здоровья, но и здоровые лица (профилактическое применение), а также лица с неустановленным состоянием здоровья (диагностическое применение).

³ Приказ Министерства здравоохранения СССР № 1509 от 30.12.1983 «О дальнейших мерах по совершенствованию порядка оформления разрешения к медицинскому применению и передачи для промышленного производства новых лекарственных средств».

⁴ Приказ Министерства здравоохранения СССР № 1186 от 16.12.1976. Как следствие, регистрация новых отечественных препаратов проводилась одновременно с регистрацией субстанций, используемых для их изготовления [1].

добровольцах допускалось в исключительных случаях и требовало особого решения Министерства. Такой запрет создавал испытателям много проблем и препятствий и, как показали современные исторические исследования, привел к появлению в СССР практики самоиспытаний, когда из-за недостатка добровольцев разработчики лекарств испытывали их на себе и по соглашению — на своих близких [2].

Обычно клинические исследования проводились в два этапа. Главной целью первого этапа было подтверждение лечебного эффекта препарата и выявление его побочного действия. Испытания проводили на небольшом числе взрослых людей (исключая беременных женщин). На втором этапе испытания осуществлялись на больших по численности группах пациентов, но для этого требовалось новое разрешение Фармакологического комитета. Испытатели стремились определить эффективность нового лекарства по сравнению с аналогичными по действию препаратами, уточнить показания и противопоказания к применению, прояснить всю гамму побочных эффектов и меры для их устранения, суммировать наблюдения, определить дозировки и схемы применения лекарства, выяснить возможность и необходимость комбинированной терапии.

«Особый советский путь» привел страну к предсказуемой фармизоляции. В странах Западной Европы, США и Канаде не признавали результаты проведенных здесь клинических исследований. Уполномоченные представители этих и даже менее богатых стран считали их вариантом клинической апробации. Бурное развитие в мире в 1970—1980-е годы биоэтики сопровождалось выработкой жестких конвенций относительно испытаний препаратов на людях. Кроме прочего, в «западном мире» для признания исследований полноценными уже тогда были обязательны независимая этическая экспертиза, рандомизация⁵, соблюдение стандартов GCP⁶ и GLP⁷. В условиях холодной войны руководители советского здравоохранения не нуждались в соблюдении мировых конвенций и мнение западных биоэкспертов благополучно игнорировали. Идеологическим аргументом в защиту автохтонной позиции служил тезис о защите советских граждан от опасных «западных» лекарств. Советские медики знали, что в их распоряжении имеется весьма скудный спектр лекарственных средств (в СССР он был

много меньше, чем в экономически развитых странах), но утешались сами и утешали пациентов тем, что зато «талидомидовой трагедии»⁸ советским людям пережить не пришлось. Многие годы эта история была доводом в пользу эффективности советских фармацевтических фильтров и вынужденных самоограничений.

Впрочем, игнорирование мировых практик в СССР не было абсолютным. Советские специалисты все же проводили клинические исследования в соответствии со стандартами GCP. Первое известное нам испытание нестероидного противовоспалительного препарата «Ренгазил» (пирпрофен) швейцарской компании Ciba-Geigy было осуществлено в 1982—1983 гг. под руководством ученого секретаря Фармакологического комитета Владимира Ивановича Покрышкина [3]. Его результаты он изложил на X Европейском конгрессе ревматологов, состоявшемся в Москве в 1983 г.⁹ Другое дело, что такого рода исследования были единичными, показательными и не стали рутинными для советской фармацевтической отрасли.

Кроме Фармакологического комитета и его структур, регистрационное досье анализировал Фармакопейный комитет. Он должен был определить соответствие нормативно-технической документации на представленный препарат требованиям Российской Фармакопеи.

При необходимости к проведению экспертизы фармацевтических субстанций и лекарственных препаратов подключался Государственный научно-исследовательский институт по стандартизации и контролю лекарственных средств (ГНИИСКЛС).

По окончании многоступенчатых проверок Минздрав СССР готовил итоговый документ — проект фармакопейной статьи. Этот документ позволял контролировать последующие качество и стабильность препарата и его соответствие советским стандартам. Получив одобрение Фармакологического и Фармакопейного комитетов, министр подписывал приказ о возможности применения нового препарата на всей территории Советского Союза в конкретной лекарственной форме. «Управление» присваивало ему регистрационный номер и вносило в Государственный реестр лекарственных средств.

При Э. А. Нечаеве процедуры регистрации новых лекарств были изменены. Сначала резко выросли требования к регистрационному досье и предоставляемой информации. Подготовка пакета документов на новое лекарство стала настолько трудоемкой и времязатратной, что на рынке появились платные услуги и консультанты по составлению досье. Следующим шагом стало усиление роли ГНИИСКЛС в изучении содержавшихся в досье

⁵ Рандомизация — это метод случайного отбора, который применяется для распределения участников исследования по группам лечения (исследуемый препарат, активный препарат сравнения или плацебо). Рандомизация необходима, чтобы свести к минимуму субъективность при распределении участников по группам

⁶ Надлежащая клиническая практика, GCP (англ. good clinical practice) — международный стандарт этических норм и качества научных исследований, описывающий правила разработки, проведения, ведения документации и отчетности об исследованиях, которые подразумевают участие человека в качестве испытуемого (клинические исследования).

⁷ Надлежащая лабораторная практика, GLP (англ. good laboratory practice) — это система норм, правил и указаний, направленных на обеспечение согласованности и достоверности результатов лабораторных исследований. GLP устанавливает очень строгие требования к ведению и хранению документации.

⁸ Талидомидовый скандал — антропогенная медицинская катастрофа, вызванная применением во время беременности препарата талидомид. В результате его применения более 10 тыс. женщин обрели детей с серьезными врожденными дефектами или пережили прерванную беременность.

⁹ Интервью С. Н. Затравкина с В. И. Покрышкиным от 2 апреля 2024 г.

История медицины

экспериментальных фармакологических, токсикологических и клинических материалов. Затем были ужесточены правила испытаний на биоэквивалентность [4]. Они стали обязательными для регистрации всех лекарственных средств, производимых по лицензии и не зарегистрированных в России фирмой-лицензедержателем, а также воспроизведенных лекарственных средств (дженериков) при отсутствии исследований на биоэквивалентность или клинических данных.

Но самые радикальные изменения произошли в процедурах клинических испытаний лекарственных средств¹⁰. В марте 1992 г. ответственность за проведение всех этапов экспертизы новых лекарств была возложена на Российский государственный Центр экспертизы лекарств при Минздраве России, и его директор В. Л. Лепехин должен был обеспечить создание нового Положения о клинических испытаниях в соответствии с международными требованиями¹¹. По новым правилам было разрешено проводить изучение действия новых препаратов на здоровых добровольцах¹². Для этого предписывалось создать специализированные отделения по клинической фармакологии. В 1997 г. Минздрав в целом признал международные этические и научные стандарты планирования и проведения клинических исследований, а также документальное оформление и представление результатов этих исследований по GCP¹³. В 1999 г. принятые двумя годами ранее «Правила» были отредактированы и обрели силу отраслевого стандарта¹⁴. С тех пор каждый разработанный фирмой-лицензедержателем и Фармакологическим комитетом протокол клинических исследований (а также другая документация, связанная с этими испытаниями) подлежали изучению и утверждению независимым этическим комитетом.

В СССР таких комитетов не было. Они впервые появились в постсоветской России в 1993—1994 г. Как правило, их создание инициировали зарубежные фармкомпании, проводившие в России многоцентровые испытания своих препаратов. Тогдашние этические комитеты обычно создавались при медицинских учреждениях, на базе которых прово-

дились исследования [5]. Первый автономный от места проведения и инициатора исследований комитет был учрежден в 1996 г. Это был Национальный этический комитет¹⁵ (председатель — профессор А. Г. Рудаков, ответственные секретари — Е. А. Вольская и Е. Ю. Барманова) при Российской медицинской ассоциации (президент — академик РАМН А. Г. Саркисян). Следующий был создан в том же году усилиями профессора, члена-корреспондента РАМН Л. С. Страчунского при Смоленском государственном медицинском университете.

В законе «О лекарственных средствах» (1998) государство заявило о намерении создать «комитет по этике при федеральном органе исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств». Обещание было реализовано. Работу министерского комитета возглавил академик РАМН Ф. И. Комаров. Данный комитет осуществлял экспертизу документов по проведению клинических исследований при регистрации препарата в Минздраве и выдавал заключение об этической обоснованности (возможности или невозможности) таких исследований. И поскольку его одобрение было введено в алгоритм всей регистрационной процедуры (стало обязательным условием для обретения разрешения Фармакологического комитета на проведение клинических испытаний лекарств), то получилась полная зависимость игроков от создателя правил: все представители фармы должны были получить от Министерства входные билеты на рынок. Так этическая экспертиза Министерства была встроена в государственную контрольно-разрешительную систему (КРС)¹⁶.

С бюрократической точки зрения ведомственной экспертизы было достаточно для всего, но мировые

¹⁰ Без клинических испытаний (на основе экспертизы необходимой документации) могли быть зарегистрированы только: лекарственные средства, используемые в медицинских целях не менее 2 лет, зарегистрированные в одной или нескольких странах при наличии представленных фирмой материалов, свидетельствующих о клинической эффективности и безопасности предлагаемого лекарственного средства; воспроизведенные лекарственные средства (дженерики), разрешенные для медицинского применения в стране-производителе, а также производимые и зарегистрированные в одной или более странах (при наличии исследований биоэквивалентности); лекарственные средства, производимые по лицензии и зарегистрированные в Российской Федерации фирмой-лицензедержателем. «Инструкция о порядке экспертизы, клинических испытаний и регистрации зарубежных лекарственных средств и субстанций» утверждена Минздравмедпромом РФ 15.05.1996.

¹¹ Приказ Минздрава России от 19.03.1992 № 88 Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 71. Л. 30.

¹² Приказ Минздрава России от 25.07.1992 № 235 Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 71. Л. 118.

¹³ Правила GCP были сформулированы в США. Первый их вариант был опубликован Администрацией по пищевым и лекарственным продуктам (FDA) в 1978 г. в форме проекта. С 1980 г. начались инспекционные проверки хода клинических испытаний на соответствие этому стандарту — вначале в США, а затем и за пределами страны. В 1987 г. правила GCP были приняты во Франции, в 1989 г. — в Скандинавских странах и Японии. В 1990 г. Комиссия ЕС опубликовала так называемые Европейские правила GCP, действующие во всех странах Сообщества с 1991 г. Следование стандарту GCP при проведении ключевых или определяющих (pivotal) клинических испытаний является одним из решающих условий для регистрации новых лекарственных препаратов в индустриальных странах. Результаты исследований, выполненных без соблюдения правил GCP, могут быть приняты к рассмотрению лишь в качестве дополнительных (supporting data).

¹⁴ ОСТ 42-511—99 «Правила проведения качественных клинических испытаний в РФ» от 29 декабря 1998 г. 19.06.2003 появился новый документ — «Об утверждении правил клинической практики в РФ» в соответствии с ФЗ «О лекарственных средствах» от 22.06.1998 № 86-ФЗ (с изменениями и дополнениями) и положением о МЗ РФ, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 29.04.2002 № 284.

¹⁵ Создан в соответствии с решением Всероссийского Пироговского съезда врачей (октябрь 1995 г.).

¹⁶ После того, как эти функции перешли к Росздравнадзору, в 2004 г. был создан Совет по этике при Росздравнадзоре. С 2010 г. этическую экспертизу стал проводить Совет по этике Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Приказ Минздравсоцразвития России от 31.08.2010 № 774н «О совете по этике»).

соглашения о GCP принуждали фирмы — организаторы клинических исследований использовать для сопровождения всех этапов клинических испытаний независимую этическую экспертизу. Кроме того, она была нужна в тех случаях, когда новый препарат не предназначался для регистрации в России. Поэтому потребность во вневедомственной этической экспертизе сохранялась и даже росла, что побудило создать еще несколько этических комитетов. Самый репутационный из них — Независимый междисциплинарный комитет по этической экспертизе клинических исследований под председательством академика РАМН Н. Д. Ющука — был организован в конце 2000 г. усилиями Е. А. Вольской и Е. Ю. Бармановой¹⁷. Наряду с ним в начале 2000-х годов начали работу этические комитеты при Волгоградском государственном медицинском университете и Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева.

Усложнение экспертных процедур привело к тому, что регистрация лекарственных средств стала занимать около полугода и обходилась производителям в немалые суммы. В конце 1990-х годов на регистрацию оригинального препарата компания должна была потратить примерно 12 тыс., а дженерика — 6 тыс. долларов [6].

Контроль качества серийной продукции

Проверку серийно выпускаемых лекарств советская Инспекция по контролю за качеством лекарственных средств вела на двух уровнях. На первом — в ГНИИСКЛС проводились предварительные, последующие, выборочные и арбитражные виды контроля¹⁸. Предварительному контролю подлежали препараты, впервые выпускаемые каждым предприятием серийно, а также препараты, переведенные на этот вид контроля в связи с ухудшением их качества. В отношении импортных лекарств предварительный контроль проходили первые три серии любых впервые закупленных препаратов.

Лекарственное средство снималось с режима предварительного контроля письменным разрешением Инспекции и переводилось на последующий контроль, если качество образцов первых пяти (в отношении импортных препаратов) — трех серий отвечало всем требованиям нормативно-технической документации (НТД), т. е. за безупречное поведение. Последующий и выборочный контроль проводились в отношении всех без исключения лекарств в соответствии с ежеквартальными планами-

заданиями, утвержденными Инспекцией. Арбитражному контролю лекарственные средства подвергались в случае возникновения разногласий об их качестве между организациями-поставщиками и потребителями.

На втором уровне, т. е. при приеме лекарств на аптечные склады (базы), они подвергались еще одной обязательной посерийной проверке. Ее проводили местные центры контроля качества лекарств и контрольно-аналитические лаборатории (республиканские, областные, городские, а также лаборатории на аптечных складах и фармацевтических фабриках)¹⁹. В начале 1990 г. в системе «Союзфармации» функционировало 277 таких лабораторий с 2100 специалистами²⁰.

Они проверяли:

- 1) препараты, использовавшиеся в аптеках для приготовления растворов для инъекций;
- 2) лекарства, применяемые в офтальмологической практике;
- 3) наркотические лекарственные средства;
- 4) лекарственные средства, использовавшиеся при ингаляционном наркозе (за исключением кислорода и закиси азота);
- 5) бария сульфат²¹;
- 6) любые иные препараты в случае возникновения сомнений в их качестве.

Аналитики должны были определить соответствие контрольных образцов критериям, описанным в НТД. Перечень показателей, подлежащих проверке, зависел от лекарственной формы препарата. Так, таблетки проверялись на соответствие по описанию, растворимости, подлинности (идентичность образца и наименования, под которым он поступил на анализ), потере в массе при высушивании, наличия сульфатной золы (определение содержания неорганических примесей), тяжелых металлов, остаточных органических растворителей, микробиологической чистоте, количественным показателям. А растворы для инъекций и глазные капли тестировались на соответствие иному набору: описание, подлинность, прозрачность, цветность, осмолярность, механические включения, бактериальные эндотоксины, стерильность, количественное определение. В отношении остальных лекарств проводился тщательный осмотр их внешнего вида, упаковки и маркировки, указанных в НТД²².

¹⁹ Приказ Минздрава СССР от 28.12.1984 № 1475 «О мерах по дальнейшему совершенствованию и усилению контроля качества лекарственных средств, поступающих на аптечные склады (базы) от промышленных предприятий».

²⁰ Кроме того, в аптеках страны имелось около 9,5 тыс. аналитических кабинетов и более 23 тыс. контрольно-аналитических столов. Качество лекарственных средств контролировали 14,3 тыс. провизоров. А всего в аналитической службе было занято более 19% всех советских провизоров [7].

²¹ Рентгеноконтрастное вещество.

²² Каждая партия лекарственного растительного сырья «ангро» и в расфасованном виде (независимо от завода-изготовителя, заготовителя и поставщика) проверялась на подлинность, измельченность и содержание примесей, согласно требованиям Госфармакопии СССР. Брикетты, кроме того, подлежали проверке на прочность и распадаемость.

¹⁷ Его учредителями выступили Московский государственный медико-стоматологический университет, Российская академия медицинских наук, Межрегиональная общественная организация «Общество фармакоэкономических исследований», Российская ассоциация информационного содействия развитию здравоохранения и фармацевтики «Росфарминфо», Лига содействия клиническим исследованиям и защите участников фармацевтического рынка, Национальный центр медицинской информации «Универсисмед».

¹⁸ Для проведения этих видов контроля ГНИИСКЛС использовал комплекс физико-химических методов, главным из которых была хроматография (газожидкостная и жидкостная).

История медицины

Откликаясь на призывы встревоженных граждан, представители государства ужесточили и контроль качества серийно выпускавшейся продукции. Был расширен перечень отечественных препаратов, подлежащих предварительному контролю в ГНИИСКЛС. К их числу стали относиться:

- впервые разрешенные к медицинскому применению;
- впервые выпускаемые серийно на данном предприятии;
- серийно выпускаемые по измененной технологии;
- при получении лицензии на производство;
- переведенные на этот вид контроля в связи с ухудшением их качества.

В отношении импортных лекарств предварительному контролю по-прежнему подлежали первые три серии любых закупувавшихся препаратов. А вот требования к последующему выборочному контролю выросли. Отныне ему подлежали все антибиотики, гормональные, ферментные и другие препараты из животного сырья (по всем показателям НТД); химико-фармацевтические препараты, требующие испытания на стерильность и пирогенность (по этим показателям), а также любые иные по решению Инспекции (Департамента)²³. Также последующий контроль проходили все серии импортных лекарств, в качестве которых потребителями были выявлены отклонения.

Усложнились и процедуры обязательного посерийного контроля лекарств перед их передачей в аптечные и лечебные учреждения. Они дополнились обязательной сертификацией по результатам такого контроля²⁴. Такой процедуре, причем по всем показателям НТД, стали подвергаться:

- лекарственные средства, изготовленные предприятиями негосударственных форм собственности и закупленные нецентрализованно;
- лекарственные средства, используемые для приготовления глазных капель и инъекционных растворов в условиях аптек;
- все наркотические лекарственные средства (субстанции и лекарственные формы);
- лекарственные средства для наркоза (в том числе ингаляционного, за исключением кислорода и закиси азота);
- лекарственные средства, используемые в педиатрической практике;
- все рентгеноконтрастные лекарственные средства;
- лекарственные средства, вызывающие сомнения в их качестве.

²³ Эту экспертизу проводил ГНИИСКЛС. Экспертизу препаратов крови, кровезаменителей и консервирующих растворов — центральная лаборатория государственного контроля и изучения качества препаратов крови, кровезаменителей и консервирующих растворов Гематологического научного центра РАМН.

²⁴ Приказ Минздрава России от 14.06.1994 № 118 «Об аккредитации региональных (территориальных) контрольно-аналитических лабораторий (центров контроля качества лекарственных средств) и сертификации лекарственных средств в Российской Федерации».

Качество остальных лекарственных средств, изготовленных предприятиями государственных форм собственности (или акционерными, ранее государственными) или закупленными централизованно, оценивались выборочно от каждой поступившей серии (партии) по показателям: «Описание», «Подлинность», «Упаковка» и «Маркировка». Проверки осуществлялись, как и прежде, главным образом силами территориальных контрольно-аналитических лабораторий (центров контроля качества лекарственных средств).

По результатам проверок выдавался либо всероссийский сертификат соответствия²⁵, либо региональный протокол соответствия²⁶ с ограниченным сроком действия, в течение которого данная серия лекарственного средства могла быть реализована в аптечную сеть и лечебно-профилактические учреждения. Достаточно автономные в те времена региональные власти редко признавали силу всероссийских сертификатов. Практически всегда поступившие из Москвы лекарства проходили повторные проверки, в результате чего продолжительность государственных экспертиз, а также их стоимость многократно увеличивались. Правда, до 2002 г. (когда процедура обязательной сертификации была радикально пересмотрена) суммы, которые платили производители и дистрибьюторы, были незначительными и исчислялись десятками рублей. Но в расчете на весь поток лекарств это было немало, и, естественно, затем расходы были включены в цену их реализации.

Вместе с ростом объема российского фармацевтического рынка росло число лабораторий и сертификационных центров, их пропускная способность. В общей сложности в конце 2002 г. на рынке функционировало 63 центра сертификации, в состав которых вошли 165 контрольных лабораторий. В 1998—1999 гг. в стране открылись две улучшенно оснащенные лаборатории, созданные в рамках совместных проектов с Францией и США²⁷.

В результате административных ужесточений и деятельности проверочных институций число рекламаций, предъявленных к производителям лекарственных средств, сначала резко возросло (см. таблицу).

Из отечественных производителей чаще других браковалась продукция АО «Биосинтез», ПХФО

²⁵ До 1998 г. выдавался Управлением (Инспекцией) на основании заключения Государственного НИИ по стандартизации и контролю лекарственных средств или других аккредитованных Минздравмедпромом учреждений. С введением в действие с 01.12.1998 «Системы сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р» и «Правил сертификации лекарственных средств» всероссийский сертификат соответствия стал выдаваться Центром сертификации лекарственных средств Минздрава России; Центром сертификации и контроля качества лекарственных средств Москвы; ГУЗ «Северо-Западный центр по контролю качества и сертификации лекарственных средств» (Санкт-Петербург).

²⁶ Выдавался территориальными органами управления фармацевтической службы на основании заключения территориальной контрольно-аналитической лаборатории (центра контроля качества лекарственных средств).

²⁷ Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 1461. Л. 178.

Количество рекламаций, предъявленных к производителям лекарственных средств* (в абс. ед.)

Производитель	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.**
Производители РФ	260	675	798	1351	1398
Предприятия СНГ и стран Балтии	167	572	777	741	741
Зарубежные фирмы-производители	233	536	477	737	681
Всего...	660	1783	2052	2829	2820

* Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 1461. Л. 91.

** Архив Министерства здравоохранения РФ. Ф. Министерство здравоохранения РФ. Оп. 1. Д. 1966. Л. 77.

«Мосхимфармпрепараты», АО «Белгородвитамины», Томского ХФЗ, АО «Нижфарм». Среди предприятий стран СНГ препараты низкого качества поступали в Россию от АО «Галичфарм» (Украина), ПО «Белмедпрепараты» (Белоруссия), ПО «Узхимфарм» (Узбекистан). Из импортных препаратов чаще других некачественная продукция встречалась в партиях лекарств, поступавших из Болгарии и Индии. Если рассматривать с точки зрения лекарственной формы, то бракованными чаще оказывались мази, пасты, линименты, суппозитории, аэрозоли, растворы для внутривенного применения [6].

Строительство плотины унесло немало бюджетных средств, но она давала россиянам гарантию (отчасти реальную, отчасти успокоительную) безопасности и обеспечивала Министерство доходами от регистрации, сертификации, продажи рыночной информации. Проверка лекарств на соответствие прописанным в НТД критериям качества, многочисленные лаборатории отлавливали недобросовестных производителей и их продукцию. Как и в криминальной сфере, цифры пойманных бракованных лекарств служили свидетельствами радения «следователей». С их помощью Министерство могло продемонстрировать, что успешно управляет рынком, что введенный механизм контроля переломил тенденцию падения качества лекарств, что потребители успокоились, а напуганные производители и дистрибьюторы стали ответственнее выполнять свою работу: в 2000 г. было выявлено 2139 серий некачественной продукции, в 2001 г. — 1670, в 2002 г. — 1628, за 9 мес 2003 г. — всего 591 серия [8, 9]. Потребители могли успокоиться.

Итак, модернизация экспертизы новых и серийно выпускавшихся лекарств позволила государству установить тотальный контроль над всеми игроками фармацевтического рынка. И если до середины 1990-х годов институциональная монополия отвечала интересам лишь отдельно взятого Министерства и его руководителя, была сомнительной и подвергалась многосторонней критике, то в дальнейшем иерархические отношения за игровым столом стали интерпретироваться политиками как следствие эффективного управления. В них увидели переход от «базара» к «цивилизованному рынку». Другое дело, что узурпация контроля в руках одного

игрока должна была породить оппортунизм и снижение ответственности у всех остальных, что, в свою очередь, стимулировало усиление процедур и строгость государственного контроля.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Ковалёва Е. Л., Баландина И. А., Митькина Л. И. Международный и отечественный опыт в сфере регулирования допуска фармацевтических субстанций и вспомогательных веществ в производство лекарственных препаратов. *Ведомости НЦЭСМП*. 2011;(1):19–24.
- Петренко А. Н., Васильев П. А., Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П., Звонарева О. И. Регистрация лекарственных средств в советской контрольно-разрешительной системе на примере кардиологического лекарственного препарата Тринитролонг. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2021;17(1):133–9.
- Сигидин Я. А., Покрышкин В. И. Новый нестероидный противовоспалительный препарат пирпрофен (Ренгазил) в терапии ревматоидного артрита и остеоартроза. *Терапевтический архив*. 1987;(4):73–6.
- Гильдеева Г. Н. Развитие системы нормативно-правового регулирования экспертизы и регистрации лекарственных средств. *Ремедиум*. 2007;(3):46–51.
- Этическая экспертиза биомедицинских исследований. Практические рекомендации. Под общей редакцией Ю. Б. Белоусова. М.; 2005.
- Бизнес-путеводитель по фармацевтическому рынку России. Под ред. А. Ю. Юданова и др. М.: Классик-Консалтинг; 1998.
- Беликов В. Г. Общая фармацевтическая химия: Учебник для фармацевтических институтов и факультетов мед. институтов. М.; 1993.
- Широкова И. На страже интересов российских пациентов. *Ремедиум*. 2003;(11):70–3.
- Широкова И. Фармацевтический рынок России и Подмосковья: время подводить итоги. *Ремедиум*. 2004;(3):80–2.

Поступила 14.08.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

- Kovalyova E. L., Balandina I. A., Mitkina L. I. International and domestic experience in the field of regulation of admission of pharmaceutical substances and excipients to the production of medicines. *Vedomosti NCJeSMP*. 2011;(1):19–24 (in Russian).
- Petrenko A. N., Vasiliev P. A., Martsevich S. Yu., Kutishenko N. P., Zvonareva O. I. Registration of drugs in the Soviet control and licensing system on the example of cardiological drug Trinitrolong. *Racional'naja farmakoterapija v kardiologii*. 2021;17(1):133–9 (in Russian).
- Sigidin Ya. A., Pokryshkin V. I. A new non-steroidal anti-inflammatory drug piroprofen (Rengazyl) in the therapy of rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Terapevticheskij arhiv*. 1987;(4):73–6 (in Russian).
- Gildeeva G. N. Development of the system of normative-legal regulation of expertise and registration of medicines. *Remedium*. 2007;(3):46–51 (in Russian).
- Ethical expertise of biomedical research. Practical recommendations [Eticheskaja jekspertiza biomeditsinskih issledovanij. Prakticheskie rekomendacii]. Under the general editorship of Y. B. Belousov. Moscow: 2005 (in Russian).
- Business Guide to the Pharmaceutical Market of Russia [Biznesputevoditel' po farmacevticheskomu rynku Rossii]. Edited by A. Yudanov et al. Moscow: Classic-Consulting; 1998 (in Russian).
- Belikov V. G. General pharmaceutical chemistry: Textbook for pharmaceutical institutes and faculties of medical institutes [Obshchaja farmacevticheskaja himija: Uchebnik dlja farmacevticheskikh institutov i fakul'tetov med. institutov]. Moscow; 1993 (in Russian).
- Shirokova I. On guarding the interests of Russian patients. *Remedium*. 2003;(11):70–3 (in Russian).
- Shirokova I. Pharmaceutical market of Russia and the Moscow region: time to summarise the results. *Remedium*. 2004;(3):80–2 (in Russian).

Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В.

К ВОПРОСУ РАЗВИТИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ДЕЛА В г. ИРКУТСКЕ КОНЦА XIX — НАЧАЛА XX в.: РОЛЬ ГОРОДСКОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА Л. С. ЗИСМАНА

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

Статья посвящена раскрытию неизвестных фактов истории развития медико-санитарного дела в г. Иркутске и роли в этом процессе санитарного врача Л. С. Зисмана. Исследованы и показаны новаторские предложения в разработанном и обоснованном Л. С. Зисманом «Проекте Организации медико-санитарного дела», направленном на совершенствование медико-санитарного дела в г. Иркутске. Показано взаимодействие органов городского самоуправления, Санитарного совета, врачебного сообщества в деле совершенствования санитарного обеспечения. Освещены интересные исторические факты данного периода. Изучены протоколы заседаний Врачебной Управы, Общества врачей Восточной Сибири, иркутской городской Думы. В работе был применен исторический метод, анализ архивных документов. В статье показаны прогрессивное развитие медико-санитарного дела в г. Иркутске и ведущая роль личности городского санитарного врача Л. С. Зисмана в этом процессе.

Ключевые слова: медико-санитарное дело; Л. С. Зисман; санитарный врач; думские врачи.

Для цитирования: Гайдаров Г. М., Алексеевская Т. И., Демидова Т. В. К вопросу развития медико-санитарного дела в г. Иркутске конца XIX — начала XX в.: роль городского санитарного врача Л. С. Зисмана. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):119—124. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-119-124>

Для корреспонденции: Алексеевская Татьяна Иннокентьевна, д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: Alexeevskaya9@mail.ru

Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V.

ON THE ISSUE OF DEVELOPMENT OF MEDICAL SANITARY BUSINESS IN IRKUTSK OF THE END OF XIX — TURN OF XX CENTURY: THE ROLE OF L. S. ZISMAN, THE MUNICIPAL SANITARY PHYSICIAN

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

The article considers unknown facts of history of development of medical sanitary business in Irkutsk and role in this process of L. S. Zisman, the municipal sanitary physician. The innovative proposals in the “Project of organization of medical sanitary business” developed and grounded by L. S. Zisman are investigated. The interaction between municipal self-government bodies, sanitary council and medical community in improving sanitary provision is demonstrated. The intriguing historical facts of this period are highlighted. The minutes of meetings of the Medical Uprava, the Society of Physicians of the Eastern Siberia and the Irkutsk City Duma were studied. The historical method and analysis of archival documents was applied. The progressing development of medical sanitary business in Irkutsk and leading role of personality of L. S. Zisman, municipal sanitary physician was proved.

Key words: medical sanitary business; L. S. Zisman; sanitary physician; Duma physicians.

For citation: Gaidarov G. M., Alekseevskaya T. I., Demidova T. V. On the issue of development of medical sanitary business in Irkutsk of the end of XIX — turn of XX century: The role of L. S. Zisman, the municipal sanitary physician. *Problemy socialnoi gigieni, zdavoookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):119—124 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-119-124>

For correspondence: Alekseevskaya T. I., doctor of medical sciences, associate professor, professor of the Chair of Public Health and Health Care of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Irkutsk State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: Alexeevskaya9@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 12.06.2024

Accepted 31.10.2024

Регламентация санитарного надзора в Российской империи установлена в статьях 43—47, 117—120 Устава врачебного, утвержденного в 1857 г. [1]. Статьями Устава определялось наблюдение за поддержанием чистоты в городах, контроль за съестными припасами, издание правил и наставлений по соблюдению народного здоровья, участие в обсуждении Думой соблюдения фабриками и заводами санитарных норм. Реализацию санитарных мер городскими самоуправлениями конкретизировал принятый в 1870 г. закон о Городовом Положении. Согласно Городовому Положению, в 46 городах Российской империи, в том числе в Иркутске, вводи-

лись обновленные «законоположения о городском общественном управлении и хозяйстве» [2]. Третья глава Городового Положения «Объ участіи городского общественнаго управления въ делахъ по благоустройству города» содержит перечень обязательных для городских жителей законов, которые должна издавать и контролировать их исполнение городская Дума [2]. В частности, в этом разделе закона о Городовом Положении говорится о необходимости содержать в исправности и чистоте городскую территорию, контролировать состояние водозаборов, соблюдать чистоту в помещениях для продажи съестных припасов и напитков, обеспечить их

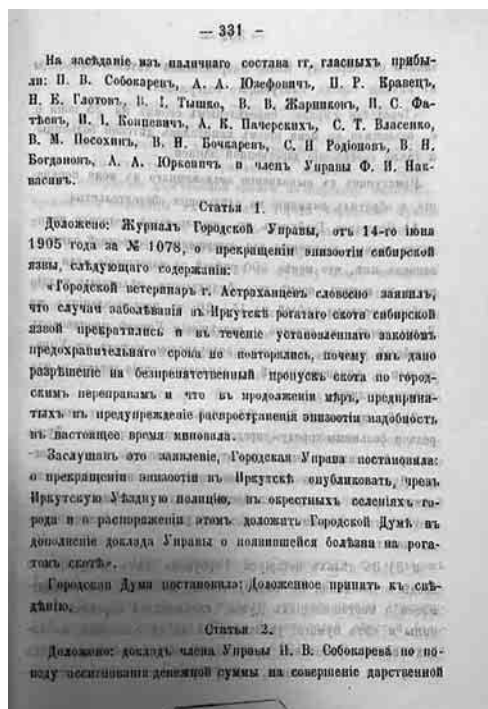


Рис. 1. Фрагмент протокола № 35 чрезвычайного заседания Иркутской городской Думы 13 июля 1905 г. [4].

«безвредность», предпринимать меры предупреждения и прекращения «заразительных, повальных и мiasmных болезней, а равно скотских падежей» [2]. Министерством внутренних дел и Министерством финансов в 1861 г. была издана инструкция по составлению актов освидетельствования съестных припасов и напитков, установлен надзор за состоянием здоровья рабочих [3].

В статье Л. С. Розанова в числе городов, имевших санитарные организации с институтами санитарных врачей при городских Думах, назван г. Иркутск [3]. Сведения о санитарном состоянии г. Иркутска, мерах по его поддержанию, деятельности Санитарного совета и Санитарной комиссии, излагались в протоколах заседаний городской Думы, публиковавшихся в журнале «Известия Иркутской Городской Думы» (рис. 1).

Санитарная служба в г. Иркутске стала активно формироваться с 1882 г. Иркутск был одним из первых 10 городов, где в 1883 г. была создана постоянная санитарная комиссия [3, 5]. Личный состав Санитарной комиссии в 1887 г. опубликован в журнале «Известия Иркутской Городской Думы», в него входили: санитарный врач М. Я. Писарев, ветеринарный врач И. С. Троицкий, член городской управы Н. В. Очередин, три санитарных надзирателя. В Санитарный совет входили: В. П. Сукачев (городской голова), А. А. Шамарин, М. А. Жбанов, С. И. Москвин, инспектор врачебной Управы, санитарный врач, городской врач, городской ветеринарный врач [6]. На заседаниях Санитарного совета, помимо членов Совета, как мы находим в материалах протоколов заседаний, публиковавшихся в «Известиях Иркутской Городской Думы», часто присут-

ствовали, городские врачи, полицмейстер, городской архитектор, председательствовал городской голова, секретарем Совета выступал городской санитарный врач.

Анализ протоколов городской Думы показал, что вопросы санитарного состояния города рассматривались систематически. На заседаниях решались вопросы противоэпидемических мероприятий: выделение финансовых средств на борьбу с эпидемиями, строительство заразных барачков, выделение средств на выдачу лекарств неимущим и их лечение, создание и содержание телятника для изготовления оспенной лимфы, организация контроля за доставляемыми в город продовольственными продуктами, которые должны были поступать для осмотра на городские ветеринарно-санитарные станции.

Опубликованный в «Известиях Иркутской Городской Думы» протокол заседания городской Думы, состоявшегося в марте 1887 г., свидетельствует о том, что между заседателями развернулась дискуссия, которая включала механизм принятия решения о составе санитарной комиссии. Выступивший в начале заседания городской голова Владимир Платонович Сукачев (1886—1898) сделал доклад, в котором поставил вопрос о сохранении состава комиссии и ее финансировании исходя из того, что деятельность санитарного врача нельзя считать удовлетворительной «сравнительно с получаемым им содержанием» [7]. Гласные Думы Николай Павлович Сивков (1886—1888) и Сергей Иосифович Москвин (1885—1888) отметили, что санитарный врач одновременно служит врачом для бедных жителей Знаменского предместья, Рабочей слободы и Нагорной части города, которых он лечит бесплатно, а также часто приглашается в городские школы. Некоторые гласные указывали, что при существовавших ценах жалование врача нельзя назвать большим, особенно с учетом отсутствия частной практики. Гласный Иван Яковлевич Чурин выступил с предложением разделить город на три участка и в каждый участок пригласить отдельного врача, который одновременно выполнял бы функции санитарного врача участка и врача для бедных [7, 8]. Как представил сложившуюся ситуацию И. Я. Чурин, в городе были врачи, которые согласились бы выполнять эти обязанности за доплату в 600—800 руб. в год. Гласный С. И. Москвин высказал мнение о том, что санитарного врача следует оставить, а для входящих бедных больных основать еще одну лечебницу, так как Михеевская лечебница не удовлетворяет потребностям города с растущим населением. Гласный Петр Иванович Крылов (1881—1897) предложил определить жалование санитарному врачу в 1200 руб. Постановление Думы гласит о принятии отчета санитарной комиссии и поручении городской Управе представить в Думу доклад о возможности рассмотрения предложения И. Я. Чурина.

В протоколе заседания городской Думы, состоявшегося 1 мая 1887 г., содержатся сведения об отчете санитарной комиссии за 1886 г. На рассмотрение Думы комиссией предоставлены четыре пункта от-

История медицины

чета: содержание города в чистоте, борьба с эпидемиями и эпизоотиями, обеспечение города чистой водой, соблюдение чистоты в заведениях по продаже съестных припасов [9]. Из опубликованного в «Известиях Иркутской Городской Думы» протокола известно мнение об отчете гласного городской Думы Всеволода Ивановича Вагина (1872—1888), которое он выразил, комментируя отчет комиссии. Так, по первому вопросу В. И. Вагин заметил, что предложение комиссии передать полностью городской администрации заботу об очистке города от нечистот неоправданно, поскольку в этом случае для жителей города натуральная повинность должна будет обратиться в денежную. Но городское управление не имеет законного права облагать жителей особым налогом, зато может привлекать административный ресурс полиции и общественного управления. В этом случае при невыполнении жителями города санитарных требований расходы, понесенные городом, будут с них взыскиваться в виде штрафов. По второму вопросу вместо предложенного санитарной комиссией отделения здоровых членов семьи в специальные временные приюты В. И. Вагин предложил увеличить число кроватей в Солдатовской больнице для размещения заразных больных и в перспективе учредить специальное лечебное учреждение для заразных больных. По третьему вопросу, касающемуся обеспечения города чистой водой, В. И. Вагин отметил, что городской управе давно пора заняться переносом скотобойни и устройством водокачки. Таким образом, приведенные примеры типичных задач, рассматриваемых на заседаниях Думы, показывают, насколько городская администрация была задействована в решении задач санитарного состояния города.

В опубликованном в «Известиях Иркутской Городской Думы» протоколе заседания Общества врачей Восточной Сибири, состоявшегося 8 апреля 1894 г., городским санитарным врачом статским советником Леонтием Соломоновичем (Лейба Зальмоновичем) Зисманом (1857—1941) был представлен на обсуждение «Проект Организации медико-санитарного дела». Проект содержал следующие нововведения: состоящим на службе города врачам присваивать название думских врачей, а для лучшей организации деятельности думских врачей город разделить на четыре участка, каждый из которых будет находиться в заведении одного думского врача. Первый участок — городской Глазковский, второй — Знаменско-Рабочедомский, третий — Подгорный, четвертый — Нагорный. Границы участков Л. С. Зисман предложил определить самим думским врачам при участии городской Санитарной комиссии или городской Управы, или даже Думы, так, чтобы это разделение было наиболее рациональным. Таким образом, Л. С. Зисман поддержал предлагавшееся в 1887 г. гласным городской Думы И. Я. Чуриным разделение города на врачебные участки. Думский врач каждого участка станет санитарным врачом своего участка и врачом для бедных жителей. Ввиду многосложности обязанностей, ле-

жащих на участковых думских врачах, и получаемого ими от города приличного жалования они не могут занимать более никаких должностей, требующих значительной траты времени.

По предложению Л. С. Зисмана, думский врач *«обязательно и безусловно должен жить в центре своего участка»* [10]. При квартире или вблизи квартиры каждого думского врача городской администрации должна быть устроена амбулатория для приема проходящих больных его участка. Она должна быть обеспечена необходимым *«но самым скромным инвентарем»* и снабжена небольшой аптечкой для отпуска *«простейших лекарств»*. Прием проходящих больных во всех четырех городских амбулаториях должен проводиться ежедневно *«исключая двенадцатых праздников»* в течение двух утренних часов (от 8 до 10 часов или от 7 до 9 часов) [10]. В это же время должны приносить в амбулаторию или квартиру врачей адреса и приглашения к бедным больным для посещения на дому. Однако, как отмечено в Проекте, это не лишает бедных больных права приглашать к себе думского врача и в другое время в тяжелых или экстренных случаях.

Л. С. Зисманом в Проекте организации деятельности врачей, состоящих на службе у города, предусмотрено снабжение бедных больных лекарствами не только из амбулаторной аптечки. Для их удобства желательно, чтобы город не заключал контракт на отпуск лекарств с одной только Михеевской аптекой, а вошел в соглашение со всеми городскими аптеками. Аптеки при этом должны сделать оговоренную скидку. Это должно быть сделано с той целью, чтобы бедные больные могли брать лекарства в ближайшей аптеке, что особенно важно для *«безконных и ночью»* [10, 11]. В документе указано, что, поскольку нельзя лишать бедных больных возможности лечиться и у других врачей, кроме думских, необходимо разрешить и другим врачам выписывать оговоренное число рецептов в счет города из любой аптеки [10, 11]. Данный исторический факт доказывает стремление врачебного сообщества сделать медицинскую помощь населению города максимально доступной.

В участковой амбулатории Л. С. Зисман предложил проводить оспопрививание населения участка, т. е. на системной основе вести профилактическую работу. Помимо того, в качестве санитарного врача, на котором лежит забота об общественном здравоохранении, думский врач обязан руководить и следить за заключительной дезинфекцией в домах своего участка после выбытия или выздоровления заразных больных. В этих вопросах он обязан *«строго следовать указаниям закона и мьстнаго Общества врачей»* [10].

В «Проекте Организации медико-санитарного дела» Л. С. Зисман предложил еще одно нововведение: в центральном городском участке роль амбулатории должна выполнять Михеевская лечебница, как *«наибольше благоустроенная, как бы центральная городская амбулатория, куда из других участ-*

VIII.
Распределение больных между городскими врачами.

ПО МЯСЯЦАМЪ.	Врач Михеевской лечебницы.				Врач Нагорной лечебницы.				Врач Знаменской лечебницы.				Врач Глазковской амбулатории.				В С Е Г О.			
	Число приходящихъ больныхъ.	Число сѣдланыхъ или посѣщенй.	Число больныхъ пользованныхъ на квартиръ посѣщенй.	Число посѣщенй на квартиръ больныхъ.	Число приходящихъ больныхъ.	Число сѣдланыхъ или посѣщенй.	Число больныхъ пользованныхъ на квартиръ посѣщенй.	Число посѣщенй на квартиръ больныхъ.	Число приходящихъ больныхъ.	Число сѣдланыхъ или посѣщенй.	Число больныхъ пользованныхъ на квартиръ посѣщенй.	Число посѣщенй на квартиръ больныхъ.	Число приходящихъ больныхъ.	Число сѣдланыхъ или посѣщенй.	Число больныхъ пользованныхъ на квартиръ посѣщенй.	Число посѣщенй на квартиръ больныхъ.	Число приходящихъ больныхъ.	Число сѣдланыхъ или посѣщенй.	Число больныхъ пользованныхъ на квартиръ посѣщенй.	Число посѣщенй на квартиръ больныхъ.
Въ январь . . .	1190	1929	25	30	957	1765	11	28	584	757	6	6	349	1047	—	—	3080	5498	42	64
• февраль . . .	836	1101	28	36	1471	1857	13	32	485	945	21	21	335	1031	—	—	3127	4934	62	89
• мартъ . . .	1440	1692	94	—	1489	2067	9	12	511	638	13	—	443	1223	90	—	3880	5620	206	12
• апрѣль . . .	1266	1609	112	—	976	1587	7	10	567	921	12	—	393	815	70	—	3202	4932	201	10
• май . . .	1632	2960	96	—	1383	2031	18	23	855	1572	25	—	530	965	118	—	4400	7528	257	23
• июнь . . .	1540	2609	67	—	947	1920	10	12	956	1640	39	—	492	1502	63	—	3935	7671	170	12
• июль . . .	1509	2727	—	66	1084	2163	—	15	976	1524	—	27	526	2225	—	53	4095	8639	—	161
• августъ . . .	1177	2166	40	68	1199	1660	8	20	1034	1295	—	23	393	1423	—	42	3803	6544	48	159
• сентябрь . . .	1184	2196	42	76	1102	1701	12	14	855	1355	37	—	331	1385	38	—	3472	6637	129	90
• октябрь . . .	1080	1902	32	64	1006	1683	8	12	841	1364	39	—	362	1410	47	—	3289	6659	126	76
• ноябрь . . .	1152	2246	45	92	982	1593	8	—	1000	1585	53	—	408	1446	69	—	3542	6870	175	92
• декабрь . . .	1171	2183	36	84	913	1618	10	12	1178	1369	49	—	389	1555	73	—	3651	6725	168	96
Всего . . .	15177	25320	617	516	13506	21645	114	190	9842	14963	285	83	4951	16027	568	95	43476	77937	1584	884

Рис. 2. Распределение больных между городскими врачами в 1908 г. [12].

ковыхъ амбулаторій могутъ быть отправляемы хирургическіе больные, нуждающіеся въ операціяхъ или большихъ перевязкахъ». Для этого тем участком, на котором находится Михеевская лечебница, должен заведовать хирург [10].

Как опубликовано в № 1 «Известий Иркутской Городской Думы» за 1887 г., в городе работали три санитарных фельдшера — санитарных надзирателя. Л. С. Зисман предлагает, чтобы в помощь каждому участковому думскому врачу при амбулаторных приемах и в санитарной деятельности был назначен обученный фельдшер. Помимо фельдшера, Л. С. Зисман считает целесообразным, чтобы к участку была прикреплена и участковая акушерка. Фельдшер и акушерка могут на участке выполнять функцию оспопрививателей. Проживать они должны как можно ближе к квартире врача и находиться под полным его руководством. Увеличение числа закрепленного за участком персонала повышает доступность медицинской помощи прежде всего для бедных жителей города.

Интересный исторический факт содержится в Проекте Л. С. Зисмана — информация об адресах квартир медицинского персонала участка, часах приема, проведении оспопрививания и возможности доставки адресов с приглашениями должна быть размещена в объявлениях, напечатанных крупным шрифтом и расклеенных «въ возможно большемъ количествѣ» [10, 11]. В этих объявлениях, по проекту Л. С. Зисмана, должно быть ясно сказано, что данный врач является думским врачом для бедных больных данного участка с указанием границ участка. Квартиры врача, фельдшера и акушерки должны иметь соответствующие крупные вывески. Этот предусмотренный врачом в Проекте факт также являлся нововведением и служил для повы-

шения доступности медицинской помощи, только за счет информированности.

На системной основе Л. С. Зисманом в Проекте предусмотрены и предложены собрания врачей. Один раз в неделю все думские врачи в назначенный по общему согласию вечерний час должны собираться для обсуждения общих по городу мероприятий в отношении улучшения его санитарной обстановки и иных важных вопросов, требующих общего обсуждения. Все думские врачи должны состоять членами городской санитарно-исполнительной комиссии.

Ведение отчетной документации — в современном понимании, «паспорта участка» — уже тогда предусматривалось Л. С. Зисманом, что является весьма прогрессивным предложением. Так, ежемесячно думские врачи должны представлять Санитарному совету краткий отчет о деятельности по своему участку в качестве врача для бедных и санитарного врача. Годовой же отчет должен составляться общий, и способ его составления зависит от общего согласия (рис. 2).

В п. 3 выписки из протокола заседания Общества врачей Восточной Сибири от 8 апреля 1894 г. сказано о том, что перед представлением Проекта Л. С. Зисман привел в качестве аргументов за принятие мер к преобразованию санитарной части города плохое санитарное состояние города. Несмотря на содействие советами городскому самоуправлению Общества врачей и выделенными штатами четырех врачей «для санитарно-врачебныхъ нуждъ» города, санитарное состояние города «in statu quo ante» [11]. Желая содействовать организации работы в этом направлении, Л. С. Зисман, прежде чем представить проект Санитарному совету, внес его для предварительного обсуждения Обществу вра-

История медицины

чей. После продолжительного и подробного обсуждения Обществом врачей Восточной Сибири Проект был одобрен.

По прошествии 15 лет, в начале 1909 г., Санитарный совет продолжил процесс реорганизации врачебно-санитарного дела в г. Иркутске. В Пояснительной записке городской санитарный врач Л. С. Зисман указал, что за прошедший период им подано в городскую Управу четыре доклада по вопросу об устройстве медико-санитарного бюро, об увеличении числа санитарных врачей, санитарного персонала. Неоднократно этот вопрос возбуждался в Управе и Санитарном совете, Обществе врачей и в печати. *«Многое выяснилось в этом вопросе, но кое-что и затемнилось и требует новых, более подробных разъяснений»*, — писал Л. С. Зисман [11].

Обосновывая возвращение к планам реорганизации врачебно-санитарного дела, Л. С. Зисман указывал на рост численности жителей города, которое *«приближается к 100 000»* и увеличению занимаемого городом пространства, которое в 2 раза больше, чем 8—10 лет тому назад [10, 11]. *«Жизнь города развивается во всех отношениях; число торговых промышленных заведений растет быстро; количество рабочего люда, прислуги в разного рода заведениях, рабочих на фабриках и заводах, в пекарнях, булочных, кондитерских, столовых, кухмистерских и т. п. увеличилось непомерно»* [11]. Л. С. Зисман отмечает, что все это требует санитарного надзора и осмотров *«хотя бы ради предупреждения распространения заразных болезней, а венерических и сифилиса в особенности»* [11]. По факту на начало 1909 г. в Иркутске был только один санитарный врач. Л. С. Зисман приводит сумму городских средств, внесенную в смету на санитарно-хозяйственные нужды и мероприятия, 72 тыс. руб., из которых 48 196 руб. составляют расходы на содержание ассенизационного обоза, а на врачебно-санитарный персонал только 4820 руб. По убеждению Л. С. Зисмана, проект медико-санитарной организации требует расходов именно на персонал в размере 16 тыс. руб. Предлагаемые по новому Проекту организации врачебно-санитарного дела в Иркутске штаты и их содержание представлены в таблице. Согласно представленным расчетным данным, как указывает Л. С. Зисман, итоговая сумма может сократиться за счет вычета из итоговой суммы, настоящих затрат, составляющих 3060 руб.: жалование санитарному врачу — 1800 руб., секретарю Санитарного совета — 300 руб., двум санитарным надзирателям — 960 руб., ранее внесенные в расходы на 3-летний период. По расчетам Л. С. Зисмана, если из расчетной суммы 19 400 руб. вычесть 3060 руб., ранее внесенных в расходы на трехлетие, получается сумма 16 340 руб. В случае, если должность заведующего городскими лечебными заведениями станет совмещать за доплату в 1200 руб. кто-либо из городских врачей, сумма, необходимая для осуществления медико-санитарной организации города, составит 15 140 руб. бюджетных средств. К

Штаты и оклады жалования врачебно-санитарной службы г. Иркутска (составлено на основании сметы) [10]

Должность	Жалование, руб./ год
Заведующий медико-санитарным бюро (по постановлению Санитарного совета)	3 000
Заведующий городскими лечебными заведениями (если это отдельное лицо),	2 400
если добавочные кому-либо из городских врачей, то Секретарю Санитарного совета	1 200
Заведующему станцией химико-бактериологической лаборатории жалование и 50% с заработка станции за частные анализы	300
Участковым санитарным врачам жалование, согласно постановлению Санитарного совета, и применительно к содержанию думских участковых врачей для бедных	2 400
Двум письмоводителям	По 2 400 (7 200 на всех)
Трем санитарным надзирателям-дезинфекторам	По 900 каждому (всего 1 800)
Ежегодный расход на материал, пополнение инвентаря санитарных станций	По 600 каждому (всего 1 800)
Полное оборудование станции (по мнению заведующего бактериологическим институтом Зиминых в г. Томске приват-доцента Буягина)	500
Итого (на 1200 руб. в год меньше, если заведение городскими лечебными заведениями будет возложено на одного из состоящих на городской службе врачей, т. е. 18 200 руб.)	3 000 единовременно
	19 400 руб. и 3 000 единовременно

сумме добавляется 3000 руб. единовременных ассигнований на полное оборудование санитарной станции.

Л. С. Зисман в смете расходов предусматривает необходимость открытия химико-бактериологической лаборатории, количество штатов и обосновывает жалование персоналу, ежегодный расход на материалы, пополнение инвентаря санитарных станций. Оборудование станции Л. С. Зисман предлагает по подобию аналогичной станции в г. Томске. Отдельно предлагаются ставки заведующего медико-санитарным бюро и заведующего городскими лечебными заведениями.

Из данного исторического факта следует, что Зисман стремился рационально расходовать бюджетные ассигнования.

Заключение

Организационные механизмы совершенствования врачебно-санитарной службы г. Иркутска, разработанные и обоснованные Л. С. Зисманом в его проектах, носили новаторский характер. Предложенное Л. С. Зисманом районирование территории города на участки позволило приблизить доступность медицинской помощи к бедным слоям населения и усилить меры санитарного надзора, особенно в части борьбы с заразными болезнями. Систематическая основа взаимодействия органов городского самоуправления (Думы) и санитарных органов позволяла получать оперативную информацию о санитарном состоянии города, разрабатывать и применять предупредительные меры. Прогрессивные взгляды Л. С. Зисмана нашли отражение в обосновании финансовых ассигнований открытия станции (химико-бактериологической лаборатор-

рии) и дальнейшего развития санитарного дела в г. Иркутске.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Свод законов Российской империи. Т. XIII. 1857 г. Учреждения и Уставы Врачебные по гражданской части. СПб.: Типография Второго отделения собственной Его Императорского Величества канцелярии; 1857. 995 с.
2. Полное собрание законов Российской империи. Собрание Второе. 1825—1881 гг. В 55 т. СПб.: Типография Второго отделения собственной Его Императорского Величества канцелярии; 1870. Т. XLV. Ч. 1. № 48498. 821 с.
3. Розанов Л. С. Санитарные организации в городах России в XIX и начале XX веков. *Гигиена и санитария*. 1978;(3):62—6.
4. Известия Иркутской Городской Думы. Иркутск: Типография М. П. Окунева; 1905. Т. I. № 5—6.
5. Малоземова А. И. Из истории здравоохранения Иркутской области. Иркутск: Кн. изд-во; 1961. 181 с.
6. Известия Иркутской Городской Думы. Иркутск: Типография М. П. Окунева; 1909. Т. II. № 9—12.
7. Известия Иркутской Городской Думы. Иркутск: Типография Н. Н. Сеницына; 1887. Т. I. № 1.
8. Петров А. В., Плотникова М. М. Городские головы, гласные и депутаты Иркутской думы 1872—2011: биогр. справочник. Отв. ред. Л. М. Дамешек. Иркутск: Оттиск; 2011. 396 с.
9. Известия Иркутской Городской Думы. Иркутск: Типография Н. Н. Сеницына; 1887. Т. II. № 13.
10. Известия Иркутской Городской Думы. Иркутск: Типография М. П. Окунева; 1909. Т. I. № 5—6.
11. Пояснительная записка к «Проекту Организации медико-санитарного дела» в Иркутске. Иркутск: [Б.г.]. 41 с.

12. Известия Иркутской Городской Думы. Иркутск: Типография М. П. Окунева; 1909. Т. II. № 11—12.

Поступила 12.06.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Code of Laws of the Russian Empire. T.XIII. 1857 g. Institutions and Statutes of Medical Civil Affairs. St. Petersburg: Printing house of the Second Department of His Imperial Majesty's own Chancellery; 1857. 995 p. (in Russian).
2. Complete collection of laws of the Russian Empire. Collection Second. 1825–1881. In 55 vol. St. Petersburg: Printing house of the Second Department of His Imperial Majesty's own Chancellery; 1870. Vol. XLV. P. 1. № 48498. 821 p. (in Russian).
3. Rozanov L. S. Sanitary organizations in Russian cities in the 19th and early 20th centuries. *Gigiena i sanitariya*. 1978;(3):62–6 (in Russian).
4. News of the Irkutsk City Duma. Irkutsk: Printing house of M. P. Okunev; 1909. Vol. I. № 5–6 (in Russian).
5. Malozemova A. I. From the history of healthcare in the Irkutsk region. Irkutsk: Books Publishing House; 1961. 181 p. (in Russian).
6. News of the Irkutsk City Duma. Irkutsk: Printing house of M. P. Okunev; 1909. Vol. II. № 9–12 (in Russian).
7. News of the Irkutsk City Duma. Irkutsk: Printing house of N. N. Siniyyn; 1887. Vol. I. № 1 (in Russian).
8. Petrov A. V., Plotnikova M. M. Mayors, deputies and members of the Irkutsk Duma 1872–2011: biographical reference book. Ed. L. M. Dameshek. Irkutsk: Ottisk; 2011. 396 p. (in Russian).
9. News of the Irkutsk City Duma. Irkutsk: Printing house of N. N. Siniyyn; 1887. Vol. II. № 13 (in Russian).
10. News of the Irkutsk City Duma. Irkutsk: Printing house of M. P. Okunev; 1909. Vol. I. № 5–6 (in Russian).
11. Explanatory note to the “Project for the Organization of Medical and Sanitary Affairs” in Irkutsk. Irkutsk: [S. l.]. 41 p. (in Russian).
12. News of the Irkutsk City Duma. Irkutsk: Printing house of M. P. Okunev; 1909. Vol. II. № 11 (in Russian).

Пашков К. А.^{1,2}, Абрамкина Д. И.¹

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НАРКОМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР Г. А. МИТЕРЕВА ПО НАЛАЖИВАНИЮ ЭФФЕКТИВНОГО РУКОВОДСТВА ЭВАКУАЦИОННЫМИ ГОСПИТАЛЯМИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

¹ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, 127006, г. Москва;

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

Система эффективного управления развертываемыми эвакуационными госпиталями была отлажена Наркомздравом во главе с Г. А. Митеревым к 1942 г. Разграничение функций Наркомздрова и Главного военно-санитарного управления Красной Армии, создание Управления эвакогоспиталей, Центрального методического бюро, занимавшегося организацией лечебного дела в эвакуационных госпиталях, Госпитального совета, способствовавшего внедрению новых методов лечения раненых и больных в широкую клиническую практику, налаживание маршрутизации раненых и больных и оказание им ранней специализированной помощи, — все это позволило госпиталям Наркомздрова вернуть в строй 57,6% раненых и больных.

Ключевые слова: нарком здравоохранения СССР Г. А. Митерев; Великая Отечественная война; эвакуационные госпитали.

Для цитирования: Пашков К. А., Абрамкина Д. И. Деятельность наркома здравоохранения СССР Г. А. Митерева по налаживанию эффективного руководства эвакуационными госпиталями в годы Великой Отечественной войны. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):125—128. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-125-128>

Для корреспонденции: Абрамкина Дарья Игоревна — ассистент кафедры пропедевтики хирургической стоматологии, стоматолог хирург, ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, e-mail: dasha81.07@mail.ru

Pashkov K. A.^{1,2}, Abramkina D. I.¹

THE ACTIVITY OF G. A. MITEREV, THE USSR PEOPLE'S COMMISSAR OF HEALTH CARE, RELATED TO ARRANGEMENT OF EFFICIENT GUIDANCE OF EVACUATION HOSPITALS DURING THE GREAT PATRIOTIC WAR

¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Russian University of Medicine” of Minzdrav of Russia, Moscow, Russia;

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

The system of effective management of deployed evacuation hospitals was adjusted by the People's Commissariat of Health Care headed by G. A. Miterev by 1942. The differentiation of functions of the People's Commissariat of Health Care and the Main Military Sanitary Directorate of the Red Army, the organization of the Directorate of Evacuation Hospitals, the Central Methodological Bureau engaged into organization of medical treatment in evacuation hospitals, the Hospital Council promoting implementation of new methods of treatment of wounded and ill persons into clinical practice, establishment of routing of the wounded and sick ones and provision of early specialized care permitted to hospitals of the People's Commissariat of Health Care to return to the ranks 57.6% of the wounded and sick.

Keywords: the USSR People's Commissar of Health Care; G. A. Miterev; Great Patriotic War; evacuation hospitals.

For citation: Pashkov K. A., Abramkina D. I. The activity of G. A. Miterev, the USSR People's Commissar of Health Care, related to arrangement of efficient guidance of evacuation hospitals during the Great Patriotic War. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):125–128 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-125-128>

For correspondence: Abramkina Daria Igorevna — assistant professor of propaedeutics of surgical dentistry, dentist surgeon, FSBEI HE “ROSUNIMED” OF MOH OF RUSSIA, e-mail: dasha81.07@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 28.06.2024

Accepted 31.10.2024

Георгий Андреевич Митерев указал в своей автобиографии: «Работа на посту министра здравоохранения СССР совпала с финской кампанией и Великой Отечественной войной. В это период мне, как руководителю министерства под руководством партии и правительства пришлось положить много труда... на обеспечение высококачественного лечения и возвращения в строй раненых и больных воинов Советской армии»¹.

В первые месяцы войны сложилась сложная система соподчинения эвакогоспиталей: органы здравоохранения развертывали и обеспечивали их согласно существовавшим нормативам, а затем передавали в систему Главного военно-санитарного управления Красной Армии (ГВСУ РККА). Иногда Наркомздраву приходилось курировать работу уже действующих госпиталей: в условиях быстрого наступления немецко-фашистских войск зачастую было невозможно провести линию разграничения между фронтом и тылом; раненные в боях под Смоленском, Москвой, Ленинградом из медсанбатов сразу же поступали в городские ста-

¹Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ). Ф. Р-9609. Оп. 1. Д. 1. Л. 1.

ционары, превращенные в эвакуационные госпитали.

Чтобы упорядочить сложившуюся ситуацию, нарком здравоохранения СССР Г. А. Митерев и начальник ГВСУ РККА Е. И. Смирнов сначала договорились о разделении зон ответственности при личной встрече, а затем, 22 сентября 1941 г., эта договоренность была узаконена постановлением Государственного комитета обороны. Тыловые госпитали, в том числе сформированные после начала боевых действий, были подчинены Наркомздраву СССР, в задачи которого входила организация медицинской помощи раненым и больным солдатам и офицерам Красной Армии, содержание личного состава и снабжение этих госпиталей всем необходимым хозяйственным и медицинским имуществом. Должности начальника и комиссара тыловых госпиталей должны были, однако, занимать офицеры Красной Армии. В ведении ГВСУ РККА находились армейские и фронтовые госпитали, а также созданные после начала войны эвакуационные пункты [1].

Для лечения раненых и больных солдат и офицеров Красной Армии Наркомздравом было развернуто 2990 эвакуационных госпиталей на 1 340 400 коек [2], причем 76% из них — в 1941 г., остальные 24% — в 1942—1944 гг. ² [3]. Народному комиссару здравоохранения Г. А. Митереву пришлось налаживать систему эффективного руководства огромной сетью развернутых эвакуационных госпиталей. Приказом Наркомздрава СССР от 30 июля 1941 г. № 13 «О руководстве эвакуационными госпиталями» при Управлении городских больниц был организован специальный Отдел эвакуационных госпиталей [4]. Спустя 3 мес Приказом Наркомздрава СССР от 8 октября 1941 г. № 26 «Об образовании Управления эвакуационных госпиталей в составе наркомздравов союзных республик и в составе обл(край)здравотделов» было сформировано Управление эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР, которое возглавил заместитель наркома здравоохранения СССР по работе с кадрами Сергей Иванович Миловидов. По воспоминаниям Митерева (1975), «...среднего роста, худощавый, с крутым высоким лбом, он привлекал к себе внимание спокойствием, скромностью, подтянутостью, а главное — разумной деловитостью».

Вновь созданное управление было призвано не просто руководить деятельностью эвакуационных госпиталей республики, но, как говорилось в приказе, еще и заниматься повышением квалификации и специализацией медицинского персонала, а также «обеспечить высокую культуру лечебной работы» [4]. Лечебный отдел нового управления руководил лечебно-диагностической работой и обеспечивал единство системы лечения раненых в госпиталях, штат инспекторов осуществлял контроль за работой госпиталей и обеспечивал связь с местными лечебными организациями и научно-исследовательскими институтами. Управление осуществляло учет сети

эвакогоспиталей и разрабатывало указания по их лечебной и финансовой деятельности.

Для быстрого внедрения в клиническую практику новейших методов лечения Приказом Наркомздрава СССР № 22 от 18 сентября 1941 г. «О создании единого методического центра для разработки вопросов организации лечебного дела в эвакогоспиталях» при Наркомздраве СССР было организовано Центральное методическое бюро, членами которого стали видные врачи разных специальностей: хирург Н. Н. Бурденко, травматолог Н. Н. Приоров, терапевт М. С. Вовси и др. Центральное методическое бюро занималось разработкой методических материалов (указаний, инструкций, положений) по организационным, лечебным и диагностическим вопросам работы в эвакогоспиталях, а редакции всех журналов Наркомздрава СССР должны были в обязательном порядке публиковать эти материалы [4].

Как отмечал нарком здравоохранения Г. А. Митерев в 1941 г., «...правильное наложение повязок, первичная хирургическая обработка раны, применение предохранительной сыворотки и противобактериальных средств, квалифицированная транспортировка раненых — все средства военно-полевой хирургии направлены к единой цели: сохранить жизнь, здоровье, силы бойца. Главным хирургом Красной Армии академик Бурденко, недавно побывавший на фронте, нашел в осмотренных им лечебных учреждениях на 10 тыс. раненых только два случая столбняка и лишь несколько заболеваний так называемой газовой гангреной. Ни в одной из войн, которые велись до сих пор, не было таких достижений медицинской науки» [5]. В 1946 г. Г. А. Митерев приводил еще один пример: широкое внедрение в практику лечения ранений мягких тканей бедра и голени вторичного шва позволило увеличить процент возвращения в строй воинов с такими ранениями, снизить летальность, а процент ампутаций конечностей за годы войны не превышал 2—2,3% ³.

С целью обобщения опыта деятельности эвакуационных госпиталей и скорейшего внедрения новых эффективных методов лечения в клиническую практику Приказом Наркомздрава СССР № 75 от 5 марта 1942 г. «Об учреждении Госпитального совета» был учрежден Госпитальный совет. Председателем его стал начальник Главного управления эвакуационными госпиталями Наркомздрава СССР С. И. Миловидов, заместителем председателя — А. И. Жичин, в состав совета вошли академики А. И. Абрикосов, М. И. Авербах, Н. Н. Бурденко, профессора Н. Н. Приоров, И. Г. Руфанов [4]. На протяжении всей войны раз в год Госпитальный совет проводил пленумы (всего их было четыре), в которых принимали участие до 500 представителей научной и практической медицины. Первый пленум состоялся в мае 1942 г. и был посвящен главным образом организационным вопросам. Как отмечал Г. А. Митерев (1975), именно после этого пленума окончательно

² Там же. Д. 57. Л. 194—226.

³ Там же. Л. 27—46.

История медицины

сложилась система эвакуогоспиталей. Вторым пленум в декабре 1942 г. был посвящен практическим лечебным вопросам, третий, в октябре 1943 г., — вопросам сепсиса, травматического истощения и др. На последнем пленуме в конце войны были подведены итоги работы эвакуогоспиталей и поставлены задачи по долечиванию раненых в мирное время [3]. Резолюции пленумов становились основой инструкций по лечению ранений и заболеваний. В докладе об итогах работы органов здравоохранения за годы Великой Отечественной войны (1946) Г. А. Митерев приводил список наиболее важных докладов на пленумах Госпитальных советов: академика Н. Н. Бурденко «Опыт изучения материалов об ампутациях в тыловых госпиталях», профессора Н. Н. Приорова «Лечение огнестрельных ранений конечностей», профессора И. Г. Руфанова «Итоги и задачи хирургической работы в эвакуогоспиталях Наркомздрава СССР», профессора С. С. Юдина «Профилактика раневых остеомиелитов. Иссечение ран и глухая гипсовая повязка», профессора С. С. Гирголова «Клиника отморожений военного времени», профессора Р. М. Фронштейна «Диагностика и лечение ранений мочеполовых органов», профессора А. Э. Рауэра «Лечение повреждений мягких тканей», профессора И. Г. Лукомского «Лечение осложненных челюстных ранений»⁴.

Работа Наркомздрава СССР в 1942 г. была направлена, с одной стороны, на улучшение качества сортировки и маршрутизации раненых, с другой — на повышение качества специализированной помощи. Для правильного распределения раненых и больных солдат и офицеров Красной Армии по эвакуационным госпиталям с учетом характера, локализации и тяжести ранения или заболевания Приказом Наркомздрава СССР № 78 от 6 марта 1942 г. «О сортировочных госпиталях НКЗ СССР» наркомздравам союзных республик было предписано организовать в течение месяца сортировочные эвакуогоспитали во всех крупных городских и районных центрах, используя для этого общехирургические госпитали, наилучшим образом оснащенные и укомплектованные кадрами, расположенные неподалеку от железнодорожных или водных путей сообщения [4]. Общехирургические госпитали продолжали оказывать помощь при ранениях опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и мягких тканей, лечение других ранений и заболеваний там проводили при отсутствии в населенном пункте специализированных отделений (челюстно-лицевых, оториноларингологических, офтальмологических отделений) [4].

В то же время по Приказу Наркомздрава СССР № 78 от 6 марта 1942 г. «О сортировочных госпиталях НКЗ СССР» каждая область и край должны были быть обеспечены специализированным челюстно-лицевым отделением и, согласно Приказу Наркомздрава СССР № 91 от 7 апреля 1942 г. «Об организации высококвалифицированной помощи по

оториноларингологии раненым и больным бойцам», ни один раненый, нуждающийся в оториноларингологической помощи, не должен был остаться вне специализированного отделения; согласно Приказу Наркомздрава СССР № 84 от 13 марта 1942 г. «Об организации нейрохирургической помощи раненым бойцам и Командирам Красной Армии», ни один раненый, нуждающийся в нейрохирургической помощи, не должен был остаться вне специализированного госпиталя [4]. Созданы были также специализированные госпитали для лечения пациентов с ранениями легких, мочеполовой системы, больных соматическими заболеваниями.

Наркомздравом перед медицинскими учреждениями была поставлена задача оказывать специализированную помощь как можно скорее. Г. А. Митерев (1945) писал: «...если раненные в череп эвакуировались из МСБ [медико-санитарных батальонов] в ГБА [госпитальные базы армии] и ГБФ [госпитальные базы фронта] возможно раньше с тем, чтобы после оперативного вмешательства задержаться на срок не меньше 15—20 дней, то в тыловых учреждениях раненые обрабатывались (это часто наблюдалось в первые периоды войны) тотчас по прибытии, независимо от срока, прошедшего после ранения: как на фронте, так и в тылу обрабатывались раны, удалялись осколки кости и инородные тела. При наличии уже абсцессов последние тотчас оперировались, нередко по способу, разработанному А. Н. Бакулеевым». Отработанная с участием Н. Н. Бурденко тактика ведения таких раненых позволила к концу войны снизить смертность раненых в череп в 4 раза. Подобным образом ранняя хирургическая активность при ранениях спинного мозга привела в конце войны к снижению летальности таких пациентов в 3 раза [6].

Об эффективности созданной в годы Великой Отечественной войны системы оказания помощи раненым воинам свидетельствует статистика. Митерев говорил о возвращении в строй из армейских, фронтовых баз и тыловых госпиталей 73% процентов раненых воинов⁵. Согласно результатам исследования, проведенного в наше время сотрудниками Института военной истории Министерства обороны России Г. Ф. Кривошеевым и соавт. (1993), органам советского здравоохранения удалось вернуть в строй 76,9% раненых и больных солдат и офицеров Красной Армии, летальность составила 6,1% [7].

Среди военнослужащих, поступивших в тыловые госпитали Наркомздрава, доля пораженных в боях составила в среднем 84% (раненых — 79,9%, контуженных — 1,3%, обмороженных — 2,5%, обожженных — 0,3%), доля больных — 16% [8]. В среднем за годы войны из эвакуационных госпиталей Наркомздрава в строй вернулись 57,6% раненых и больных, летальность не превышала 1,5%⁶. Очевидно, что процент вернувшихся в строй военнослужащих был заметно выше в армейских и фронтовых госпита-

⁴ Там же. Л. 194—226.

⁵ Там же. Л. 194—226.

⁶ Там же.

лях, где оказывали помощь при легких ранениях, тогда как в тыловых госпиталях занимались тяжелыми ранениями и сложными травмами, нередко требовавшими длительного лечения в специализированных госпиталях.

Таким образом, отлаженная под руководством Г. А. Митерева система управления деятельностью эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР оказалась весьма эффективной и позволила советскому здравоохранению достичь замечательных результатов в деле оказания помощи раненым и больным солдатам и офицерам Красной Армии. О стиле руководства наркома здравоохранения СССР Г. А. Митерева можно в определенной степени судить по воспоминаниям Марии Дмитриевны Ковригиной (с 1942 г. — заместитель наркома здравоохранения СССР по вопросам охраны здоровья детей и женщин, в 1954—1959 гг. — министр здравоохранения СССР): «С глубоким уважением я относилась к Народному комиссару здравоохранения Советской страны Митереву Георгию Андреевичу. И сегодня с самыми добрыми чувствами вспоминаю совместную с ним работу. Г. А. Митерев, выходец из бедной крестьянской семьи, был прост в обращении с людьми и доброжелателен. При случае умел хорошо, от души посмеяться. В работе был строг, требователен, но справедлив. Я не помню случая, когда Георгий Андреевич „сорвался“ и унизил человека. Своим заместителям он давал полную свободу, что называется „рук не связывал“, но по принципиальным вопросам спрашивать не забывал. И еще хотелось сказать, что он был хозяином своего слова. Это качество для руководителя важнейшее. У Наркома Митерева слова с делами не расходились»⁷.

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

⁷ ГА РФ. Ф. 10095. Оп. 1. Д. 53. Л. 1—4.

ЛИТЕРАТУРА

1. В штабах Победы. 1941—1945: Док. в 5 кн. Кн. 1. 1941. «Вставай, страна огромная». Отв. ред. А. К. Сорокин. М.: Научно-политическая книга; 2020. С. 398—400.
2. Селиванов В. И., Селиванов Е. Ф. Роль эвакуационных госпиталей Народного комиссариата здравоохранения в лечении раненых и больных советских воинов. *Советское здравоохранение*. 1975;(5):21—6.
3. Митерев Г. А. В дни мира и войны. М.: Медицина; 1975. 256 с.
4. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941—1945 гг.: Сб. док. и материалов. М.: Медицина; 1977.
5. Митерев Г. А. Здравоохранение в условиях Отечественной войны. *Правда*. 7 сентября 1941 г.
6. Митерев Г. А. Советская хирургия в годы Великой Отечественной войны. *Хирургия*. 1945;(11):3—8.
7. Кривошеев Г. Ф., Андроников В. М., Буриков П. Д. Гриф секретности снят: потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах: статистическое исследование. Под общ. ред. канд. воен. наук генерал-полк. Г. Ф. Кривошеева. М.: Воениздат; 1993. 416 с.
8. Кнопов М. М., Сахно И. И. Здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. *Медицина катастроф*. 2020;(1):5—14.

Поступила 28.06.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. In the headquarters of the Victory. 1941—1945: Doc. in 5 books. Book 1. 1941. "Arise the country huge". Rev. ed. A. K. Sorokin. Moscow: Nauchno-politicheskaya kniga; 2020. P. 398—400 (in Russian).
2. Selivanov V. I., Selivanov E. F. The role of evacuation hospitals of the People's Commissariat of Health in the treatment of wounded and sick Soviet soldiers. *Soviet Health Care*. 1975;(5):21—6 (in Russian).
3. Miterev G. A. In the days of peace and war. Moscow: Medicine; 1975. 256 p. (in Russian).
4. Health care during the Great Patriotic War. 1941—1945: Sb. doc. and materials. Moscow: Medicine; 1977 (in Russian).
5. Miterev G. A. Zdravookhranenie in the conditions of the Patriotic War. *Pravda*. September 7, 1941 (in Russian).
6. Miterev G. A. Soviet surgery during the Great Patriotic War. *Surgery*. 1945;(11):3—8 (in Russian).
7. Krivosheev G. F., Andronikov V. M., Burikov P. D. Griffin of secrecy removed: losses of the Armed Forces of the USSR in wars, hostilities and military conflicts: a statistical study. Under the general editorship of candidate of military sciences, Colonel-General G. F. Krivosheev. Moscow: Voenizdat; 1993. 416 p. (in Russian).
8. Knopov M. M., Sakhno I. I. Health care and military medicine in the Great Patriotic War of 1941—1945. *Disaster Medicine*. 2020;(1):5—14 (in Russian).

Уланова А. В.

РЕДКИЕ АРХИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ НИКОЛАЯ АЛЕКСАНДРОВИЧА СЕМАШКО (К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

Институт гуманитарных наук ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова»
Минздрава России, 117997, г. Москва

В Центральном государственном архиве города Москвы в фонде Императорского Московского университета хранится личное дело студента медицинского факультета Николая Александровича Семашко. Среди архивных документов было обнаружено прошение на имя ректора о принятии в студенты, подлинник аттестата зрелости Елецкой гимназии, копия метрического свидетельства, свидетельство о бедности, послужной список отца Александра Севериновича Семашко, свидетельство об исключении из университета без права поступления в высшие учебные заведения. Благодаря этим редким источникам были дополнены и уточнены важные даты и события в жизни Н. А. Семашко. Особо ценные исторические документы публикуются полностью.

Ключевые слова: Николай Александрович Семашко; Императорский Московский университет; архив; личное дело; редкие документы.

Для цитирования: Уланова А. В. Редкие архивные документы Николая Александровича Семашко (к 150-летию со дня рождения). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):129–133. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-129-133>

Для корреспонденции: Уланова Анжела Владимировна, зав. учебным кабинетом кафедры истории медицины и социально-гуманитарных наук Института гуманитарных наук ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, e-mail: anz-ulanova@yandex.ru

Ulanova A. V.

THE RARE ARCHIVE DOCUMENTS OF NIKOLAY ALEKSANDROVICH SEMASHKO (TO ONE HUNDRED AND FIFTIETH ANNIVERSARY)

The Institute of Humanitarian Sciences of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education
N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia

The fund of the Imperial Moscow University of the Moscow Central State Archive holds the personal file of Nikolai Alexandrovich Semashko, the student of the Faculty of Medicine. Among the archival documents, were discovered petition addressed to the rector for admission to students, the original of the Yelets Gymnasium matriculation certificate, copy of metric certificate, certificate of poverty, the track record of Alexander Severinovich Semashko, the father of N. A. Semashko, certificate of exclusion from the university without right to enter higher education institutions. Owing to these rare sources, important dates and events in the life of N. A. Semashko were supplemented and specified. The especially valuable historical documents are published in full.

Keywords: Nikolay Alexandrovich Semashko; Imperial Moscow University; archive; personal file; rare documents.

For citation: Ulanova A. V. The rare archive documents of Nikolay Aleksandrovich Semashko (to One Hundred and Fiftieth Anniversary). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):129–133 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-129-133>

For correspondence: Ulanova A. V., the Head of the Study Room of the Chair of History of Medicine and Social Humanitarian Sciences of the Institute of Humanitarian Sciences of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education N. I. Pirogov Russian National Research Medical University of Minzdrav of Russia. e-mail: anz-ulanova@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 16.07.2024
Accepted 31.10.2024

Имя выдающегося организатора здравоохранения СССР, врача, академика Академии медицинских наук СССР Николая Александровича Семашко (1874—1949) не нуждается в представлении. О корифее отечественной медицины опубликовано множество работ, изучены его труды; уникальная «система Семашко», определившая вектор поступательного развития здравоохранения нашей страны, актуальна и сегодня. Его биография хорошо известна историкам медицины и, кажется, в нее невозможно добавить ничего нового. Несколько редких документов, обнаруженных в Центральном государственном архиве города Москвы (ЦГА Москвы), позволили уточнить и дополнить отдельные вехи жизненного пути Н. А. Семашко.

В фонде Императорского Московского университета хранятся личные дела студентов разных факультетов, в том числе медицинского. В архивных делах откладывался стандартный пакет документов: прошение на имя ректора о принятии в число студентов определенного факультета, подлинник аттестата зрелости гимназии, выписка из метрической книги о месте рождения, свидетельство о приписке к призывному участку, фотография студента, копия диплома и др. В студенческом деле Николая Семашко было обнаружено несколько документов, достойных внимания исследователей. Прежде всего это аттестат зрелости Елецкой классической гимназии. Н. А. Семашко окончил гимназию в 1893 г. и тогда же поступил в Московский университет (рис. 1—3).

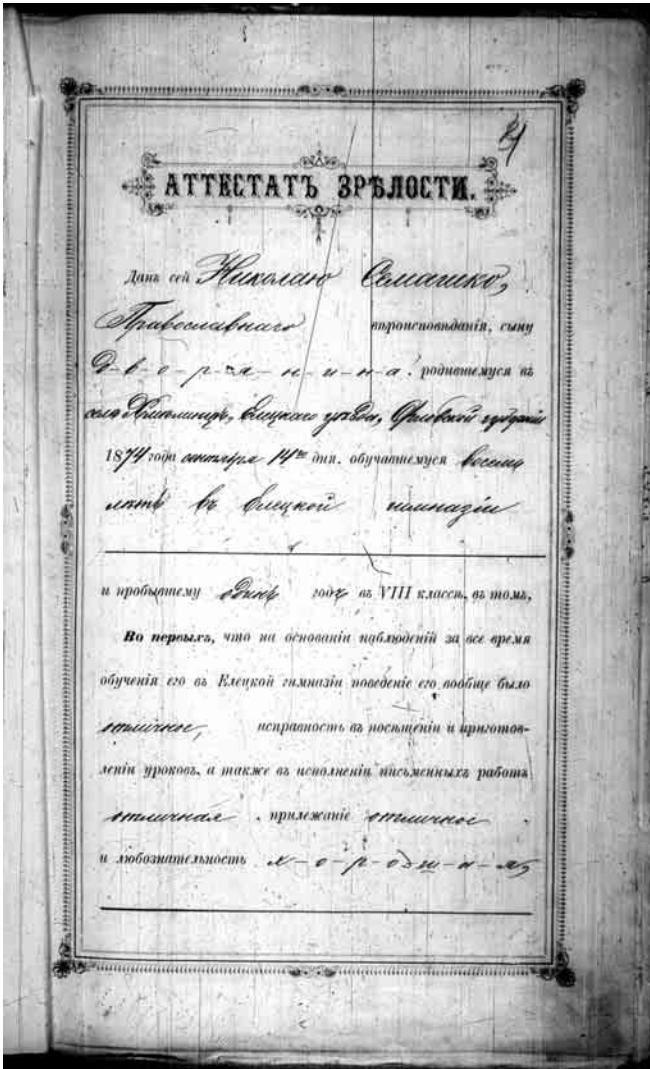


Рис. 1. Аттестат зрелости Елецкой гимназии (подлинник).



Рис. 2. Аттестат зрелости Елецкой гимназии (подлинник).

В справочной и научной литературе, а также в многочисленных интернет-публикациях ошибочно указывается другая дата — 1891 г. Для устранения этой досадной ошибки в биографии столь крупной фигуры в истории медицины мы публикуем этот архивный документ. Удалось установить¹, почему именно неверная дата стала тиражироваться из издания в издании. Год 1891-й указал сам Н. А. Семашко в автобиографической книге «Прожитое и пережитое» [1]. Неизвестно, чем руководствовался автор, указывая более раннюю дату поступления в университет, но, доверяя ему, биографы и историки стали повторять эту ошибку. Публикация первоисточника послужит установлению истины.

Не меньший интерес представляет копия метрического свидетельства Николая Семашко:

«В метрической книге Архангельской церкви села Хмелинца Елецкого уезда за 1874 год в первой части о родившихся по № 78 мужского пола записано: сентября 14-го рожден, а 16-го крещен Николай; родители его Губернский Секретарь Александр Севе-

ринов Семашко и жена его Мария Валентиновна, оба православные; восприемниками были: той же деревни помещик Константин Северинов Семашко и помещицы дочь девица София Севериновна Семашко» (рис. 4).

День рождения Н. А. Семашко 14 сентября² по старому стилю, а не 8 сентября, как зафиксировано во многих публикациях. Указанное в документе как место рождения село Хмелинец Елецкого уезда Орловской губернии (сегодня — Задонского района Липецкой области) также не совпадает с постоянно встречающейся в литературе деревней Ливенской. В этой деревне Николай Семашко подолгу жил у своей крестной матери: «Половину детских лет я провел у моей тетки Софьи Севериновны. Это была умная и довольно энергичная старая дева. Она владела небольшим имением, заложенным и перезаложенным в банке. До гимназии я жил у тетки и лето, и зиму, а поступив в гимназию, конечно только лето. Пребывание у тетки в деревне до сих пор вызывает у меня самые счастливые воспоминания» [1].

¹ ЦГА Москвы. Ф. 418. Оп. 307. Д. 738. Л. 1—22 об.

² Там же. Л. 10.



Рис. 3. Аттестат зрелости Елецкой гимназии (подлинник).

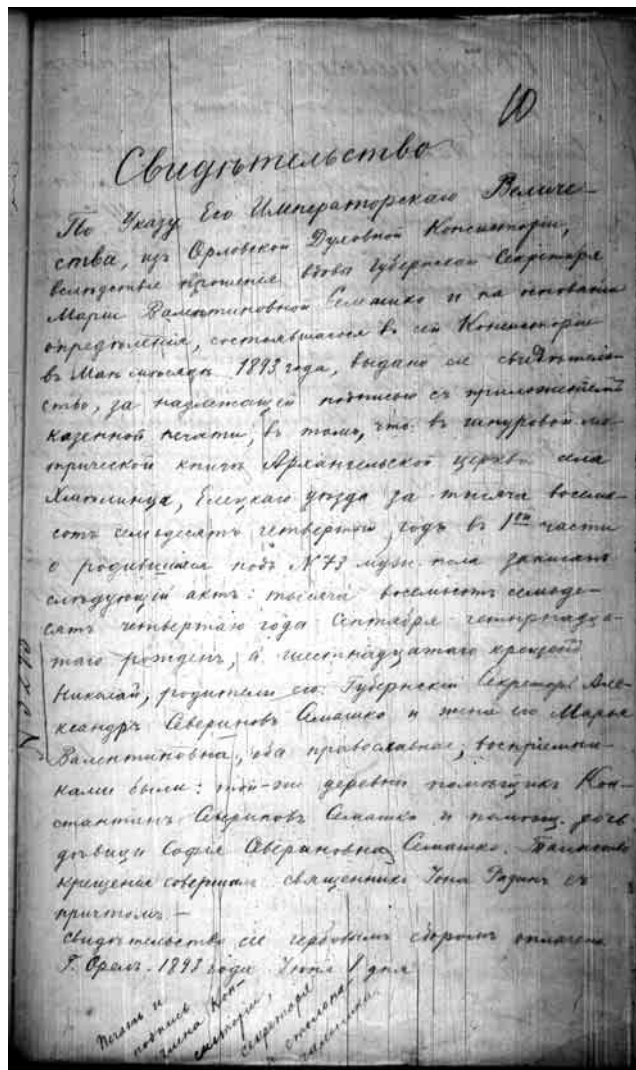


Рис. 4. Метрическое свидетельство Н. А. Семашко (копия).

«Единственным кормильцем в нашей многодетной семье был отец, который занимался педагогической деятельностью — давал уроки. Мы жили очень бедно. Если бы не помощь тетки, мы голодали бы», — вспоминал Н. А. Семашко [1]. Это все, что Н. А. Семашко сообщает о своем отце. Немногочисленные, но ценные сведения об Александре Севериновиче Семашко содержатся в редком архивном документе — аттестате губернского секретаря (по службном списке), сохранившемся в студенческом деле Николая Семашко:

«Родился в 1843 г. Из дворян Орловской губернии. Воспитывался в Михайловском Воронежском кадетском корпусе. В службу вступил корнетом в 9-й Уланский Бугский Его Королевского Высочества Принца Августа полк 1861 года июня 16 дня. Женат вторым браком. Имения за ним и за женой его никакого не состоит. В походах не был. Высочайшим приказом 1865 года июня 16 поручик Семашко уволен от службы по домашним обстоятельствам. Согласно прошению его, определен на должность смотрителя Тамбовских богоугодных заведений с правами государственной службы 2 октября

1867 г. Указом Правительствующего Сената 14 февраля 186[неразб.] за № 618 переименован из поручика в Губернского Секретаря, а 20 января 1872 г. уволен от должности смотрителя, согласно его прошения.

1878 г. февраля 17 дня. Печать Тамбовской Губернской Земской управы и подписи председателя и членов управы»³.

В 13 лет мальчик потерял отца, который умер от сыпного тифа; Александру Севериновичу Семашко было всего 44 года. В подростковом возрасте как старший сын в семье Николай был вынужден зарабатывать, давая частные уроки, чтобы помочь матери и осуществить свою мечту — поступить в Московский университет, благо блестящие успехи в гимназии позволяли на это рассчитывать. «В лето перед поездкой в Москву я вместо отдыха занимался тем, что давал уроки для заработка. Но скопленные таким образом деньги — всего несколько десятков рублей, конечно не могли надолго обеспечить» [1].

³ Там же. Л. 8—8 об.

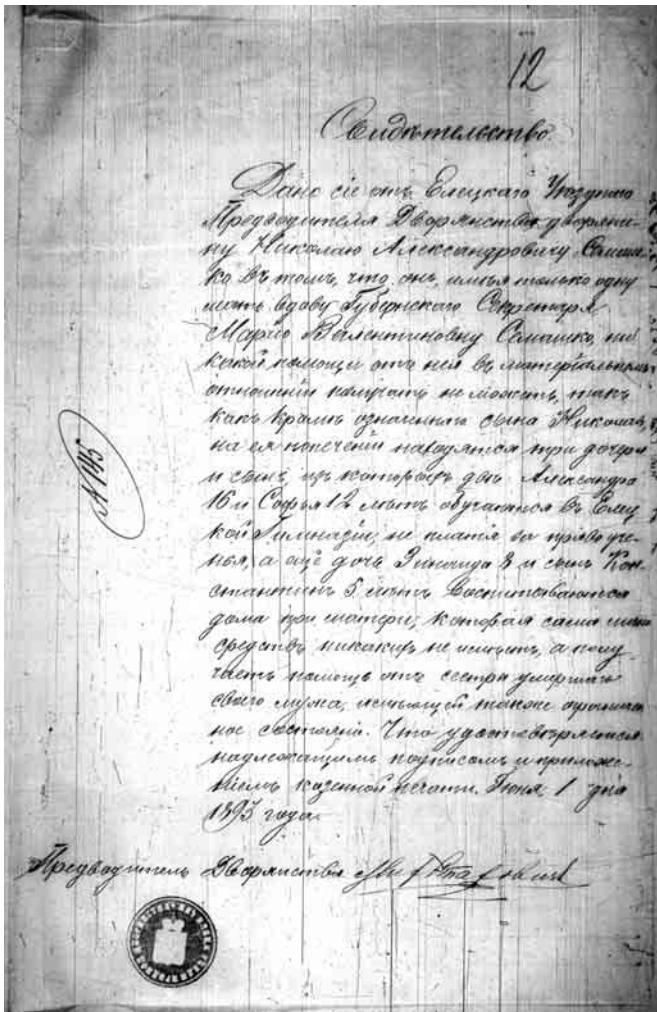


Рис. 5. Свидетельство о бедности (подлинник).

Студенты Московского университета делились на так называемых своекоштных, т. е. тех, кто самостоятельно оплачивал курс обучения, и казеннокоштных — обучающихся за государственный счет. В личном деле студента Николая Семашко сохранился пронзительный по содержанию документ — свидетельство о бедности, дающий право на бесплатное обучение:

«Дано сие от Елецкого уездного Предводителя Дворянства дворянину Николаю Александровичу Семашко в том, что он имеет одну только мать вдову Губернского Секретаря Марию Валентиновну Семашко, никакой помощи от нее в материальном отношении получать не может, так как кроме означенного сына Николая на ее попечении находятся три дочери и сын, из которых две Александра 16 и София 12 лет обучаются в Елецкой гимназии, не платя за право учения, а еще дочь Зинаида 8 и сын Константин 5 лет воспитываются дома при матери, которая сама лично средств не имеет, а получает помощь от сестры умершего своего мужа, имеющей также ограниченное состояние. Что удостоверятся надлежащими подписями и приложением казенной печати. Июня 1 дня 1893 года»⁴ (рис. 5).

В студенческие годы Н. А. Семашко увлекся марксистскими идеями, стремительно распространившимися в молодежной среде. Он занялся организацией социал-демократических кружков среди студентов. Не стоит забывать, что его дядей (родным братом матери) был известный теоретик марксизма, философ и видный деятель социалистического движения Георгий Валентинович Плеханов (1856—1918). В то время в университете уже существовали две студенческие подпольные организации: Студенческая судебная комиссия и Студенческий союзный совет землячеств. Н. А. Семашко входил в Студенческий союзный совет землячеств от Елецкого землячества. В задачи Союзного совета входило политическое воспитание студентов через предоставление им нелегальной литературы, руководство политическими выступлениями, демонстрациями, стачками, бойкотом реакционных профессоров. За эту деятельность Н. А. Семашко был арестован и отчислен из Московского университета. В своих воспоминаниях Николай Александрович указывает временем ареста декабрь 1895 г. [1]; на самом деле, по документам университета, это произошло в декабре 1896 г. Таким образом, студент Семашко отучился на медицинском факультете полных три курса и один семестр четвертого:

«...Николай Семашко поступил на медицинский факультет, слушал лекции первых семи семестров 1893-94, 1894-95, 1895-96 и осеннего семестра 1896-97 учебных годов. Сдал полный объем и получил зачет 6 семестров. Ноября 17-го 1896 г. Семашко был арестован полицией на основании параграфа 21 Постановления об усиленной охране, вследствие чего и был уволен из Университета, а впоследствии и исключен без права поступления в высшие учебные заведения. До событий ареста Семашко в стенах университета не был замечен ни в чем предосудительном и аттестовался отличным поведением»⁵.

Заключение

Небольшой корпус источников, состоящий из документов личного дела студента медицинского факультета Императорского Московского университета Николая Александровича Семашко, помог дополнить его биографию новыми сведениями и достоверными датами, а именно:

- установить точный день рождения — 14 сентября по старому стилю (26 сентября по новому) 1874 г.;
- уточнить место рождения — село Хмелинец Елецкого уезда Орловской губернии;
- установить год окончания гимназии и поступления в университет — 1893 г.;
- определить дату отчисления из Московского университета — 1896 г.;

⁴ Там же. Л. 9.

⁵ Там же. Л. 21—22 об.

История медицины

— изучить послужной список отца, Александра Севериновича Семашко (1843—1887), узнать годы его жизни и состав многодетной семьи.

Документы, подтверждающие вновь установленные даты биографии Н. А. Семашко, публикуются впервые.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Семашко Н. А. Прожитое и пережитое. М.: Государственное издательство политической литературы; 1960. 120 с.

Поступила 16.07.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Semashko N. A. Lived and experienced. Moscow: State Publishing House of Political Literature, 1960. 120 p. (in Russian).

© КАМЕЛЬСКИХ Д. В., СЕРЕБРЯНЫЙ Р. С., 2025
УДК 614.2

Камельских Д. В., Серебряный Р. С.

К ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ ИНСТИТУТА ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ: ВКЛАД А. А. БОГДАНОВА В СТАНОВЛЕНИЕ ТРАНСФУЗИОЛОГИИ В СТРАНЕ

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

В статье рассмотрен период развития трансфузиологии в СССР от момента выхода постановления Совета труда и обороны СССР об организации Института переливания крови до конца первого года его реальной клинической и исследовательской работы. На этот этап деятельности Института переливания крови (Национальный медицинский исследовательский центр гематологии) пришлось решение ряда исследовательских, клинических и организационных вопросов, в том числе набор персонала, формирование структурных подразделений и их функций. Несмотря на все трудности (безденежье, внутренняя борьба за власть в институте и противостояние завистникам извне), группа единомышленников, состоявшая всего из пяти человек, превратила находившийся в антисанитарном состоянии особняк в центр переливания крови в нашей стране и место паломничества врачей самых прогрессивных взглядов. Было проведено свыше 200 переливаний крови более чем 150 больным, создана экспериментально-биологическая база, проведена громадная работа по популяризации переливания крови в стране.

Ключевые слова: история трансфузиологии; переливание крови; обменные переливания; Александр Малиновский (Богданов); Институт переливания крови; СССР.

Для цитирования: Камельских Д. В., Серебряный Р. С. К истории создания Института переливания крови: вклад А. А. Богданова в становление трансфузиологии в стране. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):134—139. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-134-139>

Для корреспонденции: Камельских Денис Владимирович, врач-трансфузиолог, соискатель ученой степени ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России; e-mail: kamelskih@yandex.ru

Kamelskikh D. V., Serebryany R. S.

ON THE HISTORY OF ESTABLISHMENT OF THE INSTITUTE OF BLOOD TRANSFUSION: THE INPUT OF A. A. BOGDANOV INTO BECOMING OF NATIONAL TRANSFUSIOLOGY

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

The article considers the period of development of transfusiology in the USSR from the moment of publication of enactment of the Council of Labor and Defense of the USSR on the organization of the Institute of Blood Transfusion to the end of first year of the real clinical and research work of the Institute. At this stage of activities of the Institute of Blood Transfusion (at present the National Medical Research Center of Hematology), a number of research, clinical and organizational issues had to be resolved. Among them personnel recruitment, formation of structural units and their functions. Despite all difficulties (lack of money, internal struggle for power in institute and opposition to envious persons from outside), group of like-minded people, consisting of only five persons, turned out the mansion given to them, which was in terrible insanitary conditions, into National Center for blood transfusion and place of pilgrimage of physicians of the most progressive views. The Center performed more than 200 blood transfusions for more than 150 patients. The experimental biological base was organized. The colossal work was done to popularize blood transfusion.

Keywords: history of transfusiology; blood transfusion; exchange transfusions; Alexander Malinovsky (Bogdanov); Institute of Blood Transfusion; the USSR.

For citation: Kamelskikh D. V., Serebryany R. S. On the history of establishment of the Institute of Blood Transfusion: the input of A. A. Bogdanov into becoming of National transfusiology. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhranenia i istorii meditsini*. 2025;33(1):134—139 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-134-139>

For correspondence: Kamelskikh D. V., the Applicant of Academic Status of the N. A. Semashko National Research Institute of Public Health. e-mail: kamelskih@yandex.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 07.07.2024
Accepted 31.10.2024

26 февраля 1926 г. вышло постановление Совета труда и обороны СССР (протокол № 220) об организации Института переливания крови и выделения для этого 80 тыс. руб.^{1,2} на организационный период и около 60 тыс. руб. на первый год работы. В «годы разрухи и нищеты» [1] государство могло выделять средства исключительно для организации и ра-

боты важнейших учреждений. Институт переливания крови попал в разряд тех самых «важнейших учреждений» (в отличие, например, от института для лечения болезней крови, необходимость создания которого отверг Ученый медицинский совет Наркомздрава РСФСР). С самого начала Институту была отдана руководящая роль в отрасли [2] и был предоставлен особняк купца Игумнова, что также говорит о значении учреждения для государства, поскольку в то время существовали огромные проблемы со свободными зданиями [3]. Переданный

¹ Клебанер В. С. Подвиг Александра Богданова. Режим доступа: <https://refdb.ru/look/1967763.html> (дата обращения 27.08.2022).

² Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ). Ф. 259. Оп. 106. Д. 6. Л. 1.

История медицины

дом находился в антисанитарном состоянии (протекающая крыша, сломанная канализация, облупленные стены и потолки). Кроме того, в нем находились жильцы и несколько десятков пострадавших в результате наводнения весной 1926 г. Двор занимали конюшни Москвотопа³ и горы навоза. Из-за незначительности средств Наркомздрав признал целесообразным постепенное развертывание работы Института, начиная с клинических и основных лабораторных исследований в небольшом масштабе. Соответственно было запланировано открыть стационар всего на 10 коек (мужская и женская палаты по пять коек). Ремонт и оборудование помещений шли без перерыва до поздней осени [4].

9 марта 1926 г. издан приказ Н. А. Семашко о назначении директора и заместителей⁴. 30 марта им был установлен оклад по семнадцатому и шестнадцатому разряду соответственно⁵.

Структура Института подразумевала направленность на исследовательскую деятельность. К его работе привлекали лучших специалистов: профессор А. А. Богомольца, М. П. Кончаловского, С. И. Спасокукоцкого, доктора Х. Х. Владоса и др. При этом велась постоянная «борьба с партийной ячейкой Наркомздрава», которая пыталась внедрить в Институт «нужных» людей, из-за чего возникали препятствия в работе, преодолеваемые только благодаря поддержке наркома здравоохранения^{6,7}. Прежде всего в Институте были организованы лаборатория и библиотека. В основе деятельности Института для распространения научных знаний [1]. Но, как отмечал сам Александр Александрович, «Медицинский мир в целом неприязненно принял новое учреждение. Консерватизм медицинского цеха — вещь общеизвестная». Самого А. А. Богданова медицинский мир воспринял как «чужака»⁸.

Организация Института не могла обойтись без трудностей. Центральная штатная комиссия сильно урезала штат (отказали в консультанте-венерологе, из-за чего, как предполагали, произошло заражение сифилисом одного из больных⁹), для лаборатории дали трех сотрудников, только один из которых — лаборант (второго получили после вмешательства В. В. Куйбышева). В то же время для канцелярии выделили четырех сотрудников. Первые месяцы работы были омрачены конфликтом с Д. А. Зейлидзон, пытавшимся развалить организационную группу из-за отказа принять в штат его знакомого хирурга из Баку¹⁰. В результате конфликта Зейлидзона перевели¹¹ на должность директора зубобра-

чебной поликлиники [5]. Его место занял Е. Д. Рамонов, известный по ряду попыток «захвата власти» в Институте, первую из которых он предпринял в июле 1926 г.¹². По результатам проверки заражения больной сифилисом при переливании крови, заместитель директора по научной части С. А. Малолетков, контролировавший работу хирургов и лаборантов, был смещен и на его должность назначили А. А. Богомольца, был дан штатный венеролог¹³.

Организационная группа, которая готовила Институт к открытию: с 1 марта 1926 г. — А. А. Богданов (директор), доктор С. Л. Малолетков (заместитель директора по научной и учебной части), Д. Л. Зейлидзон (заместитель директора по хозяйственно-административной части); с 1 мая 1926 г. — доктор Д. А. Гудим-Левкович (временный заведующий хирургическим отделением), доктор И. И. Соболев (временный заведующий терапевтическим отделением).

В мае 1926 г. сделано первое переливание в рамках деятельности Института (вне его стен) [2]. В конце июня 1926 г. проведена первая трансфузия в операционной Института «ответственному работнику» в связи с «нервным переутомлением» [2, 4].

1 июля 1926 г. поступил первый больной (в тяжелом состоянии), для которого были наняты временные сестры и сиделки¹⁴ [4]. В конце июля штаты Института¹⁵ были утверждены Центральной штатной комиссией РСФСР [4].

1 октября 1926 г. стало началом реальной клинической и исследовательской работы Института¹⁶. В это время в нем насчитывалось три клинических отделения (лаборатория, операционная, стационар) [4]. Несмотря на научную направленность, главным объектом «рабочего процесса» был пациент, а вспомогательным — донор [4]. В июне 1927 г. было принято решение Наркомздрава о расширении института для проведения исследований о влиянии переливания крови на профессиональные заболевания [2]. К октябрю 1927 г. сделали 213 переливаний крови [6].

Больных сначала выбирали врачи Института, используя свои связи в больницах для привлечения «интересных» пациентов. По мере расширения известности учреждения пациентов стали предлагать клиники, а некоторые частные лица сами обращались за помощью. Доноров же пациенты приводили с собой. Как правило, в начале деятельности инсти-

¹² Там же. Л. 7.

¹³ Там же. Л. 5.

¹⁴ Клебанер В. С. Подвиг Александра Богданова. Режим доступа: <https://refdb.ru/look/1967763.html> (дата обращения 27.08.2022).

¹⁵ Первоначально штатом учреждения предусматривались: директор — 1, хирурги — 3, гемоаналитик, заведующий лабораторией (заместитель директора) — 1, гемоаналитик — 2, рентгенолог — 1, терапевт — 1, консультант-окулист — 1, консультант-ларинголог — 1, консультант-сифилитолог — 1, консультант по нервным болезням — 1, управляющий делами — 1, фельдшерицы для лаборатории — 2, фельдшерицы операционные — 3, санитары для лаборатории — 2, санитары операционные — 2, повара — 1, уборщица — 1, рассыльный — 1, счетовод — 1, конторщик (машинист) — 1.

¹⁶ Клебанер В. С. Подвиг Александра Богданова. Режим доступа: <https://refdb.ru/look/1967763.html> (дата обращения 27.08.2022).

³ Московский топливный комитет.

⁴ ГА РФ. Ф. А482. Оп. 42. Д. 590. Л. 3.

⁵ Там же. Л. 4.

⁶ Российский государственный архив социально-политической истории (РГАСПИ). Ф. 259. Оп. 1. Д. 47. Л. 1—2.

⁷ Клебанер В. С. Подвиг Александра Богданова. Режим доступа: <https://refdb.ru/look/1967763.html> (дата обращения 27.08.2022).

⁸ РГАСПИ. Ф. 259. Оп. 1. Д. 47. Л. 1.

⁹ Там же. Л. 4.

¹⁰ Там же. Л. 2.

¹¹ Там же. Л. 3.

туда использовали доноров-родственников или нанятых самими больными, а для неимущих Институт мог привлечь доноров за счет средств «на научные цели» [4].

Переливание крови в Институте состояло из этапов [4]:

1. Опрос и предварительное обследование донора заведующим лабораторией и клиническим лечением (С. Л. Малолетков), по результатам которого происходило обсуждение с директором на предмет научного интереса конкретного случая.
2. При положительном решении дежурный лаборант определял группу крови и проводил анализы (морфология, кальций, свертываемость).
3. Обследование врачом-терапевтом (И. И. Соболев) с обязательной фиксацией «измеримых» характеристик для объективного суждения о результатах операций. Параллельно в лаборатории исследовали мочу и при необходимости другие выделения больного. Пациента могли направить на консультацию к главному хирургу Института, невропатологу, окулисту, рентгенологу.
4. Врачи устанавливали объем трансфузии, необходимость и объем предварительного кровопускания.
5. Совместно с «лаборантом, заведующим донорами» (А. Х. Емельянов) выбирали донора. При несовместимости крови доноров-добровольцев с кровью пациента или задачами процедуры привлекались «платные доноры». Расходы на кровь для переливания одному больному составляли 80—150 руб. (1 см³ крови стоил 20 коп.). Поэтому желающих заработать всегда было несколько сотен человек из различных слоев населения. Всего за год удалось привлечь 416 человек, преимущественно учащихся ($n=82$) и квалифицированных рабочих ($n=81$). Большинство из пожелавших стать донорами составляли мужчины ($n=242$). Обследование донора включало осмотр, определение группы и общий анализ крови. Если были сомнения, донора направляли на консультации к врачам-специалистам. Дополнительным критерием для отбора было отсутствие у донора патологии, которая имеется у больного. В случаях лечения инфекционных заболеваний одним из показателей «совместимости донора» являлось наличие в анамнезе перенесенного заболевания или отсутствие заболевания при длительном контакте с больным. При невозможности подобрать донора под конкретное заболевание привлекали наиболее возрастных лиц, предполагая наличие «возрастного иммунитета»¹⁷.

Непосредственно перед трансфузией повторно проводили реакцию Вассермана и осадочные реакции, «личную» проверку крови донора и сыворотки пациента (в настоящее время это обязательная проба на индивидуальную совместимость крови донора

и реципиента перед трансфузией), а также «физиологическую проверку» (пробное переливание 12—20 см³ крови перед трансфузией, что можно считать прообразом современной биологической пробы). Иными словами, с самого начала деятельности Института особое внимание уделяли безопасности трансфузий. Однако в экстренных случаях обследование пациента и донора могли не проводить. Отметим, что у большинства «лиц, предлагавших себя в доноры» (279 из 370¹⁸ обследованных), реакция Вассермана показала отрицательный результат. После переходили непосредственно к трансфузии.

Операционная бригада состояла из руководителя (директор или заведующий лабораторией), хирурга, ассистента и операционной сестры. Несмотря на то что, как правило, переливания крови проводились в специально оборудованных операционных, уже первые выездные процедуры доказали возможность проведения переливаний практически в любых условиях.

При переливании использовали «цитратный метод», во многом аналогичный методу Робертсона. Однако у нас в стране вместо «бутылки Робертсона» с тремя трубками использовали аппарат Боброва с двумя. Цитрат применяли 3,2% (вместо 3,8% у Робертсона) по 8—9 мл на 100 мл крови [4].

Перед введением иглы место введения у пациента и у донора обезболивали раствором новокаина. При «плохих венах» перед введением иглы делался разрез для обнажения сосуда. Вливание крови проводилось под воздушным давлением, которое регулировалось распорядителем операции и хирургом [4].

По окончании операции донора поили чаем и оставляли на ночь. Пациент оставался не менее чем на 1,5 сут в стационаре для наблюдения за возможными осложнениями (чаще «лихорадочная реакция», наступление которой предполагалось в $\frac{2}{3}$ случаев). При их возникновении у пациента брали кровь на анализ. Особое внимание обращали на лейкоцитарную формулу. После реакции (или если прошло время ее возможного наступления) больной в зависимости от его общего состояния и желания выписывался или оставался для дальнейшего наблюдения. Донорам рекомендовали прием железа и мышьяка и обследование через 3—4 нед. Из наиболее ответственных людей с хорошими показателями восстановления после кровопотери планировали создать базу постоянных доноров с помесечной оплатой по образцу крупнейших американских клиник. По результатам обследования доноров с 1 октября 1926 г. по 1 октября 1927 г. самой частой группой крови (по Янскому) оказалась II ($n=159$), чуть менее редкой — I ($n=140$), наиболее редкими были III ($n=86$) и IV ($n=31$).

¹⁷ Кровь воспринималась А. А. Богдановым в том числе как носитель «иммунитета и других средств самозащиты организма, а все органы — как «кроветворные», так как выделяют в кровь продукты обмена. «Изменять кровь — значит изменять внутреннюю среду организма, основную обстановку жизнедеятельности его клеток».

¹⁸ 46 человек отказались от донорства, не пожелав проходить обследование.

Переливания крови с 1 октября 1926 г. по 1 октября 1927 г.

Диагноз	Число больных	Число переливаний	Результат			
			благоприятный*	неблагоприятный	неопределенный**	неизвестный
Малокровие на почве истощения	5	6	4			1
Малокровие послегеморрагическое	13	16	9			4
Малокровие малярийное	4	9	3			1
Пурпуры	4	7	2		1	1
Малокровие прогрессивное злокачественное	7	15	5		1	1
Лейкемии	4	4			4	
Другие формы тяжелого малокровия	4	11	4			
Сепсис	6	11	3		3	
Общий туберкулез	2	5	1		1	
Туберкулез легких	11	12	6			5
Рак	11	17	8			3
Опухоли и гуммы спинного мозга	2	2	1	1		
Камни печени (и пониженная свертываемость)	1	1	1			
Хронический нефрит	1	1			1	
Рахит	1	2	1			
Спондилоз	2	4			2	
Пемфигус	1	1				1
Ожоги	1	1			1	
Незаживающие раны	1	1	1			
Эндокринные расстройства	3	4	1	1	1	
Циклофреническая депрессия	2	2	2			
Схизофреническая депрессия	1	1		1		
Функциональные расстройства нервной системы	34	35	20		5	9
«Советская изношенность» (переутомление в соединении с ранним атеросклерозом, подагрическими явлениями и другие)	29	34	24		2	3
Здоровые доноры в обменных переливаниях***	8	11				
Всего...	158	213	96	3	22	29

* В том числе более или менее длительные относительные улучшения.

** В том числе кратковременные улучшения на 1,5—2 нед.

*** Всего было 19 обменных переливаний, большинство участников которых относились к лицам с диагнозом «советская изношенность» или функциональными расстройствами нервной системы.

Обменное переливание между донором и пациентом, которое наиболее часто применялось в практике Института, по мнению А. А. Богданова, легче переносилось обоими, поскольку организму «не приходится напрягать активность кроветворных органов». Например, если в случае, когда объемом кроводачи составлял 700—800 мл, донор восстанавливался 2—3 нед, то при обменном переливании объемом даже 1400 мл у доноров наблюдалось субъективное улучшение состояния здоровья (поэтому стоимость кубического сантиметра крови была в 2 раза ниже, чем от «обычных» доноров), а из негативных явлений отмечались кратковременное повышение температуры и крапивница. В дополнение к этому он считал, что «кровь пожилых имеет... свои преимущества (возрастные иммунитеты), и иная кровь может внести новые элементы, увеличивая... возможности приспособления и развития». Нередко производили несовместимые обменные переливания, например от донора с группой В пациенту с группой А или даже от двух несовместимых доноров одному пациенту одновременно, и эти трансфузии также отмечали как «успешные» [4].

Положительные результаты обменных переливаний и отсутствие длительного периода восстановления донора на практике привели к негативным последствиям — отказу от создания базы доноров и дальнейшего развития донорского движения [4].

В первый год работы Институт занимался освоением опыта Запада, для этого проводилось изучение литературы и влияния трансфузий на пациентов с кровотечениями, болезнями крови (болезнь Верльгофа, гемофилии, малокровие, лейкемия), сепсисом, злокачественными новообразованиями, туберкулезом [4].

Направления собственных изысканий определялись практической потребностью (получение ответа на вопрос, «не может ли наш метод послужить средством борьбы против явлений изношенности [„советской изношенности“], отравляющих наше настоящее и полных угрозы для нашего будущего?») и теоретическими соображениями («разные формы „советской изношенности“ представляют результат несоответствия между индивидуальными силами организма и тяжестью жизненных задач...», «что может быть... действеннее, чем выход за пределы индивидуальных сил организма, их пополнение живыми активностями, накопленными в другом организме?») (см. таблицу) [4].

Один из выводов исследований — «переливание может сильно влиять на общее состояние организма, но сравнительно мало действует на специальные, частичные или местные повреждения». Изучение случаев «общей и нервной изношенности» продемонстрировало хорошие результаты [4]: не выявлена «заразительность» старости или иной вред крови пожилых при переливании, установлено благо-

приятное влияние крови пожилых на нервную систему молодых, улучшение общего состояния, сна, работоспособности, снижение раздражительности. При этом при проведении исследований старались исключить роль «самовнушения» [4].

Будучи директором Института, Александр Александрович продолжал эксперименты на себе. Особое внимание он уделял обменным переливаниям с большими туберкулезом, поскольку был убежден в «своей иммунности к нему» и ставил вопрос о передаче своего иммунитета с переливаемой кровью¹⁹.

Одной из ключевых задач Института, отраженной в его уставе, была пропагандистская работа, включавшая литературную, инструкторскую и лекционно-просветительную деятельность. За первый год работы Института [4]:

1. Издана книга А. А. Богданова «Борьба за жизнеспособность» [7].

2. Вышли популярные статьи: фельетоны А. А. Богданова в «Известиях ЦИК» — «Институт переливания крови» (1926) и «Маленькое начало большого дела» (1927), в «Русско-Немецком медицинском журнале» — «Московский Институт Переливания Крови»; статья С. Л. Малолеткова «О переливании крови» («Прожектор», 1927 г., № 3).

3. Сотрудники дали интервью газетам «Вечерняя Москва», «Беднота», «Правда», «Красная Газета» и др.

4. Директором сделан доклад на президиуме Военно-научного общества (Осоавиахим; июнь 1926 г.), посвященный «постановке дела переливания крови в Красной Армии». По результатам обсуждения были приняты резолюции, подтверждающие ее необходимость.

5. Инструкторскую работу удалось реализовать в виде «экскурсий» для врачей, на которых давали подробные разъяснения, демонстрировали определение групп крови, желающие могли бесплатно получить сыворотки для определения групп крови.

6. Организованы консультации по вопросу приобретения оборудования для переливания крови [4].

За год работы созданы [4]:

1. Экспериментально-биологическая база, в ее составе — лаборатория для опытов над животными и биохимических исследований, организатором которой являлся А. А. Богомолец. С ним работали в качестве внештатных ассистентов доктора Н. Б. Медведева и Н. Д. Юдина. В задачу этого подразделения также входило «изучение жизнеобмена в связи с переливанием» на «человеческом материале» и параллельное его изучение на животных.

2. Экспериментально-клиническое отделение стационара на пять коек, в котором проводили длительное стационарное лечение и наблюдение больных с патологией системы крови и профессиональными заболеваниями. Заведующим был специалист-гематолог Х. Х. Владос, внештатным ассистентом — доктор Гальперин.

¹⁹ Клебанер В. С. Подвиг Александра Богданова. Режим доступа: <https://refdb.ru/look/1967763.html> (дата обращения 27.08.2022).

Принципиальным моментом была согласованная работа структурных подразделений Института и постоянные контакты работников [4].

По результатам первого года функционирования приоритет в дальнейшем планировалось отдать лабораторно-исследовательской работе по изучению крови и кроветворных органов, роли трансфузий в борьбе с профессиональными заболеваниями, расширению Института, в частности открытию учебной части, рентгеновского кабинета и развертыванию коммерческой деятельности (пять платных коек, проведение платных анализов, продажа сывороток). Для реализации этих целей в штат Института были приняты консультантами венеролог (Н. С. Эфрон), окулист (В. Н. Архангельский), рентгенолог (Е. М. Гамбургер), внештатными ассистентами — хирург (Ф. С. Караганова) и терапевт Яковлева, пополнен штат лаборантов [4]. Для углубления исследований «строения и динамики крови» и превращения Института переливания крови из специального в общегематологический был приглашен клиницист-гематолог М. П. Кончаловский [5].

Заключение

Зарубежный и отечественный опыт переливания крови и дружба А. А. Богданова с тогдашней политической элитой позволили именно ему в сложное для страны время основать отдельную отрасль советского здравоохранения.

Идеи Александра Александровича опережали время. При отсутствии методов, которые есть в настоящее время, критерием результатов его экспериментов были субъективные впечатления их участников. В итоге «биотех» А. А. Богданова — его фантастическая для того времени концепция (некоторые суждения нашли подтверждение в наши дни) — была вытеснена утилитарными подходами В. Н. Шамова, Н. Н. Еланского и др.

А. А. Богданов в изучении и совершенствовании техники переливания крови видел общественную задачу. Результатом дальнейшего развития Института переливания крови и службы крови в СССР в целом стало появление массового донорского движения, что наряду с модернизацией техники заготовки, хранения, транспортировки и переливания крови позволило организовать практически бесперебойные поставки донорской крови на фронты Великой Отечественной войны и других бедствий.

Без малого за 100 лет с момента основания Института переливания крови превратился в «общегематологическую» клинику (ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России), планы об этом А. А. Богданов высказал еще в 1927 г.

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Фигуровская Н. К. (ред.). Труды комиссии по научному наследию А. А. Богданова. М.: Ротапринтная Института экономики РАН; 1992. 225 с.
2. Белова А. А. А. А. Богданов. М.: Медицина; 1974. 60 с.

История медицины

3. Михель Д. В. Переливание крови в России в контексте культуры, науки, политики (1900—1940). Новейшая история Отечества XX—XXI вв. Сборник научных трудов. Вып. 2. Саратов: Наука; 2007. С. 443—56.
4. Богданов А. А. Год работы Института переливания крови (1926—1927). М.: Издание Института переливания крови; 1927. 42 с.
5. Бордюгов Г. А. (ред.) Неизвестный Богданов. В 3-х книгах. Кн. 1: А. А. Богданов (Малиновский). Статьи, доклады, письма и воспоминания. 1901—1928 гг. М.: ИЦ «АИРО-XX»; 1995. 252 с.
6. Мальцева И. Ю., Щербак Н. Г. Александр Александрович Богданов. К 125-летию со дня рождения. *Вестник службы крови России*. 1998;(3):3—4.
7. Богданов А. А. Борьба за жизнеспособность. М.: Новая Москва; 1927. 161 с.
2. Belova A. A. A. Bogdanov [A. A. Bogdanov]. Moscow: Medicina; 1974. 60 p. (in Russian).
3. Mihel' D. V. Blood transfusion in Russia in the context of culture, science, politics (1900—1940). The latest history of the Fatherland of the XX—XXI centuries. Collection of scientific papers. Issue. 2 [Perelivanie krovi v Rossii v kontekste kul'tury, nauki, politiki (1900—1940). Novejshaya istoriya Otechestva XX—XXI vv. Sbornik nauchnyh trudov. Vyp. 2]. Saratov: Nauka; 2007. P. 443—56 (in Russian).
4. Bogdanov A. A. Year of work of the Institute of Blood Transfusion (1926—1927) [*God raboty Instituta perelivaniya krovi (1926—1927)*]. Moscow: Izdanie Instituta perelivaniya krovi; 1927. 42 p. (in Russian).
5. Boryugov G. A. (ed.). Unknown Bogdanov. In 3 books. Book 1: A. A. Bogdanov (Malinovsky). Articles, reports, letters and memoirs. 1901—1928 [*Neizvestnyj Bogdanov. V 3-h knigah. Kn. 1: A. A. Bogdanov (Malinovskij). Stat'i, doklady, pis'ma i vospominaniya. 1901—1928 gg.*]. Moscow: ITs "AIRO-XX"; 1995. 252 p. (in Russian).
6. Maltseva I. Yu., Shcherbakova N. G. Alexander Alexandrovich Bogdanov. To the 125th anniversary of his birth. *Vestnik sluzhby krovi Rossii*. 1998;(3):3—4 (in Russian).
7. Bogdanov A. A. Fight for viability [*Bor'ba za zhiznesposobnost'*] Moscow: New Moscow; 1927. 161 p. (in Russian).

Поступила 07.07.2024
Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Figurovskaya N. K. Proceedings of the commission on the scientific heritage of A. A. Bogdanov [*Trudy komissii po nauchnomu naslediyu A. A. Bogdanova*]. Moscow: Rotaprintnaya Instituta ekonomiki RAN; 1992. 225 p. (in Russian).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025
УДК 614.2**Дудка В. Т., Никишина Н. А., Лапшина А. А.****ПРОФЕССОР А. С. БРУМБЕРГ — ОСНОВОПОЛОЖНИК ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, 305000, г. Курск

Представлена научная биография советского ученого, патологоанатома, доктора медицинских наук, профессора А. С. Брумберга, освещен его вклад в клиническую диагностику заболеваний. Проанализированы научные факты о причинах и симптомах заболеваний, полученные Брумбергом на основе аутопсий, проведенных им лично, а также совместно с профессорами И. В. Давыдовским и В. Т. Талалаевым в период работы под их руководством. Проанализированы опубликованные А. С. Брумбергом клинические случаи, позволившие обратить внимание врачей на симптомы, сходные с распространенными заболеваниями печени и сердца, но имеющие другие причины. А. С. Брумберг внес значительный вклад в клиническую диагностику синдрома Бадда—Киари, болезни Аэрза, сифилиса и псевдоаппендицита. В статье особое внимание уделено научной и педагогической деятельности А. С. Брумберга в годы работы в Курске, где он стоял у истоков создания кафедры патологической анатомии (1937—1962), являлся главным патологоанатомом Курского областного здравоохранения, организатором и первым председателем Курского общества патологоанатомов. В 1960-е годы А. С. Брумберг как один из самых авторитетных ученых-патологоанатомов страны вошел в состав авторов учебника по общей патологической анатомии, положившего начало преподаванию болезней по нозологическому принципу.

Ключевые слова: А. С. Брумберг; патологическая анатомия; история медицины; Курский государственный медицинский институт.

Для цитирования: Дудка В. Т., Никишина Н. А., Лапшина А. А. Профессор А. С. Брумберг — основоположник патологоанатомической службы Курской области. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2025;33(1):140—144. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-140-144>

Для корреспонденции: Никишина Нина Алексеевна, канд. психол. наук, доцент кафедры гистологии, эмбриологии, цитологии ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: nan2008@mail.ru

Dudka V. T., Nikishina N. A., Lapshina A. A.**THE PROFESSOR A. S. BRUMBERG, THE FOUNDER OF PATHOLOGOANATOMY SERVICE OF THE KURSK OBLAST**

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of Minzdrav of Russia, 305000 Kursk, Russia

The article presents scientific biography of A. S. Brumberg, the Soviet scientist, pathoanatomist, doctor of medical sciences, professor and his contribution to clinical diagnostic of diseases. The scientific facts are analyzed concerning causes and symptoms of diseases obtained by A. S. Brumberg on the basis of autopsies implemented by him personally and as well as jointly with professors I. V. Davydovsky and V. T. Talalaev during period of his work under their supervision. The publications of A. S. Brumberg related to clinical cases that attracted attention of medical professionals to symptoms similar to common liver and heart diseases, but having other causes are analyzed. A.S.Brumberg significantly contributed to the clinical diagnostic of Budd-Chiari syndrome, Aerza disease, syphilis and pseudo-appendicitis. The article pays special attention to scientific and pedagogical activities of A. S. Brumberg in the 1960s as one of the most national authoritative pathologists and organizer of health care. He became one of the authors of the textbook of general pathological anatomy that initiated teaching of diseases according nosology principle.

Key words: A. S. Brumberg; pathoanatomy; history of medicine; Kursk State Medical Institute.

For citation: Dudka V. T., Nikishina N. A., Lapshina A. A. The professor A. S. Brumberg, the founder of pathoanatomy service of the Kursk Oblast. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2025;33(1):140–144 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2025-33-1-140-144>

For correspondence: Nikishina N. A., candidate of psychological sciences, associate professor of the Chair of Histology, Embryology and Cytology of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Kursk State Medical University” of Minzdrav of Russia. e-mail: nan2008@mail.ru

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

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 24.06.2024
Accepted 31.10.2024**Введение**

Александр Семенович Брумберг (02.08.1898—14.05.1975) — доктор медицинских наук, профессор, выдающийся советский патологоанатом. Среднее образование А. С. Брумберг получил в Московской гимназии (1916). В 1921 г. окончил медицинский факультет 1-го Московского университета (в настоящее время МГУ) и был направлен на работу в г. Александров Владимирской области. С 1923 по

1927 г. работал хирургом в Москве в больнице «Медсантруд» (в настоящее время это Городская клиническая больница № 23 имени И. В. Давыдовского, клиническая база Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова). В 1926—1927 гг. заведовал хирургическим отделением больницы г. Людиново Брянской области; в 1927—1930 гг. заведовал хирургическим отделением больницы Красной Армии и Флота в Московской области (в настоящее время 12-й



Александр Семенович Брумберг. 1960 г. (фото из личного архива профессора В. А. Брумберга, сына А. С. Брумберга).

консультативно-диагностический центр» Минобороны России); в 1931—1932 гг. заведовал хирургическим отделением Маймаксанской больницы г. Архангельска (в настоящее время Архангельская городская клиническая больница № 7) [1].

Однако тяжелая болезнь сердца (эндокардит) заставила Александра Семеновича отказаться от работы хирургом, он поступил в аспирантуру (1932—1935) на кафедру патологической анатомии 2-го Московского государственного медицинского института (в настоящее время Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова). Прошел научную специализацию под руководством выдающегося советского ученого-патологоанатома И. В. Давыдовского, который был одним из самых известных учеников патологоанатома и бактериолога, заслуженного профессора Московского университета М. Н. Никифорова. В 1935—1937 гг. А. С. Брумберг заведовал кафедрой патологической анатомии Ижевского государственного медицинского института. В течение 1937 г. работал ассистентом кафедры патологической анатомии у профессора В. Т. Талалаева в Московском областном клиническом институте (в настоящее время Московский областной научно-исследовательский клинический институт) [2].

С 1937 по 1962 г. заведовал кафедрой патологической анатомии Курского государственного медицинского института (КГМИ). В Курске А. С. Брумберг основал научную школу патологоанатомов и стал организатором патологоанатомической службы Курской области. Он внес значительный вклад в систему высшего медицинского образования области, подготовку врачей-патологоанатомов для Кур-

ской, Орловской и Белгородской областей. Большой практический опыт работы патологоанатомом был обобщен им в главах учебника для студентов медицинских вузов [3].

Цель работы — анализ вклада А. С. Брумберга в развитие клинической медицины и патологической анатомии во второй и третьей четвертях XX в.

Материалы и методы

В работе использовано личное дело А. С. Брумберга из Государственного архива Курской области (Ф. Р-4748. Оп. 3-Л. Д. 141); воспоминания его сына, доктора физико-математических наук, профессора, заслуженного деятеля науки Российской Федерации В. А. Брумберга, а также воспоминания выпускников КГМИ.

Результаты исследования

Становление А. С. Брумберга как ученого происходило в период его работы под руководством И. В. Давыдовского, способствовавшего развитию у молодого специалиста высочайшей тщательности в патологоанатомических исследованиях и глубокого аналитического мышления врача. Совместно они проанализировали большое число случаев аутопсий, клинические диагнозы которых не совпадали с результатами вскрытий, что позволяло обратить внимание врачей на редкие или похожие синдромы и повысить точность диагностики этих заболеваний в будущем. Данное направление медицинской деятельности было основным в научной школе И. В. Давыдовского, направлено на постоянное повышение квалификации врачей как клиницистов, позволяло выявить дефекты в обследовании и лечении больного, а также способствовало повышению квалификации патологоанатомов [3].

В годы работы под руководством И. В. Давыдовского А. С. Брумберг изучал редкие болезни и внес значительный вклад в дифференциальную диагностику болезней печени, обобщив имевшиеся в литературе сведения и результаты собственных наблюдений о симптомах облитерирующего флебита печеночных вен, или болезни Киари (в настоящее время известной как синдром Бадда—Киари). Изучение этого редкого заболевания началось с 1846 г. Баддом, а в 1899 г. Киари описал причины заболевания как облитерацию печеночных вен. Но поскольку заболевание было редким, к 1930-м годам было описано всего 60 его случаев. А. С. Брумберг описал еще четыре, но диагноз во всех случаях ставился посмертно. Правильный прижизненный диагноз Брумбергу удалось поставить лишь в одном случае. Обычно больным, обратившимся за медицинской помощью, ставился диагноз «цирроз печени», «сифилис» или «туберкулезный перитонит» [4].

Первичными причинами болезни Киари считалось воспаление окружающей ткани (Ф. Фрерих, О. Розенблат, О. Хайнски), циркулирующая в крови инфекция и чаще всего сепсис или сифилис (А. И. Заборовский и Ф. Мор), врожденные пороки развития в виде поперечной тонкой перепонки в устьях пече-

ночных вен (С. Гее, М. Пенкерт, А. Фабрис и Е. Крафт) или перепонки в виде мелко продырявленного сита (О. Мейер). Считалось, что эти факторы приводят к группе вторичных симптомов заболевания, таких как склероз вен печени (М. Пенкерт, Х. Ренду, А. Полайн), обтурация (А. И. Абрикосов, Е. Умбрайт, Грей, Е. Крафт), инфильтраты и гранулемы в стенках вен (М. Пенкерт, Х. Ренду, А. Полайн, Дж. Бадд, Е. Умбрайт), вторичный тромбоз, обусловленный сосудистой патологией [4].

По мнению патологоанатомов, изучавших это заболевание, сосудистые нарушения в виде склероза и тромбоза в системе печеночных вен приводили к аналогичным изменениям в воротной вене и в нижней полой вене и захватывали остальные, даже малые, вены печени. И уже эти симптомы приводили к застою крови в системе воротной вены и к патологическим изменениям печени на клеточном уровне, проявляющимся циррозом. Обычно на этой стадии заболевания пациенты обращались за медицинской помощью, но симптомы заболевания не имели ничего специфического. Во всех случаях у больных отмечали диспептические расстройства (Г. Киари, Е. Умбрайт, Е. Крафт, А. Гес, Р. Шик и др.), желтуха (У. Пачер и Л. Берк), болезненная гепатомегалия, асцит (Г. Киари, О. Затке), отек нижней части тела (Ф. Фрерих, В. Ланге, Е. Умбрайт, Л. Кюнель), присоединялись анемия, субфебрильная температура, одышка, сердечная недостаточность и желудочные кровотечения (Ф. Фрерих, А. Росселье, И. Шницер). Клиническая продолжительность болезни на этой стадии была различной, от нескольких дней (У. Пачер) до 7 лет (Г. Эппингер), после чего развивалась печеночная недостаточность и печеночная кома. Диагноз ставился только посмертно [4].

В 1935 г. А. С. Брумберг детально проанализировал случаи болезни Киари и пришел к выводу, что для своевременной диагностики данного заболевания необходимо прижизненное исследование печеночных вен, но таких технических средств и медицинского оборудования в те годы не было. В настоящее время синдром Бадда—Киари уже диагностируется и лечится.

В 1936 г. А. С. Брумберг, используя материалы вскрытий И. В. Давыдовского, обратил внимание врачей на такое редко встречающееся заболевание, как болезнь Аэрза, или гипертензия в малом круге кровообращения. Впервые патоморфологическую картину этого заболевания у человека описал германский врач Эрнст фон Ромберг в 1891 г., но он не смог объяснить причину поражения легочных сосудов, которые описал как «склероз легочных сосудов». А. С. Брумберг связывал эту болезнь со стенозом сосудов малого круга, прежде всего легочных артерий, их тромбозом и гипертрофией правого желудочка, полагая что причиной болезни является недоразвитие сосудов малого круга кровообращения, что и приводит к повышенной нагрузке на правое предсердие и его последующей гипертрофии. Согласно выводам А. С. Брумберга, нарушение кровообращения в малом круге приводит к снижению

нагрузки на сосуды большого круга, проявляясь их общим недоразвитием и меньшим диаметром [5].

В эти же годы А. С. Брумберг обобщил ряд сходных клинических случаев и проанализировал результаты вскрытия пациентов, проходивших лечение от сердечной недостаточности, симптомы которой были очевидны, но причина заболевания не была выявлена лечащими врачами, поэтому пациенты не получили правильного лечения. На вскрытии у всех умерших А. С. Брумберг отмечал сифилитическое поражение аорты и крупных сосудов, что и стало причиной смерти больных, но ни у одного из них не проводилась диагностика на сифилис и они не получали нужного лечения. А. С. Брумберг показал, что сифилитическое поражение аорты — это редкость для молодого возраста, но этот диагноз должен быть объектом рассмотрения клиницистов, поскольку в таком случае лечение было бы эффективным [6].

В 1938 г. Брумберг обратил внимание врачей на сапрофитные бактерии, обитающие у человека в ротовой полости, которые при ослаблении организма и инфекционных процессах могли вызывать осложнения, сопровождающиеся гнойно-воспалительными процессами, и опубликовал клинические случаи больных, умерших в результате крупозной пневмонии и последующего гангренозного перерождения внутренних органов. В этих работах описал пути метастазирования гангренозной инфекции из легких в селезенку и в печень по кровеносным сосудам и одним из первых обратил внимание врачей на перенос инфекции, в частности гангрены, не только по естественным каналам организма, но и гематогенно [7].

Подводя итоги данного периода деятельности А. С. Брумберга, можно говорить, что сфера его научных интересов сформировалась в период работы с И. В. Давыдовским и была посвящена уточнению симптомов заболеваний, среди которых он особое внимание уделял сердечно-сосудистым патологиям и опухолям.

Становление и развитие курской научной школы патологической анатомии

В 1937 г. директор КГМИ профессор Я. М. Буна предложил А. С. Брумбергу возглавить кафедру патологической анатомии в Курске. По приезде Брумберг возглавил кафедру и прозектуру Областной больницы. Штатный состав кафедры в довоенные годы включал заведующего кафедрой профессора А. С. Брумберга, ассистентов В. С. Дмитриеву, Т. И. Кремнева и М. А. Израильскую. Все они одновременно являлись и патологоанатомами Областной больницы [1, 2].

В Курске А. С. Брумберг обладал безупречным авторитетом среди клинических врачей и очень много сделал для того, чтобы вскрытия производились в присутствии лечащих врачей, после чего обсуждались и сопоставлялись клинические и морфологические данные истории болезни и вскрытий. По традиции, почерпнутой за время работы у И. В. Давы-

История медицины

довского, А. С. Брумберг проводил их в очень строгой форме.

Ему принадлежит заслуга в разработке и становлении использования методов биопсии, которые до него в Курске вообще не проводились. И уже с конца 1930-х годов биопсии были включены в терапевтическую и хирургическую практику всех клинических больниц Курска и Курской области. В очень сложных случаях он отправлял результаты биопсий для консультации с И. В. Давыдовским или А. И. Абрикосовым, которые всегда помогали [3].

А. С. Брумбергу принадлежит заслуга в организации клиничко-анатомических конференций в Курске. Эта форма профессионального взаимодействия патологоанатомов и клинических врачей была уже широко распространена в Москве и Ленинграде. Традиция ее началась с первых патологоанатомов страны для осуществления контроля качества лечебно-диагностического процесса на всех этапах оказания медицинской помощи, поскольку лишь после вскрытия врачи получают ответы на все вопросы, возникавшие в процессе лечения. По воспоминаниям врачей-клиницистов, конференции проводились два раза в месяц, проходили очень оживленно, с дискуссиями, клиницисты и патологоанатомы к ним всегда тщательно готовились. Отчеты о них А. С. Брумберг публиковал в журнале «Архив патологической анатомии и патологической физиологии» [9].

В довоенные годы в Курске Александр Семенович продолжал научные исследования по теме, предложенной ему профессором И. В. Давыдовским. Работа над докторской диссертацией требовала использования новых методов гистологического анализа, и он стал одним из первых в Курске, кто применял гистохимические методы окраски. В своей докторской диссертации А. С. Брумберг обращал внимание на очень распространенную в те годы ошибку и проблему при диагностике аппендицита, когда после операции диагноз не подтверждался и в удаленном аппендиксе не находили ни воспалительных изменений, ни следов перенесенного воспаления. По данным Московских прозектур и патологоанатомического отделения Курской областной больницы, такие невоспаленные отростки обнаруживались в 20% случаев после аппендэктомий, но после проведенной операции все клинические симптомы невоспаленного аппендицита называют псевдоаппендицитом, и врачи нуждались в объяснении этих фактов. А. С. Брумберг сравнил невоспаленные аппендиксы у трупов и нашел существенные различия, характеризующие морфологическую картину отростков при псевдоаппендицитах. Согласно его данным, основной причиной псевдоаппендицитов является каловый застой, который приводит к увеличению количества эозинофилов в стенках отростков и увеличению реактивных центров в фолликулах. При каловом застое полость аппендикса бывала растянута, а стенка его несколько истончена. В ряде случаев причиной аппендикопатий были острицы,

по данным А. С. Брумберга эта причина составляла 10% псевдоаппендицитов.

По данным историков медицины Курской области, все годы работы А. С. Брумберг помогал выполнять докторские диссертации другим профессорам, проводил аутопсии при редких заболеваниях. В годы Великой Отечественной войны он работал патологоанатомом в медицинских госпиталях, но после демобилизации по причине тяжелой контузии и инвалидности был приглашен на работу в Крымский медицинский институт, находившийся в эвакуации в Казахстане¹. Там же он защитил свою докторскую диссертацию. В 1944 г. после освобождения Курска вернулся в состав КГМИ и участвовал в его послевоенном восстановлении. В первые годы после войны в Курске было только два патологоанатома — А. С. Брумберг и его жена В. С. Дмитриева. Они несли всю нагрузку на кафедре патологической анатомии КГМИ и в больницах города [1, 3].

С 1945 г. А. С. Брумберг являлся главным патологоанатомом Курской и Орловской областей и осуществлял все руководство патологоанатомической службой и подготовкой для больниц квалифицированных патологоанатомов². Для этого он направлял врачей на специализацию по патологической анатомии в Москву или в Ленинград, но чаще сам занимался подготовкой врачей на кафедре и в патологоанатомическом отделении областной больницы. В больницы, где не было подготовленных патологоанатомов для вскрытий, отправлял поочередно сотрудников кафедры патологической анатомии КГМИ или врачей патологоанатомического отделения Курской областной больницы. Во всех районных больницах регулярно организовывал клиничко-анатомические конференции и сам выступал там с докладами.

На 1950—1960-е годы пришелся период расцвета научной патологоанатомической деятельности А. С. Брумберга. В эти годы было опубликовано самое большое количество статей, под его руководством были защищены три докторских и 15 кандидатских диссертаций, написаны главы в учебнике по патологической анатомии, некоторые разделы в многотомном руководстве по патологической анатомии, статья «Мышцы и сухожилия» в Большой медицинской энциклопедии (2-е издание, под редакцией академика А. Н. Бакулева) [10]. Кафедра патологической анатомии и патологоанатомическое отделение Курской областной больницы стали методическим центром, куда приезжали специализироваться, повышать квалификацию и стажироваться, а также просто для консультации вскрытий и биопсий врачи не только Курской, но и соседних областей. Патологоанатомическое отделение в больнице стало источником новых фактов и мыслей, центром научно-исследовательской работы, направ-

¹ Государственный архив Курской области. Ф. Р-4748. Оп. 3-Л. Д. 141. Л. 2.

² Там же. Л. 3.

ленной на повышение квалификации врачей всех специальностей [1, 3].

В 1962 г. Александр Семенович вышел на пенсию и передал кафедру патологической анатомии профессору К. С. Бульбакову. На пенсии А. С. Брумберг переехал в Ленинград и продолжал сотрудничать с учеными ленинградской патологоанатомической школы, совместно с А. К. Агеевым и Н. Д. Клочковым написал учебник по патологической анатомии [11], выступал на конференциях в Ленинграде и неоднократно приезжал в Курск с научными докладами.

Заключение

А. С. Брумберг работал и сотрудничал со многими выдающимися учеными-патологоанатомами XX в., он подготовил большое количество высококвалифицированных прозекторов и является основоположником курской научной школы патологической анатомии. А. С. Брумберг внес значительный вклад в развитие патологоанатомических служб Курской, Орловской и Белгородской областей.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Благодарности. Авторы выражают глубочайшую признательность профессору, заслуженному деятелю науки РФ Виктору Александровичу Брумбергу, сыну А. С. Брумберга, за предоставленные материалы, фотографии и неопубликованные автобиографии его родителей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилова А. В., Долгарева С. А., Дудка В. Т., Иванов А. В., Медведева О. А., Никитина Н. А., Ряднова В. А., Ткаченко П. В. Научные исследования в Курском государственном медицинском институте с 1935 г. по 1940 г. *Коллекция гуманитарных исследований*. 2022;(33):47–65. doi: 10.21626/j-chr/2022-4(33)/7
2. Никитина Н. А., Ткаченко П. В., Иванов А. В., Долгарева С. А., Пучков В. И. История становления естественно-научных направлений исследований в г. Курске. *История и педагогика естествознания*. 2022;(4):25–31. doi: 10.24412/2226-2296-2022-4-25-31
3. Иванов А. В., Ткаченко П. В., Долгарева С. А., Дудка В. Т., Данилова А. В., Никитина Н. А., Пучков В. И. История становления научных школ Курского государственного медицинского института: 1935–1940. *История науки и техники*. 2022;(9):22–31. doi: 10.25791/intstg.9.2022.1376
4. Брумберг А. С. Патологическая анатомия и патогенез облитерирующего флебита печеночный вен. *Архив патологической анатомии и патологической физиологии*. 1936;(1):3–23.
5. Брумберг А. С. К патогенезу болезни Аерза. *Архив патологической анатомии и патологической физиологии*. 1936;(2):122–5.
6. Брумберг А. С. Сифилитический мезаортит в молодом возрасте. *Архив патологической анатомии и патологической физиологии*. 1938;(4):126–9.
7. Брумберг А. С. К вопросу о путях распространения фузо-спирохетозной гангрены. *Архив патологической анатомии и патологической физиологии*. 1938;(2):121–7.
8. Краевский Н. А., Брумберг А. С. К учению о ретикуло-эндотелиозе. *Архив патологической анатомии и патологической физиологии*. 1936;11(1):82–100.
9. Брумберг А. С., Кремнев Т. И., Дмитриева В. С. Отчет о 50-ти клинико-анатомических конференциях патологоанатомического отделения Курской областной больницы. *Архив патологической анатомии и патологической физиологии*. 1940;(6):101–4.
10. Брумберг А. С., Вахуркина А. М., Лаврищева Г. И., Пермяков Н. К., Смольяников А. В. Многотомное руководство по патологической анатомии. Отв. ред.: чл.-корр. АМН СССР проф. А. И. Струков. Т. 6: Патологическая анатомия болезней костно-суставной системы мышц и сухожилий. Ред. Т. П. Виноградова. М.: Медгиз; 1962.
11. Агеев А. К., Брумберг А. С., Клочков Н. Д. Курс общей патологической анатомии. Под ред. чл.-корр. АМН СССР проф. А. Н. Чистовича. Л.: Медицина; 1970.

Поступила 24.06.2024

Принята в печать 31.10.2024

REFERENCES

1. Danilova A. V., Dolgareva S. A., Dudka V. T., Ivanov A. V., Medvedeva O. A., Nikishina N. A., Ryadnova V. A., Tkachenko P. V. Scientific research at the Kursk State Medical Institute from 1935 to 1940. *Kollektsiya gumanitarnykh issledovanij = Collection of Humanitarian Studies*. 2022;(33):47–65. doi: 10.21626/j-chr/2022-4(33)/7 (in Russian).
2. Nikishina N. A., Tkachenko P. V., Ivanov A. V., Dolgareva S. A., Puchkov V. I. The history of the formation of natural science research directions in Kursk. *Istoriya i pedagogika estestvoznaniya = History and Pedagogy of Natural Sciences*. 2022;(4):25–31. doi: 10.24412/2226-2296-2022-4-25-31 (in Russian).
3. Ivanov A. V., Tkachenko P. V., Dolgareva S. A., Dudka V. T., Danilova A. V., Nikishina N. A., Puchkov V. I. The history of the formation of scientific schools of the Kursk State Medical Institute: 1935–1940. *Istoriya nauki i tekhniki = History of Science and Technology*. 2022;(9):22–31. doi: 10.25791/intstg.9.2022.1376 (in Russian).
4. Brumberg A. S. Pathological anatomy and pathogenesis of obliterating phlebitis of hepatic veins. *Arhiv patologicheskoy anatomii i patologicheskoy fiziologii = Archive of Pathological Anatomy and Pathological Physiology*. 1936;(1):3–23 (in Russian).
5. Brumberg A. S. On the pathogenesis of Aertz disease. *Arhiv patologicheskoy anatomii i patologicheskoy fiziologii = Archive of Pathological Anatomy and Pathological Physiology*. 1936;(2):122–5 (in Russian).
6. Brumberg A. S. Syphilitic mesoarteritis at a young age. *Arhiv patologicheskoy anatomii i patologicheskoy fiziologii = Archive of Pathological Anatomy and Pathological Physiology*. 1938;(4):126–9 (in Russian).
7. Brumberg A. S. On the issue of the ways of spreading fusospirochaete gangrene. *Arhiv patologicheskoy anatomii i patologicheskoy fiziologii = Archive of Pathological Anatomy and Pathological Physiology*. 1938;(2):121–7 (in Russian).
8. Kraevsky N. A., Brumberg A. S. On the doctrine of reticuloendotheliosis. *Arhiv patologicheskoy anatomii i patologicheskoy fiziologii = Archive of Pathological Anatomy and Pathological Physiology*. 1936;11(1):82–100 (in Russian).
9. Brumberg A. S., Kremnev T. I., Dmitrieva V. S. Report on 50 clinical and anatomical conferences of the pathology department of the Kursk Regional Hospital. *Arhiv patologicheskoy anatomii i patologicheskoy fiziologii = Archive of Pathological Anatomy and Pathological Physiology*. 1940;(6):101–4 (in Russian).
10. Brumberg A. S., Vakhurkina A. M., Lavrishcheva G. I., Permyakov N. K., Smolyannikov A. V. Multivolume manual of pathological anatomy [Mnogotomnoye rukovodstvo po patologicheskoy anatomii]. Ed.: prof. A. I. Strukov. Vol. 6: Pathological anatomy of diseases of the musculoskeletal system of muscles and tendons [Patologicheskaya anatomiya boleznej kostno-sustavnoj sistemy myshc i sukhzhilij]. Ed. T. P. Vinogradova. Moscow: Medgiz; 1962 (in Russian).
11. Ageev A. K., Brumberg A. S., Klochkov N. D. Course of general pathological anatomy [Kurs obshchey patologicheskoy anatomii]. Edited by prof. A. N. Chistovich. Leningrad: Medicine; 1970 (in Russian).